

PREVALÊNCIA, INTENSIDADE E DESCONFORTO DA SEDE NO PACIENTE CIRÚRGICO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Prevalence, intensity and discomfort of thirst in surgical patients in the immediate post-operative period

Prevalencia, intensidad y desconforto de la sed en el paciente quirúrgico en el post-operatorio inmediato

Leonel Alves do Nascimento^{1*} , Thammy Gonçalves Nakaya² , Marília Ferrari Conchon³ , Aline Korke Arrabal Garcia² , Isadora Pierotti² , Viviane Moreira Serato⁴ , Lígia Fahl Fonseca⁷ 

RESUMO: **Objetivo:** Avaliar a prevalência, a intensidade e o desconforto da sede no período pós-operatório imediato. **Método:** Estudo epidemiológico, transversal, descritivo, quantitativo, realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil, de agosto a setembro de 2012. A amostra foi composta de 386 pacientes em recuperação anestésica de cirurgias eletivas e de urgência. Foi utilizado um questionário semiestruturado composto de dados demográficos, clínicos e variáveis relacionadas à sede. **Resultados:** A prevalência de sede foi de 78% (303 pacientes), com intensidade média de 6,94 (desvio padrão — DP=2,2) e queixa espontânea de sede em 38,3% dos casos (116 pacientes). Os desconfortos relatados foram: boca seca, procura por água, hipossalivação, garganta seca, lábios ressecados, língua seca e vontade de deglutir. Todos os desconfortos apresentaram correlação de Pearson positiva em relação à presença de sede. **Conclusão:** A sede no pós-operatório imediato é intensa, prevalente e com sinais periféricos desconfortáveis. Essas evidências fundamentam a necessidade da identificação, da mensuração, da avaliação e do tratamento do sintoma sede de forma intencional neste período. **Palavras-chave:** Sede. Cuidados de enfermagem. Enfermagem perioperatória. Prevalência.

ABSTRACT: **Objective:** To assess the prevalence, intensity and discomfort of thirst in the immediate postoperative period. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive, quantitative epidemiological study conducted in a university hospital in the South of Brazil, from August to September 2012. The sample consisted of 386 patients in anesthesia recovery from elective and emergency surgeries. A semi-structured questionnaire was used, consisting of demographic, clinical, and thirst-related variables. **Results:** The prevalence of thirst was 78% (303 patients), with an average intensity of 6.94 (standard deviation — SD=2.2) and spontaneous complaint of thirst in 38.3% of the cases (116 patients). The discomforts reported were: dry mouth, search for water, hyposalivation, dry throat, dry lips, dry tongue and willingness to swallow. All discomforts presented a positive Pearson correlation as to the presence of thirst. **Conclusion:** Immediate postoperative thirst is intense, prevalent and with uncomfortable peripheral signs. These facts substantiate the need to intentionally identify, measure, evaluate and treat thirst in this period.

Keywords: Thirst. Nursing care. Perioperative nursing. Prevalence.

RESUMEN: **Objetivo:** Evaluar la prevalencia, la intensidad y el malestar de la sed en el período postoperatorio inmediato. **Método:** Estudio epidemiológico, transversal, descriptivo, cuantitativo, realizado em un hospital universitario del sur de Brasil, de agosto a septiembre de 2012. La muestra fue compuesta de 386 pacientes en recuperación anestésica de cirugías electivas y de urgencia. Se utilizó un cuestionario semiestruturado compuesto de datos demográficos, clínicos y variables relacionados con la sed. **Resultados:** La prevalencia de sed fue de 78% (303 pacientes), con una intensidad media de 6,94 (desviación estándar o standard deviation — SD=2,2) y queja espontánea de sed en el 38,3% de los casos (116 paciente). Las incomodidades reportadas fueron: boca seca, busca por agua, hiposalivación, garganta seca, labios secos, lengua seca y voluntad de deglutir. Todas las incomodidades presentaron correlación de Pearson positiva en relación a la presencia de sed. **Conclusión:** La sed en el postoperatorio inmediato es intensa, prevalente y con señales periféricas incómodas. Estas evidencias fundamentan la necesidad de identificar, medir, evaluar y tratar el síntoma de forma intencional en este período. **Palabras clave:** Sed. Atención de enfermería. Enfermería perioperatoria. Prevalencia.

