

Elaboração de protocolos de segurança para manejo da sede em pacientes pós-extubados e traqueostomizados*

Isabela Bossi Faleiros¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3572-3244>

Meiriane Pizani Scobare de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5300-1662>

Aline Franco da Rocha¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1187-0672>

Lígia Fahl Fonseca¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7550-9141>

Destaques: **(1)** A sede é intensa em pacientes pós-extubados e traqueostomizados, porém não tratada. **(2)** Não há protocolos com critérios de segurança para manejar a sede nesta população. **(3)** Foram elaborados protocolos baseados em evidências com seis critérios de segurança. **(4)** Os protocolos inovadores auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro. **(5)** Possibilitam, por meio de seis critérios de segurança, avaliação e manejo da sede.

Objetivo: elaborar, com base em evidências, dois protocolos distintos com critérios de segurança para pacientes pós-extubados e traqueostomizados a fim de sustentar a administração de métodos de alívio da sede. **Método:** estudo metodológico dividido em duas fases: definição do escopo e elaboração dos protocolos. Identificaram-se critérios de segurança que foram submetidos à avaliação de confiabilidade das evidências pelo sistema *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADEpro). Os critérios foram incorporados em fluxogramas com seus respectivos manuais operacionais. Os painelistas formularam recomendação e calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** desenvolveram-se dois protocolos e respectivos manuais para avaliação de segurança na administração de métodos de alívio da sede: um para pacientes pós-extubados e outro para traqueostomizados. Critérios de segurança elencados: nível de consciência, sinais de insuficiência respiratória, náusea e/ou vômito, capacidade de deglutição, tosse/proteção das vias aéreas, alteração de voz e funcionamento adequado da cânula de traqueostomia. Obteve-se recomendação dos painelistas com Índice de Validade de Conteúdo de 87%. **Conclusão:** os protocolos clínicos, com seis critérios de segurança cada, com base em evidências para o manejo da sede em pacientes pós-extubados e traqueostomizados são inovadores, permitem avaliação da segurança para o manejo da sede e têm validade de conteúdo.

Descritores: Sede; Extubação; Traqueostomia; Protocolos Clínicos; Guia de Prática Clínica; Unidade de Terapia Intensiva.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Elaboração de protocolos de segurança baseados em evidências para o manejo da sede em pós-extubados e traqueostomizados", apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Como citar este artigo

Faleiros IB, Oliveira MPS, Rocha AF, Fonseca LF. Development of safety protocols for managing thirst in post-extubated and tracheostomized patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4497 [cited ____/____/____]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7376.4497>

  
ano mês dia

Introdução

Diversas populações de pacientes em restrição hídrica sofrem com sede não tratada. Os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em particular, apresentam, com intensidade e desconforto, a sede com elevada prevalência, variando de 69,8%⁽¹⁾ a 76,1%⁽²⁾. Os principais fatores para seu desencadeamento incluem: uso de opioides e diuréticos, medicamentos inalatórios, níveis séricos de sódio e glicose, capacidade de ingestão oral, jejum, cirurgias, osmolaridade e Ventilação Mecânica (VM)⁽³⁻⁴⁾.

A sede no paciente crítico, além de prevalente, é de manejo desafiador; mesmo assim, paradoxalmente, com frequência é negligenciada⁽⁵⁻⁷⁾. A equipe relaciona a sede sobretudo a fatores osmóticos e volumétricos (sede homeostática), direcionando-se seu tratamento somente à reidratação endovenosa. A sede não homeostática, no entanto, é deflagrada por estímulos de ressecamento oriundos da orofaringe, entre outros⁽⁸⁻⁹⁾, o que é particularmente relevante para seu manejo em pacientes pós-extubados e traqueostomizados.

A sede ocupa um papel principal em relação à percepção de estresse e sofrimento de pacientes em UTI. O uso de dispositivos como o tubo orotraqueal (TOT) e a necessidade de VM fazem parte do cotidiano, o que faz com que a cavidade oral permaneça aberta e exposta por períodos prolongados. Em vista disso, os pacientes se referem à experiência de sede como uma sensação avassaladora e constante, manifestando-se como prevalente⁽¹⁰⁾ e intensa⁽⁵⁾, assim como o principal e mais assustador estressor⁽¹¹⁾, sendo referido como um sintoma angustiante⁽¹²⁾ e o segundo maior desconforto na UTI⁽¹³⁾. Quando o paciente está consciente e sob VM, isso significa que se encontra dolorosamente ciente do desconforto causado pela sede⁽¹⁴⁾.

Conforme o cuidado intensivo se torna resolutivo, há uma melhora do paciente, o que culminará em sua extubação ou substituição do TOT por um dispositivo de longa permanência, no caso, a traqueostomia (TQT)⁽¹⁵⁾. Após a extubação ou durante a manutenção de uma TQT em VM, é prática clínica deixar o paciente em jejum de sólidos e líquidos devido ao risco de disfagia.

Esse é um momento em que, depois de estar entubado por longos períodos, o paciente queixa-se insistentemente de sede, tornando premente a necessidade de manejar esse desconforto. Não há consenso estabelecido quanto ao momento ideal para a realização de testes que confirmem a presença de disfagia, com práticas que variam de 6 até 24 horas de jejum. Entretanto esses procedimentos carecem de padronização e não seguem diretrizes claras fundamentadas em evidências⁽¹⁶⁾.

A complicação mais preocupante ao se considerar a introdução precoce de alimentos líquidos e sólidos é a disfagia pós-extubação (DPE), que afeta 41% dos adultos gravemente enfermos. Ela contribui para o aumento das taxas de pneumonia, prolongando a permanência na UTI e gerando maiores custos com cuidados de saúde⁽¹⁷⁾.

É necessário desenvolver protocolos que se contraponham à disfagia e tornem possível o alívio da sede em pacientes críticos. Algumas estratégias utilizando substâncias frias e mentoladas^(1,18-25) têm demonstrado efetividade no alívio da sede em pacientes críticos. Todavia não se identificou na literatura a existência de protocolos que possibilitem aos enfermeiros nas UTIs avaliar a segurança na utilização de estratégias para o manejo da sede, particularmente para os pacientes recém-extubados e traqueostomizados.

