


## Validação clínica da proposição diagnóstica de enfermagem sede perioperatória\*


Leonel Alves do Nascimento<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9590-6360>

Marilia Ferrari Conchon<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0393-1559>

Aline Korki Arrabal Garcia<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8648-9887>

Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5867-8023>

Lígia Fahl Fonseca<sup>2</sup>

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

**Destaques:** **(1)** Avalia a acurácia da proposição do diagnóstico de enfermagem sede perioperatória; **(2)** Permite diagnóstico refinado para utilização em prática clínica, ensino e pesquisa; **(3)** Fortalece a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória; **(4)** Ressalta o manejo da sede como parte do cuidado, visto sua elevada prevalência e desconforto; **(5)** Apresenta estrutura com bons parâmetros de acurácia e bem representativos da sede.

**Objetivo:** verificar a validade clínica da proposição de um novo diagnóstico de enfermagem denominado sede perioperatória, com base na acurácia diagnóstica de seus indicadores clínicos, incluindo a magnitude de efeito de seus fatores etiológicos. **Método:** estudo de validação clínica diagnóstica com 150 pacientes cirúrgicos em um hospital universitário. Foram coletadas variáveis sociodemográficas e indicadores clínicos relacionados à sede. Empregou-se a técnica de análise de classe latente. **Resultados:** dois modelos de classes latentes foram propostos para as características definidoras. O modelo ajustado no pré-operatório incluiu: lábios ressecados, saliva grossa, língua grossa, vontade de beber água, relato do cuidador, garganta seca e constante deglutição de saliva. No pós-operatório: garganta seca, saliva grossa, língua grossa, constante deglutição de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca. Os fatores relacionados Temperatura do ambiente elevada e Boca seca estão associados à presença de sede, assim como as condições associadas Utilização de anticolinérgicos e Intubação. A prevalência de sede foi de 62,6% no pré-operatório e 50,2% no pós-operatório imediato. **Conclusão:** a proposição diagnóstica de sede perioperatória apresentou bons parâmetros de acurácia de seus indicadores clínicos e efeitos etiológicos. Essa proposição em uma taxonomia de enfermagem permitirá maior visibilidade, valorização e tratamento desse sintoma.

**Descritores:** Sede; Enfermagem Perioperatória; Tomada de Decisão Clínica; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Baseada em Evidências.

\* Artigo extraído da tese de doutorado "Elaboração e validação da proposição do diagnóstico de Enfermagem Sede Perioperatória", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

<sup>1</sup> Hospital Doutor Anísio Figueiredo, Unidade Cirúrgica, Londrina, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

### Como citar este artigo

Nascimento LA, Conchon MF, Garcia AKA, Lopes MVO, Fonseca LF. Clinical validation of the nursing diagnostic proposition perioperative thirst. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3975 [cited \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_.

URL

ano | mês | dia

## Introdução

A sede perioperatória é uma experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água visando restabelecer a homeostase dos líquidos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendida<sup>(1-5)</sup>.

Em um cenário em que a prevalência de sede é elevada, variando de 79,5%<sup>(6)</sup> a 89,8%<sup>(7)</sup> em adultos, atingindo mais de 80% em pacientes pediátricos em diferentes níveis de intensidade<sup>(8)</sup>, a inclusão intencional desse desconforto no monitoramento da enfermagem torna-se relevante e inadiável<sup>(2,7,9)</sup>.

A sede influencia negativamente a experiência cirúrgica e sua presença é premente e imperativa. É um dos principais desconfortos citados nesse período, tanto na experiência atual como na lembrança de desconforto em cirurgias anteriores, podendo ser até pior que a dor<sup>(10-12)</sup>. Apesar disso, muitos profissionais acreditam que ela é uma consequência do procedimento cirúrgico, devendo ser suportada pelo paciente. O cuidado com a sede é, portanto, ainda subvalorizado, subavaliado, submensurado e subtratado pela equipe de enfermagem<sup>(7,10,13)</sup>.

Outros desconfortos e complicações pertinentes ao paciente cirúrgico são amplamente pesquisados e contemplados em protocolos clínicos, direcionando seu cuidado. No entanto, a sede tem sua relevância clínica frequentemente minimizada quando comparada com outros desconfortos e seu manejo ainda não é realizado de modo sistemático<sup>(2,7,10)</sup>.

Diante desse cenário, pesquisadores brasileiros elaboraram um Modelo de Manejo da Sede, que é composto por quatro pilares: Identificação, Mensuração, Avaliação da segurança e Administração de uma estratégia de alívio da sede<sup>(2)</sup>. Esse modelo, quando utilizado com o paciente cirúrgico no pré- e pós-operatório imediato (POI), permite que a equipe realize o manejo adequado, seguro e efetivo desse desconforto.

Ao incluir o manejo da sede nos cuidados de enfermagem, espera-se que o paciente possa ter sua sede diagnosticada e as medidas de alívio sejam aplicadas de forma sistemática e padronizada. Esse cuidado permite que o paciente tenha uma experiência cirúrgica com o menor sofrimento possível, otimizando sua recuperação e melhorando ativamente a qualidade do atendimento prestado<sup>(2,7,10)</sup>.

Uma forma de destacar sua importância seria incorporar a sede em classificações e terminologias internacionais, ressaltando seus principais sinais e sintomas, bem como seus possíveis fatores causais. Nesse âmbito, a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I)

apresenta uma organização de diagnósticos que incorpora esses elementos e que tem sido utilizada em vários países, além de servir como ponto de partida para o desenvolvimento de outras terminologias e classificações de enfermagem<sup>(14)</sup>. Historicamente, o desenvolvimento de um novo diagnóstico segue a análise de conceito e conteúdo, culminando com a validação clínica.

É nesse contexto que a proposição do diagnóstico de enfermagem (DE) para a sede perioperatória se fundamenta. No cotidiano do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, a sede é frequentemente observada e, por isso, deve ter seu manejo padronizado. Incluí-la na taxonomia diagnóstica de enfermagem permitirá que a sede do paciente cirúrgico seja identificada e, portanto, tratada.

Essa proposição já foi avaliada em relação à análise de conceito<sup>(3)</sup> e ao seu conteúdo<sup>(4)</sup>, tendo como definição: “Experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água visando restabelecer a homeostase dos líquidos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendido”. Mecanismos homeostáticos e não homeostáticos participam da gênese e saciedade da sede e resultam em uma estrutura diagnóstica composta por nove características definidoras: boca seca, garganta seca, lábios ressecados, saliva grossa, língua grossa, constante deglutição de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador. Os fatores relacionados (FR) resultantes foram: jejum pré- e pós-operatório, respiração oral, desidratação, hipovolemia, perda insensível de hidratação pela respiração, boca seca, hábito de beber água e temperatura do ambiente elevada. As condições associadas (CA) definidas após a análise foram: intubação, utilização de anticolinérgicos e restrição hídrica.

Este estudo teve o objetivo de verificar a validade clínica da proposição de um novo diagnóstico de enfermagem denominado sede perioperatória, com base na acurácia diagnóstica de seus indicadores clínicos, incluindo a magnitude de efeito de seus fatores etiológicos.

## Método

### Delineamento do estudo

Estudo de validação clínica da proposição do DE “Sede Perioperatória” em dois momentos (pré- e pós-operatório imediato).

