



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Aroni, Patrícia; Alves do Nascimento, Leonel; Fahl Fonseca, Lúgia
Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 4, 2012, pp. 530-536
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023889008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica*

Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room

Evaluación de estrategias en el manejo de la sed en la sala de recuperación post-anestésica

Patrícia Aroni¹, Leonel Alves do Nascimento², Lígia Fahl Fonseca³

RESUMO

Objetivo: Avaliar estratégias simples e seguras para mitigar a sede no pós-operatório imediato (POI). **Métodos:** Estudo quantitativo, experimental, de corte transversal, com amostra de 90 pacientes. Aqueles que apresentaram sede foram divididos aleatoriamente em dois grupos, Água ou Gelo. **Resultados:** 96 (75%) relataram sede. O jejum pré-operatório variou de 8 a 37 horas e não houve associação entre o tipo de anestesia, sangramento, tempo de jejum e sede. A intensidade média inicial de sede foi de 5,1 para o grupo Água e 6,1, ao grupo Gelo. Os métodos experimentados mostraram-se eficazes em aliviar a sede no POI. O grupo Gelo teve intensidade final de 1,51 contra os 2,33 de grupo Água. Dois (2,2%) pacientes apresentaram vômitos durante a pesquisa. **Conclusão:** A sede é um desconforto real e gera grande sofrimento ao paciente. Este estudo indicou estratégias viáveis e seguras no manejo da sede no POI.

Descritores: Sede; Enfermagem perioperatória; Sala de recuperação

ABSTRACT

Objective: To evaluate simple and safe strategies to mitigate thirst in the immediate postoperative period (IPO). **Methods:** A quantitative, experimental, cross sectional study with a sample of 90 patients. Those who presented with thirst were divided randomly into two groups: water or ice. **Results:** 96 (75%) reported thirst. The preoperative fasting period varied from 8 to 37 hours, and there was no association between the type of anesthesia, bleeding, fasting time and thirst. The intensity of initial thirst was 5.1 for the water group, and 6.1 for the ice group. The methods tested were effective in relieving thirst in the IPO. The ice group had a final intensity of 1.51, as compared to 2.33 in the water group. Two (2.2%) patients experienced vomiting during the study. **Conclusion:** Thirst is a real discomfort and causes great suffering in the patient. This study indicated viable and safe strategies to manage thirst in the IPO.

Keywords: Thirst; Perioperative nursing; Recovery room

RESUMEN

Objetivo: Evaluar estrategias simples y seguras para mitigar la sed en el postoperatorio inmediato (POI). **Métodos:** Estudio cuantitativo, experimental, de corte transversal, realizado con una muestra de 90 pacientes. Aquellos que presentaron sed fueron divididos aleatoriamente en dos grupos, Agua o Hielo. **Resultados:** 96 (75%) relataron sed. El ayuno pre-operatorio varió de 8 a 37 horas y no hubo asociación entre el tipo de anestesia, sangrado, tiempo de ayuno y sed. La intensidad promedio inicial de sed fue de 5,1 para el grupo Agua y 6,1, al grupo Hielo. Los métodos experimentados se mostraron eficaces para el alivio de la sed en el POI. El grupo Hielo tuvo una intensidad final de 1,51 contra los 2,33 del grupo Agua. Dos (2,2%) pacientes presentaron vómitos durante la investigación. **Conclusión:** La sed es un desconforto real y genera gran sufrimiento al paciente. En este estudio se indicaron estrategias viables y seguras en el manejo de la sed en el POI.

Descriptores: Sed; Enfermería perioperatoria; Sala de recuperación

* Local de realização do trabalho: Hospital Universitário de Londrina – Londrina (PR), Brasil.

¹ Residente de Enfermagem em Enfermagem Perioperatória da Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR), Brasil

² Enfermeira. Mestranda. Especialista em Enfermagem Perioperatória da pelo Programa de Residência em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR), Brasil.

³ Professora Adjunto. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

A sede é um desconforto real apresentado por grande parte dos pacientes no pós-operatório imediato (POI), quando ainda permanecem em jejum. Estudos retratam que, na percepção do paciente, este incômodo é intenso e resulta no aumento de ansiedade, desidratação, irritabilidade, fraqueza e desespero⁽¹⁻⁴⁾.