A elaboração de um protocolo clínico embasado em evidências sólidas foi essencial para orientar o cuidado, possibilitando o manejo precoce da sede nessas duas populações. A Prática Baseada em Evidências (PBE) representa uma abordagem metodológica que promove a utilização de intervenções eficazes e bem-sucedidas na prática clínica, ao integrar as melhores evidências científicas provenientes de pesquisas, experiência clínica e de relevância para o paciente, com o objetivo de embasar a tomada de decisão⁽²⁶⁾.

Ainda que haja estratégias efetivas para amenizar a sede, é fundamental, antes da utilização de algum método de alívio, determinar os critérios de segurança, especialmente em pacientes recém-extubados ou com traqueostomia. Diante das experiências em ambientes clínicos e de lacunas na literatura, ficou notória a necessidade de se elaborar um protocolo pautado em evidências científicas que permita o uso seguro e precoce de métodos para aliviar a sede. O objetivo deste estudo foi elaborar, com base em evidências, dois protocolos distintos com critérios de segurança para pacientes com TOT e TQT a fim de sustentar a administração de métodos de alívio da sede.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quantitativa. A elaboração de protocolos clínicos se baseia em dados robustos e bem fundamentados, resultando em informações confiáveis e validadas⁽²⁷⁾.

Como referencial metodológico, utilizou-se o manual "Diretrizes Metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas", do Ministério da Saúde, que é composto por duas fases: escopo e elaboração.

A primeira consiste na definição do tema e do grupo de trabalho e na construção da estratégia de busca da evidência. A segunda fase, por sua vez, compreende realização da estratégia de busca, extração, análise das evidências, opinião de especialistas para análise de evidências e elaboração das recomendações por meio do Método Delphi e, por fim, a elaboração em si da diretriz baseada em evidências⁽²⁷⁾.

Participantes

Para desenvolver os protocolos, delimitaram-se diferentes grupos encarregados de organizar o processo, definir o escopo, coordenar a equipe de trabalho, redigir o documento, resumir as evidências e elaborar recomendações. Esses grupos incluíram indivíduos com experiência na área e especialistas que determinaram as evidências. Dessa forma, para conduzir a pesquisa, foram constituídos os seguintes grupos: Comitê Gestor, Grupo Elaborador e Grupo de Painelistas⁽²⁷⁾.

O Comitê Gestor (CG) foi composto pelo pesquisador principal, seu orientador e coorientador, responsáveis pela operacionalização do processo. O Grupo Elaborador (GE) formou-se da união do CG com o pesquisador secundário, responsável por aplicar a estratégia de busca e elaborar a diretriz. O Grupo de Painelistas (GP) foi constituído por enfermeiros, médicos e fisioterapeutas intensivistas, fonoaudiólogo e técnicos de enfermagem, responsáveis por participar da definição de recomendações, auxiliar na interpretação de resultados, formular sugestões e revisar o conteúdo da diretriz.

Para a seleção do GP, considerou-se profissionais de saúde com experiência de mais de três anos em cuidados intensivos. Por carta física e meio eletrônico, 17 profissionais foram convidados, sendo sete enfermeiros, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, cinco médicos e dois técnicos de enfermagem. Participaram da pesquisa 16 profissionais, sendo que um técnico de enfermagem declinou do convite.

Definição do tema e estratégia de busca

A temática definida para a diretriz foi segurança para o manejo da sede em pacientes pós-extubados e traqueostomizados em UTI. Estabeleceu-se o tópico a partir da demanda notada pelos autores e por solicitações ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS), sediado na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Depois de proposto o tema, a diretriz foi elaborada em duas etapas, seguindo o referencial metodológico proposto. A primeira foi elencar e analisar as evidências por meio de uma revisão sistemática (RS) com metanálise intitulada

“Prevenção de broncoaspiração no manejo da sede em pacientes críticos: revisão sistemática e metanálise”.

A RS seguiu a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽²⁸⁾ e recebeu o número de registro CRD42023429760 na plataforma PROSPERO, onde dados de cadastro indicam rigor metodológico do protocolo de busca. O artigo de revisão, todavia, gerou resultados extensos, não podendo, portanto, compor este construto. A busca foi realizada no dia 14 de junho de 2023. Os artigos selecionados obtiveram baixo risco de viés pelas ferramentas Rob 2⁽²⁹⁾ e Robins I⁽³⁰⁾ e alta certeza de evidência por meio do *software* GRADEpro⁽³¹⁾. Sob rigor metodológico, foi possível elencar seis critérios de segurança para a elaboração de uma diretriz baseada em evidências para o manejo da sede em pacientes pós-extubados e traqueostomizados, sendo eles: nível de consciência, proteção de vias aéreas por meio da capacidade de deglutir e tossir, oximetria de pulso e ausência de náusea/vômito.

Elaboração do protocolo

Mesmo sem terem sido catalogados pelos artigos da RS, foram acrescentados aos critérios descritos: alteração de voz e disfuncionalidade de traqueostomia. O primeiro, por ser contemplado em protocolos de triagem de disfagia e reintrodução alimentar; o segundo, devido ao elevado risco de adversidades por possíveis anomalias na TQT.

Selecionados os critérios, seguiu-se para a segunda etapa do estudo, com a elaboração de dois fluxogramas e seus respectivos manuais operacionais. Os protocolos foram denominados SEDE-E (extubados) e SEDE-T (traqueostomizados) para a diferenciação do fluxograma em relação à população-alvo. Optou-se por elaborar dois protocolos em razão da especificidade de cada situação clínica: pacientes recém-extubados não têm dificuldade de deglutição por permanência de via aérea definitiva, e pacientes traqueostomizados apresentam menor risco de broncoaspiração devido à proteção do *cuff* insuflado.

Validação e recomendação da evidência

Para validação de conteúdo, utilizaram-se instrumentos separados para os dois fluxogramas. No primeiro instrumento, Validação de Conteúdo do Fluxograma, foram avaliadas cinco dimensões: impressões gerais sobre o fluxograma, *layout*, conteúdo do fluxograma, aplicabilidade e pertinência do conteúdo do fluxograma com o manual operacional. Cada dimensão era composta por itens que explicitavam o que se deveria avaliar nela, e os painelistas fizeram julgamento a respeito de cada um dos itens. Essa ferramenta foi adaptada

dos domínios do *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*, AGREE II⁽³²⁾. As respostas compreendiam uma escala Likert de cinco pontos: discordo plenamente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, e concordo plenamente, seguidas de livres considerações e sugestões dos painelistas. Os itens avaliados nas dimensões foram utilizados para cálculo de Índice de Validade de Conteúdo (IVC), tendo-se considerado favoráveis os escores concordo e concordo plenamente.

