



## SEDE DO PACIENTE CIRÚRGICO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

### THIRST IN SURGICAL PATIENTS: PERCEPTIONS OF THE NURSING TEAM IN INPATIENT UNITS

### SED DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE INTERNACIÓN

Monise Milani Pavani<sup>1</sup>, Lígia Fahl Fonseca<sup>2</sup>, Marília Ferrari Conchon<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** explorar a percepção que a equipe de enfermagem que atua na unidade de internação tem em relação à sede no paciente cirúrgico e os fatores que interferem na condução de estratégias de manejo. **Método:** estudo qualitativo descritivo com 12 técnicos de enfermagem de um hospital universitário. Para análise, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** construíram-se as seguintes categorias: sede - um desconforto pouco valorizado; percebendo o paciente com sede; e agindo diante da sede. **Conclusão:** os técnicos de enfermagem não percebiam a sede como um desconforto primordial, tornando-a um sintoma subvalorizado, subnotificado e não avaliado de forma sistematizada. Para o manejo da sede, utilizavam estratégias não baseadas em evidência pelo desconhecimento quanto ao tema e receio de possíveis complicações. Há necessidade de ações de educação permanente visando sensibilizar os profissionais para uma avaliação e intervenção intencionais junto ao paciente cirúrgico que sofre sede sem ser atendido. **Descritores:** Sede; Equipe de enfermagem; Assistência Perioperatória.

#### ABSTRACT

**Objective:** to assess the perception of the nursing team in inpatient units with respect to thirst in surgical patients and the factors that interfere with the implementation of management strategies. **Method:** Qualitative descriptive study with 12 nursing technicians of a university hospital. The Discourse of the Collective Subject method was used for the analysis. **Results:** the following categories were established: thirst - a little valued discomfort; perceiving patients' thirst; and performing in the face of thirst. **Conclusion:** the nursing technicians did not regard thirst as a primordial discomfort, making it an undervalued, underreported and unsystematically assessed symptom. For the management of thirst, they did not use evidence-based strategies due to the lack of knowledge about the topic and fear of possible complications. There is a need of continuing education actions aimed at sensitizing the professionals for intentional assessment and intervention in surgical patients who suffer from thirst without being cared. **Descriptors:** Thirst; Nursing staff; Perioperative Care.

#### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la percepción que el personal de enfermería en la unidad de hospitalización tiene sobre la sed en pacientes quirúrgicos y los factores que interfieren en la implementación de estrategias para su manejo. **Método:** estudio cualitativo descriptivo con 12 técnicos de enfermería de un hospital universitario. Para el análisis se utilizó el método del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** se establecieron las siguientes categorías: sed - un malestar poco valorado; percibiendo al paciente con sed; y actuación frente a la sed. **Conclusión:** los técnicos de enfermería no percibían la sed como un malestar primordial, haciendo de ella un síntoma infravalorado, subdeclarado y no evaluado sistemáticamente. Para el manejo de la sed, utilizaban estrategias no basadas en evidencia debido a la falta de conocimiento sobre el tema y el miedo de posibles complicaciones. Hay necesidad de acciones de educación permanente dirigidas a sensibilizar a los profesionales para una evaluación e intervención intencional del paciente quirúrgico que sufre sed sin ser atendido. **Descriptor:** Sed; Personal de enfermería; Asistencia Perioperatoria.

<sup>1</sup>Enfermeira, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, PR, Brasil. E-mail: [monisepavani@gmail.com](mailto:monisepavani@gmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, PR, Brasil. E-mail: [ligiafahl@gmail.com](mailto:ligiafahl@gmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, PR, Brasil. E-mail: [lili\\_conchon@hotmail.com](mailto:lili_conchon@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

Inúmeros desconfortos cercam a fase perioperatória. Alguns facilmente identificáveis, como dor, náuseas, vômitos e hipotermia no período de recuperação anestésica têm sido extensivamente estudados. A sede perioperatória, por sua vez, é um desconforto real, estressante e de alta incidência, no entanto pouco investigada.<sup>1-3</sup>

No perioperatório, fatores confluentes desencadeiam e agravam o sintoma da sede, como ansiedade perioperatória, jejum, intubação, perdas sanguíneas e drogas anestésicas.<sup>4</sup> O jejum pré-operatório contribui para o aumento da incidência e intensidade da sede, pois, apesar de serem indicadas duas horas de jejum para líquidos claros, o que se observa na prática é que esse jejum chega a patamares de 37 horas.<sup>5</sup>

A sede configura-se como um sintoma e pode ser analisada pela Teoria do Manejo de Sintomas desenvolvida pelo Symptom Management Faculty Group, da Universidade da Califórnia, Estados Unidos. Um sintoma é descrito como uma experiência subjetiva que reflete em alterações no comportamento biopsicossocial ou na cognição de um indivíduo.<sup>6,7</sup>