### Local e período

O estudo foi realizado na sala de recuperação anestésica (SRA) do Hospital Universitário da

Universidade Estadual de Londrina, na cidade de Londrina, no Paraná, Brasil. Hospital de grande porte, com 419 leitos clínicos e cirúrgicos. O centro cirúrgico conta com sete salas operatórias e seis leitos de recuperação anestésica, realizando em média 700 cirurgias mensais, atendendo diferentes especialidades e portes cirúrgicos. Os pacientes ficam em uma sala de pré-operatório até o momento da realização do procedimento cirúrgico. Após o término da cirurgia, são encaminhados à SRA, onde são monitorados até atingirem os critérios de segurança para a alta e encaminhamento para as unidades de internação. A taxa de enfermeiros por paciente é de 1:6. As principais clínicas cirúrgicas incluíram a ginecológica, a ortopédica, a urológica e a oftalmológica. Os procedimentos poderiam ser eletivos ou de urgência/emergência. A coleta de dados foi realizada durante os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2020.

### População e critérios de seleção

A população do estudo constituiu-se de pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência. Como critérios de inclusão, estipularam-se pacientes com idade mínima de 12 anos e que, ao serem questionados em relação à sua orientação no tempo e espaço, responderam assertivamente. Como critérios de exclusão, preteriram-se aqueles incapazes de responder aos questionamentos de orientação no POI e os que foram encaminhados ainda em ventilação mecânica para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

### Definição da amostra

Para o cálculo amostral, observaram-se as recomendações propostas para a realização de estudos de acurácia diagnóstica por meio da análise de classe latente, em que se indicam de 5 a 30 pacientes para cada indicador clínico<sup>(15)</sup>. Neste estudo, optou-se por 16 pacientes para cada característica definidora (CD)<sup>(4)</sup>, resultando em 150 no total. Foi utilizada a amostragem por conveniência do tipo consecutiva, em que os pacientes eram incluídos à medida que eram admitidos no centro cirúrgico.

### Variáveis de estudo

As variáveis sociodemográficas foram: idade, sexo, cor da pele, escolaridade, peso, altura. Consideraram-se variáveis referentes ao procedimento cirúrgico e sede: especialidade cirúrgica, modalidade de agendamento, avaliação de estado físico da *American Society of Anesthesiologists*, tempo de jejum, sangramento informado na descrição operatória pelo cirurgião e anestesiológico, mensuração da intensidade da sede por escala verbal numérica (zero, sem sede a dez, pior sede possível) e do desconforto da sede utilizando a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESCP), instrumento construído e validado para a população brasileira, que avalia sete itens relacionados à sede, resultando em um escore de intensidade de zero a 14<sup>(16)</sup> e mensuração da intensidade da sede.

As variáveis referentes aos componentes do DE foram avaliadas e registradas como ausentes ou presentes. As definições operacionais<sup>(3-4)</sup> podem ser observadas na Figura 1.

| Característica Definidora | Definição Operacional  |
|---------------------------|--|
| Boca seca                 | Pede-se ao paciente que abra a boca e coloque a língua para fora. Avalia-se a evidência de qualquer ressecamento aparente, como mucosa seca, grudenta, colante, saliva espumosa ou pegajosa, ou ausência de saliva visível, aspecto esbranquiçado, ou pontos de sangramento. Complementa-se a avaliação questionando o paciente sobre sua percepção atual da secura da boca, comparando-a com uma condição em que ele considera normal a umidade da boca.<br><i>Conclusão:</i> se uma ou duas condições avaliadas foram atendidas, o paciente apresenta boca seca. |
| Garganta seca             | Solicita-se que o paciente abra a boca. Avalia-se a ausência de umidade na porção distal da boca com o auxílio de uma lanterna. Complementa-se a avaliação questionando o paciente sobre sua percepção atual da secura da garganta, sensação de queimação, desconforto na garganta, como "arranhamento", comparando-a com uma condição em que ele considera normal a umidade da garganta.<br><i>Conclusão:</i> se o paciente apresenta uma ou mais características avaliadas, ele apresenta garganta seca.   |
| Lábios ressecados         | Inspeccionam-se os lábios, avaliando presença de rachaduras, descamações, inflamações, sangramento, coloração esbranquiçada ou avermelhada e diminuição de mobilidade. Observa-se se, durante a avaliação, o paciente utiliza a língua para umedecer os lábios. Complementa-se a avaliação perguntando ao paciente se ele sente que seus lábios estão ressecados, comparando-os com uma condição em que seus lábios estejam normais.<br><i>Conclusão:</i> se o paciente apresenta uma ou mais características avaliadas, ele apresenta lábios ressecados.          |
| Saliva grossa             | Inspecciona-se a cavidade oral do paciente. Observa-se se a saliva tem aspecto grosso, de pequena fluidez. Complementa-se a avaliação perguntando ao paciente se ele sente que sua saliva está grossa, comparando-a com uma condição em que sua saliva esteja normal.<br><i>Conclusão:</i> se o paciente apresenta uma ou mais características avaliadas, ele apresenta saliva grossa.   |
| Língua grossa             | Inspecciona-se o aspecto da língua do paciente. Observa-se se existe aumento visível do tamanho da língua, eritemas, fissuras. Complementa-se a avaliação perguntando ao paciente se ele sente que sua língua está grossa, comparando-a com uma condição em que sua língua esteja normal.<br><i>Conclusão:</i> se o paciente apresenta uma ou mais características avaliadas, ele apresenta língua grossa.   |

(continua na próxima página...)

(continuação...)