O segundo instrumento, Validação de Conteúdo do Manual Operacional, consistiu em julgar cada item do manual quanto à sua objetividade (permite resposta pontual), clareza (explicitado de forma clara, simples e inequívoca) e pertinência (avalia a segurança para o manejo da sede), seguido de sugestões de reformulação. Cada item da ferramenta foi utilizado para cálculo de IVC, e considerou-se favorável “sim” para cada julgamento.

O terceiro instrumento foi o Julgamento da Recomendação da Intervenção. Esta ferramenta foi composta por vários itens cujo objetivo era auxiliar o painalista a fazer sua recomendação. Ao final da avaliação, a recomendação poderia ser julgada conforme preconiza o GRADEpro: forte recomendação contra a intervenção, recomendação condicional contra a intervenção, recomendação condicional para a intervenção ou a comparação, recomendação condicional para a intervenção, forte recomendação para a intervenção⁽³¹⁾. Foram consideradas favoráveis a recomendação condicional para a intervenção e a forte recomendação para a intervenção.

O quarto e último foi a caracterização sócio-ocupacional dos painelistas quanto a: idade, profissão, tempo de atuação, grau de escolaridade, tipo e complexidade de instituição em que trabalha e campo de atuação. As informações serviram para traçar o perfil dos participantes. Concluída a elaboração dos fluxogramas e manuais operacionais, os respectivos arquivos foram enviados por meio eletrônico aos painelistas — após aceite de participação —, com as devidas orientações dos autores quanto à leitura e ao desenvolvimento da avaliação. O autor permaneceu disponível para esclarecimento de dúvidas que não envolvessem impacto no rigor metodológico. Para alcance de consenso entre eles, utilizou-se o Método Delphi⁽²⁷⁾, em uma rodada, no período de julho de 2023. As devolutivas dos painelistas foram tabuladas em planilha *Excel*® (Versão 2308). O cálculo do IVC foi determinado considerando-se a representatividade de cada item e deveria alcançar índice de concordância de 80%⁽³³⁾, condição para que o CG acatasse as sugestões pertinentes.

Depois das sugestões dos painelistas, consultou-se uma fonoaudióloga especialista em disfagia, com experiência de quinze anos em UTI. Suas sugestões,

acrescidas às dos painelistas, contribuíram para a formulação de um processo para avaliar, de forma direta e sistemática, a capacidade de deglutir. Além disso, após as alterações, fez-se consulta técnica externa com a coordenadora de enfermagem e a chefia médica da divisão de terapia intensiva da instituição do estudo, que validaram todas as alterações sintetizadas pelo CG, como estabelece o Manual de Diretrizes⁽²⁷⁾.

A metodologia proposta pelo manual inclui consulta com painelistas com a finalidade de obter consenso do grupo em relação à interpretação das evidências disponíveis, ainda que o manual oriente que, na hierarquia das evidências na tomada de decisão em saúde, a opinião de especialistas é considerada nível baixo de evidências por estar mais sujeita a vieses. Recomenda, ainda, o sistema GRADE por oferecer uma metodologia abrangente e transparente para tomada de decisão estruturada, sendo essa a metodologia preferencialmente utilizada pelo Ministério da Saúde⁽²⁷⁾.

Dessa forma, o objetivo da consulta aos painelistas foi a recomendação das evidências já levantadas, com forte indício de aprovação. Uma vez que as evidências passaram pelo crivo do GRADEpro⁽³¹⁾, não demonstraram vieses pelas ferramentas Robins I⁽³⁰⁾ e Rob 2⁽²⁹⁾, todas as sugestões foram acatadas e o protocolo foi recomendado com índice de 87% no IVC. O CG julgou, então, não ser necessária uma nova rodada Delphi de avaliação com o GP.

Aspectos éticos

O estudo respeitou os aspectos éticos acerca de pesquisa com seres humanos, segundo determina a Resolução CNS 466/12. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e obteve a aprovação ética sob o número CAAE: 65456622.2.0000.5231.

Resultados

Desenvolveram-se dois fluxogramas baseados em evidências científicas visando ao manejo da sede, obedecendo às distintas particularidades dos grupos de pacientes. O primeiro fluxograma foi direcionado a pacientes pós-extubados, SEDE-E (Figura 1); o outro, a traqueostomizados, SEDE-T (Figura 2). Pacientes pós-extubados já não apresentam a dificuldade de deglutição relacionada ao TOT e seu *cuff*; os traqueostomizados, por sua vez, permanecem com a cânula traqueal e seu *cuff* insuflado.

Os fluxogramas foram elaborados com seus respectivos manuais operacionais. Os manuais auxiliam na aplicação do protocolo e explicitam cada critério de segurança, direcionando a tomada de decisão.