Diversos fatores são responsáveis pela sensação de sede no POI, entre eles, o jejum operatório, que influencia a motilidade gastrointestinal e tem como objetivo diminuir o risco de regurgitação do conteúdo gástrico, prevenindo assim a aspiração pulmonar^(5,6).

A motilidade adapta-se à situação em que o indivíduo se encontra, ou seja, uma pessoa que está em jejum tem sua motilidade adequada a essa situação e difere de outra que acabou de comer, cuja motilidade é maior⁽⁷⁾.

Justifica-se o jejum pré-operatório na prevenção de complicações referentes ao procedimento anestésico, como náuseas e vômitos no pós-operatório, cuja incidência global permanece entre 20% e 30%. Em população de risco, esses números podem atingir 70%, e 0,2% dos pacientes podem apresentá-los como intratáveis no pós-operatório⁽⁸⁾.

O risco para náuseas e vômitos pode estar relacionado a três fatores: o paciente, as técnicas anestésicas e o procedimento cirúrgico⁽⁸⁾. A mobilização visceral e o uso de medicação anestésica ou analgésicas nas cirurgias abdominais podem ter como consequência náuseas e vômitos⁽⁹⁾.

Embora a aspiração pulmonar seja um evento pouco frequente, merece importante atenção, pois resulta em um impacto devastador para o indivíduo, estando relacionada com altos índices de morbidade e mortalidade⁽¹⁰⁾. O temor de tal complicação, entretanto, faz com que se mantenha o jejum, muitas vezes, por períodos prolongados e até mesmo excessivos, contrariando estudos bem documentados em que se reduziu a necessidade do período de jejum absoluto no pré-operatório, sem efeitos deletérios ao paciente^(2,5).

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) faz recomendações a respeito de jejum pré-operatório. Para líquidos sem resíduos, recomenda-se um jejum de 2 horas para todas as idades. Quando se trata de dieta leve e leite, aceita-se jejum de 6 horas para crianças e adultos. Já para refeições que incluam alimentos fritos, gordurosos ou carne, recomenda-se jejum de 8 horas ou mais^(5,10).

Em um indivíduo em jejum pré-operatório, o organismo normalmente consome a água armazenada, pois as reações orgânicas não são interrompidas, apenas a ingestão de alimentos líquidos e sólidos. O que se observa na prática em muitas instituições de saúde, entretanto, é que o paciente permanece em jejum por tempo muito maior, chegando a média de 12 a 16 horas, o que ocasiona um aumento na resposta metabólica ao trauma subsequente à cirurgia^(2,4,11).

As drogas utilizadas também provocam ressecamento da mucosa oral no paciente no período pós-operatório^(12,13). Entre elas, merece atenção especial a atropina, que compete com a ação da acetilcolina nos receptores muscarínicos, ocasionando relaxamento do músculo liso dos brônquios, diminuindo a secreção gástrica, brônquica e salivar e ocasionando a secura da boca, o que leva o indivíduo a sentir sede^(12,14).

A perda sanguínea também influencia na sensação de sede no POI, pois se perdem eletrólitos, que está intimamente relacionada com a quantidade de água presente no organismo. No período transoperatório, o paciente sofre perdas sanguíneas que podem ocasionar em queda na pressão arterial. A hipotensão ativa a produção de renina, e todas as reações químicas até se obter angiotensina II, o que resulta em um reflexo de sede no indivíduo, a fim de normalizar todo o processo^(7,15).

Não se encontraram estudos que retratem a abordagem da sede no paciente com sede no POI. Este estudo foi motivado pela experiência de desconforto da sede que um dos autores teve ao ser submetido a um procedimento cirúrgico e justifica-se pela observação da alta incidência de pacientes que apresentam sede no POI. Na instituição estudada, nota-se o uso de práticas empíricas no manejo da sede, mas sob a forma de um cuidado não padronizado, o que nos leva a indagar a incidência desse problema, assim como a eficácia da administração de gelo e a água para diminuir a sede.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar estratégias para mitigar a sede no POI por meio de métodos simples e seguros que proporcionem ao paciente um alívio desse desconforto. Os objetivos específicos foram: levantar a incidência e a intensidade da sede em pacientes cirúrgicos e caracterizar esse paciente quanto ao procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, tempo de jejum pré-operatório e perda sanguínea; avaliar o resultado da administração de pequenas doses de água ou de lascas de gelo sobre a intensidade da sensação de sede e averiguar se há diferença entre a eficácia das duas estratégias.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, experimental, de corte transversal, realizado em hospital universitário de grande porte, referência regional para queimadura e trauma, que atende unicamente pacientes do Sistema Único de Saúde.