| Característica Definidora                      | Definição Operacional  |
|--|--|
| Constante deglutição de saliva                 | Observam-se os movimentos de deglutição. Ações de constante movimentação da língua em busca de saliva, seguida de tentativa de deglutição. Complementa-se a avaliação perguntando ao paciente se ele está tentando engolir saliva para umedecer a garganta.<br><i>Conclusão:</i> se o paciente apresenta uma ou mais características avaliadas, ele apresenta constante deglutição de saliva.  |
| Vontade de beber água                          | Paciente verbaliza desejo de beber água. Pergunta-se ao paciente se ele está com vontade de beber água.<br><i>Conclusão:</i> se o paciente responder afirmativamente, considera-se presente essa característica.   |
| Gosto ruim na boca                             | Pergunta-se ao paciente se ele está com gosto ruim na boca.<br><i>Conclusão:</i> se o paciente responder afirmativamente, considera-se presente essa característica.   |
| Relato do cuidador                             | Cuidador relata que o paciente apresenta sinais indicando que está com sede. Questiona-se o cuidador ou familiar sobre a presença de sinais que indicam que o paciente está com sede.<br><i>Conclusão:</i> Se o cuidador responder afirmativamente, considera-se presente essa característica. Adicionalmente, anotam-se quais características ele observou.   |
| Fator Relacionado                              | Definição Operacional  |
| Jejum pré- e pós-operatório                    | Avalia-se o tempo em que o paciente está sem ingerir alimentos sólidos e líquidos. Pergunta-se ao paciente quando foi sua última ingestão de alimentos sólidos e líquidos.   |
| Respiração oral                                | Pede-se que o paciente inspire profundamente e observa-se a presença de respiração oral. Ele pode apresentar a boca levemente aberta durante a respiração. Verifica-se presença de obstrução nasal.  |
| Desidratação                                   | Observa-se a presença de mucosas secas, diminuição do fluxo salivar, turgor de pele diminuído, diminuição na frequência urinária.<br>- <i>Avaliar mucosas secas:</i> pede-se ao paciente que abra a boca e coloque a língua para fora. Avalia-se a evidência de qualquer ressecamento aparente, como mucosa seca, grudenta, saliva espumosa ou pegajosa, ou ausência de saliva visível. Para complementar a avaliação, deve-se questionar o paciente sobre sua percepção atual da secura da boca, comparando-a com uma condição em que ele considera que a umidade da boca esteja normal.<br>- <i>Avaliar turgor de pele:</i> realiza-se prega no dorso da mão do paciente e observa-se a formação e manutenção de prega na pele. Se a prega continuar após a retirada da mão do avaliador, deduz-se que o turgor de pele está diminuído.<br>- <i>Avaliar o tempo de jejum;</i><br>- <i>Avaliar balanço hídrico, se houver;</i><br>- <i>Avaliar perda de sangue;</i><br>- <i>Avaliar reposição hídrica.</i><br>Em crianças:<br>Observam-se sinais de desidratação na criança, como: fadiga, mucosas secas, lábios ressecados, retorno da prega cutânea abdominal maior que dois segundos, choro sem lágrimas, irritabilidade, olhos fundos. Observam-se fontanelas. Questiona-se o cuidador sobre mudanças na criança relacionadas à desidratação (turgor de pele, fontanelas, aspectos gerais). |
| Perda insensível de hidratação pela respiração | <i>No pós-operatório:</i> avalia-se o procedimento anestésico inalatório e a utilização de suplementação de oxigênio por cateter nasal ou máscara sem umidificação.  |
| Hipovolemia                                    | Avalia-se a descrição de sangramento durante a realização do procedimento cirúrgico ou no pós-operatório. Verifica-se a presença de hipotensão, sudorese, taquicardia e outros sinais de choque.<br><i>Procedimento anestésico:</i> utilização de anestesia raquimedular resulta em vasodilatação causada pelo bloqueio simpático. Já agentes empregados na anestesia geral diminuem inicialmente a capacidade de o organismo realizar a vasoconstricção. Anota-se qual o procedimento anestésico utilizado.<br><i>Hipotensão:</i> verifica-se a pressão arterial. Compara-se a pressão atual com a pressão basal no pré-operatório: se for 20% menor que a da entrada, o paciente pode ser considerado hipotenso.<br><i>Frequência cardíaca:</i> verifica-se a frequência cardíaca por meio da palpação e contagem do pulso radial. O paciente estará taquicárdico se o valor observado for igual ou maior que 100 batimentos por minuto.<br><i>Perda sanguínea:</i> verifica-se nos documentos que relatam o intraoperatório qual a descrição do sangramento: pequeno, médio ou grande. Verifica-se o aspecto do curativo.<br><i>Sudorese:</i> verifica-se a presença de sudorese.   |
| Boca seca                                      | Avaliação da cavidade oral. Pede-se ao paciente que abra a boca e coloque a língua para fora. Avalia-se a evidência de qualquer ressecamento aparente, como mucosa seca, grudenta, colante, saliva espumosa ou pegajosa, ou ausência de saliva visível, aspecto esbranquiçado, ou pontos de sangramento. Complementa-se a avaliação questionando o paciente sobre sua percepção atual da secura da boca, comparando-a com uma condição em que ele considera normal a umidade da boca.<br><i>Conclusão:</i> se uma ou duas condições avaliadas foram atendidas, o paciente apresenta boca seca.   |
| Hábito de beber água                           | Pergunta-se ao paciente quantas vezes por dia costuma ingerir líquidos e em que quantidade, complementando a pergunta com as informações abaixo:<br>- <i>Frequência de consumo;</i><br>- <i>Preferência de consumo/bebida;</i><br>- <i>Período do dia de maior consumo;</i><br>- <i>Preferência de temperatura.</i>  |
| Temperatura do ambiente elevada                | Mensura-se a temperatura do ambiente. Pergunta-se se ele está com calor.   |

(continua na próxima página...)

(continuação...)

| Condições Associadas                                      | Definição Operacional   |
|---|---|
| Intubação   | Avalia-se se houve intubação endotraqueal durante o procedimento anestésico.<br>Houve intubação orotraqueal?<br>Qual a duração do procedimento anestésico?<br>- <i>Início do procedimento anestésico;</i><br>- <i>Término do procedimento anestésico.</i> |
| Restrição hídrica   | Avalia-se a existência de restrição de ingestão ou infusão de líquidos por relato do paciente ou no prontuário médico.<br>Avalia-se, no prontuário médico ou pelo relato do paciente, a existência de restrição de ingestão ou infusão de líquidos.       |
| Utilização de anticolinérgicos muscarínicos e nicotínicos | Avalia-se se, durante o procedimento anestésico-cirúrgico, foram utilizados anticolinérgicos.<br><i>Medicamentos anticolinérgicos:</i> atropina, biperideno, benactizina, buscopan, dicitomina, homatropina, ipratrópio, triexafenid, tropicamida         |

Figura 1 – Componentes da proposição do Diagnóstico de Enfermagem Sede Perioperatória e suas definições operacionais

### Procedimentos do estudo

O roteiro de coleta de dados foi composto por três partes. Primeiro, por dados de caracterização social e demográfica, seguido por dados clínicos e do procedimento anestésico-cirúrgico, e terceiro, por informações sobre os componentes do DE. O instrumento de coleta de dados foi submetido a um pré-teste, com 10% da amostra pretendida para o estudo, avaliando-se se o instrumento apresentava sequência lógica de aplicação e preenchimento e se todos os itens eram factíveis de resposta. O pré-teste não resultou em nenhuma alteração significativa, sendo incluído na amostra final. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal, um enfermeiro e duas alunas de iniciação científica, todos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede Perioperatória. Realizou-se treinamento com uma carga horária de quatro horas pelo pesquisador principal, contendo informações sobre o fenômeno da sede perioperatória, fatores relacionados, condições associadas, características definidoras, definições conceituais e operacionais, assim como pesquisas de acurácia diagnóstica. Após esse treinamento, todos os responsáveis pela coleta de dados utilizaram o instrumento de coleta e, juntamente com o pesquisador principal, realizaram dez avaliações antes de iniciarem a coleta individual. Esses procedimentos permitiram a calibração na coleta de dados e a diminuição de dúvidas relacionadas a essa etapa.

A coleta de dados foi realizada no mesmo paciente em dois momentos distintos: no primeiro momento, antes do procedimento cirúrgico, na sala de pré-operatório e, na ausência em participar da pesquisa, assinavam o termo de consentimento; no segundo momento, no pós-operatório imediato, na sala de recuperação anestésica. Pacientes menores de 18 anos e seus responsáveis legais foram convidados a participar e, caso concordassem, assinavam o termo de assentimento e o de consentimento. Em ambos os momentos da coleta de dados, o paciente era avaliado quanto a seu nível de orientação em tempo e espaço.

No POI, caso o paciente estivesse inconsciente, sonolento ou desorientado, a avaliação era adiada para os próximos 15 minutos, até que as condições de orientação fossem adequadas. Para as avaliar, realizavam-se os seguintes questionamentos, baseados no item Orientação do *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*<sup>(17)</sup>: Qual seu nome? Onde o(a) senhor(a) está neste momento? Que dia é hoje? Qual cirurgia o(a) senhor(a) realizou? Após a coleta de dados, o manejo da sede do paciente era realizado conforme a prática da instituição<sup>(2)</sup>.

### Tratamento e análise dos dados

Os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel 2016 e analisados utilizando-se o *software* estatístico R versão 3.6.1. A análise de classes latentes, assim como a apresentação de medidas de acurácia, como sensibilidade e especificidade<sup>(15)</sup>, foram realizadas com o auxílio dos pacotes "poLCA" e "randomLCA"<sup>(18)</sup>.

