

## PERSPECTIVA DO ANESTESIOLOGISTA EM RELAÇÃO À SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Ana Carolina Korki Arrabal Garcia\*  
Leonel Alves do Nascimento\*\*  
Marília Ferrari Conchon\*\*\*  
Aline Korki Arrabal Garcia\*\*\*\*  
Lígia Fahl Fonseca\*\*\*\*\*

### RESUMO

O estudo teve como objetivo explorar a percepção de anesthesiologistas sobre a identificação e manejo da sede, sintoma altamente prevalente no pós-operatório imediato. Estudo qualitativo e descritivo realizado em um hospital universitário de grande porte no Sul do Brasil, com onze participantes, sendo sete docentes e quatro residentes de anesthesiologia. Os dados foram coletados por meio de instrumento semiestruturado, e os discursos, analisados pelo referencial metodológico descrito por Martins e Bicudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 02299412.6.0000.5231). Dos resultados emergiram duas categorias: "Sede: um sintoma não percebido", que evidenciou a falta de avaliação intencional da sede, e "Encontrando dificuldades para a avaliação e manejo da sede", que demonstrou a ausência de protocolos que subsidiassem e estabelecessem o seu manejo. Concluiu-se com o estudo que, para os anesthesiologistas, a sede ainda se mostra como um sintoma de menor relevância no pós-operatório imediato. Este cenário requer ações multidisciplinares e intencionais para que este sintoma não continue sendo subidentificado, submensurado e subtratado na prática clínica.

**Palavras-chave:** Sede. Período pós-operatório. Anestesia. Enfermagem perioperatória.

### INTRODUÇÃO

Caracterizado pela constante observação dos parâmetros vitais do paciente, o cuidado no pós-operatório imediato (POI) objetiva a identificação precoce de complicações, possibilitando que a equipe multiprofissional atue preventivamente na resolução, garantindo recuperação rápida, segura e confortável<sup>(1)</sup>. O anesthesiologista desempenha papel fundamental no cuidado ao paciente no POI, coordenando as ações terapêuticas e de intervenção com o propósito de promover o bem-estar perioperatório<sup>(1)</sup>.

Dentre as complicações que podem acometer o paciente no POI, a sede apresenta alta prevalência (75%)<sup>(2)</sup> e interfere de forma prejudicial na recuperação pós-anestésica. Relatos de pacientes indicam que a sede causa grande distresse e, conseqüentemente, acarreta sentimentos negativos, como ansiedade e irritabilidade, com alusões a sentimentos de desespero e até pensamentos de morte<sup>(3)</sup>.

Ainda que, no POI, a sede tenha alta prevalência e intensidade e represente distresse, paradoxalmente ela permanece subidentificada e submensurada, e as medidas de alívio na prática clínica não estão

padronizadas<sup>(4,5)</sup>.

Diferentes processos podem levar o paciente cirúrgico a sentir sede. Entre eles, o jejum excessivo durante o período pré-operatório, contrariando evidências científicas<sup>(2,5)</sup>. A ansiedade perioperatória e os medicamentos anestésicos, particularmente opioides e anticolinérgicos, atuam na diminuição da secreção salivar, ressecando a cavidade oral, que, por sua vez, deflagra a liberação do hormônio antidiurético, intensificando a sede<sup>(6)</sup>. O sangramento intraoperatório é responsável por desencadear a sede hipovolêmica<sup>(2,6)</sup>. Conseqüentemente o paciente cirúrgico faz parte de um grupo de alto risco para desenvolver o sintoma.

A sede pode ser mensurada por diversos meios: osmolaridade sanguínea, exames de atividades cerebral e, mais comumente, pela utilização de escalas analógicas, visuais e numéricas, que conferem relação com alterações hormonais e osmóticas<sup>(7)</sup>.

A intensidade não é o único indicativo da sede. Ela também pode ser identificada e mensurada por meio de seus atributos, que geram intenso desconforto: boca e garganta secas, lábios ressecados, saliva e língua grossas e gosto ruim na boca<sup>(8-9)</sup>.