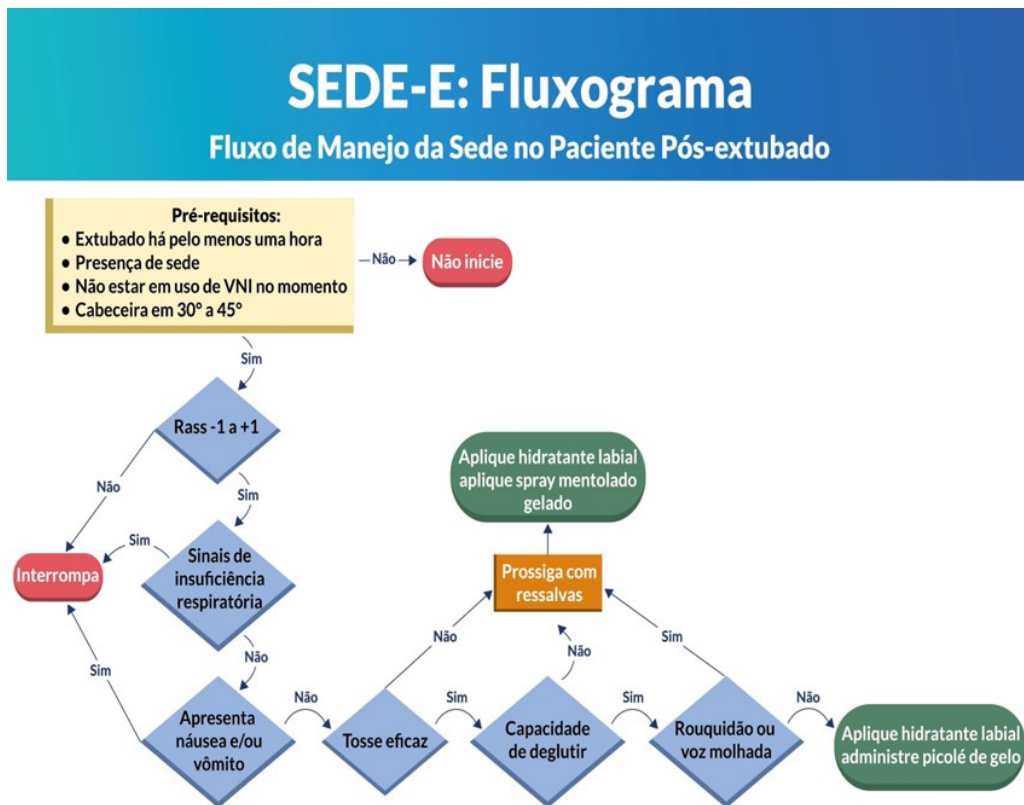


Figura 1 – SEDE-E: Fluxo de manejo da sede no paciente pós-extubado. Londrina, PR, Brasil, 2023

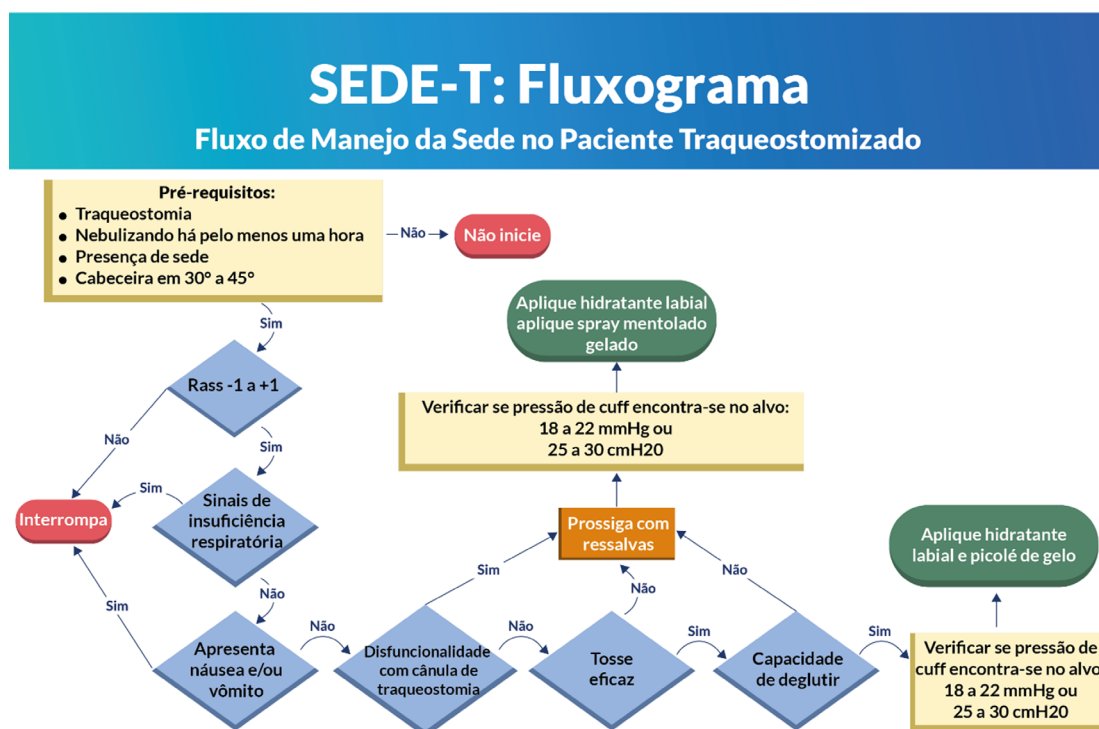


Figura 2 – SEDE-T: Fluxo de manejo da sede no paciente traqueostomizado. Londrina, PR, Brasil, 2023

Participaram 16 painelistas: sete enfermeiros, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, cinco médicos e um técnico de enfermagem. A caracterização sociodemográfica dos painelistas está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo (n = 16). Londrina, PR, Brasil, 2023

Variáveis	n	%
Formação profissional		
Enfermagem	07	43,7
Medicina	05	31,2
Fisioterapia	02	12,5
Fonoaudiologia	01	06,3
Técnico de Enfermagem	01	06,3
Formação educacional		
Curso Técnico	01	06,3
Especialização	04	25,0
Mestrado	05	31,2
Doutorado	06	37,5
Porte da instituição de trabalho		
Especial (acima 500 leitos)	03	18,7
Grande Porte (151-500 leitos)	12	75,0
Médio Porte (51–150 leitos)	01	06,3
Idade		
Até 31 anos	01	06,3
Entre 31 a 40 anos	08	50,0
Entre 41 a 50 anos	03	18,7
Mais que 50 anos	04	25,0
Tempo de atuação profissional		
Entre 5 e 10 anos	03	18,7
Entre 11 e 15 anos	03	18,7
Entre 16 e 20 anos	01	06,3
Entre 21 e 25 anos	02	12,5
Entre 26 e 30 anos	01	06,3
Mais que 31 anos	04	25,0
Não responderam	02	12,5

A Validação de Conteúdo do Fluxograma para o SEDE-E mostrou que o item sobre a ordem dos critérios atingiu IVC de 0,75 de concordância; em vista disso, alterou-se a ordem dos critérios para uma ordem mais lógica.

A dimensão sobre o conteúdo do manual operacional, tanto no SEDE-E (0,68) quanto no SEDE-T (0,62), não atingiu 80% de concordância, portanto foram sugeridas alterações para melhorar a avaliação da deglutição (Tabela 2).