A análise descritiva dos dados categóricos ocorreu pelo cálculo de frequências absolutas, percentuais e seus intervalos de confiança (IC) de 95%. Para variáveis quantitativas, utilizaram-se as medidas de tendência central e de dispersão. A verificação de aderência à distribuição normal foi efetuada com a aplicação do teste de Shapiro-Wilk.

Para estimar qual o melhor modelo ajustado, utilizou-se o princípio da parcimônia, o qual define que o melhor modelo é o que apresenta um melhor ajuste com um menor número de parâmetros a serem estimados. Um modelo de duas classes latentes foi desenvolvido, permitindo a identificação da prevalência do diagnóstico, bem como das medidas de acurácia, com os respectivos IC 95%.

Dois modelos de classe latente foram propostos, o primeiro referente às CDs no período pré-operatório e o segundo no POI. Os modelos foram ajustados para todas as variáveis e foi aplicado o teste de razão de verossimilhança ( $G^2$ ) para verificar a qualidade do ajuste.

Nos casos em que não foi apresentado bom ajuste, foram sequencialmente retiradas as CDs com sensibilidade e especificidade menores que 50%.

Para definir a prevalência de sede, utilizou-se uma tabela de probabilidades pós-teste calculada para todas as combinações de indicadores incluídos no modelo final no pré- e no POI, resultando na inferência diagnóstica para todos os pacientes.

Utilizou-se o teste de qui-quadrado, assim como se calcularam a *odds ratio* e seus intervalos de confiança (95%) pela utilização do teste de Fisher. Para as variáveis quantitativas, verificou-se a normalidade para cada subgrupo utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Mediante a apresentação de aderência à distribuição normal, realizou-se o teste de homogeneidade (teste de Bartlett) e, assim, a realização do teste t (variâncias iguais ou desiguais). Nas variáveis que não apresentaram adesão à distribuição normal, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina – 94634018.5.0000.5231. Todas as recomendações da

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) foram observadas.

### Resultados

No total, 160 pacientes foram abordados, porém dez deles não foram avaliados no pós-operatório, pois foram encaminhados para a UTI diretamente da sala operatória. Participaram do estudo 150 pacientes, com predominância do sexo feminino, de raça autodeclarada como branca, com baixo nível de escolaridade, visto que a maioria relatou possuir ensino fundamental, ainda que a metade dos participantes fosse composta por adultos jovens com no máximo 42 anos.

O tempo médio de jejum pré-operatório foi elevado (13h10), apesar da predominância de cirurgias eletivas, que propiciou um tempo de jejum pré-operatório menor (Tabela 1). As clínicas cirúrgicas pesquisadas foram: ginecológica (26%), ortopédica (20%), urológica (18,7%), oftalmológica (12,7%), de aparelho digestivo (6%), otorrinolaringológica (5,3%), bucomaxilofacial (3,3%), vascular (2%), de cirurgia geral (1,3%), de cabeça e pescoço (1,3%), plástica (1,3%), cardiológica (0,7%), torácica (0,7%) e neurológica (0,7%).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

| Variáveis                          | n <sup>†</sup> | % <sup>‡</sup> | IC 95% <sup>‡</sup> |
|------------------------------------|----------------|----------------|---------------------|
| <b>Sexo</b>                        |                |                |                     |
| Feminino                           | 89             | 59,3           | 51,0 – 67,1         |
| Masculino                          | 61             | 40,7           | 32,8 – 48,9         |
| <b>Cor ou raça</b>                 |                |                |                     |
| Branco                             | 84             | 56,0           | 47,6 – 64,0         |
| Pardo                              | 45             | 30,0           | 22,9 – 38,1         |
| Negro                              | 20             | 13,3           | 08,5 – 20,0         |
| Amarelo                            | 01             | 00,7           | 0,00 – 04,2         |
| <b>Escolaridade</b>                |                |                |                     |
| Sem escolaridade                   | 05             | 03,3           | 01,2 – 08,0         |
| Ensino Fundamental                 | 71             | 47,3           | 39,1 – 55,6         |
| Ensino Médio                       | 54             | 36,0           | 28,4 – 44,2         |
| Ensino Superior                    | 17             | 11,3           | 06,9 – 17,7         |
| Não responderam                    | 03             | 02,0           | 0,5 – 06,1          |
| <b>Modalidade de Agendamento</b>   |                |                |                     |
| Eletiva                            | 98             | 65,3           | 57,0 – 72,7         |
| Urgência                           | 52             | 34,7           | 27,2 – 42,9         |
| <b>Classificação</b>               |                |                |                     |
| ASA <sup>§</sup> 1                 | 55             | 36,7           | 29,0 – 44,9         |
| ASA <sup>§</sup> 2                 | 88             | 58,7           | 50,3 – 66,5         |
| ASA <sup>§</sup> 3                 | 05             | 03,3           | 01,2 – 08,0         |
| Ausente                            | 02             | 01,3           | 0,2 – 05,2          |
| <b>Sangramento Intraoperatório</b> |                |                |                     |
| Pequeno                            | 123            | 82,0           | 74,7 – 87,6         |
| Médio                              | 23             | 15,3           | 10,1 – 22,3         |
| Grande                             | 03             | 02,0           | 0,5 – 06,1          |
| Ausente                            | 1              | 0,7            | 0,00 – 04,2         |

(continua na próxima página...)

(continuação...)

| Variáveis              | Média | Desvio Padrão | Mediana | IIQ <sup>II</sup> | Valor-p <sup>I</sup> |
|------------------------|-------|---------------|---------|-------------------|----------------------|
| Idade                  | 43,1  | 18,5          | 41,5    | 33,00             | <0,001               |
| Peso (Quilos)          | 77,36 | 18,85         | 75,00   | 21                | 0,001                |
| Altura (Centímetros)   | 164,7 | 8,83          | 165,00  | 14                | 0,006                |
| Tempo de jejum (Horas) | 13:10 | 5:11          | 12:50   | 5:52              | 0,000                |
| Intensidade da sede    | 4,62  | 3,6           | 5       | 8                 | 0,000                |
| Desconforto da Sede    | 4,88  | 3,9           | 4       | 14                | 0,000                |

<sup>I</sup>n = Frequência Absoluta; <sup>I</sup>% = Percentual; <sup>I</sup>IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; <sup>I</sup>ASA = American Society of Anesthesiologists; <sup>II</sup>IIQ = Intervalo Interquartil; <sup>I</sup>Valor-p = Shapiro-Wilk

Cinco das nove CDs apresentaram frequências de ocorrências superiores a 50% no pré-operatório e sete no POI. Observa-se que, com exceção da CD Relato do Cuidador, todas as CDs apresentaram uma frequência de ocorrência maior no POI, quando comparadas ao pré-operatório. As CDs Boca seca, Garganta seca e