Mesmo diante da clareza dessas constatações, os

\* Enfermeira. Especialista em Enfermagem Perioperatória. Londrina, PR, Brasil. E-mail: aninha\_korki@hotmail.com

\*\*Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem, Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Londrina, PR, Brasil. E-mail: leonel\_lan@hotmail.com

\*\*\*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Hospital Evangélico de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: lili\_conchon@hotmail.com

\*\*\*\*Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Hospital do Câncer. Londrina, PR, Brasil. E-mail: alinekorki@yahoo.com.br

\*\*\*\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: ligiafahl@gmail.com

profissionais da saúde não valorizam a sede perioperatória. Esse fato pode ser o reflexo da cultura institucional, em que as ações da equipe derivam de conhecimentos sem evidência que difundem a necessidade de manutenção de jejum prolongado e inquebrável. Por conseguinte, impossibilitam a adoção de estratégias de alívio da sede que possam vir a confrontar a prescrição médica<sup>(5)</sup>.

A recuperação do paciente é conduzida por uma equipe multiprofissional que compartilha a responsabilidade de ela transcorrer de modo seguro e sem desconfortos para o paciente. Nesse período, a tomada de decisão referente a tempo de jejum ou liberação de dieta no POI, bem como a conduta de administrar métodos de alívio da sede, fica condicionada à permissão do anestesiológico<sup>(1)</sup>. No entanto, o desconhecimento de protocolos e métodos seguros de alívio leva à adoção de estratégias conservadoras, mantendo-se os pacientes em jejum absoluto, tanto no pré como no POI<sup>(5)</sup>. Dessa forma, é imprescindível compreender a visão desse profissional a respeito da sede, sintoma tão prevalente e distressor no perioperatório.

Por ser tema pouco investigado pela comunidade científica até o momento, a sede no paciente cirúrgico não se mostrou objeto de discussão das devidas associações de classe, que ainda não a incluem em seus *guidelines*<sup>(10)</sup>. Diante das lacunas sobre o tema sede perioperatória na literatura, o Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) visa explorá-lo em seus múltiplos aspectos. Sob esse enfoque, o objetivo deste estudo foi explorar a percepção do anestesiológico a respeito da identificação e manejo da sede no POI.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva, realizado em um hospital universitário de grande porte no Sul do Brasil. O centro cirúrgico da instituição é composto por sete salas cirúrgicas, que atendem, em média, 500 cirurgias mensais, e sala de recuperação anestésica (SRA) com seis leitos, para adultos e crianças.

A amostra do estudo foi constituída pelos anestesiológicos que estavam na unidade do centro cirúrgico durante o mês de junho de 2012, os quais foram convidados a participar da pesquisa. Após o aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento

semiestruturado, contemplando as seguintes questões norteadoras: Quais são os desconfortos que você percebe no paciente no POI? Como você percebe que o paciente tem sede? Fale-me dos parâmetros que você utiliza para identificar, avaliar e liberar um método de alívio da sede.

A análise dos dados baseou-se no referencial metodológico descrito por Martins e Bicudo<sup>(10)</sup>. No primeiro momento, fez-se a análise ideográfica, que diz respeito à inteligibilidade dos significados presentes, que se articulam em suas inter-relações e em sua unidade estrutural. No segundo momento, já na análise nomotética, referiu-se à construção dos resultados, compreensão e elucidação do tema estudado<sup>(11)</sup>.

Os participantes da pesquisa foram identificados apenas pela letra D para docentes e R para residentes de anesthesiologia, com número sequencial. O estudo preservou os preceitos éticos e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL (CAAE: 02299412.6.0000.5231).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 11 anestesiológicos: os sete docentes da especialidade (quatro mulheres e três homens) e quatro dos seis residentes (duas mulheres e dois homens) que trabalhavam na unidade no período da coleta de dados.

Após a análise dos discursos, construíram-se duas categorias: “Sede: um sintoma não percebido” e “Encontrando dificuldades para a avaliação e manejo da sede”.

### Sede: um sintoma não percebido

Os desconfortos que o paciente apresenta no POI fazem parte da primeira categoria. Segundo a percepção dos anestesiológicos, os principais desconfortos são:

Bom, [...] no pós-operatório imediato, eles geralmente sentem dor, náuseas e vômito, que são os três principais desconfortos que realmente percebe (R6).

