

Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura

Strategies for thirst relief: integrative literature review

Estrategias para el alivio de la sed: revisión integrativa de la literatura

Aline Korki Arrabal Garcia¹, Lígia Fahl Fonseca¹, Patricia Aroni¹, Cristina Maria Galvão^{II}

¹ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina-PR, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvão CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1148-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>

Submissão: 04-07-2016

Aprovação: 17-08-2016

RESUMO

Objetivo: analisar as estratégias utilizadas para minorar a sede do paciente hospitalizado. **Método:** revisão integrativa, para a qual as bases de dados PubMed, LILACS, CINAHL e o conjunto de referências organizadas pelo Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede foram selecionadas para a busca dos estudos primários, com os descritores: *thirst, ice, cold, intervention, nursing care, artificial saliva*. **Resultados:** a amostra da revisão foi composta de 10 estudos primários. As estratégias encontradas foram: baixa temperatura utilizando gaze congelada, lascas de gelo e água fria, mentol associado a estratégias frias, goma de mascar, acupressão, uso de canudo fino, substituto salivar e ingestão precoce de líquidos. **Conclusão:** a temperatura apresentou-se como estratégia predominante e efetiva para minorar a sede de pacientes cirúrgicos, em cuidado intensivo e em tratamentos de hemodiálise. **Descritores:** Sede; Gelo; Cuidados de Enfermagem; Temperatura Baixa; Saliva Artificial.

ABSTRACT

Objective: to analyze the strategies used to relieve the thirst of hospitalized patients. **Method:** an integrative review, for which the databases PubMed, LILACS, CINAHL and the group of references organized by the Group for Study and Research of Thirst were selected for the search of primary studies, with the keywords: *thirst, ice, cold, intervention, nursing care, artificial saliva*. **Results:** the review sample was composed of ten primary studies. The strategies found were: low temperature using frozen gauze, ice chips, and cold water, menthol associated with cold strategies, chewing gum, acupressure, and the use of a thin straw, substitute saliva, and early fluid ingestion. **Conclusion:** the temperature was presented as a predominant and effective strategy to relieve the thirst for surgical patients in intensive care and hemodialysis treatment. **Descriptors:** Thirst; Ice; Nursing Care; Low Temperature; Artificial Saliva.

RESUMEN

Objetivo: analizar las estrategias utilizadas para saciar la sed del paciente hospitalizado. **Método:** revisión integrativa, sobre estudios primarios seleccionados de las bases de datos PubMed, LILACS, CINAHL y del conjunto de referencias elaboradas por el Grupo de Estudio e Investigación de la Sed, con los descriptores: *thirst, ice, cold, intervention, nursing care, artificial saliva*. **Resultados:** la muestra de la revisión se compuso de 10 estudios primarios. Las estrategias halladas fueron: baja temperatura utilizando gasa congelada, hielo molido y agua fría, mentol asociado a estrategias frías, goma de mascar, acupresión, uso de sorbete delgado, sustituto salival e ingestión precoz de líquidos. **Conclusión:** la temperatura se presentó como estrategia predominante y efectiva para saciar la sed en pacientes quirúrgicos, en cuidados intensivos y en tratamientos de hemodiálisis. **Descritores:** Sed; Hielo; Atención de Enfermería; Frío; Saliva Artificial.

AUTOR CORRESPONDENTE

Aline Korki Arrabal Garcia

E-mail: alinekorki@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A sede pode ser definida como anseio ou desejo de beber água, não obrigatoriamente gerada por uma necessidade fisiológica, pois pode ser desencadeada por hábito, gosto, secura na boca ou garganta, vontade de consumir líquidos que proporcionem sensação de aquecimento ou resfriamento. Diferentes fatores podem influenciar a presença e a intensidade da sede, entre eles, a idade, comorbidade, alimentação e ansiedade⁽¹⁻²⁾.

De acordo com sua etiologia, a sede pode ser osmótica ou hipovolêmica⁽¹⁾. A osmótica origina-se do discreto aumento de 1% a 2% na osmolaridade plasmática, capaz de estimular a liberação do hormônio antidiurético⁽²⁾. Quando o mecanismo compensatório proporcionado pelas alterações osmóticas não é eficaz, a sede é ativada, impelindo o organismo a buscar água⁽¹⁾. Por sua vez, a sede hipovolêmica associa-se à necessidade de ingestão hídrica para repor o volume plasmático, e seu mecanismo de regulação depende tanto do sistema renina-angiotensina-aldosterona quanto da ação adrenérgica⁽¹⁾.

Instalada a sede, o organismo pode saciar-se de forma pré-absortiva ou pós-absortiva⁽³⁾. Na pré-absortiva, receptores de pressão e temperatura na orofaringe monitoram o impacto da ingestão hídrica antes mesmo que o organismo absorva os fluidos, atuando na regulação desta e na interrupção do ato de beber⁽⁴⁾. Em outras palavras, ativam-se regiões cerebrais responsáveis pela saciedade da sede sem necessidade de volume grande de água. Já o mecanismo pós-absortivo ocorre quando o líquido é absorvido, equilibrando a osmolaridade sanguínea⁽³⁾.