Por ser uma experiência subjetiva, a sede no período perioperatório impõe a avaliação do significado do sintoma e sua repercussão no indivíduo. Observa-se, infelizmente, que tem sido subvalorizada, subavaliada, submensurada, sub-registrada e subtratada. As estratégias para seu manejo são ainda incipientes, porém já há indícios de que pequenas doses de água ou gelo podem ser utilizadas. Por outro lado, a administração de lascas e picolés de gelo tem-se mostrado mais eficazes para o alívio da sede do que a água em temperatura ambiente.<sup>2-4,8,9</sup>

A equipe de enfermagem representa o elo entre o desconforto vivenciado pelo paciente e a possibilidade de utilização de medidas de intervenção. Muitas vezes, decodifica esse desconforto ao detectar e mensurar sinais e sintomas característicos. A humanização do atendimento nas unidades de internação está, pois, intimamente vinculada à atuação dessa equipe diante dos fatores estressantes. Objetiva-se aliviar as fontes geradoras de tensão.<sup>10</sup>

No cuidado ao paciente é essencial valorizar o sintoma, compreender os mecanismos fisiológicos e conhecer estratégias eficazes de alívio. Quanto ao sintoma da sede, a cultura institucional -

como jejum prolongado e mitos transmitidos boca a boca: “jejum é jejum, não pode ser quebrado” - acaba influenciando a percepção e avaliação da equipe.<sup>11</sup> O que se observa na prática é uma equipe de enfermagem despreparada para lidar com a sede no perioperatório e tomar uma conduta adequada, já que, não raro, ignora os pedidos dos pacientes por água.<sup>2,11</sup>

Em relação à sede no período perioperatório, o papel e a percepção da equipe de enfermagem são inexplorados. Diante dessa problemática, surge o questionamento: Como a equipe de enfermagem da unidade de internação percebe e trata a sede de um paciente com sede no período perioperatório?

O objetivo deste estudo foi explorar a percepção que a equipe de enfermagem que atua na unidade de internação tem em relação à sede no paciente cirúrgico e os fatores que interferem na condução de estratégias de manejo.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo descritivo realizado em um hospital universitário de grande porte da região Sul do Brasil, referência para traumas, queimaduras, transplantes de medula óssea e gestação de risco. O hospital atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde, possui 313 leitos, centro cirúrgico com sete salas (com média de 500 cirurgias por mês), 58 leitos na unidade de internação médico-cirúrgica masculina e 47 na unidade feminina.

A população de estudo foi constituída de técnicos de enfermagem que atuavam nas unidades de internação médico-cirúrgicas masculina e feminina. A seleção da amostra deu-se pela voluntariedade em participar da pesquisa e pela saturação de dados nos discursos coletados. A coleta de dados se fez por entrevista semiestruturada com as seguintes perguntas norteadoras: Quais são os maiores desconfortos que o paciente sente no pré e pós-operatório? Como você identifica que o paciente tem sede? O que leva o paciente cirúrgico a sentir sede? Qual é a sua conduta perante o desconforto da sede relatado pelo paciente? e Como você se sente cuidando de um paciente cirúrgico que tem sede?

Para a análise das informações, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo, descrito como um discurso único que permite expressar a opinião de uma coletividade sobre

Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF.

determinado tema como se fosse um só indivíduo, possibilitando agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades. Analisaram-se os discursos por meio de três figuras metodológicas: expressões-chave; ideia central; e discurso do sujeito coletivo, resultando em um depoimento sintético que representou discursivamente a percepção da equipe de enfermagem sobre a sede no paciente cirúrgico.<sup>12</sup>

Este estudo deriva de um projeto matriz, “Sede do paciente cirúrgico: compreensão da problemática e elaboração de estratégias para o manejo da sede no pós-operatório”, aprovado pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada (CAAE n.º 02299412.6.0000.5231). Os entrevistados que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 12 técnicos de enfermagem, sendo 10 do sexo feminino, com idades de 27 a 48 anos e tempo de trabalho na instituição variando de seis meses a 22 anos. Os sujeitos foram identificados pelas letras F (feminino) e M (masculino), seguidas do número da ordem da realização da entrevista.

As seguintes categorias emergiram das análises dos discursos: sede - um desconforto pouco valorizado; percebendo o paciente com sede; e agindo diante da sede. A primeira categoria retrata a forma como os técnicos de enfermagem identificavam os desconfortos vivenciados pelos pacientes cirúrgicos no período perioperatório, sendo a sede um desconforto pouco valorizado pelos entrevistados.