Tabela 2 – Índice de validade de conteúdo do instrumento validação de conteúdo do fluxograma e manual operacional. Londrina, PR, Brasil, 2023

Dimensões	IVC* SEDE-E	IVC* SEDE-T
IVC* Validação de Conteúdo do Fluxograma		
Impressões Gerais		
Seu uso é fácil	1,00	1,00
É autoexplicativo	1,00	1,00
É didático	1,00	1,00
Layout do Fluxograma		
A composição visual está atrativa e bem organizada	0,87	0,87
A ordem dos critérios de segurança está adequada	0,75	0,87
O fluxograma é de fácil leitura	0,93	1,00

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Dimensões	IVC* SEDE-E	IVC* SEDE-T
As cores utilizadas no design do fluxograma são pertinentes	0,93	0,93
Conteúdo do Fluxograma		
Os critérios de segurança indicados nos losangos do fluxograma estão claros	0,81	0,81
Os critérios de segurança apresentam-se de forma organizada em uma sequência correta	0,87	0,81
Aplicabilidade do Fluxograma		
As recomendações do fluxograma têm aplicabilidade prática	0,87	0,81
Conteúdo do Manual Operacional		
O conteúdo é coerente com o fluxograma	0,93	0,87
As informações são adequadas	0,75	0,81
As informações são suficientes para o uso do fluxograma	0,68	0,62
IVC* Validação de Conteúdo do Manual Operacional		
Pré-Requisitos		
Objetivo	1,00	0,87
Claro	0,93	0,62
Pertinente	0,87	0,81
Exame preliminar		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	0,87	0,93
Pertinente	1,00	1,00
Nível de consciência		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	1,00	1,00
Pertinente	0,81	0,81
Oximetria de pulso		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	0,93	0,93
Pertinente	0,81	0,81
Náusea e/ou vômito		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	0,93	0,93
Pertinente	1,00	1,00
Deglutição eficaz		
Objetivo	0,87	0,87
Claro	0,75	0,81
Pertinente	0,87	0,87
Alteração de voz		
Objetivo	0,93	-
Claro	0,87	-
Pertinente	1,00	-
Disfuncionalidade com cânula de traqueostomia		
Objetivo	-	0,93
Claro	-	0,87
Pertinente	-	0,93
Tosse e/ou limpar garganta eficaz		
Objetivo	0,93	0,93
Claro	0,93	0,87
Pertinente	1,00	0,93
Estratégia de manejo da sede		
Objetivo	1,00	0,93
Claro	0,93	0,87
Pertinente	0,93	0,93

*IVC = Índice de Validade de Conteúdo

O instrumento Validação de Conteúdo do Manual Operacional obteve avaliação satisfatória, com apenas um quesito abaixo de 80% no IVC, no SEDE-E, sobre a clareza de como avaliar a deglutição; sugeriu-se melhora na forma de avaliar a deglutição. Quanto à avaliação do SEDE-T neste instrumento, o item clareza nos pré-requisitos obteve o valor 0,62, o que se deu pelo erro de

diagramação da explicação neste manual; aceitou-se a sugestão e corrigiu-se o fluxograma (Tabela 2).

O resultado do último instrumento – Julgamento da Recomendação da Intervenção – alcançou IVC de 87% a favor da intervenção com os protocolos SEDE-E e SEDE-T. Em vista disso, o GP recomendou a diretriz elaborada, sem necessidade de ajustes posteriores.

Após o cálculo do IVC dos instrumentos de avaliação, procedeu-se à avaliação das sugestões dos painelistas. Foram, portanto, reunidas as sugestões e acatadas quando pertinentes (Figura 3). A consulta externa com as

coordenadoras de enfermagem e médicas de todas as UTIs da instituição sede resultou em consenso e concordância a respeito dos pontos, tendo o IVC alcançado índice maior que 80% em todos os quesitos.

Itens	SEDE-E	SEDE-T
Pré-requisitos	Acréscimos: a estratégia de alívio da sede não retira o paciente de jejum, e cabeceira em 30° a 45°.	Acréscimos: a estratégia de alívio da sede não retira o paciente de jejum, e cabeceira em 30° a 45°.
Nível de consciência	Mudança no parâmetro de RASS* 0 a +2 para RASS* -1 a +1.	Mudança no parâmetro de RASS* 0 a +2 para RASS* -1 a +1.
Sinais de insuficiência respiratória	Alteração em saturação de oxigênio e inclusão em um critério mais amplo: sinais de insuficiência respiratória.	Alteração em saturação de oxigênio e inclusão em um critério mais amplo: sinais de insuficiência respiratória.
Náusea e/ou vômito	Inalterado	Inalterado
Tosse eficaz	Realocação para a quarta posição dos losangos.	Realocação para a quinta posição dos losangos.
Capacidade de deglutir	Realocação para a quinta posição dos losangos. Para avaliar a deglutição, é necessário posicionar o segundo e terceiro dedos acima do osso hioide, pedir ao paciente que feche os lábios e então degluta, observando-se a elevação da laringe.	Realocação para a sexta posição dos losangos. Para avaliar a deglutição, é necessário posicionar o segundo e terceiro dedos acima do osso hioide, pedir ao paciente que feche os lábios e então degluta, observando-se a elevação da laringe.
Alteração de voz	Realocação para a sexta posição dos losangos e retirada de ausculta cervical.	-
Disfuncionalidade em cânula de traqueostomia	-	Realocação para a quarta posição dos losangos.

*RASS = Escala de Richmond de Agitação-Sedação

Figura 3 – Alterações realizadas nos protocolos SEDE-E e SEDE-T após sugestões dos painelistas. Londrina, PR, Brasil, 2023

Discussão

O ineditismo deste estudo consiste na elaboração, com base em evidências científicas, de dois protocolos clínicos de segurança para o manejo da sede: um para pacientes pós-extubados e outro para traqueostomizados, em uma abordagem inovadora. Permitem avaliar, por meio de critérios de segurança, a possibilidade de enfermeiros aplicarem, com menos de 24 horas de extubação e mesmo em traqueostomizados, a estratégia de alívio da sede de forma segura, abrindo espaço para o tratamento precoce da sede em pacientes que sofrem intenso distresse pela restrição hídrica imposta a essa fase terapêutica⁽²⁷⁾.