A população inicial do estudo constituiu-se de 133 pacientes na Sala de Recuperação Pós-Anestésica-(SRPA) que realizaram procedimentos cirúrgicos no período pesquisado. Consideraram-se critérios de inclusão para a composição da amostra: pacientes com idade entre 18 e 70 anos, com ASA I, II ou III submetidos a qualquer procedimento cirúrgico; pacientes conscientes/orien-

tados, localizando dor, com reflexo de glote presente, respiração espontânea em ar ambiente, com saturação de O₂ superior a 94%; pacientes que conseguissem verbalizar sede no POI e que tivessem autorização do anestesista responsável, para que se administrasse água ou gelo, além do aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no pré-operatório.

O período da coleta de dados compreendeu junho e julho de 2010. Realizou-se a coleta por meio de um instrumento elaborado pelos autores com base nos objetivos propostos neste estudo, que foi dividido em três partes: a primeira, compreendeu dados demográficos e hospitalares do paciente, seguida pelo questionário com dados relevantes ao POI (data da cirurgia, horário de entrada na sala de operação (SO), tipo de cirurgia, tipo de anestesia, uso de medicamentos que interferem na sensação da sede, complicações durante a cirurgia e horário de saída da SO). A terceira, incluiu o período de recuperação anestésica e determinação da verbalização da sede e sua mensuração, autorização do anestesista para a administração de água ou gelo, e a consequente administração destes ao paciente. Realizou-se um teste piloto com quatro pacientes em que foram feitas algumas reformulações no instrumento.

No pré-operatório, caso se inserisse nos critérios de inclusão, o paciente era abordado e convidado a participar da pesquisa. No POI, assim que recuperava os padrões de saturação de oxigênio, o nível de consciência, o reflexo de glote e a respiração espontânea, o paciente era questionado sobre a presença de sede. Se a resposta fosse afirmativa, o anestesista realizava uma avaliação adicional e autorizava ou não a administração de água ou gelo. Para que os pacientes recebessem água ou gelo, deveriam ser divididos em dois grupos: grupo Água e grupo Gelo. Para o primeiro paciente, sorteou-se o grupo ao qual ele pertencia, e aos demais seguiram a ordem de estar sempre no grupo diferente de seu antecessor, apresentando assim uma amostra referente a 45 pacientes pertencentes ao grupo Água e 45 ao grupo Gelo.

A água foi administrada em doses de dois mililitros (2 ml) em temperatura ambiente, por meio de uma seringa. Para administração de gelo, utilizaram-se formas de 2 ml no formato retangular para a confecção do gelo, que era colocado na boca do paciente para sua completa dissolução. Os pesquisadores deste estudo preconizaram a utilização de 2 ml de água ou gelo por ser esta uma quantidade pequena e sobre cujas possíveis complicações se consegue ter maior controle.

Encontrou-se uma escala validada de mensuração da sede, originalmente elaborada para mensurar características da sede em pacientes que realizam hemodiálise. Esta escala, porém, não pôde ser utilizada, pois exige que o paciente esteja no controle total de seus reflexos, podendo relatar a intensidade, frequência e tempo de percepção

da sede⁽¹⁶⁾, o que seria difícil para o paciente sob o efeito de medicações anestésicas.

Visando a mensurar a intensidade da sede no paciente cirúrgico, utilizou-se a escala numérica, a mesma empregada para mensuração da dor⁽¹⁷⁾. Tanto a dor como a sede são desconfortos subjetivos; desse modo, o uso dessa escala mostrou-se adequado aos objetivos deste estudo. A escala apresenta intensidades de 0 a 10, sendo 0 sem sede, e 10, a sede mais intensa que o paciente já sentiu. A intensidade da sede foi medida pelo intervalo de 1 a 10.