¹Enfermeiro; doutorando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.

²Enfermeira; doutoranda em Enfermagem pela UEL – Londrina (PR), Brasil.

³Enfermeira; doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, da UEL – Londrina (PR), Brasil.

⁴Enfermeira; mestre em Enfermagem pela UEL. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede – Londrina (PR), Brasil.

⁷Enfermeira; doutora em Enfermagem, Programa de Saúde do Adulto pela USP. Professora associada do Departamento de Enfermagem da UEL – Londrina (PR), Brasil.

*Autor correspondente: leonel_jan@hotmail.com

Recebido: 17/08/2018 – Aprovado: 23/03/2019

DOI: 10.5327/Z1414-4425201900020006

INTRODUÇÃO

A sede é uma necessidade humana vital derivada de um complexo sistema de sinalização neuro-hormonal que regula o equilíbrio hidroeletrolítico. Por ser um desconforto subjetivo, é caracterizada como um sintoma e leva a uma intensa motivação, desde a busca até o consumo de água, de forma que não pode ser ignorada¹⁻³.

Por ser um sintoma multifatorial, a sede pode ser mais bem compreendida se analisados os fatores individuais que interferem em seu surgimento e na percepção que se tem dela. Cada paciente vivencia, avalia e enfrenta a sede de maneira particular, especialmente quando associada aos estímulos estressantes advindos do período perioperatório^{4,5}.

A percepção da sede e o desejo de ingerir líquidos para atingir a saciedade são processos fisiológicos condicionados em todos os seres humanos^{6,7}. O paciente cirúrgico, especialmente, tem sua sede potencializada por fatores como jejum pré-operatório, medicações utilizadas e perda sanguínea no intraoperatório. Esses estímulos resultam em comportamentos negativos, tais como estresse, ansiedade, irritabilidade e desespero, que intensificam o desconforto da sede no período perioperatório⁸⁻¹⁰.

Esse desconforto exibe elevada prevalência, chegando a patamares de 83,7¹¹ a 88,6%¹² no paciente cirúrgico no período pós-operatório imediato (POI). Além disso, estudos apontam que a sede apresenta alta intensidade (6,10¹³, 8,17¹¹ e 8,70¹⁴) quando mensurada por escala verbal numérica (EVN), que varia de zero a dez, sendo zero nenhuma sede e dez a sede mais intensa já sentida. O desconforto da sede também pode ser expresso pelos próprios pacientes por um conjunto de sintomas periféricos, também denominados atributos da sede, como lábios ressecados, boca e garganta secas, língua e saliva grossas, gosto ruim ou amargo na boca, e pela vontade de beber água^{2,3,15-17}.

Ainda que tradicionalmente não se atente para a ocorrência do sintoma sede como fator relevante para avaliação, mensuração e tratamento durante a permanência do paciente na Sala de Recuperação Anestésica (SRA), deve-se atentar para esse desconforto, considerando sua complexidade e o fato de ser uma das experiências humanas mais estressoras e impetuosas no POI^{3,10}.

OBJETIVO

Avaliar a prevalência, a intensidade e o desconforto da sede em pacientes cirúrgicos no período POI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado na SRA de um hospital-escola público e de nível terciário no Sul do Brasil. A instituição possui 313 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). O centro cirúrgico (CC) conta com sete salas cirúrgicas (SO) e realiza, em média, 640 cirurgias mensais.

A população foi constituída de pacientes adultos e idosos de ambos os sexos, submetidos a cirurgias eletivas e de urgência, que se encontravam no POI, na SRA. Os critérios de inclusão foram: apresentar idade entre 18 e 65 anos e relatar sede espontaneamente ou quando questionado. Foram excluídos do estudo os pacientes que receberam alta da SO diretamente para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidades de Internação ou domicílio, além de pacientes que apresentaram desorientação quanto ao tempo e ao espaço e com comprometimento na comunicação verbal.

A amostra foi constituída de 386 participantes, considerando nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. A coleta de dados se deu no período de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas, nos meses de agosto e setembro de 2012, e foi realizada por acadêmicos do curso de enfermagem e residentes de enfermagem perioperatória. Os acadêmicos foram capacitados por meio de treinamento realizado pelo pesquisador responsável do estudo, com o objetivo de manter o rigor metodológico e o cumprimento dos aspectos éticos durante a coleta.