Por não ser o método mais utilizado para a elaboração de protocolos clínicos, houve dificuldade para encontrar um instrumento de validação de conteúdo tanto para os fluxogramas como para os manuais operacionais. Desse modo, fez-se a avaliação por meio de ferramenta baseada nos domínios do *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*, AGREE II, que avalia o rigor metodológico e a transparência de diretrizes. Ademais, os painelistas tiveram auxílio da ferramenta GRADEpro para formular o julgamento da recomendação⁽³¹⁻³²⁾.

Os critérios de segurança elencados vão ao encontro de outros protocolos que têm como objetivo triar disfagia,

como, por exemplo, o *Gugging Swallowing Screen Intensive Care Unit* (GuSS-ICU)⁽³⁴⁾. Mesmo não sendo o foco desta pesquisa, evitar a broncoaspiração é um objetivo em comum. No fluxograma elaborado, inicia-se com os pré-requisitos, com o critério cabeceira elevada de 30° a 45°. Após a rodada Delphi, dois painelistas sugeriram ser critério de exclusão, porque há pacientes que apresentam impossibilidade de se elevar a cabeceira, por isso mais sujeitos ao risco de aspiração pulmonar.

O nível de consciência é, majoritariamente, o primeiro critério a ser avaliado. Outros estudos que objetivaram o alívio da sede^(1,20-21,35) ou avaliação de disfagia⁽³⁴⁾ em pacientes críticos consideraram a avaliação deste parâmetro por meio de perguntas cognitivas simples^(1,20,35), Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)^(21,34) ou Escala de Coma de Glasgow (ECG)⁽²¹⁾. Estar acordado e em alerta, comunicando-se, mas não necessariamente orientado, não impede que o paciente possa receber estratégias de alívio da sede. Neste item, sugeriu-se a utilização da ECG, porém o CG, acrescido do suporte das chefias médicas e de enfermagem da instituição, considerou a ampliação do parâmetro da RASS, o que contemplaria, com suficiente segurança, o critério nível de consciência.

Como sugestão dos painelistas, incluiu-se oximetria de pulso em um critério mais amplo – insuficiência

respiratória – para conferir maior segurança na avaliação. Também foram incluídos neste critério: dispneia, uso da musculatura acessória (tiragem intercostal, retração de fúrcula e abdominal), saturação de oxigênio <92% e presença de estridor laríngeo. Observa-se frequência respiratória, oximetria, presença de estridor como critérios relevantes em outros protocolos que avaliam a disfagia, porém não com esta nomenclatura específica⁽³⁴⁾.

Ausência de náuseas e vômitos foi considerado critério essencial visando à prevenção de eventos adversos após a intervenção de alívio da sede. A broncoaspiração é a complicação mais temida referenciada por estudos que avaliam a reintrodução de líquidos e sólidos^(1,20-21,34), também fazendo parte de um protocolo de segurança que visa o manejo da sede em pacientes cirúrgicos⁽³⁶⁾. Este critério obteve concordância total na avaliação do GP.

A tosse é essencialmente um mecanismo de proteção de via aérea⁽³⁵⁾. Por meio deste recurso, garante-se que, se houver secreções ou corpos estranhos na extensão das vias aéreas superiores, serão expelidos. Em se tratando do manejo da sede, a tosse eficaz permitirá que a estratégia utilizada para o alívio da sede não obstrua as vias aéreas nem leve à broncoaspiração. Limpar a garganta intencional e vigorosamente por movimento característico é considerado suficiente para proteção de via aérea. Identifica-se este critério em pesquisas que visam ao manejo da sede e reintrodução alimentar^(1,21,34-35). Houve concordância de todos os juízes neste item.

Semelhantemente à tosse, a deglutição é um mecanismo de proteção de via aérea de extrema importância, sobretudo para o objetivo do presente estudo. Uma RS com metanálise mostrou que 41% dos pacientes pós-extubados apresentam disfagia, ocasionando aspiração pulmonar, sem diferenciação de intubação curta (<48 horas) ou prolongada (>48 horas)⁽¹⁷⁾. A triagem de disfagia com finalidade de fazer reintrodução alimentar é considerada essencial como medida protetiva⁽³⁴⁾. O manejo da sede difere de introdução alimentar, ou seja, não retira o paciente do jejum, já que se tem como objetivo aliviar, de forma segura, o desconforto da sede por meio de substâncias frias e mentoladas com baixo volume.

Os painelistas apresentaram sugestões importantes em relação à avaliação do critério deglutição. Por conseguinte, após reunião com a fonoaudióloga, definiu-se que a deglutição seria avaliada pela elevação do osso hioide em conjunto com a solicitação de o paciente cerrar os lábios. Durante o processo da deglutição, o osso hioide, que fica acima da cartilagem laríngea, apresenta movimento de elevação superior e anterior⁽³⁶⁾. Desse modo é possível avaliar, com o segundo e o terceiro dedos colocados acima deste osso, a elevação laríngea e, conseqüentemente, a deglutição⁽³⁷⁾.

O último critério, no caso do SEDE-E, é alteração de voz. Apesar de ele não ter sido elencado por meio dos artigos da RS realizada, protocolos que visam avaliar o retorno da alimentação oral consideram a alteração de voz relevante⁽³⁴⁾.

No SEDE-T não se incluiu alteração de voz devido à presença da cânula de traqueostomia, porém, introduziu-se o critério disfuncionalidade na cânula. Quando há disfuncionalidade no tubo em pacientes em uso de TQT, eles ficam mais propensos a eventos adversos ou pior prognóstico. Vazamento de cuff, pressão de cuff acima da recomendada, sangramentos, mal posicionamento e inconformidades com a ostomia são alguns exemplos⁽³⁷⁾. Houve concordância de todos os juízes a respeito deste item.

As estratégias sugeridas para o manejo da sede foram: picolé de 20 mililitros, de gelo mentolado ou não, e spray mentolado gelado, ambos juntamente com o hidratante mentolado. A efetividade do picolé de gelo mentolado ou não tem sido demonstrada em diversos Ensaios Clínicos Randomizados (ECR)^(23,38-39), e o picolé vem sendo utilizado extensivamente por pacientes em Sala de Recuperação Anestésica⁽³⁹⁾. Apenas um picolé de gelo mentolado reduz a intensidade da sede em 80,6%, e o desconforto em 75,9%⁽³⁹⁾. Ressalta-se que o uso de gelo auxilia na recuperação da disfagia pela reativação da musculatura da deglutição⁽⁴⁰⁾.