Antes da primeira administração de água ou gelo, questionou-se o paciente sobre a intensidade de sua sede. Repetia-se a pergunta no primeiro minuto, após a administração e de 5 em 5 minutos, até completar 25 minutos. Caso o grau relatado fosse o mesmo ou houvesse uma piora da sede, ou mesmo, se o paciente pedisse mais um pouco de água ou gelo, administrava-se mais uma dose, após, no mínimo, 10 minutos da administração da dose anterior e na ausência de complicação nesse período. Para avaliação da intensidade foram determinados os momentos M1 (inicial antes da administração da primeira dose), M2 (antes da administração da segunda dose), MIF (intensidade final antes da alta do paciente da SRPA) e DIS (diferença de intensidade de sede entre intensidade final e a intensidade antes da segunda dose). Esses momentos foram definidos pelos autores por não ter sido encontrada literatura que apresentasse alguma inferência nesse tipo de cuidado.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), na versão 17.0, *for Windows*, para realização das análises estatísticas mediana, desvio padrão, índice de significância adotado neste estudo, como $p < 0,5$, e testes de associações de Pearson *Chi-Square*, *Likelihood Ratio* e teste de Mann-Whitney, apresentados na forma de tabelas e gráficos.

Todas as etapas desse trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução n.º 196, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada (Registro CONEP n.º 268/2010).

RESULTADOS

Da população inicial de 133 pacientes, três (2,5%) não concordaram em participar da pesquisa e dois (1,5%) foram encaminhados à UTI, por sofrerem complicações durante o procedimento cirúrgico.

Dos 128 participantes, 96 (75%) relataram ter sentido sede durante o POI. Mesmo com os critérios de inclusão alcançados, seis pacientes não receberam autorização para participar da pesquisa pelo anestesista responsável. Assim, 90 pacientes compuseram a amostra final deste estudo e foram divididos em dois grupos de 45 pacientes,

denominados Água e Gelo, e 57 (63,3%) eram do gênero feminino e 33 (36,7%) do masculino.

As técnicas anestésicas foram agrupadas em quatro categorias, sendo as anestésias de bloqueio as mais representativas neste estudo com 25 (27,8%) dos pacientes do grupo Água e 24 (26,7%) do grupo Gelo. Na Anestesia Geral Balanceada, encontraram-se 13 pacientes (14,4%) no grupo Água e 16 (17,8%) no grupo Gelo, à Anestesia Geral Combinada com dois (2,2%) pacientes do grupo Água e um paciente do grupo Gelo e a Sedação representada por cinco (5,6%) pacientes do grupo Água e quatro (4,4%) pertencentes ao grupo Gelo.

Os coeficientes de correlação de Pearson *Chi-Square* e *Likelihood Ratio* entre incidência de sede e técnica anestésica não foram estatisticamente significativos ($p=0,477/0,292$, respectivamente), denotando que, independente da técnica anestésica empregada, os pacientes apresentaram sede.

Os pacientes participantes da pesquisa foram classificados de ASA I a III, e dois pacientes pertencentes ao grupo Água não foram classificados pelo anestesista. A classificação ASA I foi a mais encontrada, correspondendo 21 (46,7%) e 19 (42,2%) dos pacientes pertencentes ao grupo Água e ao grupo Gelo, respectivamente. Um paciente com avaliação ASA IV foi incluído na pesquisa por apresentar sede intensa, pela solicitação do anestesista.

Testes de correlação de Pearson *Chi-Square* e *Likelihood Ratio* entre a classificação ASA e a sede não foram estatisticamente significativos ($p=0,730/0,602$ respectivamente), mostrando que a sede não se relacionou com a classificação de risco pré-anestésico.

Os resultados referentes ao porte de sangramento indicaram predominância de pacientes com sangramento de pequeno porte, totalizando 40 (88,9%) e 39 (87,7%) dos pacientes pertencentes ao grupo Água e ao Gelo, respectivamente.

O tempo de jejum variou de 8 a 37 horas em cirurgias eletivas e de urgência. Pode-se observar a frequência de pacientes pelo tempo de jejum na Figura 1.