O roteiro de coleta de dados contemplou informações demográficas, clínicas e variáveis relacionadas à sede, tais como presença de sede, queixa espontânea, características da sede e intensidade do desconforto avaliada pela EVN, que variou de 0 a 10, sendo 0 nenhum desconforto e 10 o desconforto mais intenso já sentido. Os desconfortos avaliados foram: lábios ressecados, boca seca, língua grossa, garganta seca, hipossalivação, vontade de deglutir e procura por água. Outras variáveis foram avaliadas para permitir a compreensão de fatores que podem caracterizar ou interferir no processo da sede, como tempo de jejum pré-operatório, intubação orotraqueal e tempo do procedimento cirúrgico.

A coleta de dados foi dividida em dois momentos: pré-operatório e pós-operatório. No primeiro momento, na SRA, todos os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados, orientados quanto aos objetivos da pesquisa e convidados a participar do estudo. Todos os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No segundo momento, após o procedimento anestésico-cirúrgico, aplicou-se, na SRA, o instrumento de coleta de dados.

Para avaliar o sintoma sede no POI, aguardou-se a verbalização espontânea do paciente até a alta da SRA. Quando ela não ocorria, o pesquisador questionava o paciente sobre a presença ou a ausência de sede. Em caso afirmativo, aplicava a EVN para avaliar a intensidade do sintoma, solicitando, em seguida, que citasse as características por ele percebidas por estar com sede.

Os dados foram digitados em planilha no Excel 2010, e a análise estatística foi realizada no programa Statistical Products and Service Solutions (SPSS), versão 20.0, considerando o nível de significância de 5%. Para correlacionar a sede e as características referidas, utilizou-se o Teste χ^2 de Pearson.

O estudo seguiu as condições estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL) (CAAE: 02299412.6.0000.5231 – CEP 11037/2012). Todos os pacientes foram convidados e, após o aceite, assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Entre os 386 participantes, predominou o sexo masculino, com 217 (56%) pacientes. A média de idade foi de 42,3 anos (12–89 desvio padrão — DP=18,3). Em relação ao tempo de jejum pré-operatório, a média em horas de jejum absoluto foi de 17,53 (6,15–35,50 h DP=4,54 h), e predominou um tempo de jejum superior a 16 horas em 241 (62%) pacientes. A clínica cirúrgica com maior frequência foi a ginecologia e obstetrícia, com 109 (28,2%) procedimentos realizados, seguida pela ortopedia, com 71 (18,4%).

A maioria foi classificada como ASA I (194 pacientes — 50%), seguindo-se ASA II (127 pacientes — 33%), ASA III (60 pacientes — 16%) e ASA IV (5 pacientes — 1%). A técnica anestésica de bloqueio raquidiano foi a mais utilizada (199 pacientes — 51,6%), seguida pela anestesia geral balanceada (121 pacientes — 31,3%) e por outras técnicas (66 pacientes — 17%).

Houve prevalência de sede no POI em 303 (78%) pacientes. A intensidade média do sintoma foi de 6,94 (DP 2,2). A sede foi intensa (7–10) para 132 (34%) participantes.

Quanto à avaliação da queixa de sede, 116 (38,3%) pacientes se queixaram espontaneamente do desconforto, e 187 (61,7%) referiram sede depois de questionados sobre o sintoma. O coeficiente de associação de χ^2 de Pearson entre a presença de sede e os desconfortos foi estatisticamente significativo (Tabela 1).

Os desconfortos apresentados pelos pacientes e relacionados com a intensidade da sede estão citados na Figura 1.

Houve necessidade de intubação orotraqueal em 126 (32,6%) sujeitos. Testes de associação de χ^2 de Pearson entre a presença de sede e a intubação orotraqueal foram estatisticamente significativos ($\chi^2=7,11$ p=0,008 Coeficiente phi (Fi)=0,136), denotando que, independentemente do total de intubados, há associação entre o procedimento e a presença de sede.