As complicações pós-cirúrgicas são comuns durante o atendimento na SRA e estão relacionadas com as condições pré-operatórias, com o tipo de procedimento cirúrgico e com os farmacológicos, mas também estão associadas às intercorrências no intraoperatório. Dentre as complicações mais comuns estão: hipotensão e hipertensão, choque hipovolêmico, distúrbios ventilatórios, dor, náuseas, vômitos e hipotermia<sup>(12)</sup>.

Complicações como dor, náuseas e vômitos têm sido amplamente estudadas e levadas em conta em protocolos baseados em evidências<sup>(12)</sup>. Em contrapartida, a sede, apesar de causar grande incômodo, apresentar elevada incidência e, para alguns pacientes, ser mais desconfortável que a fome e a dor<sup>(2,13)</sup>, é pouco estudada. Pode-se dizer que, na prática clínica, quase nunca é avaliada intencionalmente e sua importância é minimizada, tornando-se um desconforto negligenciado pelos profissionais, lembrado apenas quando o paciente se queixa de sede<sup>(4,5)</sup>.

Os entrevistados mencionaram a sede como um desconforto presente no POI, mas não sem observar que:

Não é o principal desconforto que eu trato [...] talvez porque a própria equipe se preocupe mais com a dor e a náusea do que com a sede [...] mesmo que ele se queixe de sede (D5).

A sede foi mencionada no decorrer da entrevista, quando então os participantes associaram o tema à pesquisa de que participavam. Segundo eles, a verbalização da sede é o principal método de identificação, por conseguinte, se o paciente não verbaliza espontaneamente a sede, este desconforto se torna menos importante para a equipe que o assiste. Acrescentaram ainda que não há muitos sinais clínicos que indiquem a sede:

[...] veja bem [...] eles geralmente apresentam dor, náuseas, vômito, prurido, retenção urinária e outros [...] e muitas vezes ele tem fome e sede mesmo [...] (D10).

[...] do pedido verbal mesmo... já que, quando o paciente tem sede, ele fala [...] ele se queixa bastante e pede água... só assim mesmo (D1).

[...] a forma que identifico é mesmo pela queixa espontânea do paciente [...] é lógico que existem alguns sinais [...] mas, na maioria das vezes, é pelo relato verbal dele (R2).

Ah, a sede não tem tantos sinais fisiológicos [...] então, por isso, o principal é que o paciente relate a sede, seja para nós, anestesistas, ou para a equipe de enfermagem (R7).

A detecção dos sinais da sede requer, antes de tudo, valorização por parte da equipe, para que os busque de modo sensível e deliberado. Nem sempre a comunicação acontece de forma eficaz, e as orientações dos profissionais reduzem-se a continuar reafirmando a necessidade de manutenção de um jejum inquebrável, sendo tais prescrições acompanhadas, por vezes, de ameaças de suspensão da

cirurgia e de ocorrência de náuseas e vômito no pós-operatório<sup>(5)</sup>.

O distresse causado pela sede no paciente cirúrgico é tão intenso que se justifica considerá-la um sintoma que requer ações multifatoriais para humanizar o cuidado ao paciente com sede. De acordo com a Teoria de Manejo de Sintomas, um sintoma é uma experiência subjetiva que reflete alterações no funcionamento biofísico, nas sensações ou na cognição de um indivíduo. O modelo tem como premissa principal a percepção do indivíduo que experimenta o sintoma e o seu autorrelato e também destaca e engloba aspectos culturais, ambientais e de saúde/doença que interferem na verbalização do sintoma, ressaltando a necessidade de detectá-lo precocemente em específicos grupos de risco<sup>(10)</sup>.

O paciente cirúrgico apresenta alta suscetibilidade para o sintoma sede por causa do jejum, baixas temperaturas a que fica exposto na sala cirúrgica, abertura da cavidade oral pela entubação e uso de farmacológicos, estando sujeito ainda a grande perda sanguínea e desidratação tecidual<sup>(14)</sup>.

À medida que o paciente cirúrgico recupera sua interocepção, ele se torna capaz de identificar que sente sede. Suas atitudes diante desse incômodo variam de acordo com suas características culturais e psicológicas e com a orientação que recebeu antes do procedimento cirúrgico<sup>(4)</sup>.