Quando questionados sobre os principais desconfortos vivenciados pelo paciente cirúrgico no perioperatório, foram unânimes em mencionar dor e ansiedade. A sede no período perioperatório, entretanto, apresenta-se como um desconforto real e, apesar de sua alta incidência (75%),<sup>2</sup> só emergiu nos discursos dos entrevistados a partir do questionamento realizado pelo pesquisador:

*Mhm [...] é verdade, você me lembrou! Eles se queixam às vezes de boca seca, né? Tanto antes como depois da cirurgia. Eu tinha esquecido disso. Acho que é mais antes, né? Depois também porque tem aquela hora determinada, que, conforme a cirurgia do paciente, ele não pode tomar água. (F2, F5, F12).*

Em um estudo realizado com pacientes internados na unidade de cuidados intensivos, encontrou-se resultado semelhante. Metade da equipe de enfermagem entrevistada não percebia a sede como um problema para

Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe...

pacientes em ventilação mecânica. Alguns até mesmo afirmaram que pacientes sedados não sentiam sede.<sup>13</sup>

Um dos técnicos entrevistados no presente estudo admitiu reconhecer a sede como sintoma de extremo desconforto no período perioperatório, porque havia tido tal experiência. Isso se lhe tornou de fundamental importância na valorização da sede no cuidado do paciente cirúrgico:

*Eu já passei um pós-operatório que não podia beber água e realmente você fica ansioso pra poder matar a sede. Eu acho que é dos piores desconfortos. A comida nem tanto, mas a sede, eu acho que, em qualquer sentido, é a pior coisa que existe. Eu fiz redução do estômago, daí não podia beber água e tanto que foi a parte que eu mais sofri foi a parte da água. Porque você quer beber e aí a sua sede aumenta, porque você sabe que não pode. Aí te dão uma pedrinha de gelo ou molha um pouquinho a boca, mas você pensa em água o tempo todo, entendeu? E eu vejo que os pacientes também pensam. Você vê que o lábio às vezes resseca, que dá mau hálito até porque tá há muito tempo sem beber água. (F6).*

A não valorização da sede pode estar associada à cultura institucional refletida nas ações adotadas pela equipe. Essas derivam de conhecimentos sem evidência que difundem a necessidade de manutenção de um jejum prolongado e “inquebrável”, além de impossibilitarem a adoção de estratégias de alívio da sede que venham a confrontar a prescrição médica. Há vezes em que o paciente não verbaliza a sede, e o técnico de enfermagem, mesmo decodificando os sinais, decide não realizar nenhum procedimento.<sup>6,7</sup>

A segunda categoria, percebendo o paciente com sede, retrata como e quando os sinais de sede emitidos pelo paciente eram identificados pelos técnicos de enfermagem na unidade. De acordo com a Teoria do Manejo dos Sintomas, a percepção de um sintoma define-se como uma alteração na forma como um indivíduo se sente ou se comporta. Sua avaliação envolve a análise das causas, gravidade, tratabilidade e impacto que isso traz para sua vida, sofrendo interferência de fatores ambientais, físicos e emocionais.<sup>6,7</sup> Desde o momento em que o próprio paciente identifica que está com sede até que a equipe de enfermagem consiga decodificar essa percepção, existe um processo que deve ser melhor compreendido.

A sede perioperatória é deflagrada por um complexo mecanismo neuro-hormonal cujo objetivo é restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico e volumétrico.<sup>14</sup> Pode ainda

Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF.

ser influenciada por fatores externos, como o fato de o paciente saber da necessidade do jejum para o bom andamento do procedimento cirúrgico - o que muitas vezes o leva a deixar de relatar esse desconforto. Portanto, é necessária a correta e intencional decodificação dos sinais deste sintoma para que a enfermagem tome uma conduta.<sup>6,7</sup> Inicialmente os profissionais disseram perceber a presença da sede apenas quando o paciente referia esse incômodo:

*É quando ele fala que tá com sede. Não tem algo que eu costume observar. No nosso sistema de trabalho a gente consegue identificar dor pela expressão e tudo, mas sede e algum outro incômodo, se não for pela fala, a gente não consegue identificar. Então a gente fica na expectativa do paciente se queixar mesmo. (F1, F2, M3, F8).*

Segundo a Teoria do Manejo de Sintomas, o padrão ouro para estudo de um sintoma baseia-se na percepção do indivíduo que o experimenta e seu autorrelato, afirmando também que todos os incômodos sofridos pelo paciente devem ser gerenciados.<sup>6,7</sup> O objetivo do olhar intencional para o sintoma sede é que o paciente não tema verbalizar seu desconforto e confie que seu sintoma será avaliado como algo importante. A premissa de que precisa manter-se em jejum - transmitida incessantemente pela equipe - faz com que o paciente, muitas vezes, não relate esse desconforto.