Em relação ao uso de atropina pelo anestesista, cinco (11,1%) pacientes do grupo Água e 13 (28,9%) do grupo Gelo receberam essa medicação. A intensidade da sede relatada por esses pacientes foi elevada, o que fez com que a intensidade média de sede do grupo Gelo aumentasse.

As complicações detectadas foram relacionadas a episódio de vômito no POI com incidência de dois (2,2%) pacientes, representando um paciente de cada grupo.

O dados da Tabela 1 referem-se ao grau de intensidade da sede relatada pelo paciente, após a administração de água ou gelo.

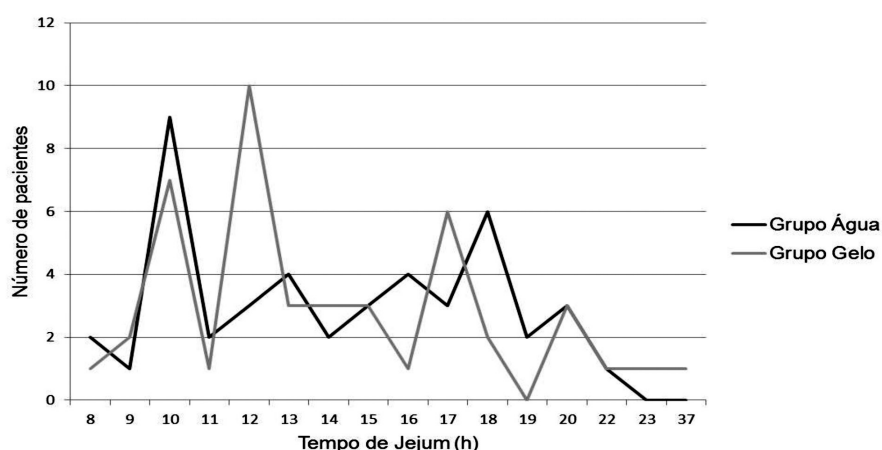


Figura 1. Distribuição dos pacientes nos grupos Água e Gelo em relação ao tempo de jejum pré-operatório. Londrina (PR), 2010.

Tabela 1. Grau de intensidade da sede relatada antes da administração de água ou gelo (inicial), antes da administração da segunda dose de água ou gelo, e a última intensidade de sede relatada pelo paciente nos diferentes grupos. Londrina (PR), 2010

Grupos	Grupo Água						Grupo Gelo					
	M1		M2		MIF		M1		M2		MIF	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zerada	-	-	-	-	21	46,7	-	-	-	-	24	53,3
Leve (1-3)	10	22,2	14	47,0	11	24,4	4	8,9	14	40,0	14	31,1
Moderada (4-7)	30	66,7	10	33,3	7	15,6	28	62,2	16	45,7	4	8,9
Intensa (8 ou mais)	5	11,1	6	20,0	6	13,3	13	28,9	5	14,3	3	6,7
TOTAL	45	100	30*	100*	45	100	45	100	35*	100*	45	100

*Total de pacientes que tomaram duas doses ou mais.

Só o grupo Água, no momento inicial da avaliação, apresentou distribuição homogênea. Dessa forma, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliar as diferenças de intensidade da sede em três momentos cruciais, mostrados nos dados da Tabela 2. Podemos observar uma queda importante e consistente na intensidade da sede em ambos os grupos, com pequena variação no desvio padrão.

Tabela 2. Avaliação da queda de sensação de sede por grupo, em média e desvio padrão. Londrina (PR), 2010

	Nº	Média	Desvio padrão
M1 Água	45	5,11	2,08
M2 Água	45	3,60	2,97
DIS Água	45	2,33	3,15
M1 Gelo	45	6,13	2,18
M2 Gelo	45	3,82	2,77
DIS Gelo	45	1,51	2,27

Observa-se uma diferença significativa no primeiro momento, antes da administração de água ou gelo, quando a sensação de sede foi maior no grupo Gelo do que no grupo Água ($p=0,2344$). Após a administração da primeira dose de água ou gelo, houve uma queda importante e significativa de intensidade da sede, tanto no grupo Água como no Gelo, não havendo diferença significativa dessa magnitude entre os dois ($p=0,56$), o que pode ser observado na Figura 2.

Analisando a DIS (diferença de intensidade de sede entre intensidade final e a intensidade, antes da segunda dose), percebeu-se novamente uma queda consistente da intensidade da sede em ambos os grupos, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois.