A temperatura fria e o mentol ativam receptores orofaríngeos, que enviam sinais diretamente à lâmina terminal, ocasionando a diminuição da vontade de beber água em aproximadamente dois minutos^(9,41-43). Ou seja, sem grandes volumes de líquido, sacia-se a sede e de forma mais rápida. Outra vantagem é que o derretimento do picolé é lento, o que amplia a segurança para o alívio da sede em comparação com a ingestão de água em volumes maiores.

O spray gelado e mentolado contempla os mesmos princípios de ativação dos termorreceptores orais e pode ser utilizado em pacientes que não conseguem tossir ou deglutir, têm alteração de voz ou estão com disfuncionalidade em cânula de TQT. Uma estratégia de alívio da sede baseada em spray é segura, pois é fácil de usar e distribui uniformemente pequenas gotículas de água (0,1 mililitro) na superfície mucosa da boca. Isso umedece a mucosa oral, controlando a quantidade de líquido introduzido e regulando a quantidade de líquido aplicado, o que, por sua vez, diminui possíveis reações adversas, proporcionando assim um elevado grau de segurança⁽¹⁾.

Após as alterações e aprovação de duas doutoras especialistas em UTI, os fluxogramas SEDE-E e SEDE-T foram concluídos. Ambos os protocolos são um caminho

para que pacientes pós-extubados e traqueostomizados tenham o sintoma tão angustiante e intenso da sede aliviado por um manejo simples.

Como limitação do estudo considera-se a realização de apenas uma rodada da Técnica Delphi, apesar de que a fragilidade foi superada mediante o consenso obtido com outro grupo de avaliadores, da medicina e enfermagem, com ampla experiência e expertise em terapia intensiva. O grupo de painelistas predominantemente de dois hospitais do Sul e Sudeste do Brasil é uma limitação, pois outras regiões do país podem ter perspectivas diferentes. Futuras avaliações dos protocolos em outros cenários contribuirão para testá-los em populações e realidades diferentes. Outra limitação foi a exiguidade de estudos que abordassem o manejo da sede na população de traqueostomizados, particularmente focando na avaliação de critérios de segurança, reduzindo a possibilidade de comparações. Sugere-se que a aplicação dos protocolos seja avaliada em cenários diversos, considerando-se variáveis intervenientes e de desfecho, assim como os benefícios percebidos pelo paciente e equipe de saúde.

O presente estudo contribui para a prática dos enfermeiros intensivistas, auxiliando na tomada de decisão e permitindo minorar a sede dos pacientes críticos com segurança, com base em evidências científicas. Além disso, desperta-se a necessidade de estudos nesta temática e da avaliação dos protocolos na prática clínica. Por fim, não só estimula os profissionais a voltarem seu olhar de forma intencional para a sede dos pacientes recém-extubados e traqueostomizados, mas também disponibiliza dois instrumentos que podem tornar possível aliviar com segurança a sede e o sofrimento de pacientes críticos.

Conclusão

A elaboração de dois protocolos clínicos fundamentados em evidências, voltados para a segurança no manejo da sede em pacientes críticos pós-extubados e traqueostomizados, representa uma inovação e um avanço para o cuidado humanizado. Os protocolos propõem seis critérios de segurança cada: nível de consciência, sinais de insuficiência respiratória, náusea e/ou vômito, tosse eficaz, capacidade de deglutar e alteração de voz, e, no caso de traqueostomia, disfuncionalidade de cânula. Dispostos em fluxogramas de fácil compreensão, acompanhados por um manual operacional, os protocolos recém-desenvolvidos, além de terem validade de conteúdo, abrem as portas para a avaliação da segurança para o alívio da sede em pacientes críticos, contribuindo para a redução do distresse relacionado a esse sintoma.

Referências

1. Lin R, Chen H, Chen L, Lin X, He J, Li H. Effects of a spray-based oropharyngeal moisturising programme for patients following endotracheal extubation after cardiac surgery: A randomised, controlled three-arm trial. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104214. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104214>
2. Negro A, Villa G, Greco M, Ciriolo E, Luraschi EL, Scaramuzzi J, et al. Thirst in patients admitted to intensive care units: an observational study. *Ir J Med Sci*. 2021;191:2283-9. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02817-7>
3. Lin R, Li H, Chen L, He J. Prevalence of and risk factors for thirst in the intensive care unit: an observational study. *J Clin Nurs*. 2022;32(3-4). <https://doi.org/10.1111/jocn.16257>
4. Xie XM, Huang D, Chun S, Bai DX, Lu XY, Li Y, et al. Factors influencing thirst in ICU patients: A mixed methods systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;86:103811-1. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103811>
5. Saltnes-Lillegård C, Rustøen T, Beitland S, Puntillo K, Hagen M, Lerdal A, et al. Self-reported symptoms experienced by intensive care unit patients: a prospective observational multicenter study. *Intensive Care Med*. 2023;49(11):1370-82. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07219-0>
6. Takahashi T, Oyama Y, Sakuramoto H, Tamoto M, Sato T, Nanjo Y, et al. Nurses' Attitudes, Practices, and Barriers to Assessing Symptoms of Discomfort in Mechanically Ventilated Patients: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nurs*. 2024;10. <https://doi.org/10.1177/23779608241245209>
7. Robayo-Amortegui H, Quintero-Altare A, Florez-Navas C, Serna-Palacios I, Suárez-Saavedra A, Buitrago-Bernal R, et al. Fluid dynamics of life: exploring the physiology and importance of water in the critical illness. *Front Med*. 2024;11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1368502>
8. Armstrong LE, Kavouras SA. Thirst and drinking paradigms: evolution from single factor effects to brainwide dynamic networks. *Nutrients*. 2019;11(12):2864. <https://doi.org/10.3390/nu11122864>
9. Nakaya TG, Conchon MF, Korki A, Pierotti I, Uchôa ET, Fonseca LF. Pre-absorptive satiety: relevance of anticipatory mechanisms care for patients with thirst. *Texto Contexto Enferm*. 2024;33. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0357pt>
10. Gunnels MS, Reisdorf EM, Mandrekar J, Chlan LL. Assessing Discomfort in American Adult Intensive Care Patients. *Am J Crit Care*. 2024;33(2):126-32. <https://doi.org/10.4037/ajcc2024362>