Dessa forma, questionam-se que fatores culturais e internos motivam o paciente a informar ou não sobre a sede. São necessárias investigações adicionais para elucidar o quanto a cultura interfere na percepção que o próprio paciente tem da sede e na sua disposição em comunicá-la à equipe. Caso a percepção do profissional não seja congruente com a avaliação realizada pelo paciente ou acompanhante, surge um impasse na gestão desse sintoma.<sup>6,7</sup>

Buscando elucidar os fatores que interferem na ingesta hídrica de pacientes hospitalizados, demonstrou-se em um estudo que 52% dos entrevistados relataram mais sede do que o habitual desde sua admissão hospitalar. Dos pacientes com elevado grau de dependência, 94% hesitaram antes de pedir ajuda para beber água e 91% não ingeriram líquidos por não querer atrapalhar a equipe de enfermagem ao pedir ajuda.<sup>15</sup> Além de a sede ser detectada pela verbalização do paciente, os técnicos a reconheciam pelos sinais:

*Às vezes fica muito assim, com a boca muito seca, parece que a boca tá assim colando, fica mais esbranquiçada, a saliva mais grossa, dá pra ver pela pele [...] vai*

Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe...

*desidratando, fica escamosa, assim, fica mais pegajosa. Quando você faz a pega na pele demora a voltar. E quando ele tá com um tempo prolongado de jejum, aí você acaba vendo que o paciente tá desidratando. Também a palidez, a gente acaba observando que o paciente tá com sede, tá desidratando mesmo. (F4, F5, F6, F7, M9, F10, F11).*

Alguns dos sinais de sede descritos na literatura são: boca, língua e lábios secos; aparência da pele da língua; halitose; facilidade de sangramento da mucosa oral; baixa produção de diurese; e olhos e pele secos, bem como níveis elevados de hemoglobina e sódio em amostras de sangue.<sup>13</sup> Sinais identificados como diminuição do turgor de pele, causado pela desidratação, no entanto, são tardios, significando que o paciente pode sofrer com esse desconforto até que os profissionais o percebam. Dessa forma, discute-se a necessidade de estabelecer protocolos para avaliar ativamente e precocemente a sede no paciente cirúrgico. Os técnicos de enfermagem apontaram questões fisiológicas, emocionais e tempo de jejum como causas da sede perioperatória:

*No pré geralmente é pelo jejum, pelo tempo que fica [sem beber nada], né? 12 a 24 horas. Às vezes acaba demorando um pouco mais porque, por algum motivo, a cirurgia atrasa. (F2, F5)*

*E acho que a ansiedade também ajuda a causar sede, ajuda a piorar tudo, dor, tudo. Se a pessoa tá ansiosa, parece que a dor aumenta, a sede aumenta. O psicológico ajuda também, ansiedade [...] “Nossa, eu tô de jejum, não posso comer nada, aí que vontade de tomar água, mas eu não posso, mas tô com vontade”. (F5, F10, F12).*

Dentre as causas fisiológicas da sede, as principais são a hiperosmolalidade e a hipovolemia.<sup>13</sup> Ansiedade e medo, particularmente no pré-operatório, contribuem para intensificar a sede em razão da ativação do sistema simpático e diminuição da secreção salivar. Outras causas podem desencadear a sede: ressecamento de cavidade oral; intubação; e também medicamentos como opióides e anticolinérgicos, que têm na diminuição da secreção salivar um de seus efeitos colaterais.<sup>13-4</sup>

Um desconforto prontamente identificado pelos entrevistados foi o tempo de jejum prolongado, quase sempre em razão da grande demanda cirúrgica e das características peculiares dos hospitais-escola, com frequentes atrasos cirúrgicos:

*Às vezes um desconforto também é ficar muito tempo em jejum, né? Às vezes*

Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF.

*demora pra ser chamado pro Centro Cirúrgico, acho que essa é a maior queixa deles. Por exemplo, tem cirurgia ortopédica que eles chegam a ficar 24 horas de jejum. (M3, F6, M9, F10).*

A recomendação da Sociedade Americana de Anestesiologistas é de oito horas para alimentos gordurosos, seis horas para sólidos e duas para líquidos claros.<sup>5</sup> Todavia, o que se constata na prática é que o tempo observado para jejum de líquidos e sólidos é o mesmo, apesar das indicações contrárias da literatura. Essa conduta denota que os técnicos se baseiam no mito de que o jejum não pode ser quebrado sob nenhuma hipótese, apoiados em uma rotina institucional de manter o jejum por um tempo prolongado e de forma indiscriminada:

*Aqui sempre foi assim: jejum é jejum e pronto! O que eu me lembro do curso que eu fiz, que na época era de auxiliar, é que, quando entra em jejum, suspende tudo. O doutor um dia falou que o paciente pode broncoaspirar e tal. Às vezes o paciente mesmo tem medo de quebrar o jejum. Também não sei se isso é verdade ou se é um mito que todo mundo acredita. Eu nunca vi comprovado assim, ninguém nunca me mostrou, que cientificamente tá comprovado. Eu não sei até que ponto tomar um pouco de água pode interferir. Ninguém nunca passou nada cientificamente, não sei se a gente também nunca questionou, ou ninguém nunca se preocupou de ver se realmente isso é verdade. Eu acho que é igual mito, crendice, que um vai passando pro outro, e pronto. (F1, F2, M3, F4, F5, F7, M9, F10, F11, F12).*

Apesar de admitir desconhecimento quanto à cientificidade das rotinas adotadas, os técnicos tinham interesse pelas novas evidências que regem o cuidado:

*Seria interessante saber se existe alguma coisa comprovada sobre isso. Se um dia tiver algo comprovado, vocês passam, porque tem coisas que já mudaram, mas a gente não fica nem sabendo. É igual curativo, antes a gente usava povidine e tem paciente que pergunta se a gente não usa mais, porque mudou agora, só em cateter e tal. E se ninguém passa essas mudanças pra gente, vai ficando [...]. (F10).*

Outro item atribuído como causa da sede no período perioperatório foi a hipovolemia durante o ato cirúrgico:

*A hipovolemia, né? Porque durante a cirurgia o paciente perde bastante líquido, né? Sangue, perde bastante volume. Então no pós-operatório ele vai ter sede pela perda de volume. (F1, F7).*

A sede é ativada por mecanismos de compensação diante de uma condição de hipovolemia ou hipernatremia, presentes no

Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe...

paciente cirúrgico. Ativa-se então o sistema renina-angiotensina-aldosterona, que age para restaurar a homeostase.<sup>14</sup>

A terceira categoria, agindo diante da sede, explora os sentimentos e as ações dos técnicos quando cuidam de um paciente com sede. Mesmo quando identificavam a sede por verbalização ou detecção de sinais, os técnicos não a consideravam importante o suficiente para que fosse avaliada e registrada no prontuário do paciente:

*Não, raras vezes a gente anota, não é sempre. A gente fala na passagem de plantão. E aí acaba não escrevendo. É a rotina daqui, não tem costume de registrar. (F5, F6, F7, F8, F10, F12).*

Em um estudo para avaliar a percepção de enfermeiros quanto à sede em pacientes sob ventilação mecânica, identificou-se a falta de hábito de registrar a sede nas prescrições de enfermagem, apesar de ser um desconforto merecedor de atenção.<sup>13</sup>

Os procedimentos usados pelos técnicos para o manejo da sede do paciente cirúrgico na enfermaria refletem uma conduta pouco flexível, uma vez que o jejum era seguido com rigor, conforme a prescrição médica. Basicamente utilizavam gaze umedecida e bochechos para aliviar o desconforto do paciente:

*Não posso fazer nada, porque eu sigo a prescrição médica. No máximo se for molhar um pouquinho a boca e olha lá[...] Porque a gente segue a conduta médica; não pode fugir disso entendeu? A língua fica grossa, incomoda, aí a gente molha um pouco, porque isso não vai fazer mal pra eles, com uma gaze, às vezes, entendeu? Só a mucosa mesmo, faz bochecho, pelo menos pra tirar o ressecamento do lado de fora, mas engolir não pode. Eu já vi também molhar o algodão, ou a gaze, pra pessoa ficar chupando. Um algodão não muito encharcado, só pra aliviar, o que já dá a sensação de que ele tá tomando água, mas não resolve o problema dele, isso é só paliativo. Depois de alguns minutos, ele volta a reclamar que está com sede, mas ameniza um pouco. Porque se ficar dando água à vontade, dá medo de o paciente vomitar e até broncoaspirar e ninguém ver. (F1, F2, M3, F5, F7, F8, M9, F11, F12).*

No intuito de propiciar à equipe subsídios para avaliar a segurança na administração de métodos de alívio da sede, foi desenvolvido um Protocolo de Segurança no Manejo da Sede como parte do Grupo de Estudo e Pesquisa em Sede da Universidade Estadual de Londrina. Os critérios de segurança selecionados (nível de consciência, proteção de vias aéreas e ausência de náuseas e vômitos) foram agrupados em um algoritmo gráfico que avalia

Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF.

de forma sistemática, padronizada e intencional a segurança para a administração do método de alívio da sede.<sup>16,17</sup>

Utilizar gaze ou algodão umedecido para o alívio da sede não tem eficácia comprovada e, se comparado ao gargarejo com água fria, este demonstra efeito significativo na redução da intensidade da sede, além de melhorar as condições orais.<sup>18-9</sup>