Em estudo realizado pelo GPS, observou-se que apenas 13% a 18% dos pacientes que sentem sede a verbalizam espontaneamente. Essas baixas taxas devem-se ao medo da suspensão de sua cirurgia e da possível ocorrência de vômitos pela quebra do jejum, levando o paciente a manter-se calado mesmo após o procedimento cirúrgico<sup>(4)</sup>. Ao mesmo tempo em que a equipe de anestesia identifica a verbalização espontânea do paciente sobre a sede como forma de diagnosticá-la, não valoriza suficientemente a queixa nem a inclui em uma avaliação sistematizada no POI.

De modo paradoxal, independentemente da não valorização da sede, os relatos dos pacientes são pungentes, quando apontam que o sintoma sede pode desencadear ansiedade, estresse e até mesmo desespero<sup>(4,6,10,13,15)</sup>. Exemplificando esses dados, pacientes de cirurgia cardíaca no POI relataram que "O duro é a sede; dá uma sede que você vê a pessoa lavando o chão... escuta aquele barulho de água, aquela coisa, dá vontade de pular lá... Eu quase morri de sede"<sup>(13,5)</sup>.

Em relação aos sinais clínicos da sede, os anestesiológicos percebem:

[...] diminuição da salivagem, boca seca e lábios rachados (D5).

[...] ele tem a saliva espessa, dor na garganta, lábios rachados, dificuldade de deglutir, pela falta de saliva mesmo, e a queixa verbal de que ele está sentindo sede (D8).

Apesar de os anestesiológicos relatarem que os sinais clínicos da sede facilitam a identificação do sintoma, foi possível depreender que alguns têm dificuldade em detectar esses sinais, identificando a sede apenas em seu estado de maior gravidade:

Bom, [...] igual eu falei [...] acho que, quando o paciente começa a apresentar alterações fisiológicas, isso já é indício de desidratação, nem que seja uma desidratação leve (R7).

[...] eles começam a aparecer quando o paciente está desidratado... mas não podemos deixar chegar a esse ponto (D1).

A desidratação pode causar efeitos deletérios à saúde do paciente que enfrenta o trauma cirúrgico, como: perda de peso, aumento da frequência cardíaca e do tempo de preenchimento capilar, perda da elasticidade cutânea, ressecamento das mucosas, diminuição da produção de urina<sup>(7)</sup>. Esses efeitos poderiam ser evitados com a detecção e o manejo precoce do sintoma sede.

A partir das falas, é possível perceber na equipe que atende o paciente cirúrgico o quanto se cristalizou a noção de que são necessários escores de sede extremamente elevados, levando o paciente a verbalizar sua sede, para que os profissionais se motivem favoravelmente a considerar meios de minorar esse sintoma.

Percebe-se, nos depoimentos, outro fator a considerar:

[...] em muitos anos de profissão, a grande verdade é que nunca parei para pensar sobre a sede dos pacientes, por achar que não é um grande desconforto mesmo, ou por não ouvir falar tanto sobre isso (D4).

A sede [...] não é a primeira coisa que percebo [...], muito pelo contrário, poucas vezes eu ouvi um paciente se queixando que ele está com sede [...], mas isso não significa que ele não tinha sede [...] acho que na verdade não damos tanta importância a ela (R6).

Fica explícita a não valorização deste estressante sintoma pelos anestesiológicos, assim como a inexistência de processos intencionais para sua identificação e manejo no POI por parte da equipe:

Nunca ouvi ninguém perguntar a um paciente se ele está com sede ou não [...], na verdade acho que nem eu nunca

perguntei se ele está com sede, sempre perguntamos se tem dor, mas a sede não (R11).

Olha, [...] para te falar bem a verdade, poucas vezes eu tratei a sede dos pacientes (R7).

A sede é um sintoma intensamente experienciado por pacientes internados em UTI; ainda assim, não é avaliado de forma rotineira naquele ambiente, e quando o é, tende a ser ignorado, porque há uma percepção de que nada pode ser feito para solucioná-lo<sup>(15)</sup>.

### **Encontrando dificuldades para a avaliação e manejo da sede**

A segunda categoria que emergiu da análise dos discursos aborda as dificuldades na avaliação e no manejo da sede. Entre as causas de não avaliação da sede, encontra-se o desconhecimento de pesquisas e protocolos:

Você sabe que, em todos esses anos de profissão, eu nunca li nada a respeito de como nós devemos tratar a sede do paciente nesse momento de pós-operatório imediato? O que não significa que deve ser deixado de lado e não tratado (D10).