Lábios ressecados apresentaram frequência maior no POI. Todos os pacientes apresentaram o FR jejum pré- e pós-operatório; já os FRs Desidratação, Perda insensível de hidratação pela respiração e Hipovolemia só foram encontrados nos pacientes no POI, de modo semelhante às CA Intubação e Utilização de anticolínicos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos componentes da proposição do diagnóstico de enfermagem Sede Perioperatória no pré- e pós-operatório, de acordo com a população em estudo (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

| Características Definidoras    | Pré-Operatório |                |                     | Pós-Operatório Imediato |                |                     |
|--------------------------------|----------------|----------------|---------------------|-------------------------|----------------|---------------------|
|                                | n <sup>*</sup> | % <sup>†</sup> | IC 95% <sup>‡</sup> | n <sup>*</sup>          | % <sup>†</sup> | IC 95% <sup>‡</sup> |
| Boca seca                      | 113            | 75,3           | 67,5 – 81,8         | 130                     | 86,7           | 79,9 – 91,4         |
| Lábios ressecados              | 107            | 71,3           | 63,2 – 78,2         | 124                     | 82,7           | 75,4 – 88,1         |
| Vontade de beber água          | 96             | 64,0           | 55,7 – 71,5         | 109                     | 72,7           | 64,6 – 79,4         |
| Constante deglutição de saliva | 94             | 62,7           | 54,3 – 70,3         | 105                     | 70,0           | 61,8 – 77,0         |
| Garganta seca                  | 87             | 58,0           | 49,6 – 65,9         | 108                     | 72,0           | 63,9 – 78,8         |
| Saliva grossa                  | 73             | 48,7           | 40,4 – 56,9         | 80                      | 53,3           | 45,0 – 61,4         |
| Língua grossa                  | 69             | 46,0           | 37,9 – 54,3         | 82                      | 54,7           | 46,3 – 62,7         |
| Gosto ruim na boca             | 62             | 41,3           | 33,4 – 49,6         | 69                      | 46,0           | 37,9 – 54,3         |
| Relato do cuidador             | 01             | 0,7            | 0,00 – 04,2         | 01                      | 0,7            | 0,00 – 04,2         |

| Fatores Relacionados                           | Pré-Operatório |                |                     | Pós-Operatório Imediato |                |                     |
|--|----------------|----------------|---------------------|-------------------------|----------------|---------------------|
|  | n <sup>*</sup> | % <sup>†</sup> | IC 95% <sup>‡</sup> | n <sup>*</sup>          | % <sup>†</sup> | IC 95% <sup>‡</sup> |
| Jejum pré- e pós-operatório                    | 150            | 100            | 96,8 – 100,0        | 150                     | 100            | 96,8 – 100,0        |
| Hábito de beber água                           | 120            | 80,0           | 72,5 – 85,9         | 120                     | 80,0           | 72,5 – 85,9         |
| Boca seca                                      | 115            | 76,7           | 68,9 – 83,0         | 128                     | 85,3           | 78,4 – 90,3         |
| Temperatura do ambiente elevada                | 28             | 18,7           | 12,9 – 26,0         | 16                      | 10,7           | 06,4 – 17,0         |
| Respiração oral                                | 04             | 2,7            | 0,00 – 07,1         | 07                      | 4,7            | 02,0 – 09,7         |
| Desidratação                                   | -              | -              | -                   | 02                      | 1,3            | 0,2 – 5,2           |
| Perda insensível de hidratação pela respiração | -              | -              | -                   | 29                      | 19,3           | 13,5 – 26,7         |
| Hipovolemia                                    | -              | -              | -                   | 03                      | 2,0            | 0,5 – 06,1          |

| Condições Associadas        | Pré-Operatório |                |                     | Pós-Operatório Imediato |                |                     |
|-----------------------------|----------------|----------------|---------------------|-------------------------|----------------|---------------------|
|                             | n <sup>*</sup> | % <sup>†</sup> | IC 95% <sup>‡</sup> | n <sup>*</sup>          | % <sup>†</sup> | IC 95% <sup>‡</sup> |
| Restrição hídrica           | 1              | 0,7            | 0,00 – 04,2         | 1                       | 0,7            | 0,00 – 04,2         |
| Utilização de anticolínicos | -              | -              | -                   | 27                      | 18,0           | 12,3 – 25,2         |
| Intubação                   | -              | -              | -                   | 37                      | 24,7           | 18,1 – 32,4         |

<sup>\*</sup>n = Frequência Absoluta; <sup>†</sup>% = Percentual; <sup>‡</sup>IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%

A Tabela 3 apresenta os modelos de classes latentes das características definidoras ajustadas para o pré- e o POI. Permaneceram no modelo para o pré-operatório sete CDs, sendo que Garganta seca e Constante deglutição de saliva apresentaram melhores valores de acurácia. Já no POI, seis CDs se mantiveram, com melhor acurácia o Gosto ruim na boca. Os modelos apresentaram ajuste

adequado conforme o teste da razão de verossimilhança, demonstrando não haver diferença entre o modelo ajustado e os dados provenientes da amostra. Observou-se uma prevalência de sede de 62,6% para o pré- e 50,2% para o POI. A CD Boca seca não foi incluída em nenhum dos modelos, visto que não apresentava valores de acurácia adequados.

No modelo ajustado para as CDs da proposição do DE Sede perioperatória para o POI, a CD Gosto ruim na boca apresentou melhor acurácia, com valores de sensibilidade e especificidade elevados. As CDs Garganta seca, Constante deglutição de saliva e Vontade de beber água apresentaram melhores valores de sensibilidade.

Os melhores indicadores de especificidade foram para as CDs Saliva grossa e Língua grossa. Observa-se que as CDs Garganta seca e Constante deglutição de saliva apresentaram novamente valores elevados de sensibilidade, indicando que essas CDs estão relacionadas à presença de sede no paciente também no POI.

Tabela 3 – Modelo ajustado de classe latente das características definidoras encontrado no pré- e pós-operatório imediato (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

| Pré-Operatório                 | Sens. <sup>§</sup>    | IC 95% <sup>†</sup>    |                         | Espec. <sup>‡</sup>  | IC 95% <sup>†</sup> |        |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|--------|
| Lábios ressecados              | 0,8918 <sup>§</sup>   | 0,6803                 | 0,9607                  | 0,5848               | 0,4331              | 0,7229 |
| Vontade de beber água          | 0,8771 <sup>§</sup>   | 0,7005                 | 0,9473                  | 0,7562               | 0,4882              | 0,8961 |
| Constante deglutição de saliva | 0,8171 <sup>§</sup>   | 0,7176                 | 0,8860                  | 0,6914 <sup>  </sup> | 0,5123              | 0,8223 |
| Garganta seca                  | 0,7950 <sup>§</sup>   | 0,6806                 | 0,8722                  | 0,7792 <sup>  </sup> | 0,5858              | 0,8935 |
| Saliva grossa                  | 0,7005 <sup>§</sup>   | 0,5719                 | 0,7978                  | 0,8706               | 0,4215              | 0,9758 |
| Língua grossa                  | 0,6742 <sup>§</sup>   | 0,5476                 | 0,7755                  | 0,8978               | 0,4981              | 0,9834 |
| Relato do cuidador             | 0,0107                | 0,0003                 | 0,9854                  | 1,0000 <sup>  </sup> | 0,9996              | 1,0000 |
| Prevalência: 62,6%             | G <sup>2</sup> : 75,5 | GL <sup>**</sup> : 112 | p <sup>††</sup> = 0,997 | Entropia: 0,77       |                     |        |
| Pós-Operatório Imediato        | Sens. <sup>§</sup>    | IC 95% <sup>†</sup>    |                         | Espec. <sup>‡</sup>  | IC 95% <sup>†</sup> |        |
| Garganta seca                  | 0,9998 <sup>§</sup>   | 0,9730                 | 1,0000                  | 0,5620               | 0,4317              | 0,6867 |
| Língua grossa                  | 0,9311                | 0,2357                 | 0,9956                  | 0,8409 <sup>  </sup> | 0,5452              | 0,9476 |
| Saliva grossa                  | 0,8820                | 0,4759                 | 0,9771                  | 0,8144 <sup>  </sup> | 0,5172              | 0,9375 |
| Vontade de beber água          | 0,8520 <sup>§</sup>   | 0,7293                 | 0,9236                  | 0,3997               | 0,3002              | 0,5217 |
| Constante deglutição de saliva | 0,7538 <sup>§</sup>   | 0,6233                 | 0,8364                  | 0,3543               | 0,2561              | 0,4631 |
| Gosto ruim na boca             | 0,6429 <sup>§</sup>   | 0,5153                 | 0,7483                  | 0,7243 <sup>  </sup> | 0,5925              | 0,8176 |
| Prevalência: 50,2%             | G <sup>2</sup> : 59,1 | GL <sup>**</sup> : 50  | p <sup>††</sup> = 0,177 | Entropia: 0,82       |                     |        |