O paciente hospitalizado é submetido a situações de estresse e à privação de ingestão hídrica, muitas vezes por período prolongado, que acarreta a experiência do sintoma "sede"⁽⁵⁻⁶⁾. Pacientes com doença renal crônica, em terapia dialítica, apresentam sede e xerostomia mais intensas e, ainda assim, precisam manter dieta com restrição hídrica para prevenção de hipertensão, edema agudo de pulmão e insuficiência cardíaca congestiva⁽⁷⁻⁸⁾.

Em unidade de terapia intensiva, os pacientes enfrentam condições que os predis põem ao desenvolvimento do sintoma "sede", como distúrbios hidroeletrólíticos, boca seca por entubação prolongada e uso de medicações anticolinérgicas e opióides. Em alguns casos, a dificuldade de se comunicar impossibilita relatar a sede, causando desconforto, estresse e irritabilidade⁽⁹⁻¹⁰⁾. O paciente cirúrgico está exposto a uma confluência de fatores que resultam em sede, como: jejum pré-operatório, ansiedade, medicamentos do ato anestésico-cirúrgico, entubação, sangramento intraoperatório, oxigenoterapia prolongada⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Em caso de criança, a sede perioperatória é um sintoma particularmente estressante e gerador de sofrimento⁽¹⁵⁾.

A sede é, portanto, um sintoma presente na prática clínica, mas frequentemente subvalorizada, muitas vezes não percebido pela equipe de saúde, embora sempre conste nos relatos dos indivíduos que a vivenciam^(11-12,15).

A utilização de estratégias que atuam na saciedade pré-absortiva apresenta-se como alternativa viável para o paciente

que vivencia a sede em períodos de restrição de ingestão hídrica⁽²⁾. No entanto, tendo como embasamento a vivência profissional, pode-se inferir que o desconhecimento da equipe de saúde sobre estratégias efetivas e seguras perpetua atitude de inércia diante da sede do paciente hospitalizado, prolongando, conseqüentemente, seu sofrimento.

A motivação para a condução desta revisão integrativa foi a necessidade de compilar o conhecimento sobre as estratégias disponíveis para o manejo da sede, gerando evidências para a implementação de intervenções na prática clínica.

OBJETIVO

Analisar as estratégias utilizadas para minorar a sede do paciente hospitalizado.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa, método que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre temática específica. As etapas percorridas na elaboração do estudo foram: elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários incluídos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão⁽¹⁶⁾.

Para a elaboração da questão de pesquisa da revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*). O uso dessa estratégia para formular a questão de pesquisa na condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chave, as quais auxiliam na localização de estudos primários relevantes nas bases de dados⁽¹⁷⁾. Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: "Quais são as estratégias encontradas na literatura para minorar a sede do paciente hospitalizado?" Nela, o primeiro elemento da estratégia (P) consiste no paciente hospitalizado; o segundo (I), as estratégias; e o quarto elemento (O) minorar a sede. Ressalta-se que, dependendo do método de revisão, não se emprega todos os elementos da estratégia PICO. Nesta revisão integrativa, o terceiro elemento, ou seja, a comparação, não foi utilizada.

A busca dos estudos primários ocorreu de setembro a outubro de 2015, nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e no conjunto de referências organizadas do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS), da Universidade Estadual de Londrina, sediada no estado do Paraná.

Os descritores controlados selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MeSH Database foram *thirst, nursing care, ice e artificial saliva* (idioma inglês). Os descritores não controlados (palavras-chave) delimitados foram *cold e intervention* (idioma inglês). Cinhal Headings apresentou como descritores controlados *thirst, nursing care, ice, cold e artificial saliva* e não controlado (palavras-chave), *intervention*. Os termos

foram combinados de diferentes formas para garantir busca ampla, cujos cruzamentos em todas as bases de dados foram: *Thirst AND Artificial saliva*; *Thirst AND Ice*; *Thirst AND Cold*; *Thirst AND Intervention*; *Thirst AND Nursingcare*.

O critério de inclusão estabelecido para os estudos primários foram artigos que abordavam estratégias para minorar a sede do paciente hospitalizado. As revisões tradicionais de literatura, estudos secundários (p.ex., revisão sistemática), carta-resposta e editoriais foram excluídos da amostra da revisão integrativa. Não houve limitação de idiomas devido à escassa produção científica sobre o assunto.

Na primeira análise, após a leitura do título e resumo dos estudos primários (n=826), os artigos que não indicavam nenhuma estratégia/intervenção relacionada à sede foram excluídos (n=815). Dentre eles: artigos secundários, exercício físico, fisiologia da sede, alterações hormonais, aspectos emocionais, sede relacionada a outras doenças que não atendiam a pergunta de pesquisa, e temas não relacionados. Na segunda análise, por meio da leitura do artigo na íntegra (n=11), excluiu-se um artigo excedente que se encontrava duplicado. As análises foram desenvolvidas de forma independente por duas revisoras.