Eu nunca li nada a respeito, até procurei bastante, mas não existem trabalhos ou protocolos que auxiliem nesse manejo da sede no pós-operatório imediato (D3).

Além de utilizar escalas para mensurar a intensidade da sede, é importante que se busque a percepção do desconforto por causa da multifatorialidade deste sintoma<sup>(2)</sup>.

Diante deste cenário, o GPS desenvolveu e validou a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESCP), a fim de mensurar a percepção do desconforto sentido por esses pacientes<sup>(9)</sup>.

De acordo com os relatos dos anestesiológicos, a sede não é avaliada nem são tomadas condutas para seu alívio pelo simples fato de que:

Na verdade, o pessoal da enfermagem quase nunca me fala que o paciente tem sede. O que eu vejo várias vezes são elas {equipe de enfermagem} dando água para o paciente, colocando água destilada em sua boca, mas sem terem me comunicado nada (R7).

Por causa do processo de trabalho e das inúmeras atividades que desempenham no ambiente cirúrgico, os anestesiológicos, em grande parte dos hospitais brasileiros, retornam à sala de cirurgia para novo procedimento assim que entregam o paciente aos cuidados da equipe de enfermagem, dispensando pouco tempo para a visita aos pacientes na SRA.

A continuidade do cuidado ao paciente no POI é responsabilidade da equipe de enfermagem, que o assiste de maneira integral, com periodicidade que configura cuidado semi-intensivo. Quando há detecção de sinais adversos e complicações comuns no POI, a equipe de enfermagem comunica o anestesiológista, solicitando avaliação e conduta para o sintoma ou para a complicação.

Uma das causas possíveis para o fato de não haver comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar a respeito da sede do paciente é que ainda não há intencionalidade na busca de sinais da sede nem em sua avaliação e manejo, tanto da parte dos anestesiológistas como da equipe de enfermagem<sup>(6)</sup>. O temor de que ocorram náuseas e vômitos com consequente broncoaspiração e o mito de que o paciente necessita ficar em jejum absoluto fazem com que as equipes médica e de enfermagem optem por uma conduta convencional e conservadora, mantendo o jejum por períodos extremos. Há evidências que apontam a incidência de náuseas e vômitos em 7% dos pacientes no POI<sup>(16)</sup>.

Para a liberação da ingestão hídrica, os critérios mais valorizados pelos anestesiológistas são:

[...] o nível de consciência, se ele está acordado ou se ainda está sonolento [...] mas principalmente se ele já é capaz de deglutir, já que assim ele não tem tanto risco de aspiração [...] daí, sim, eu libero (R7).

São incipientes na literatura os estudos que avaliam a sede perioperatória de forma integral e apresentam critérios de segurança para a administração dos métodos de alívio. Em uma pesquisa em que se avaliou a segurança na administração de métodos de alívio da sede, validou-se e testou-se a confiabilidade de um Protocolo de Segurança no Manejo da Sede. Os critérios de segurança propostos (Nível de consciência, Proteção de vias aéreas e Ausência de náuseas e vômitos) possibilitam avaliação intencional, sistemática, padronizada e rápida da segurança na administração do método de alívio da sede no período perioperatório, se devidamente aplicados nas instituições que atendem pacientes cirúrgicos<sup>(17)</sup>.

Outra forma de avaliação dos critérios de segurança para liberação da ingestão hídrica relatada pelos entrevistados inclui:

[...] desde o tipo de anestesia, farmacológicos utilizados, cirurgia que foi realizada, qual foi o sistema orgânico manipulado e como o paciente está naquele determinado momento [...] se ele está consciente, se é capaz de deglutir, se tem alguma contraindicação para a liberação da ingestão hídrica, se está conversando,

obedecendo a comandos verbais [...]. Daí então podemos liberar a ingestão hídrica dele (D9).

É importante ressaltar que, dependendo do tipo de procedimento cirúrgico realizado, não há evidências científicas que comprovem que não se pode liberar a ingestão hídrica no POI. Em contrapartida, há evidências que estimulam a ingestão precoce de água e de dieta<sup>(18)</sup>.