Os entrevistados mencionaram também a estratégia de oferecer gelo ou pequenas doses de água como possíveis alternativas de alívio, deixando claro, porém, que não há uma quantidade padronizada de água ou gelo que seja oferecida com segurança ao paciente no período perioperatório:

*Ah, dou um copinho de água, assim, uns 50ml, 20ml, alguns ml pra umidificar a boca e aliviar a sensação de sede [...] Não tem uma quantidade certa, é meio empírico, até umas duas horas antes da cirurgia. E quando tem que dar algum comprimido, aí já vai a água também. Um pouquinho de água assim, rapidinho o paciente já elimina. Mas tem cirurgia que não pode nada, que só molha mesmo a mucosa oral, principalmente a nível de estômago, essas coisas, que não pode dar, só molha. E depois da cirurgia, a gente vê com a clínica se precisa mesmo manter o jejum absoluto ou se já pode, pelo menos, oferecer água. Eu vou pela prescrição, dependendo da cirurgia do paciente. Às vezes eu libero, mas é mais difícil. Ah, dependendo da clínica, da URO, da CAD, é complicado dar água. Agora ortopedia, assim, eu costumo liberar um pouquinho de água até o jejum ser liberado. E a partir do momento que for liberado a dieta, então a gente dá água, não dá muito não, é um copo, até porque ele voltou naquela hora, então dá um pouco, depois mais um pouco (F1, F2, F7, F8, F10, F11).*

*E tem também colocando gelo na boca do paciente [...] do tamanho da forminha normal, um gelinho daquele lá. (F1).*

Há indícios de que o uso de gelo tem maior eficácia no alívio da sede, por estimular receptores orofaríngeos denominados *Transient Receptor Potential Melastatin 8* (TRPM8), que são sensíveis a baixas temperaturas e também a substâncias mentoladas.<sup>2,3,20</sup> Estudos evidenciaram que o risco de broncoaspiração é reduzido em volume gástrico menor que 50 mililitros, viabilizando, portanto, o uso de gelo e água até esse limite.<sup>21</sup>

O gelo em pequenos volumes e a utilização de substâncias mentoladas conseguem diminuir a intensidade da sede, além de possibilitar a melhora das condições orais, como boca e lábios secos.<sup>8,9</sup> Há, pois, um novo horizonte de possibilidades de estratégias

Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe...

eficazes para o manejo da sede dos pacientes no período perioperatório.

A inexistência de protocolos adotados pelas instituições nas unidades de internação para o manejo da sede abre caminho para que os técnicos tomem decisões aleatórias quanto à melhor estratégia e ao volume utilizado, sem que haja registro nem avaliação adequada do resultado dessas ações. Ao ser questionados sobre a sede perioperatória, os técnicos de enfermagem concordaram em que a sensação parecia ser intensa e desconfortante e perceberam que os pacientes solicitavam uma conduta em face do desconforto:

*Você sai do quarto dele e fala assim: “Eu vou ver quando posso te dar água.” Aí a hora que você volta: “Você viu, moça, se eu posso beber água?” “Comer, nem tanto, mas água você viu se eu posso beber?” Pedem pro acompanhante vir perguntar pra você se ele pode beber água. (F6).*

Grande parte dos entrevistados verbalizou prontamente um sentimento de compaixão com relação ao paciente. Ao mesmo tempo em que reconheciam a sede como um desconforto importante, entendiam que não satisfazê-la era um mal necessário para a própria segurança do paciente diante do risco de broncoaspiração durante o ato cirúrgico. Impotentes por não saber o que fazer, perpetuavam as ações e o modo de agir culturalmente implantado na instituição, já que desconheciam os estudos que estavam sendo desenvolvidos sobre esta temática:

*Não tem muito recurso, entendeu? Vou fazer o quê? Não tem muito o que a gente fazer; tem que orientar. Você tem dó do paciente, tem vontade de dar água, mas não pode, por isso que molho a boca. É difícil lidar com isso, porque a gente sabe que é uma necessidade básica, né, tomar água. Idoso ainda eu tenho mais dó, porque a gente fala que não pode, mas eles não entendem. É mais isso [...] A gente fica com pena, mas é melhor pra ele. (F1, F4, F7, M3).*

Sentimentos de empatia sempre se fizeram presentes na história da enfermagem e formam sua base até os dias de hoje, motivando o cuidado ao próximo. Assumir os mitos e ritos da enfermagem e desmistificá-los por meio do conhecimento científico é, no entanto, de grande importância para a melhoria da qualidade da assistência.<sup>22</sup>

Prevaleceu o temor de que o oferecimento de água - ainda que em quantidades limitadas - apresenta-se um perigo potencial, e, por se sentir resguardados pela prescrição médica, os profissionais da enfermagem lidavam com tranquilidade com essa situação, mesmo reconhecendo nisso uma conduta não humanizada:

Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF.