Para a extração dos dados, utilizou-se instrumento elaborado por pesquisadores em enfermagem, o qual é composto de itens relativos à identificação do artigo; características metodológicas e avaliação do rigor metodológico⁽¹⁸⁾.

Para o nível de evidência, manteve-se a definição do tipo de estudo de acordo com os autores das pesquisas incluídas na amostra. Foram empregados conceitos de estudiosos da enfermagem que preconizam uma determinada hierarquia de evidências para diferentes questões clínicas⁽¹⁶⁾. Dessa forma, na área da saúde, questões clínicas direcionadas para o tratamento/intervenção são mensuradas através da força de evidência. Esta é classificada em sete níveis, sendo o nível 1 (mais forte) as evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados; nível 2, evidências derivadas de ensaios clínicos randomizados bem delineados; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e o nível 7 (mais fraco), evidências oriundas de opinião de especialistas.

A análise dos resultados evidenciados foi realizada de forma descritiva, sendo apresentada a síntese de cada estudo incluído na revisão integrativa e comparações entre as pesquisas incluídas, destacando diferenças e semelhanças.

RESULTADOS

A amostra da revisão integrativa foi composta de 10 estudos primários, sendo 2010, 2014 e 2015 os anos com maior número de publicações (dois estudos em cada ano). Em relação ao idioma, seis foram publicados em inglês, três em coreano e um em português. O artigo em português foi conduzido no Brasil, demonstrando a escassez de estudos publicados sobre essa temática no país. Em nove artigos, os enfermeiros eram os autores, e um foi desenvolvido por médicos.

Um artigo apresentou o resultado de duas pesquisas. Quanto ao método adotado nos estudos, cinco (45,45%)^(7,10,19-21) foram ensaios clínicos randomizados (nível de evidência 2); cinco (45,45%)^(11,22-25), estudos quase-experimentais (nível de evidência 3); e um (9,10%)⁽²¹⁾, estudo transversal observacional (nível de evidência 4)⁽¹⁶⁾.

As investigações incluídas foram conduzidas predominantemente com pacientes cirúrgicos em período pós-operatório (60%)^(11,19-20,22-24); com pacientes renais crônicos em tratamento dialítico em três estudos (30%)^(7,21,25) e com pacientes em cuidados intensivos em um estudo (10%)⁽¹⁰⁾.

No Quadro 1, as principais informações extraídas dos estudos primários incluídos na revisão foram apresentadas.