<sup>§</sup>Sens. = Sensibilidade; <sup>†</sup>IC 95% = Intervalo de Confiança; <sup>‡</sup>Espec. = Especificidade; <sup>§</sup>Indicadores clinicamente sensíveis; <sup>||</sup>Indicadores clinicamente específicos; <sup>††</sup>G<sup>2</sup> = Teste de razão de verossimilhança; <sup>\*\*</sup>GL = Graus de Liberdade; <sup>††</sup>p = Teste de qui-quadrado

Os FRs que apresentaram associação significativa com a presença de sede no pré-operatório foram: Temperatura do ambiente elevada e Boca seca. Apresentar boca seca aumentou as chances de ter sede em 37,72 vezes, e a temperatura do ambiente elevada, em 3,60 vezes. Nenhuma CA apresentou significância com a presença de sede no pré-

operatório. No POI, o FR Boca seca apresentou associação com a presença de sede, aumentando em 28,20 vezes as chances de ter sede. As CAs Utilização de anticolinérgicos e Intubação apresentaram associação significativa com a presença de sede, aumentando em 2,64 e 4,03 vezes as chances de o paciente ter sede, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre os fatores relacionados e as condições associadas com a presença e ausência da proposição do Diagnóstico de Enfermagem De Sede Perioperatória (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

|   | Pré-Operatório      |         |                      |                    | Pós-Operatório Imediato |                     |         |                      |                    |   |
|---|---------------------|---------|----------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|---------|----------------------|--------------------|---|
|   | Sede Perioperatória |         | Estatística do teste | Significância      | OR (IC95%) <sup>*</sup> | Sede Perioperatória |         | Estatística do teste | Significância      | OR (IC95%) <sup>*</sup>                   |
|   | Presente            | Ausente |                      |                    |                         | Presente            | Ausente |                      |                    |   |
| <b>Fator relacionado: jejum pré- e pós-operatório</b> |                     |         |                      |                    |                         |                     |         |                      |                    |   |
| Presente  | 100                 | 50      | -                    | -                  | -                       | 77                  | 73      | -                    | -                  | -   |
| Ausente   | 0                   | 0       |                      |                    |                         | 0                   | 0       |                      |                    |   |
| <b>Fator relacionado: respiração oral</b>             |                     |         |                      |                    |                         |                     |         |                      |                    |   |
| Presente  | 3                   | 1       | <0,000               | 1,000 <sup>†</sup> | 1,51 (0,12-81,13)       | 4                   | 3       | <0,000               | 1,000 <sup>†</sup> | 1,28 (0,21-9,02)                          |
| Ausente   | 97                  | 49      |                      |                    |                         | 73                  | 70      |                      |                    |   |
| <b>Fator relacionado: Desidratação</b>                |                     |         |                      |                    |                         |                     |         |                      |                    |   |
| Presente  | 0                   | 0       | -                    | -                  | -                       | 2                   | 0       | 0,454                | 0,497 <sup>†</sup> | Inf <sup>‡</sup> (0,18-Inf <sup>‡</sup> ) |
| Ausente   | 100                 | 50      |                      |                    |                         | 75                  | 73      |                      |                    |   |

(continua na próxima página...)



(continuação...)

|  | Pré-Operatório      |         |                      |                     |                          | Pós-Operatório Imediato |         |                      |                     |                          |
|--|---------------------|---------|----------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|---------|----------------------|---------------------|--------------------------|
|  | Sede Perioperatória |         | Estatística do teste | Significância       | OR (IC95%)*              | Sede Perioperatória     |         | Estatística do teste | Significância       | OR (IC95%)*              |
|  | Presente            | Ausente |                      |                     |                          | Presente                | Ausente |                      |                     |                          |
| <b>Fator relacionado: perda insensível de hidratação pela respiração</b> |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 0                   | 0       | -                    | -                   | -                        | 19                      | 10      | 2.234                | 0.135 <sup>§</sup>  | 2.05                     |
| Ausente  | 100                 | 50      |                      |                     |                          | 58                      | 63      |                      |                     | (0.83-5.38)              |
| <b>Fator relacionado: temperatura do ambiente elevada</b>                |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 24                  | 4       | 4.616                | 0.025 <sup>†</sup>  | 3.60                     | 12                      | 4       | 3.025                | 0,063 <sup>†</sup>  | 3.16                     |
| Ausente  | 76                  | 46      |                      |                     | (1.14-15.19)             | 65                      | 69      |                      |                     | (0.99-14.14)             |
| <b>Fator relacionado: hipovolemia</b>                                    |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 0                   | 0       | -                    | -                   | -                        | 3                       | 0       | 1.254                | 0.245 <sup>†</sup>  | Inf <sup>‡</sup>         |
| Ausente  | 100                 | 50      |                      |                     |                          | 74                      | 73      |                      |                     | (0.39-Inf <sup>‡</sup> ) |
| <b>Fator relacionado: boca seca</b>                                      |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 96                  | 19      | 59.483               | >0,001 <sup>†</sup> | 37.72                    | 76                      | 53      | 19.087               | >0,001 <sup>†</sup> | 28.20                    |
| Ausente  | 4                   | 31      |                      |                     | (11.56-164.36)           | 1                       | 20      |                      |                     | (4.25-1196.76)           |
| <b>Fator relacionado: hábito de beber água</b>                           |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 83                  | 37      | 1.172                | 0.279 <sup>§</sup>  | 1,709                    | 64                      | 56      | 0.602                | 0,438 <sup>§</sup>  | 1.49                     |
| Ausente  | 17                  | 13      |                      |                     | (0.69-4,19)              | 13                      | 17      |                      |                     | (0.62-3.66)              |
| <b>Condição associada: restrição hídrica</b>                             |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 1                   | 0       | <0,000               | 1.000 <sup>†</sup>  | Inf <sup>‡</sup>         | 1                       | 0       | <0,000               | 1.000 <sup>†</sup>  | Inf <sup>‡</sup>         |
| Ausente  | 99                  | 50      |                      |                     | (0.02-Inf <sup>‡</sup> ) | 76                      | 73      |                      |                     | (0.02-Inf <sup>‡</sup> ) |
| <b>Condição associada: utilização de anticolinérgicos</b>                |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 0                   | 0       | -                    | -                   | -                        | 19                      | 8       | 3.892                | 0.048 <sup>§</sup>  | 2.64                     |
| Ausente  | 100                 | 50      |                      |                     |                          | 58                      | 65      |                      |                     | (1.01-7.54)              |
| <b>Condição associada: intubação</b>                                     |                     |         |                      |                     |                          |                         |         |                      |                     |                          |
| Presente   | 0                   | 0       | -                    | -                   | -                        | 28                      | 9       | 10.392               | 0,001 <sup>§</sup>  | 4.03                     |
| Ausente  | 100                 | 50      |                      |                     |                          | 49                      | 64      |                      |                     | (1.66-10.63)             |

\*OR (IC95%) = Odds Ratio (Intervalo de Confiança 95%); <sup>†</sup>Teste de Fisher; <sup>‡</sup>Inf = Infinito; <sup>§</sup>Teste de qui-quadrado

## Discussão

O ineditismo deste estudo evidencia-se pela análise da acurácia das CDs da proposição de um novo DE sede perioperatória em pacientes tanto no pré- como no POI. Avaliar o mesmo paciente antes e após seu procedimento cirúrgico permitiu uma maior compreensão de como os atributos resultantes se comportam e a possibilidade de comparar a presença e ausência dessas características nos dois momentos. Os resultados apresentam a elaboração de dois modelos com as CDs com alta sensibilidade e especificidade.