A conduta adotada pelos anestesiológistas diante do sintoma sede varia de acordo com o profissional. Percebe-se, pelos discursos, que não há consenso entre as condutas para o manejo do sintoma, como:

[...] umidificar a região perioral com água destilada, que faz com que melhore muito o desconforto que ele apresenta nesse pós-operatório imediato. E libero água também, sempre em baixo volume [...] cerca de uns 5 ml, já que assim as chances de acontecer náusea, vômito e broncoaspiração são menores (R2).

[...] eu pedi para a enfermeira para que pegasse aquele sachê de água destilada e oferecesse aos pacientes, cerca de 20 ml, para que não exista o risco de vômito e aspiração (D4).

Embora a umidificação perioral possa ter efeito paliativo na percepção da sede, sua ação é fugaz. No entanto, o uso de gelo na forma de gaze congelada com solução salina, pequenas pastilhas ou picolés de água têm eficácia no alívio e saciedade da sede<sup>(2,14,19)</sup>.

A temperatura fria conferida pelo gelo estimula receptores orofaríngeos, denominados *Transient Receptor Potential Melastatin 8* (TRPM8), presentes tanto na pele quanto na cavidade oral. Esses receptores são sensíveis a baixas temperaturas e a substâncias mentoladas e derivadas do eucalipto<sup>(13,20)</sup>, capazes de produzir uma agradável sensação de prazer e conforto, levando à saciedade com uma ingestão de menor volume em comparação com a água gelada, diminuindo ainda mais os riscos para o paciente<sup>(3)</sup>.

Esses avanços no manejo da sede perioperatória podem significar uma diminuição desse desconforto para o paciente em recuperação anestésica, desde que adotados na prática clínica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que, em relação a outros desconfortos e complicações no POI, a sede é a menos valorizada pelos anestesiológistas. Ela é vista como um desconforto secundário, identificado quase exclusivamente pela queixa verbal do paciente. Ainda assim, quando detectado, as intervenções para seu alívio são empíricas.

A escassez de estudos sobre o tema constituiu uma limitação da investigação, não permitindo a discussão dos resultados com pesquisas semelhantes.

Ressalta-se a importância da atuação multiprofissional na identificação, mensuração, avaliação de segurança e utilização de estratégias eficazes para minorar a sede do paciente, diminuindo seu desconforto e resultando em recuperação segura e confortável.

Este estudo abre caminho para novos questionamentos sobre os motivos que levam a equipe

perioperatória a não considerar a sede no POI. Uma hipótese é de que mitos e crenças interferem em uma abordagem mais proativa na avaliação da sede e na busca do alívio desse desconforto. Compreender a perspectiva dos profissionais envolvidos contribuirá para a implementação de estratégias com o objetivo de mudar paradigmas no cuidado com o paciente na prática clínica e, por conseguinte, diminuir o sofrimento causado pela sede por um período desnecessariamente prolongado.

## ANESTHESIOLOGIST'S PERSPECTIVE REGARDING THIRST IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD

### ABSTRACT

This study intended to explore the perception of anesthesiologists on thirst identification and management, a highly prevalent symptom in the immediate post-operative period. Qualitative and descriptive study conducted at a large university hospital in Southern Brazil, with participants: seven anesthesiology professors and four anesthesiology residents. Data was collected through semi-structured instrument and the speeches were analyzed through the methodological framework described by Martins and Bicudo. The Human Research Ethics Committee of the Universidade Estadual de Londrina (State University of Londrina) approved the project (CAAE: 02299412.6.0000.5231). The results originated two categories: "Thirst: the undetected symptom", which highlights the lack of intentional assessment of thirst, and "Finding difficulties in the assessment and management of thirst", which demonstrates the absence of protocols to support its management. The study concluded that anesthesiologists perceive thirst as a symptom of lesser importance in the immediate postoperative period, so it remains sub-identified, sub-measured and sub-treated in clinical practice.