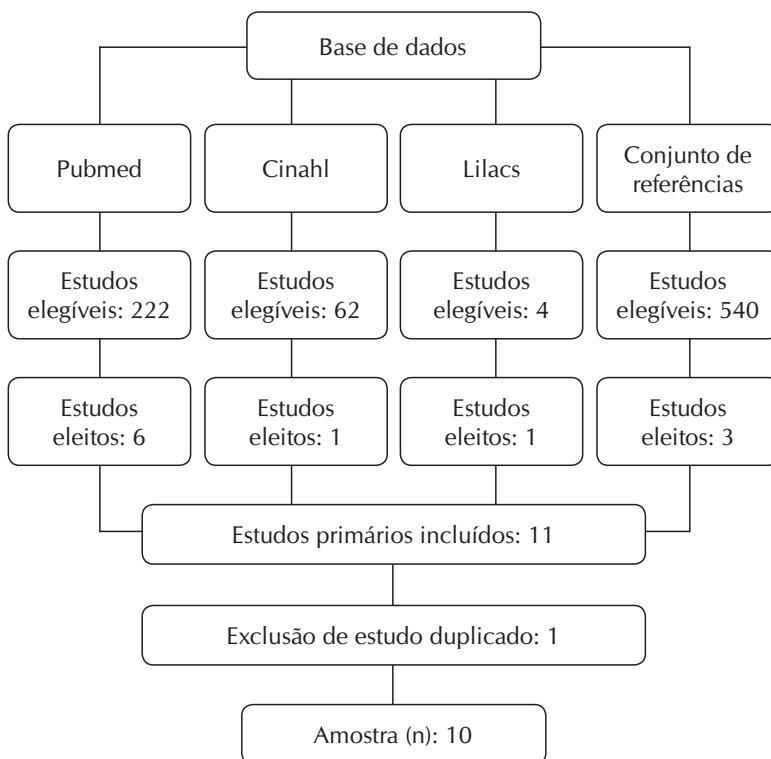


Figura 1 – Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados, 2015

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa (n = 10), 2015

Ano/país/ base de dados	Tipo de estudo/ nível de evidência (NE)	Objetivos/ método	Estratégia	Principais resultados
2015 EUA Outra fonte (GPS)	Ford, McCormick, Teng, Parkosewich ⁽¹⁹⁾ Ensaio clínico randomizado (n = 149) NE = 2	Determinar o efeito do regime liberal precoce de lascas de gelo e água sobre eventos adversos e sede após cirurgia cardíaca. Os pacientes foram aleatorizados para regime liberal, uma hora de jejum pós-extubação, oferecendo-se lascas de gelo e posteriormente, água. Para o regime usual, o paciente permaneceu seis horas de jejum pós-extubação.	Comparar o regime liberal com o regime usual, avaliando-se sede e os seguintes eventos: náusea, vômito, disfagia e pneumonia aspirativa.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação aos eventos adversos investigados. Entretanto, o regime liberal foi associado com significativa redução da sede. Em pacientes apropriados, essa estratégia pode reduzir a sede, sintoma desconfortável.
2015 Coreia Outra fonte (GPS)	Moon, Lee, Leong ⁽²²⁾ Estudo quase- experimental (n = 56) NE = 3	Comparar o efeito entre gaze molhada com soro fisiológico frio (grupo experimental) e gaze molhada com água fria (grupo-controle) em relação à sede, condição da cavidade oral e pH da saliva de pacientes no pós-operatório imediato (POI). Os grupos receberam três vezes a intervenção com intervalos de 15 minutos.	Comparação do efeito entre a gaze com solução salina fria e a gaze com água fria.	Sede, condição da cavidade oral e pH da saliva melhoraram em ambos os grupos, com um número crescente de aplicação de gaze. A redução da intensidade da sede foi maior no grupo experimental (p = 0,009). Não houve diferença na condição da cavidade oral e pH da saliva entre os grupos.
2014 China PubMed	Yin, Ye, Zhao, Li, Song ⁽²⁰⁾ Ensaio clínico randomizado (n = 983) NE = 2	Determinar a segurança e tolerabilidade de hidratação oral precoce em comparação com hidratação oral tardia, após anestesia geral. Os pacientes do grupo-controle receberam água quatro horas após a anestesia e aqueles do grupo experimental receberam 0,5 ml/kg de água, quando recuperados da anestesia.	Comparação entre a hidratação oral precoce e a tardia. Avaliou-se náusea, vômito, desejo de líquidos, sede, desconforto orofaríngeo e satisfação.	A hidratação oral precoce demonstrou-se segura. Os pacientes do grupo experimental apresentaram maior satisfação, menor intensidade de sede e desconforto orofaríngeo (desfechos mensurados por meio de escalas).
2014 EUA PubMed	Puntillo, Arai, Cooper, Stotts, Nelson ⁽¹⁰⁾ Ensaio clínico randomizado (n = 252) NE = 2	Testar pacote de intervenções para minorar a intensidade, sofrimento e boca seca causados pela sede. Os participantes estavam internados em unidades de terapia intensiva, sendo que o grupo-controle recebeu o cuidado usual, e o grupo intervenção recebeu o pacote de intervenções.	Pacote de intervenção: spray de água gelada, hidratação labial mentolada e swabs orais. Avaliou-se tanto a intensidade quanto o desconforto da sede.	Houve regressão significativa na média de intensidade e sofrimento da sede no grupo-intervenção em relação ao grupo de cuidado usual. O grupo de cuidado usual foi 1,9 vezes mais propenso a relatar boca seca para cada sessão de intervenção.
2013 China PubMed	Fan, Zhang, Luo, Niu, Gu ⁽²¹⁾ Estudo observacional (n = 42) NE = 4 Ensaio clínico randomizado do tipocrossover (n = 11) NE = 2	Analisar o significado clínico e fatores relacionados à sede e xerostomia em pacientes em tratamento dialítico. Receberam goma de mascar (seis a 10 vezes por dia ou como desejado) ou canudo fino para sugar água nas primeiras duas semanas. Depois de duas semanas de wash-out, utilizou-se o canudo fino durante as últimas duas semanas.	Comparação entre goma de mascar e canudo fino para beber água em pacientes em tratamento dialítico. DTI = inventário da sede em diálise VAS = escala visual analógica para mensurar a sede Xerostomia mensurada pela VAS = escala visual analógica e XI = inventário para mensurar a xerostomia.	Houve correlação positiva forte entre o inventário da sede em diálise, escala visual analógica (VAS) para mensurar a sede, o inventário e a VAS para mensurar a xerostomia. No ensaio clínico do tipo crossover, os escores do inventário de sede em diálise, do inventário para mensurar a sede e da VAS para mensurar a sede e da VAS para mensurar a xerostomia e o ganho de peso interdialítico foram significativamente reduzidos pelo uso de goma de mascar. Os escores da VAS para mensurar a sede, do inventário de sede em diálise e o ganho de peso interdialítico foram significativamente reduzidos pelo uso do canudo fino.

Continua

Quadro 1 (cont.)