Tabela 3. Testes estatísticos de Mann-Whitney comparando a intensidade da sede relatada antes da primeira dose com a intensidade da sede antes da segunda dose e a comparação da intensidade da segunda dose com a última intensidade relatada pelo paciente. Londrina (PR), 2010

	N	Z	P
M1	45	-2,27	0,02*
M2	45	-0,57	0,56ns
DIS	45	0,96	0,33ns

* Testes significativos considerando-se $p < 0,50$

Observa-se nos dados da Tabela 3 que o M1 e o DIS têm um p significativo para a pesquisa, mostrando que houve diminuição da sensação de sede independente da administração de água ou gelo.

DISCUSSÃO

Os dois grupos em estudo tiveram semelhantes características demográficas da amostra, como citado anteriormente, o que não influenciou nos resultados da pesquisa. Desse modo, percebeu-se que a sede no POI pode advir de diversos motivos, incluindo tempo de jejum, que deflagra o mecanismo homeostático da sede, procedimento anestésico, drogas utilizadas, sangramento durante o ato operatório, ansiedade e nervosismo referentes ao resultado da cirurgia, dor, entre outros.

O desconforto da sede é real e gera estresse ao paciente, agredindo-o. Ingerir líquidos em momentos de sede é uma necessidade básica de qualquer indivíduo; ainda que o paciente compreenda racionalmente a necessidade do jejum, isso não diminui seu desconforto e sofrimento. Esse desconforto é citado por outros estudos como importante estressor na visão do paciente em unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca, tendo sido classificado em 5º lugar dentre os 34 estressores⁽³⁾.

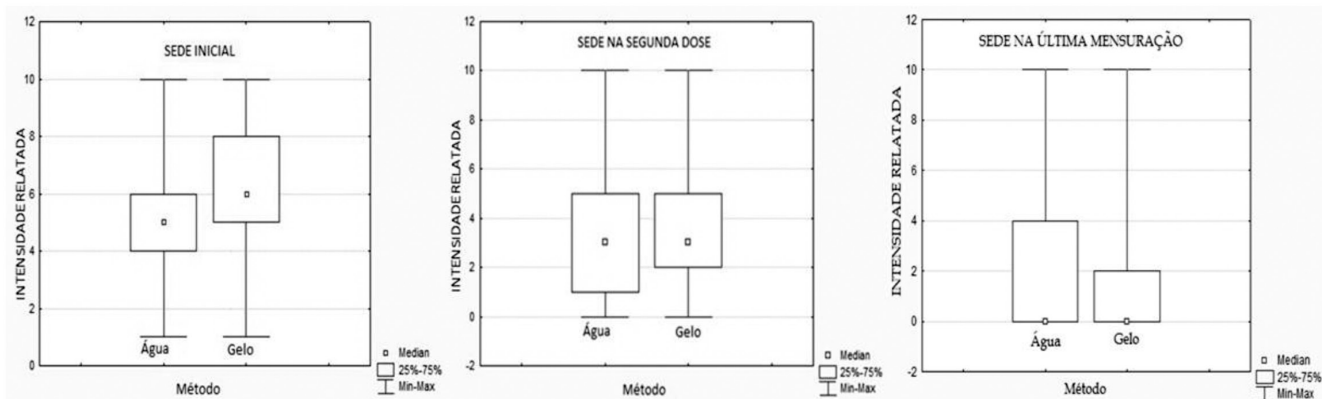


Figura 2. Distribuição dos pacientes nos grupos Água e Gelo de acordo com a intensidade da sede relatada no momento inicial de avaliação (M1), antes da administração da segunda dose (M2) e no momento final da mensuração (MIF). Londrina (PR), 2010

Durante a coleta de dados, os pesquisadores perceberam que, em alguns momentos, a equipe de enfermagem ignorava a solicitação de água ou informava ao paciente que ele não receberia água, pois tinha de manter o jejum. Essa questão contradiz esforços e estudos que enfatizam a promoção de cuidado humanizado embasado em comunicação efetiva entre paciente-equipe com o propósito de partilhar angústias, medos e inseguranças vivenciados pelo paciente⁽¹⁸⁾.