*É ruim porque sede, né, como se diz, fome você passa, mas sede é horrível. Ah, é difícil, mas assim [...] eu me sinto tranquila, porque assim a gente faz o que a gente pode. Assim, não é a gente que tá deixando ele ficar com sede: é uma necessidade que ele precisa naquele momento, ele precisa da cirurgia, então isso é pra segurança dele. Não é nada agradável lidar com isso, acho que pra ninguém. É questão de humanização que se fala, né? (F1, F5, M3, M9).*

Os técnicos, apesar de se colocarem no lugar do paciente, valorizaram a dor como desconforto intenso, não imputando à sede a mesma importância:

*É normal, não é algo que vai me deixar com peso na consciência. Se fosse dor, sim, pra deixar o paciente assim, eu não conseguiria. É difícil mais pro paciente, né? Porque ele que tá sentindo ali a falta da água. Ver o paciente dessa forma aí, acho que todo mundo fica incomodado [...] É ruim, você sabe que você não pode fazer, mas você tem vontade de ir lá e dar um pouco de água. Eu fico sensibilizada, aqui não tem criança, mas interna com 12 anos, é praticamente uma criança, né? Mas isso é coisa que a gente tem que conviver todo dia [...] Se você for levar todo problema do paciente pra você, você não consegue viver e trabalhar. (F5, F11).*

Outro fator presente nos sentimentos dos entrevistados foi a dificuldade em lidar com a incompreensão do paciente quanto à limitação da ingestão hídrica:

*É difícil explicar pra ele que não pode. [...] é chato, principalmente quando o paciente não entende, né, essa necessidade. [...] ele olha com aquela carinha assim, mas não pode. Aí a gente molha a boca. Se o paciente tá com sonda, a gente dá um pouquinho de água, porque aí a sonda já elimina. [...] os idosos acham que você tá enganando eles, até te xingam. Eles não entendem que esse jejum é necessário, que a quantidade de água tem que ser controlada. [...] toda vez que você entra no quarto eles perguntam, falam que estão com sede. Me incomoda um pouco, porque assim, não é que você não quer fazer, que é o que eles às vezes falam pra você. Quando tá com acompanhante, é pior ainda, porque o acompanhante dá água escondido. (F7, F8).*

Essa incompreensão também se demonstrou fator estressante para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.<sup>1</sup> É indispensável, portanto, que a equipe de enfermagem dê uma orientação pré-operatória mais detalhada e clara aos pacientes. Ao mesmo tempo a equipe de enfermagem precisa se apropriar de estratégias viáveis que podem preencher os critérios de segurança para o paciente

Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe...

cirúrgico como o uso de picolé de gelo e mentol.<sup>3,4,8,9,20</sup>

## CONCLUSÃO

A sede é um desconforto importante, ainda que subvalorizado sob a perspectiva do cuidado de enfermagem. Dentro de sua rotina de trabalho, os técnicos de enfermagem identificavam desconfortos visíveis e objetivos do paciente cirúrgico, como dor, hipotermia e náusea. Porém, incômodos subjetivos, como a sede, muitas vezes passavam despercebidos.

A sede era vista como um sofrimento comum pelo qual o paciente precisava passar dentro de uma rotina institucional fortemente marcada pela cultura do jejum prolongado e absoluto, cujas causas, descritas pelos entrevistados, eram consideradas corretas. Embora reconhecessem a gravidade do desconforto para o paciente cirúrgico, não registravam nem avaliavam a sede de forma sistematizada. A identificação da sede não se dava de forma ativa, requerendo que o paciente tivesse coragem de romper com suas próprias barreiras e relatar algo que estava lhe causando sofrimento.

Utilizavam estratégias de manejo da sede de forma empírica e não havia atualização dos profissionais com relação a este tema. Assim como a dor, a sede despertava a sensação de compaixão nos técnicos de enfermagem, porém era menos valorada. São necessárias ações de educação permanente com os profissionais, a fim de que atentem para esse desconforto relevante que causa tanto sofrimento ao paciente e adotem medidas de manejo seguras e eficazes frente à sede.

## REFERÊNCIAS

1. Lisboa Gois CF, Maimoni Aguillar O, Dos Santos V, Llapa-Rodriguez EO. Fatores estressantes para o paciente submetido a cirurgia cardíaca. Invest Educ Enferm [Internet]. 2012 Aug [cited 2014 Apr 05];30(3):312-9. Available from: <http://portal.estacio.br/media/3828547/312-319-fatores-estressante-para-paciente.pdf>
2. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós anestésica. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 20];25(4):530-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/08.pdf>.
3. 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 Oct [cited 2013 Jul 10]; 40(5):714-23. Available from:

Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF.