Ano/país/ base de dados	Tipo de estudo/ nível de evidência (NE)	Objetivos/ método	Estratégia	Principais resultados
2012 Brasil CINAHL	Aroni, Nascimento, Fonseca ⁽¹¹⁾ Estudo quase- experimental (n = 90) NE = 3	Avaliar estratégias para mitigar a sede no POI. Os pacientes que apresentaram sede foram divididos em dois grupos (grupo-intervenção = gelo e grupo-controle = água). Fez-se avaliação e intervenção a cada 10 minutos durante uma hora.	Comparação entre o uso de gelo (2 ml) e água (2 ml) para minorar a sede do paciente no POI.	75% dos pacientes relataram sede. A intensidade média inicial de sede foi de 5,1 (grupo água) e 6,1 (grupo gelo), e a intensidade final foi de 2,33 e 1,51 respectivamente. A diferença não foi estatisticamente significativa; inferiu-se que o pequeno volume do gelo não permitiu diferença maior entre os grupos.
2011 Coreia Outra fonte (GPS)	Yoon, Min ⁽²³⁾ Estudo quase- experimental, pré-teste e pós- teste, com grupo- controle não equivalente (n = 52) NE = 3	Identificar os efeitos do gargarejo com água fria na sede, condição da cavidade oral e dor de garganta em pacientes submetidos à cirurgia ortopédica com anestesia geral, nos momentos 0, 2, 4 e 8 horas após a cirurgia.	Comparação entre o uso do gargarejo com água fria (grupo-intervenção) e a gaze umedecida (grupo-controle).	A pontuação da intensidade da sede foi menor, e as condições da cavidade oral melhores no grupo experimental. Entretanto, não houve diferença significativa nos níveis de dor de garganta entre os grupos.
2010 Taiwan PubMed	Yang, Yates, Chin, Kao ⁽²⁵⁾ Quase- experimental com grupo único de medidas repetidas (n = 28) NE = 3	Avaliar o impacto de um programa de acupressão sobre a intensidade da sede e o fluxo salivar em pacientes em hemodiálise. Os pacientes receberam durante quatro semanas o placebo em acupontos predeterminados, três vezes por semana. A seguir, os pacientes receberam a acupressão por mais quatro semanas.	Comparação entre a intervenção acupressão e a intervenção adesivo para acupressão (placebo) a fim de diminuir a intensidade da sede e aumentar o fluxo salivar de pacientes em tratamento dialítico.	A acupressão foi associada ao aumento significativo da taxa de fluxo salivar (p = 0,04). A intensidade média da sede reduziu o escore de 4,21 para 2,43.
2010 Coreia PubMed	Cho, Kim, Park ⁽²⁴⁾ Estudo quase- experimental, pré-teste/pós- teste, grupo- controle não equivalente (n = 53) NE = 3	Examinar os efeitos do uso do gelo, gaze congelada com solução salina e gaze úmida no alívio da sede e a condição oral de pacientes em POI, divididos em três grupos. O nível de intensidade da sede e as condições orais foram avaliadas em três momentos e a cada 15 minutos.	Comparação entre os grupos gelo, gaze congelada com solução salina, e gaze úmida.	Houve diferença estatisticamente significativa no nível de intensidade de sede entre os grupos após a segunda intervenção. A condição da língua, saliva, mucosa oral e gengiva melhorou nos pacientes que receberam gaze congelada com solução salina ou gelo.
2005 Holanda PubMed	Bots, Brand, Veerman, Korevaar, Valentijn-Benz, Bezemer, Valentijn, Vos, Bejesma, Wee, Van Amerongen, Nieuw Amerongen ⁽⁷⁾ Ensaio clínico randomizado, tipocrossover (n = 65) NE = 2	Investigar o efeito de goma de mascar ou um substituto salivar para xerostomia, sede e ganho de peso interdialítico. Utilizou-se goma de mascar ou substituto salivar durante duas semanas, houve o período de wash-out também de duas semanas e, a seguir, introduziu-se o outro regime. A xerostomia, sede e taxas de ganho de peso foram avaliadas no início e após cada período do tratamento.	Comparação entre os grupos goma de mascar e substituto salivar.	A goma de mascar reduziu o escore de 29,9 do inventário de xerostomia para 28,1. Tanto a goma de mascar quanto o substituto salivar reduziram significativamente os escores do inventário da sede dialítica, mas nenhuma mudança ocorreu para o ganho de peso dialítico.

DISCUSSÃO

Na análise dos resultados dos estudos primários, há evidências de estratégias para reduzir a intensidade da sede e minorar os desconfortos associados em pesquisas com níveis de evidência 2 e 3, principalmente intervenções que utilizaram baixas temperaturas, mentol, estratégias para estimular o esforço mastigatório

(goma de mascar e canudo fino para ingestão hídrica), substituto salivar e introdução precoce de líquido.