11. Zengin N, Ören B, Üstündag H. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2019;25(2):109-16. <https://doi.org/10.1111/nicc.12465>
12. Flim M, Hofhuis J, Spronk P, Jaarsma T. Measuring thirst distress of patients in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2021;27(4):576-82. <https://doi.org/10.1111/nicc.12719>
13. Baumstarck K, Boucekine M, Estagnasie P, Geantot MA, Berric A, Simon G, et al. Assessment of patients' self-perceived intensive care unit discomforts: validation of the 18-item version of the IPREA. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1101-5>
14. Holm A, Dreyer P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nurs Crit Care*. 2015; 22(2):81-8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>
15. Tekin P, Bulut A. Tracheostomy Timing in Unselected Critically Ill Patients with Prolonged Intubation: A Prospective Cohort Study. *J Clin Med*. 2024;13(10):2729. <https://doi.org/10.3390/jcm13102729>
16. Leder SB, Warner HL, Suiter DM, Young NO, Bhattacharya B, Siner JM, et al. Evaluation of swallow function post-extubation: is it necessary to wait 24 hours? *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019;128(7):619-24. <https://doi.org/10.1177/0003489419836115>
17. McIntyre M, Doeltgen S, Dalton N, Koppa M, Chimunda T. Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*. 2021;34(1):67-75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.05.008>
18. Gulia S, Kumari V, Khatri N. Effectiveness of an intervention bundle on thirst intensity and dry mouth among patients admitted in ICU. *Int J Health Sci Res* [Internet]. 2019 [cited 2024 July 18];9(5):397-408. Available from: https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.9_Issue.5_May2019/59.pdf
19. Doi S, Nakanishi N, Kawahara Y, Nakayama S. Impact of oral care on thirst perception and dry mouth assessments in intensive care patients: an observational study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;66:103073. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103073>
20. Liang T, Li S, Peng Y, Chen Q, Chen L, Lin Y. Oral Hydration 1 Hour After Extubation is safe and effective in cardiac surgery patients: a randomized trial [Preprint]. *Research Square*. 2022. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1422251/v1>
21. Ford C, McCormick D, Parkosewich J, Derycke-Chapman K, Marshall J, Mancarella J, et al. Safety and effectiveness of early oral hydration in patients after cardiothoracic surgery. *Am J Crit Care*. 2020;29(4):292-300. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020841>
22. Lian R, Zhou S, Guo Y, Liang H, Lin J, Li D, et al. The effect of ice-cold water spray following the model for symptom management on postoperative thirst in patients admitted to intensive care unit: A randomized controlled study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;81:103571. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103571>
23. Mert S, Çalışkan İ, Koruk S. The Effect of Menthol Ice on Laparoscopic Cholecystectomy Patients' Thirst, Dry Mouth, Mouth Taste, and Bad Mouth Odor: A Randomized Controlled Trial. *J Perianesth Nurs*. 2024;39(5). <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.024>
24. Gungor S, Tosun B, Candir G, Ozen N. Effects of cold spray on thirst, frequency of oral care, and pain of general surgery intensive care unit patients. *Sci Rep*. 2024;14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58199-0>
25. Metayazidy HA, Nassar AB, Elsharawy DE, EL-Far AF. Effect of Implementing Nursing Measures on Thirst Perception among Patients in Chest Intensive Care Unit. *Tanta Sci Nurs J*. 2024;33(2):144-62. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2024.367616>
26. Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 5th ed. Edinburgh: Elsevier; 2019. 336 p.
27. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 July 18]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/diretrizes-metodologicas-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-2020.pdf
28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
29. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:I4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.I4898>
30. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:I4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.I4919>
31. GRADEpro Guideline Development Tool [Homepage]. Hamilton: McMaster University; 2022 [cited 2024 July 18]. Available from: grade.pro
32. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010;182(18):E839-842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
33. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content

validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>

34. Christensen M, Trapl M. Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. *Nurs Crit Care.* 2017;23(2):102-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12333>

35. Nascimento LA, Fonseca LF, Rosseto EG, Santos CB. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):834-43. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>

36. Donohue C, Mao S, Sejdić E, Coyle JL. Tracking Hyoid Bone Displacement During Swallowing Without Videofluoroscopy Using Machine Learning of Vibratory Signals. *Dysphagia.* 2020;36:259-69. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10124-z>

37. Murray M, Shen C, Massey B, Stadler M, Zenga J. Retrospective analysis of post-tracheostomy complications. *Am J Otol.* 2021;43(2):103350. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2021.103350>

38. Aroni P, Fonseca LF, Ciol MA, Margatho AS, Galvão CM. The use of mentholated popsicle to reduce thirst during preoperative fasting: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2020;29(5-6):840-51. <https://doi.org/10.1111/jocn.15138>

39. Conchon MF, Fonseca LF, Galvão CM. Use of mentholated popsicle in the management of the elderly patient's thirst in the immediate postoperative period: a randomized controlled trial. *J Perianesth Nurs.* 2021;36(3). <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.09.013>

40. Pisegna JM, Langmore SE. The ice chip protocol: a description of the protocol and case reports. *Perspect ASHA Spec Interest Groups.* 2018;3(13):28-46. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG13.28>

41. Eccles R, Du-Plessis L, Dommels Y, Wilkinson JE. Cold pleasure. why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite.* 2013;71:357-60. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.011>

42. Gizowski C, Bourque C. Neurons that drive and quench thirst. *Science.* 2017;357(6356):1092-3. <https://doi.org/10.1126/science.aao5574>

43. Tsai HY, Chao A, Hsiao WL. The effectiveness of cold oral stimuli in quenching postoperative thirst: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit*

Care Nurs. 2023;75:103359. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103359>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Isabela Bossi Faleiros, Meiriane Pizani Scobare de Oliveira, Aline Franco da Rocha, Lígia Fahl Fonseca.

Contribuições específicas

Supervisão e gestão do projeto: Lígia Fahl Fonseca.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 13.03.2024

Aceito: 23.10.2024

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Isabela Bossi Faleiros

E-mail: isabelabossi@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3572-3244>