Sede perioperatória é um desconforto intenso e de alta prevalência no perioperatório<sup>(6-7,9,19-20)</sup>. A literatura revela o recente interesse nessa temática na comunidade de enfermagem, sendo seu manejo estruturado na identificação, mensuração, avaliação de segurança para a realização de intervenções e a aplicação de estratégias de alívio<sup>(2,21)</sup>.

A intensidade e o desconforto da sede são elevados. Estudos que avaliam a intensidade da sede apresentam valores semelhantes ou superiores aos encontrados na amostra estudada: 4,8 (DP 0,7)<sup>(6)</sup>; 6,9 (DP 2,4)<sup>(13)</sup>; 6,9 (DP 2,2)<sup>(20)</sup>; 7,6 (DP 1,6)<sup>(22)</sup>. A utilização da EDESP<sup>(16)</sup> para mensurar o desconforto ainda é recente, mas também

se encontraram valores semelhantes: 5,0 (DP 3,4)<sup>(6)</sup>; 7,3 (DP 3,7)<sup>(13)</sup>.

Cinco características apresentaram frequências superiores a 50% no pré-operatório, sendo as CDs Boca seca e Lábios ressecados as maiores incidências. No POI, sete das nove CDs apresentaram incidência maior que 50%, destacando-se novamente a CD Boca seca e Lábios ressecados com as maiores ocorrências. O estudo das características referentes à sede perioperatória é importante, pois está vinculado também à percepção da intensidade e ao desconforto da sede no paciente<sup>(16,20)</sup>.

O tempo de jejum pré- e POI foi o FR presente em toda a amostra estudada. O jejum faz parte das orientações para garantir a segurança do procedimento anestésico-cirúrgico, sendo recomendado um tempo de até duas horas para líquidos claros<sup>(23)</sup>, com evidências demonstrando melhoria na experiência do paciente e diminuição de desconfortos, incluindo a sede<sup>(9)</sup>. Apesar disso, identifica-se que a implantação de tempos de jejum adequados na prática clínica é desafiadora, mesmo em instituições que almejam a implantação de protocolos multimodais<sup>(9)</sup>. Os FRs Desidratação, Perda insensível de hidratação e Hipovolemia foram observados no POI.

A boca seca refere-se à secura ou falta de umidade na cavidade oral, provocada pela diminuição ou ausência

do fluxo salivar. A redução no fluxo salivar diminui a lubrificação da cavidade oral, acarretando a percepção de aspereza. Possui alta prevalência no paciente cirúrgico, variando de 69,2%<sup>(20)</sup> a 87,3%<sup>(13)</sup>.

Em casos de ressecamento da mucosa labial, podem-se observar rachaduras, descamações, inflamações, sangramento, coloração esbranquiçada ou avermelhada e diminuição de mobilidade. Essa condição é relatada por 22,5%<sup>(20)</sup> a 79,1% dos pacientes<sup>(13)</sup>.

Sete das nove CDs permaneceram no modelo ajustado para o pré-operatório. Observou-se que as CDs Garganta seca, Lábios ressecados, Saliva grossa, Língua grossa, Constante deglutição de saliva e Vontade de beber água apresentaram melhores ajustes de sensibilidade. Já as CDs Garganta seca, Constante deglutição de saliva e Relato do cuidador apresentaram melhor ajuste de especificidade. As CDs Garganta seca e Constante deglutição de saliva apresentaram os melhores indicadores de acurácia no modelo ajustado ao pré-operatório. A prevalência de sede foi de 62,6%, corroborando a alta prevalência da sede nessa população<sup>(6-7,20-21,24-26)</sup>.

As CDs Garganta seca e Constante deglutição de saliva apresentaram melhor desempenho de acurácia e foram relatadas por pacientes com sede no perioperatório<sup>(25-27)</sup>. A deglutição de saliva é uma das principais estratégias utilizadas pelo paciente como tentativa de aliviar a sede, podendo ser realizada por meio da administração de componentes artificiais ou estimulada mecanicamente ou quimicamente por gomas de mascar<sup>(28)</sup>.

Esse achado corrobora pesquisa relacionada à neurofisiologia da sede e seu alívio. Movimentos de deglutição (protusão da língua, sensações provenientes da língua e deglutição) estão ligados ao alívio da sede, por mecanismos antecipatórios relacionados à saciedade pré-absortiva<sup>(1)</sup>. O emprego de estratégias de alívio da sede no perioperatório é alicerçado nesse mecanismo<sup>(2,21,29-31)</sup>.

A CD Gosto ruim na boca refere-se ao paladar de gosto desagradável e pode estar relacionada ao tempo de jejum pré-operatório, ou à utilização de medicamentos durante o procedimento anestésico-cirúrgico. A sensação de gosto ruim na boca é relatada frequentemente pelo paciente cirúrgico e associada à presença de sede<sup>(27,32)</sup>.

O item Boca seca foi retirado das CDs, pois, apesar de essa característica ser a mais frequente na amostra estudada, ela está ligada significativamente a fatores causadores de sede, assumindo caráter etiológico. A boca seca é um importante estímulo para a ingestão de líquidos, sendo ela provocada por estados de desidratação, ações de medicamentos ou outras causas<sup>(1,33)</sup>. Algumas hipóteses foram levantadas pelos autores para a boca seca não ter apresentado um bom ajuste nos dois modelos. Uma explicação simples é o tamanho e as características da

amostra. Uma amostra maior em novos estudos poderá trazer resultados adicionais que ampliariam a discussão sobre essa questão.

Aspectos fisiológicos e também de compreensão por parte do paciente quando relatam sua sede precisam ser discutidos frente a esse resultado. O paciente pode interpretar que a boca seca corresponde a todo o conjunto de estruturas presentes na cavidade oral. As características definidoras lábios ressecados, constante deglutição de saliva e garganta seca, saliva grossa e língua grossa apresentaram frequência superior a 50% no pré- e no POI. Essas características estão relacionadas à diminuição da umidade da cavidade oral e podem fazer sobreposição com a característica boca seca na identificação pelo próprio paciente.

Características definidoras são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico<sup>(14)</sup>. É importante frisar que nem todos os indicadores clínicos são essenciais para a atribuição de um diagnóstico. Cada um dos indicadores apresenta diferentes gradientes de comprometimento com o diagnóstico e podem estar presentes ou ausentes dependendo do espectro clínico do diagnóstico<sup>(34)</sup>.

O jejum é um dos principais fatores relacionados à sede no perioperatório. A média de horas de jejum foi de 13h10 ( $\pm 5h11$ ), um valor superior ao tempo preconizado por evidências clínicas<sup>(23)</sup>. O tempo excessivo de jejum e suas repercussões para o paciente cirúrgico são amplamente discutidos na literatura médica, assim como a dificuldade em se adotarem tempos menores na prática clínica<sup>(5,9,19,35)</sup>.