Em seis estudos da amostra, os autores avaliaram o uso de estratégias utilizando temperaturas baixas em diferentes formas e veículos, comparando-as com os métodos usuais de cada realidade^(10-11,19,22-24). Demonstrou-se que os resultados da ação do frio foram significativos não apenas quando

comparados à ausência de ações para diminuir a sede⁽¹⁰⁾, mas também na comparação com estratégias comumente utilizadas, como a própria água em temperatura ambiente⁽¹¹⁾.

A fisiologia sensorial evoluiu com a descoberta de que todos os sentidos dependiam da ativação de Transient Receptor Potential (TRP) e de que a sensação de frio é estimulada especificamente pela ativação do Transient Receptor Potential Melastatin8 (TRPM8), que também é estimulado pelo mentol^(1,3). O refrescamento da cavidade oral pela água fria pode ser considerado agradável, tendo relação com o prazer gerado pela saciedade pré-absortiva^(3,26).

Essa diferença na efetividade do frio sobre a temperatura ambiente se justifica pela presença de barorreceptores e termorreceptores nos nervos sensoriais presentes na mucosa oral, propiciando a percepção de sensações de toque, temperaturas quentes e frias⁽²⁻³⁾. A percepção térmica dá-se particularmente através de receptores denominados TRPM8, localizados em diversas estruturas celulares, abrangendo toda a cavidade oral, nas terminações do nervo trigêmeo e glossofaríngeo.

A importância dessa inervação refere-se à sua prolongação através de três neurônios que se projetam na região cingulada no córtex cerebral, denominada região de 3-1-2 de Brodmann. Essa região é ativada quando há saciedade da sede. Com a diminuição da temperatura da mucosa oral por estratégias frias, há ativação do TRPM8, ocorrendo, consequentemente, refrescância e saciedade. Dessa forma, há o alívio do desconforto sem necessidade de ingestão de líquidos em quantidades elevadas⁽²⁻³⁾.

A temperatura baixa mostrou-se eficaz em todas as pesquisas em que essas estratégias foram utilizadas. Esse achado clínico é de extrema importância, pois permite a adoção de estratégias eficazes particularmente para pacientes entubados, renais crônicos e no perioperatório. A estratégia com gaze congelada também se mostrou eficaz para minorar a intensidade da sede e melhorar as condições da cavidade oral⁽²²⁻²⁴⁾. Por outro lado, baseado na experiência acumulada pelo GPS no cuidado ao paciente sedento, essa estratégia não se apresenta a mais confortável, pois a sensação da gaze em contato com a língua não é agradável.

As estratégias como lascas de gelo e gargarejo com água gelada demonstraram-se práticas, de custo baixo e confortáveis para serem utilizadas em pacientes no pós-operatório, quando conscientes e com seus reflexos de proteção preservados. Embora não tenham sido identificadas pesquisas da aplicação de tais estratégias no pré-operatório, sugere-se o desenvolvimento de estudos a respeito disso, pela possibilidade de diminuir os desconfortos relacionados à sede em período no qual usualmente nada se faz para minorá-la^(11,19,23).

No único estudo encontrado em que se utilizou mentol com a finalidade de mitigar a sede, empregou-se um pacote de intervenções constituído por *spray* de água gelada, *swabs* orais e hidratação labial mentolada. Essa estratégia foi adotada com pacientes em cuidados intensivos, entubados, às vezes inconscientes e sem reflexos de proteção; ainda assim mostrou-se viável e de fácil aplicação⁽¹⁰⁾. Dessa forma, observa-se que estratégias que utilizam frio ou frio associado ao mentol configuram-se como um caminho viável a ser implementado

na prática clínica⁽¹⁰⁾. Os pesquisadores incentivam a realização das estratégias separadamente, para avaliação da efetividade no controle da sede⁽¹⁰⁾. Não foram encontradas estratégias que utilizem apenas o mentol para auxílio no manejo da sede, mesmo sabendo da conexão dessa substância com o TRPM8.

Em dois estudos, os autores investigaram a ação de estratégias sobre a xerostomia (sintoma definido como a sensação subjetiva de boca seca). As pessoas com xerostomia tendem a aumentar o consumo de líquido para facilitar a alimentação e a fala⁽⁸⁾. Os resultados evidenciaram que a xerostomia em pacientes que realizavam hemodiálise está diretamente associada à sede. A boca seca como resultado direto da restrição de líquidos tem forte impacto sobre a saúde oral e a qualidade de vida. Esse sintoma subjetivo e desagradável pode ser potencialmente melhorado pela estimulação mecânica das glândulas salivares e de mastigação ou por cuidados paliativos, como o uso de substitutos salivares^(8,21).