**Keywords:** Thirst. Postoperative period. Anesthesia. Perioperative nursing.

## PERSPECTIVA DEL ANESTESIOLOGO EN RELACIÓN A LA SED EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

### RESUMEN

El objetivo del estudio fue explorar la percepción de anestesiólogos sobre la identificación y el manejo de la sed, síntoma altamente prevalente en el postoperatorio inmediato. Estudio cualitativo y descriptivo en un hospital universitario de gran porte en el Sur de Brasil, con once participantes, siendo siete docentes y cuatro residentes de anestesiología. Los datos fueron recolectados por medio de un instrumento semiestructurado, y los discursos analizados por el referencial metodológico descrito por Martins y Bicudo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Envolviendo Seres Humanos de la Universidad Estadual de Londrina (CAAE: 02299412.6.0000.5231). De los resultados surgieron dos categorías: "Sed: un síntoma no percibido", que evidenció la falta de evaluación intencional de la sed, y "Encontrando dificultades para la evaluación y el manejo de la sed", que demostró la falta de protocolos que subsidiaran y establecieran su manejo. Se concluye con el estudio que, para los anestesiólogos, la sed aún se muestra como un síntoma de menor relevancia en el postoperatorio inmediato. Este escenario requiere acciones multidisciplinares e intencionales para que ese síntoma no continúe siendo subidentificado, submensurado y subtratado en la práctica clínica.

**Palabras clave:** Sed. Periodo posoperatorio. Anestesia. Enfermería perioperatoria.

## REFERÊNCIAS

1. Nascimento LA, Tramontini CC, Garanhani ML. O processo de aprendizagem do residente de anestesiologia: uma reflexão sobre o cuidado ao paciente. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(3):350-8.
2. 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.
3. Puntillo KA, Arai SR, 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.* 2014; Jan 40(9):1295-302.
4. Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF. I am thirsty! Experience of the surgical patient in the perioperative period. *Rev SOBECC.* 2016;21(2):75-81.

5. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Thirst in surgical patients: perceptions of the nursing team in inpatient units. *Rev Enferm UFPE.* 2016; 10(9):3352-60.
6. Arai SR, Stotts NA, Puntillo KA. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation; *Am J Crit Care.* 2013; 22(4):328-35.
7. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biol Res Nurs.* 2014 Oct;16(4):456-66.
8. Martins PR, Fonseca LF. Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf.* 2017;19:a09. doi.org/10.5216/ree.v19.40288.
9. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG, Mai LD. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03240. doi.org/10.1590/S1980-220X2016029003240.

10. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Sede perioperat3ria: uma an3lise sob a perspectiva da teoria de manejo dos sintomas. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 fev; 49(1):122-28.

11. Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos b3sicos*. 5ª ed. S3o Paulo: Centauro; 2005.

12. Welte LVT, Fonseca LF. Avaliaço da recuperaço do paciente no ps-operat3rio na aus3ncia de sala de recuperaço anest3sica. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016; 10(6):2091-9.

13. Gois CFL, Aguillar OM, Santos V, Rodr3guez EOL. Fatores estressantes para o paciente submetido a cirurgia card3aca. *Invest Educ Enferm*. 2012 Jan;30(3):312-9.

14. Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an ice Popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perianesth Nurs*. 2016: 1-9.

15. Dessotte CAM, Rodrigues HF, Furuya RK, Rossi LA, Dantas RAS. Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):694-703.

16. Machado ECB, Pompeo DA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Santos MA. Caracterizaço de pacientes no ps-operat3rio imediato segundo a presença de n3useas e v3mitos. *Ci3nc Cuid Sa3de*. 2013;12(2):249-56.

17. Nascimento LA, Fonseca LF. Sede do paciente cir3rgico: elaboraço e validaço de um protocolo de manejo seguro da sede. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(3 esp):1055-8.

18. 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*. 2014; 7(10):3491-6.

19. Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvao CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016 Nov-Dec;69(6):1215-22.

20. Du-plessis L, Dommels Y, Wilkinson JE. Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite* [internet]. 2013 [citado 2015 Jan 12]; 71:357-60.

---

**Endereço para correspond3ncia:** Ana Carolina Korki Arrabal Garcia. Rua Marcl3lio Dias, n3 125, apt 601. Londrina, Paran3, Brasil. E-mail: aninha\_korki@hotmail.com

**Data de recebimento:** 16/03/2017

**Data de aprovaço:** 22/09/2017