DISCUSSÃO

A relevância do estudo está na avaliação e na identificação de atributos da sede na SRA, pois não se encontram registros de sintoma tão prevalente e distressor no período de recuperação, revelando uma realidade oculta, de grande magnitude, negligenciada e que repercute em experiências

Tabela 1. Associação entre presença de sede e desconfortos apresentados pelos pacientes no pós-operatório imediato (n=386).

Desconfortos	n	%*	Fi**	χ^2 **	p***
Lábios ressecados	87	22,5	0,282	30,76	0,000
Boca seca	267	69,2	0,784	237,24	0,000
Língua grossa	54	14,0	0,211	17,19	0,000
Garganta seca	91	23,6	0,291	32,61	0,000
Hipossalivação	105	27,2	0,320	39,51	0,000
Vontade de deglutir	37	9,6	0,170	11,21	0,001
Procura por água	141	36,5	0,397	60,85	0,000
Não apresentou desconforto	04	1,0	0,054	1,10	0,293

*Pode-se relatar mais de um desconforto; **Fi: Coeficiente phi/Graus de liberdade :1; ***p>0,001.

pós-cirúrgicas negativas, quando não identificadas e tratadas de forma segura e humanizada.

A prevalência da sede pós-operatória neste estudo foi de 78%, demonstrando a relevância e a expressividade que esse sintoma tem na vivência do paciente no POI. Outros estudos corroboram esse achado, ao demonstrarem prevalências também elevadas, entre 75¹³, 83,7¹¹ e 88,6%¹² em adultos, e 88,5%¹⁸ em crianças.

Os desconfortos relatados pelos participantes eram marcantes. Sabe-se que a gênese da sede e seus desconfortos no paciente cirúrgico são multifatoriais. A experiência cirúrgica e as reações emocionais, como estresse, medo e ansiedade, desencadeiam reações bioquímicas e hormonais para a manutenção da homeostase do organismo^{2,9}. Essas respostas inibem a produção de saliva pelas glândulas salivares, causando ressecamento da mucosa oral e da região orofaríngea^{2,15,16}, que os pacientes cirúrgicos relatam como boca seca.

Entre os desconfortos da sede, o mais relatado pelos pacientes é boca seca, o que revela quão incômodo este atributo pode se tornar. Desse modo, a percepção da sede não ocorre apenas pela presença consciente e pela intensidade da sede avaliada, mas também pela presença de sinais periféricos, como boca seca, lábios ressecados, língua e saliva grossas, garganta seca, gosto ruim na boca, halitose, e pela vontade de beber água^{2,16,17}.

Já no período pré-operatório, pode-se identificar a presença de reações bioquímicas e hormonais advindas de uma confluência de fatores, entre eles a restrição hídrica e alimentar acima do preconizado pelas diretrizes das sociedades responsáveis, tais como a American Society of Anesthesiologists

(ASA)¹⁹. Neste estudo, a média de horas de jejum absoluto pré-operatório foi de 17,53, o que representa aumento exponencial do desconforto experienciado pelos pacientes, resultado consoante com uma pesquisa em que os pacientes permaneceram, em média, 16,5 h de jejum pré-operatório²⁰.

Em um estudo para desenvolver e validar uma escala de desconforto da sede perioperatória, sete atributos foram elencados como os mais representativos do desconforto da sede: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca e vontade de beber água¹⁷. A maioria desses atributos relaciona-se aos relatados no presente estudo, demonstrando que os desconfortos expressos pelos pacientes são significativos e devem ser ouvidos, considerados e tratados com intencionalidade.

No que se refere ao relato, tanto da sede como dos desconfortos a ela relacionados, observou-se, neste estudo, que 61,7% dos participantes, mesmo vivenciando a sede de maneira intensa, não a verbalizaram. Resultado semelhante descreveu que 88% dos pacientes não verbalizaram, de forma espontânea, o sintoma¹².

O silêncio que permeia o paciente cirúrgico é reflexo da subvalorização da sede pelos profissionais de saúde. Desconfortos como náuseas, vômitos e dor são identificados e tratados prontamente, enquanto a sede perioperatória, mesmo com alta prevalência, é pouco questionada e tratada²¹. O silêncio talvez seja indício de “não esquecimento” de um sofrimento²² que contribui para experiências hospitalares angustiantes¹⁰.