Em duas pesquisas sobre estratégias visando o estímulo salivar (goma de mascar, substitutos salivares e uso de canudos finos), concluiu-se que os métodos foram eficazes^(7,21). A goma de mascar era isenta de açúcar, adoçada com xilitol e sorbitol com sabor mentolado, para que houvesse melhor adesão dos pacientes⁽⁷⁾. Os autores não discutem, no entanto, a ação do mentol sobre o TRPM8 para a diminuição da sede. Por estimular a hidratação oral, a goma de mascar pode ser uma alternativa viável para pacientes em período pré-operatório que permaneçam em jejum por tempos prolongados (estratégia ainda não investigada na literatura). A xerostomia é percebida de forma subjetiva pelos indivíduos, e tanto a goma de mascar como o substituto salivar (*Xialine TM*) permitiram que os pacientes fizessem uso dessa estratégia na medida e proporção de sua necessidade individual⁽⁷⁾.

A acupressão é uma técnica de massagem de origem chinesa que estimula os pontos do corpo humano. Nessa terapia, as mãos são utilizadas para exercer pressão sobre os pontos na superfície do corpo, aliviando as obstruções e equilibrando o fluxo de energia. Embora o único estudo encontrado em que se utilizou a acupressão tenha uma amostra pequena, os resultados são encorajadores em relação ao aumento do fluxo salivar e diminuição da intensidade da sede^(25,27). Essa técnica pode ser particularmente útil para pacientes em tratamento dialítico crônico, pois apenas 74,6% dos pacientes em tratamento dialítico seguem a dieta de restrição de fluidos^(8,28). As estratégias para aumento do fluxo salivar podem ser eficazes e utilizadas como ferramentas clínicas para auxiliar na adesão da dieta de restrição de líquido. Isso pode, consequentemente, resultar em diminuição do ganho de peso dialítico, reduzindo o risco de complicações e melhorando a qualidade de vida^(7,21).

Um dos grandes mitos no cuidado pré-operatório e, particularmente, pós-operatório é que o paciente precisa manter-se em jejum absoluto, muitas vezes por período indeterminado, podendo variar de oito a 37 horas, em diferentes realidades institucionais⁽¹¹⁾. Esse jejum excessivo aumenta a produção de suco gástrico e diminui ainda mais o pH, o que amplia o risco de complicações como broncoaspiração, além de piorar consideravelmente a sede⁽²⁹⁾. À vista disso, estratégias como a introdução precoce de líquidos no POI mostrou-se segura

e eficaz, reduzindo de forma exponencial a sede e o desconforto orofaríngeo, aumentando a satisfação dos pacientes⁽²⁰⁾.

Limitações do estudo

Na presente revisão integrativa, apesar da inclusão de estudos primários com níveis de evidência 2e 3, observou-se a escassez de pesquisas com padronização de estratégias, exploração de cálculo amostral e apresentação do poder de generalização. O predomínio de número maior de estudos que os autores avaliaram temperaturas frias sobre a intensidade da sede e seus desconfortos corrobora descobertas recentes na área da fisiologia sensorial. Frente ao número reduzido de pesquisas sobre estratégias para minorar a sede do paciente hospitalizado, há necessidade de investimentos na condução de pesquisas futuras sobre a problemática.

Outra limitação foi a inclusão de três estudos somente encontrados no conjunto de referências organizadas do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, e não localizados nas bases de dados selecionadas, apesar do uso criterioso de metodologia de busca. Optou-se, no entanto, por sua inclusão devido a relevância de seus resultados para elucidação da pergunta de pesquisa.

Contribuições para a área da saúde

A relevância desta revisão consiste na síntese dos estudos primários que apontam estratégias viáveis para minorar a sede

do paciente hospitalizado, gerando evidências para apontar caminhos factíveis na prática clínica.

CONCLUSÃO

A avaliação de estratégias para minorar a sede e seus desconfortos consistiu, sobretudo, na comparação com as principais condutas usuais de rotinas adotadas nos locais de estudo.

As estratégias encontradas nesta revisão podem ser agrupada sem uso do frio e do mentol, estimulação salivar e introdução precoce de líquidos no POI. As temperaturas baixas e o mentol atuam em termorreceptores específicos, que vão ativar áreas do cérebro responsáveis pela saciedade da sede. Já as estratégias que focam na estimulação salivar atuam em locais responsáveis pela estimulação mecânica das glândulas salivares e mastigação. A ingestão precoce de líquidos, por sua vez, mostrou-se estratégia eficaz e segura para reduzir a sede e o desconforto orofaríngeo bem como aumentar a satisfação dos pacientes no POI.

A implementação de intervenções necessárias, seguras e efetivas para minorar a sede deve ser realizada pelos profissionais de saúde com base em avaliação criteriosa e individualizada de cada paciente.