Em relação ao procedimento anestésico, não houve significância estatística, pois 96 (75%) dos pacientes relataram ter sede independentemente da técnica anestésica. As medicações utilizadas também foram analisadas neste estudo, sobretudo a atropina, em razão de seus mecanismos de ação, que podem ocasionar a diminuição salivar e levar o paciente a sentir sede⁽¹²⁻¹⁴⁾.

No hospital em estudo, é muito comum pacientes permanecerem em jejum por períodos prolongados, mesmo que novas evidências científicas demonstrem que reduzir o tempo de jejum total ou manter a ingestão somente de líquidos não acarreta um aumento do risco de morbidade associado à anestesia⁽⁶⁾. A própria ASA recomenda jejum de apenas 2 horas de líquidos sem resíduos, como a água^(1,2,5,10). Mas, percebe-se que o tempo de jejum nesta instituição é muito mais elevado, chegando a tempos absurdos, como a de um paciente do grupo Gelo, que ficou 37 horas em jejum pré-operatório. O tempo de jejum prolongado foi relatado em outros hospitais-escola públicos, tendo uma média de jejum de 16 horas, variando de 8 a 27 horas⁽²⁾.

Observa-se que a intensidade da sede relatada pelo grupo Gelo foi maior no primeiro momento, entretanto, após a primeira administração tanto de água como de gelo, os dois grupos foram homogêneos em relação à intensidade da sede ($p=0.568422$).

Quando se analisa o resultado final, observa-se que a estratégia Gelo trouxe o paciente de um patamar inicial de intensidade maior para um inferior ao grupo Água, embora estatisticamente não significativo. Há indicação, portanto, de que tanto uma quanto outra estratégia são eficazes para reduzir a sensação de sede.

Não foi possível correlacionar o número de doses administradas em cada estratégia com a redução de intensidade da sede. Discute-se, entretanto, que o objetivo proposto neste estudo era avaliar a diminuição da sede com segurança, independente do número de doses administradas.

Estudos demonstram que a incidência global de náuseas e vômitos encontra-se entre 20% e 30%⁽⁸⁾. Nesta pesquisa, encontrou-se um índice muito pequeno de vômitos como efeito adverso, (2,2%), sabendo-se que, normalmente, é o motivo principal de se manter o paciente com sede. Episódio de náuseas e vômito são relacionados por alguns autores com o uso de certas

medicações, com o uso de opiáceos no pós-operatório ou até mesmo com a mobilização visceral que ocorre durante o ato cirúrgico⁽⁹⁾. Observou-se que, das duas pacientes que apresentaram vômitos, uma havia sido submetida à histerectomia e outra, à cesárea, procedimentos durante os quais ocorre mobilização visceral.

Uma abordagem talvez excessivamente conservadora faz com que a equipe que atende ao paciente no POI, mantenha os pacientes em jejum absoluto, com receio de complicações, como aspiração pulmonar. Este estudo apontou, de forma preliminar e ainda não generalizável que, após a cuidadosa avaliação individual do paciente, a administração de pequenas doses de água ou gelo pode ser segura para minorar a sede do paciente sem colocá-lo necessariamente em risco.

Nota-se uma necessidade de se implementar protocolos de avaliação da recuperação de pacientes que apresentam sede no POI. A avaliação das condições do nível de consciência, da capacidade de deglutição, da saturação de O₂ e da frequência respiratória, antes da administração de água ou gelo, pode servir de parâmetro para futuros estudos comprobatórios da segurança desse método.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontaram uma incidência muito elevada de sede no POI na SRPA, assim como detectaram que, sua intensidade, quando presente é alta. Independente de procedimento cirúrgico, tipo de anestesia e perda sanguínea, os pacientes apresentaram sede. Como o tempo de jejum mínimo encontrado foi de 8 horas, os resultados desta pesquisa indicaram que, com esse tempo de jejum, 100% dos pacientes relataram ter sede. As estratégias utilizadas para mitigar a sede, administração de lascas de gelo e pequenas quantidades de água, após criteriosa avaliação foram igualmente eficazes, embora o grupo gelo tenha apresentado a queda mais acentuada na intensidade da sede.