Essa realidade inquietante foi alvo de um estudo para explorar a percepção do paciente cirúrgico em relação aos motivos que o levam a não verbalizar sua sede espontaneamente

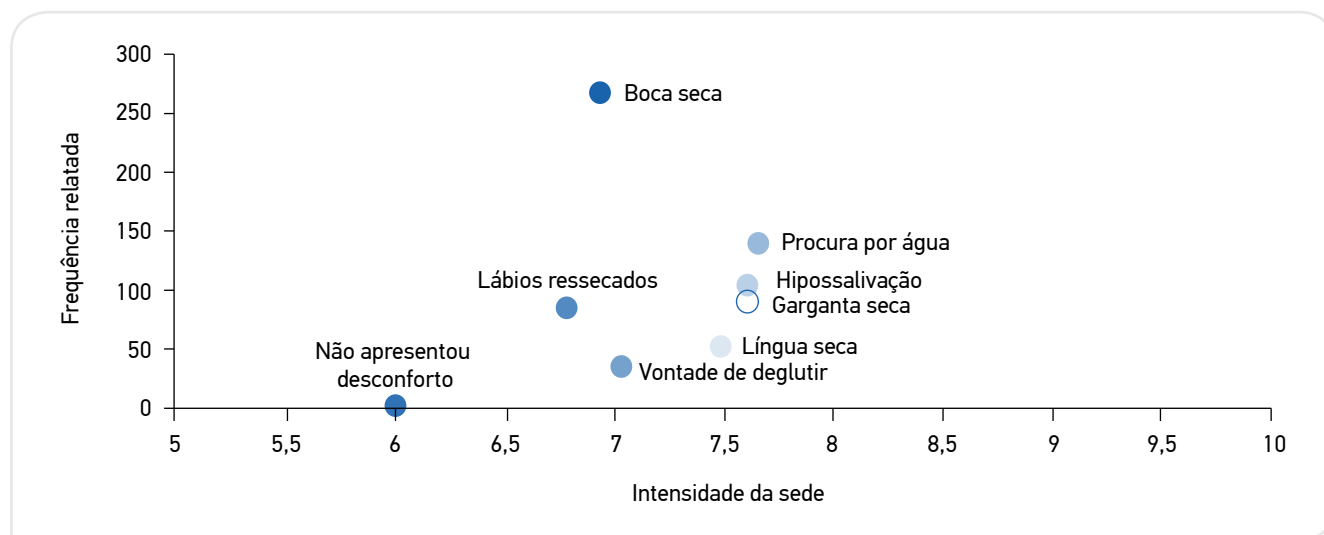


Figura 1. Frequência dos desconfortos citados em relação à intensidade média de sede em pacientes no pós-operatório imediato (n=386).

aos profissionais de saúde. O paciente teme exteriorizar suas sensações em relação à sede por entender que é um sintoma inerente ao ato anestésico-cirúrgico, acatando quando profissionais reforçam a manutenção do jejum absoluto e a necessidade de suportar esse desconforto. O paciente considera papel da equipe perguntar a ele se sente sede; se a equipe não o questiona, ele silencia por temor de se posicionar e não expõe o desconforto imposto e limitante²³. O mito de que a sede no perioperatório é um preço a ser pago para manter a vida está enraizada na cultura dos sistemas de saúde, compartilhada pelos profissionais e já também pelos pacientes³.

Tais evidências corroboram os resultados do presente estudo, revelando a necessidade de a equipe cirúrgica se apropriar dos saberes científicos a ponto de mudar essa realidade. Sabe-se que o paciente cirúrgico pertence a um grupo com alto risco de desenvolver sede, e já existem, no cenário científico, movimentos que justificam e descrevem a importância do desenvolvimento de estratégias de identificação, mensuração, avaliação da segurança, administração de métodos de alívio e registro do sintoma sede pautados na literatura, instrumentalizando os profissionais no cuidado do paciente cirúrgico com sede^{3,17,24}.

A valorização da sede perioperatória pelos profissionais de saúde e o olhar intencional para esse sintoma em sua prática clínica, além de transformarem positivamente a experiência do paciente cirúrgico, atendem a uma necessidade humana vital e acrescentam humanização e qualidade ao atendimento cirúrgico.