A síntese do conhecimento indicou a necessidade de intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas com metodologias capazes de produzir evidências fortes relativas a este tema, sobre tudo na prática hospitalar brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013[cited 2016 May 11];22(4):328-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/pdf/nihms487008.pdf>
2. Leiper J. Thirst. In: Caballero B, Allen L, Prentice A. *Encyclopedia of human nutrition*. 2nd ed. University of Aberdeen, UK: Elsevier Academic Press, 2005. p. 278-86.
3. Eccles R, Du-Plessis L, Dommels Y, Wilkinson JE. Cold pleasure: why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 30];71:357-60. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666313003930>
4. Obika LFO, Idu FK, George GO, Ajayi OI, Mowoe RS. Chewing gum and a saliva substitute alleviate thirst and xerostomia in patients on haemodialysis. *Niger J Physiol Sci* [Internet]. 2009[cited 2016 Apr 10];24(1):25-32. Available from: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/20/3/578.full.pdf+html>
5. Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. *Anesth Analg* [Internet]. 2011[cited 2016 Apr 30];113(1):93-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21596885>
6. De Vecchis R, Baldi C, Cioppa C, Giasi A, Fusco A. Effects of limiting fluid intake on clinical and laboratory outcomes in patients with heart failure: results of a meta-analysis of randomized controlled trials. *Herz* [Internet]. 2016[cited 2016 Apr 30];41(1):63-75. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00059-015-4345-9>
7. Bots CP, Brand HS, Veerman EC, Korevaar JC, Valentijn-Benz M, Bezemer PD, et al. Chewing gum and a saliva substitute alleviate thirst and xerostomia in patients on haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2005[cited 2016 May 10];20(3):578-84. Available from: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/20/3/578.full.pdf+html>
8. Bots CP, Brand HS, Veerman ECI, Valentijn-Benz M, Van Amerongen BM, Valentijn RM, et al. Interdialytic weight gain in patients on hemodialysis is associated with dry mouth and thirst. *Kidney Int* [Internet]. 2004[cited 2016 May 02];66(4):1662-68. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S008525381550238X>
9. 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* [Internet]. 2009[cited 2016 Apr 12];25(3):133-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339709000238>
10. Puntillo KA, Arai SR, Cooper BA, Stotts NA, Nelson JE. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* [Internet]. 2014[cited 2016 May 11];40(9):1295-302. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149585/pdf/nihms603963.pdf>
11. 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 2016 May 11];25(4):530-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_08.pdf
12. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev Escola Enferm USP* [Internet]. 2015[cited 2016 May 11];49(1):120-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0122.pdf>
 13. Carey SK, Conchin S, Bloomfield-Stone S. A qualitative study into the impact of fasting within a large tertiary hospital in Australia: the patient's perspective. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015[cited 2016 Apr 20];24:1946-54. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12847/pdf>
 14. Nesami MB, Shorofi AS, Jafari A, Khalilian AR, Tabari SZ. The relationship between stressors and anxiety levels after CABG in Sari, Iran. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2016[cited 2016 May 10];18(5):e25407. Available from: http://ircmj.com/?page=article&article_id=25407
 15. Campana MC, Fonseca LF, Lopes DFM, Martins PR. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. *Rev Rene* [Internet]. 2015[cited 2016 May 11];16(6):799-808. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149585/>
 16. Mendes KDS, Silveira, RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
 17. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
 18. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31.
 19. Ford C, McCormick D, Teng W, Parkosewich J. Early initiation of oral intake in adult patients after cardiothoracic surgery is safe and reduces thirst: results of a randomized clinical trial. *Circulation* [Internet]. 2015[cited 2016 May 11];132(18 Suppl 3):A13586. Available from: http://circ.ahajournals.org/content/132/Suppl_3/A13586
 20. 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 2016 May 11];7(10): 3491-96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238515/>.
 21. Fan WF, Zhang Q, Luo LH, Niu JY, Gu Y. Study on the clinical significance and related factors on thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 12];37(4-5):464-74. Available from: <http://www.karger.com/Article/Pdf/355717>
 22. Moon YH, Lee YH, Jeong IS. A comparison of effect between wet gauze with cold normal saline and wet gauze with cold water on postoperative thirst, oral cavity condition, and saliva pH. *J Korean Acad Fundam Nurs* [Internet]. 2015[cited 2016 Apr 12];22(4):398-405. Available from: <http://j.kafn.or.kr/upload/pdf/jkafn-22-4-398.pdf>
 23. 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.
 24. 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.
 25. Yang LY, Yates P, Chin CC, Kao TK. Effect of acupressure on thirst in hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res* [Internet]. 2010[cited 2016 Apr 12];33(4):260-5. Available from: <http://www.karger.com/Article/Pdf/317933>
 26. Eccles R. Role of cold receptors and menthol in thirst, the drive to breathe and arousal. *Appetite*. 2000;34(1):29-35.
 27. Maa SH. Application of acupressure in nursing practice. *Hu Li Za Zhi* [Internet]. 2005 [cited 2016 Apr 10];52(4):5-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16088775>
 28. Durose CL, Holdsworth M, Watson V, Przygodzka F. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2004[cited 2016 Apr 20];104(1):35-41. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822303014470>
 29. Francisco SC, Batista ST, Pena GG. Fasting in elective surgical patients: comparison among the time prescribed, performed and recommended on perioperative care protocols. *Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2015[cited 2016 May 11];28(4):250-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v28n4/0102-6720-abcd-28-04-00250.pdf>