O ineditismo deste estudo dá-se por três fatores. Em primeiro lugar, a mensuração da sede no POI, estando o paciente ainda na SRPA, detectando-se que este desconforto é real, intenso e, por vezes, mais perturbador do que a própria dor, de acordo com alguns pacientes. Em segundo lugar, pela elaboração de um protocolo, ainda que não validado, que abre caminho para a possibilidade de se administrar água ou gelo em pequenas doses para o paciente em lugar de simplesmente ignorar a sede por completo. Por fim, este estudo avalia e indica duas estratégias simples, a administração de água ou de gelo, que podem ser eficazes para minorar a sede do paciente de forma constante e aumentar seu conforto no POI.

As limitações deste estudo encontram-se na utilização de uma amostra ainda pequena para generalizações e na inexistência de escalas de sede validadas para a

mensuração da sede no POI, assim como de protocolos de avaliação para a administração de água ou gelo. Os resultados deste estudo indicaram que os pacientes necessitaram de um cuidado individualizado e apontaram para a necessidade de outros estudos que auxiliem na compreensão e manejo da problemática da sede no POI.

A sede é uma experiência individual e subjetiva, ainda pouco estudada de forma prática. Dados quantitativos apontam alguns caminhos que precisam ser explorados por

métodos que incluam a experiência vivida e as percepções do próprio paciente, a fim de se compreender esse fenômeno.

É recente e muito justa a inclusão da dor como o quinto sinal vital, depois de muito tempo sendo menosprezada. Os resultados deste estudo alertam que a sede ocasiona um sofrimento real e, assim como a dor também subjetivo. É necessário deixar de simplesmente ignorá-la e passar a considerá-la importante fator de desconforto no POI, a ponto de ser valorizada, mensurada e mitigada.

REFERÊNCIAS

- Correia MI, da Silva RG. Paradigmas e evidências da nutrição perioperatória. *Rev Col Bras Cir.* 2005;32(6):342-7.
- Aguilar-Nascimento JE. Como otimizar o preparo pré-operatório com terapia nutricional. *Boletim SBNPE.* 2010;12(32):2-5.
- Gois CF, Dantas RA. [Stressors in care at a thoracic surgery postoperative unit: nursing evaluation]. *Rev Latinoam Enferm.* 2004;12(1):22-7. Portuguese.
- Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB, Faria MS, Maria EV, Yonamine F, Silva MR, et al. Ingestão pré-operatória de carboidratos diminui a ocorrência de sintomas gastrointestinais pós-operatórios em pacientes submetidos à colecistectomia. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2007;20(2):77-80.
- de Oliveira KG, Balsan M, Oliveira SS, Aguilar-Nascimento JE. A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? *Rev Bras Anesthesiol.* 2009;59(5):577-84.
- Brady M, Kinn S, Stuart P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (4):CD004423.
- Gayton AC, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica.* 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro N, Abelha FJ. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. *Rev Bras Anesthesiol.* 2005;55(5):575-85.
- Bogossian I. *Manual de pré e pós-operatório.* 2a ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 1995.
- Moro ET. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. *Rev Bras Anesthesiol.* 2004;54(2):261-75.
- de Aguilar-Nascimento JE, Bícudo-Salomão A, Caporossi C, Silva RM, Cardoso EA, Santos TP. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados perioperatórios em cirurgia geral. *Rev Col Bras Cir.* 2006;33(3):181-8.
- Ljunqvist O, Soreide E. Preoperative fasting. *Br J Surg.* 2003;90(4):400-6.
- Vane LA. *Manual de fármacos para anestesia.* Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2006.
- Omoigui S. *Manual de drogas usadas em anestesia.* 2a ed. São Paulo: Santos; 2001.
- Naves LA, Vilar L, Costa AC, Domingues L, Casulari LA. Distúrbios na secreção e ação do hormônio antidiurético. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003; 47(4):467-81.
- Calil AM, Pimenta CA. [Pain intensity of pain and adequacy of analgesia]. *Rev Latinoam Enferm.* 2005;13(5):692-9. Portuguese.
- Welch JL. Development of the thirst distress scale. *Nephrol Nurs J.* 2002;29(4):337-41; discussion 343.
- Morais GS, da Costa SF, Fontes WD, Carneiro AD. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):323-7.