CONCLUSÃO

A sede no paciente cirúrgico no POI durante o período de recuperação anestésica se mostrou prevalente, intensa e desconfortável. Entre os atributos relacionados ao desconforto do sintoma, o mais experienciado foi boca seca. Esses dados corroboram outros estudos, apontando que o paciente cirúrgico apresenta alto risco de desenvolver sede, sintoma distressor que deve ser identificado, avaliado, mensurado e tratado de forma intencional, com o objetivo de melhoria da qualidade do cuidado perioperatório. Os resultados deste estudo apontam, portanto, para a necessidade de novas investigações e adoção de medidas para minorar o desconforto do paciente na recuperação anestésica.

REFERÊNCIAS

1. Antunes-Rodrigues J, Elias LLK, Castro M, De Luca Júnior LA, Vivas LM, Menani JV. Controle neuroendócrino do balanço hidroeletrólítico. In: Aires MM, editor. *Fisiologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 1181-98.
2. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013 [acessado em 25 maio 2018];22(4):328-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817822>. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013533>
3. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):120-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>
4. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76.
5. Humphreys J, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Puntillo K, Faucett J, Janson S, et al. Theory of Symptom Management. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle range theory for nursing*. 2ª ed. Nova York: Springer; 2008. p. 145-58.
6. Leiper JB. Thirst. In: Caballero B, Allen L, Prentice A, editores. *Encyclopedia of human nutrition*. 2ª ed. Oxford: Elsevier; 2005.
7. Zimmerman CA, Leib DE, Knight ZA. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. *Nat Rev Neurosci*. [Internet]. 2017 [acessado em 1º jun. 2018];18:459-69. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrn.2017.71>. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.71>
8. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166904181>
9. Medeiros VCC, Peniche ACG. The influence of anxiety in coping strategies used during the pre-operative period. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):86-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100012>
10. Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Rev SOBECC*. 2016;21(2):75-81. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>
11. Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an ice popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018 [acessado em 15 jul. 2018];33(2):153-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009>

12. Pierotti I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P. Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória. *Rev Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [acessado em 11 jun. 2018];22(3):e20170375. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eaa/v22n3/pt_1414-8145-eaa-22-03-e20170375.pdf. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0375>
13. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400008>
14. 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* [Internet]. 2010 [acessado em 2 jun. 2018];40(5):714-23. Disponível em: <https://doi.org/10.4040/jkan.2010.40.5.714>
15. Gebremedhn EG, Nagaratnam VB. Audit on perioperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World J Surgery* [Internet]. 2014 [acessado em 9 jun. 2018];38(9):2200-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2582-3>
16. 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 [acessado em 13 jun. 2018];25(3):133-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.03.001>
17. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03240. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>
18. Riviera AA. Prevalência e intensidade da sede infantil no pós-operatório imediato [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2015 [acessado em 15 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000210646>
19. Practice Guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. *Anesthesiology* [Internet]. 2017 [acessado em 21 jun. 2018];126(3):376-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>
20. Cestonaro T, Schieferdecker MEM, Thieme RD, Cardoso JN, Campos ACL. The reality of the surgical fasting time in the era of the ERAS protocol. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014 [acessado em 2 jun. 2018];29(2):437-43. Disponível em: <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.2.7025>
21. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Sede no paciente cirúrgico: percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [acessado em 18 jun. 2018];10(9):3352-60. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11416/13201>. <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201621>
22. Cardoso E, Cunha T. O silêncio na comunicação. BOCC – Biblioteca On-line de Ciências e Comunicação. Portugal, Universidade Nova de Lisboa: LabCom, 2011.
23. Garcia AKA, Fonseca LF, Lodi CR. O silêncio que permeia a sede perioperatória: um estudo de caso. In: *Anais do Encontro Internacional de Produção Científica da UNICESUMAR*, 2017, Maringá [Internet]. 2017 [acessado em 14 jun. 2018]. Disponível em: http://sobecc.tmeventos.com.br/anais2017/pdfs/trabalho_2255.pdf
24. Nascimento LA, Fonseca LF, Santos C. Inter-rater reliability testing of the safety protocol for thirst management. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018 [acessado em 5 ago. 2018];33(4):527-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.008>