<http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0006JKAN/jkan-40-714.pdf>

4. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biol Res Nurs*. 2014 Oct [cited 2015 Jan 08];16(4):456-66. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3989478/pdf/nihms-512007.pdf>

5. American Society of Anesthesiologists (ASA). 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—a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology*. 2011 Mar [cited 2014 Jun 10];114:495-511. Available from:

<http://www.asahq.org/-/media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/practice-guidelines-for-preoperative-fasting.pdf>

6. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001 Mar [cited 2014 Aug 22];33(5):668-76. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>

7. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2015 Feb [cited 2015 April 03]; 49(1):122-28. Available from:

[http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100122&lng=pt](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100122&lng=pt).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>.

8. Conchon MF, Fonseca LF. Eficácia de gelo e água no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado. *J Nurs UFPE on line [Internet]*. 2014 [cited 2014 June 16];8(5): 1435-40. Available from:

[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5839/pdf\\_5167](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5839/pdf_5167)

9. 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 Sept [cited 2014 Dec 08];40(9):1295-302. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149585/#!po=1.42857>

10. Gois CFL, Dantas RAS. Stressors in care at a thoracic surgery postoperative unit:

11. nursing evaluation. *Rev Latino Am Enferm [Internet]*. 2004 Jan/Feb [cited 2013 Oct 02];

Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe...

12(1):22-7. Available from:  
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n1/v12n1a04.pdf>

12. Madsen M, Brosnan J, Nagy VT. Perioperative thirst: a patient perspective. *Perianesth Nurs [Internet]*. 1998 Aug [cited 2014 Oct 25];13(4):225-8. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/9814292/>

13. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília (DF):Liber Livro; 2005.

14. 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 June [cited 2014 Jan 16];25(3):133-9. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339709000238>

15. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care*. 2013 Jul [cited 2014 Nov 04];22(4):328-35. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/pdf/nihms487008.pdf>

16. Blower AC. Is thirst associated with disability in hospital inpatients? *J Hum Nutr Diet*. 1997 [cited 2014 Oct 22];10(5):289-93. Available from:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-277X.1997.00061.x/pdf>

17. Nascimento LA, Fonseca LF. Sede do paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2013 [cited 2014 March 18];7(n. spec 3):1055-8. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3920>.

18. Nascimento LA, Fonseca LF, Rossetto EG, Santos CB. Development of a Safety Protocol for Thirst Management in the Immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2014 Oct [cited 2015 Apr 03];48(5):834-43. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000500834&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500834&lng=pt)

19. Hur YS, Shin KA, Lee WJ, Lee JO, Im HJ, Kim YM. The Comparison of moisturizing effect of cold water gargling, wet gauze application and humidification in reducing thirst and mouth dryness after nasal surgery. *J Korean Clin Nurs Res [Internet]*. 2009 Apr [cited 2014 July 10];15(1):43-53. Available from:

<http://m.riss.kr/search/detail/DetailView.do?>

[p\\_mat\\_type=1a0202e37d52c72d&control\\_no=71ccff8e6f7f0810ffe0bdc3ef48d419](http://www.koreascience.or.kr/search/articledetail.do?query=1a0202e37d52c72d&control_no=71ccff8e6f7f0810ffe0bdc3ef48d419)

20. 19.Yoon SY, Min HS. The effects of cold water gargling on thirst, oral cavity condition, and sore throat in orthopedics surgery patients. Korean J RehabilNurs [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Dec 21];14(2):136-44. Available from: [http://www.koreascience.or.kr/search/articledetail.do?query=1a0202e37d52c72d&control\\_no=71ccff8e6f7f0810ffe0bdc3ef48d419](http://www.koreascience.or.kr/search/articledetail.do?query=1a0202e37d52c72d&control_no=71ccff8e6f7f0810ffe0bdc3ef48d419)

21. Patel T, Ishiujji Y, Yosipovitch G. Menthol. A refreshing look at this ancient compound. J Am Acad Dermatol. 2007 Nov [cited 2015 Jan 06];57(5):873-8. Available from: [http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(07\)00755-4/](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(07)00755-4/)

22. Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VWS. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. Anesth Analg. 2011 July [cited 2015 feb 16];113(1):93-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/21596885/>

23. Siles González J, Solano Ruiz MC. Cultural history and aesthetics of nursing care. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2011 Oct [cited 2014 Sept 15];19(5):[about 5 screens]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_06.pdf)

Submissão: 18/04/2015

Aceito: 02/08/2016

Publicado: 01/09/2016

#### Correspondência

Marília Ferrari Conchon

Rua Conrado Scheller, 128

Parque Oswaldo Sella

CEP 86192-430 – Cambé (PR), Brasil