Condições associadas referem-se a diagnósticos médicos, procedimentos cirúrgicos, prescrição de agentes farmacêuticos que não são modificáveis de forma independente pelo profissional enfermeiro<sup>(14)</sup>. As CAs Utilização de anticolinérgicos e Intubação estão associadas significativamente à presença de sede, fato explicado pelos sinais de ressecamento de estruturas da cavidade oral<sup>(1,7,19,35)</sup>.

Estudo que apresentou os fatores de risco para a sede observou que o uso de *glycopyrrolate* – medicamento anticolinérgico usado para reduzir a secreção de saliva – foi o principal fator de risco para a sede moderada a severa no POI na SRA (71,7% contra 66,4%,  $p = 0,047$ ; *odds ratio* ajustado: 1,46,  $p = 0,013$ ). Este estudo demonstra que anticolinérgicos estão relacionados à presença e intensidade de sede em pacientes no POI<sup>(7)</sup>.

Como limitação do estudo, as análises de acurácia correspondem à população de um hospital-escola público na região Sul do Brasil, restringindo generalizações. Sugerem-se novos estudos para comparação com os resultados apresentados na presente pesquisa. Reitera-se

a relevância de se investigar essa proposição diagnóstica em outros cenários que assistem pacientes cirúrgicos, assim como pacientes cirúrgicos pediátricos.

Este estudo apresenta valores de acurácia diagnóstica para as CDs da proposição do DE sede perioperatória, incrementa as evidências científicas que suportam as interpretações e os julgamentos deste DE pelos enfermeiros no cuidado com o paciente cirúrgico.

## Conclusão

O estudo apresenta a validação da proposição de um novo diagnóstico de enfermagem denominado de sede perioperatória. A análise dos componentes do diagnóstico resultou na constatação de que as CDs Garganta seca e Constante deglutição de saliva no pré-operatório e Gosto ruim na boca no POI apresentaram as melhores medidas de sensibilidade e especificidade, assim como os fatores relacionados Temperatura do ambiente elevada e Boca seca apresentaram associação significativa com o aumento da probabilidade de o paciente apresentar sede.

A determinação de indicadores clínicos e fatores etiológicos da sede podem auxiliar os enfermeiros a identificar e realizar o manejo correto da sede perioperatória, extinguindo ou reduzindo o desconforto e sofrimento na experiência cirúrgica. O enfermeiro possui conhecimentos e ferramentas eficazes para realizar o manejo da sede no paciente cirúrgico, garantindo um cuidado com menor desconforto.

A inclusão desse DE na taxonomia amplia o cuidado ao paciente cirúrgico, fortalece a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, evidencia a autonomia do enfermeiro no manejo da sede e amplia a prática clínica, o ensino e a pesquisa nessa temática.

## Referências

1. Armstrong LE, Giersch GEW, Dunn L, Fiol A, Muñoz CX, Lee EC. Inputs to thirst and drinking during water restriction and rehydration. *Nutrients*. 2020;12(9):1-15. <https://doi.org/10.3390/nu12092554>
2. Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Aroni P, Pierotti I, Martins PR, et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN J*. 2020;111(2):165-79. <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
3. Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Lopes MVO, Fonseca LF. Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1):e20200065. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>
4. Nascimento LA, Lopes MVO, Fonseca LF. Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative

- thirst. *Int J Nurs Terminol Knowledge*. 2021;2047-3095.12319. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>
5. Udayasankar M, Udupi S, Shenoy A. Comparison of perioperative patient comfort with "enhanced recovery after surgery (ERAS) approach" versus "traditional approach" for elective laparoscopic cholecystectomy. *Indian J Anaesth*. 2020;64(4):316-21. [https://doi.org/10.4103/ija.IJA\\_782\\_19](https://doi.org/10.4103/ija.IJA_782_19)
6. Maldonado RN, Conchon MF, Birolim MM, Fonseca LF. Thirst of the orthopedic surgical patient in the immediate postoperative. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34(0). <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34533>
7. Lee CW, Liu ST, Cheng YJ, Chiu CT, Hsu YF, Chao A. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. *Sci Rep*. 2020;10(1):16183. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73235-5>
8. Al-Robeye AM, Barnard AN, Bew S. Thirsty work: Exploring children's experiences of preoperative fasting. *Pediatr Anesth*. 2020;30(1):43-9. <https://doi.org/10.1111/pan.13759>
9. Marsman M, Kappen TH, Vernooij LM, van der Hout EC, van Waes JA, van Klei WA. Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety. *JAMA Surg*. 2023;158(3):254-63. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.5867>
10. Al Sebaee HA, Elhadary SM. Effectiveness of A Care Bundle on Postoperative Thirst Relief and Oral Condition among Patients Undergoing Abdominal Surgeries. *IOSR-JNHS [Internet]*. 2017 [cited 2022 Dec 13];6:82-90. <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol6-issue5/Version-4/M0605048290.pdf>
11. Carey SK, Conchin S, Bloomfield-Stone S. A qualitative study into the impact of fasting within a large tertiary hospital in Australia - the patients' perspective. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1946-54. <https://doi.org/10.1111/jocn.12847>
12. Silva RPJ, Rampazzo ARP, Nascimento LA, Fonseca LF. Discomfort patients expect and experience in the immediate postoperative period. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32(0). <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26070>
13. Pierotti I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P, Pierotti I, Fracarolli IFL, et al. Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0375>
14. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021-2023*. 12<sup>th</sup> ed. New York, NY: Thieme; 2021. 592 p.
15. Lopes MVO, Silva VM. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: Herdman TH,

- organizador. PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem – Conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 87-132.
16. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>
17. Pinto TCC, Machado L, Bulgacov TM, Rodrigues-Júnior AL, Costa MLG, Ximenes RCC, et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? *Int Psychogeriatrics*. 2019;31(4). <https://doi.org/10.1017/s1041610218001370>
18. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Software]. Vienna; 2022 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.R-project.org/>
19. Belete KG, Ashagrie HE, Workie MM, Ahmed SA. Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. *J Patient-Rep Outcomes*. 2022;6(1):69. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00476-5>
20. Nascimento LA, Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Serato VM, et al. Prevalence, intensity and discomfort of thirst in surgical patients in the immediate post-operative period. *Rev SOBCEC*. 2019;24(2):85-90. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020006>
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. Serato VM, Fonseca FL, Birolim MM, Rosseto EG, Mai LD, Garcia AKAG. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):600-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>
23. Dorrance M, Copp M. Perioperative fasting: A review. *J Perioper Pract*. 2020;30(7-8):204-9. <https://doi.org/10.1177/1750458919877591>
24. Togo HYA, Lopes EC. Preoperative fasting reduction in burned patients: a systematic review. *Burn Open*. 2020;4(4):176-82. <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>
25. Campana MC, Fonseca LF, Lopes DFM, Martins PR. Perceptions of caregivers about surgical children's thirst. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2015;16:799-808. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600005>
26. Ak ES, Türkmen A, Sinmaz T, Biçer ÖS. Evaluation of Thirst in the Early Postoperative Period in Patients Undergoing Orthopedic Surgery. *J Perianesth Nurs*. 2022;S1089-9472(22)00455-5. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.08.007>
27. Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF. I am thirsty! Experience of the surgical patient in the perioperative period. *Rev SOBCEC*. 2016;21(2):75. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>
28. Silva TTM, Dantas JKS, Araújo SCM, Silva SO, Dantas DV, Dantas RAN. Strategies for thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20220154. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154>
29. 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>
30. Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Uchôa ET, Fonseca LF. Effects of ice popsicle on vasopressin, osmolality, thirst intensity, and thirst discomfort. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20190449. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190449>
31. Garcia AKA, Furuya RK, Conchon MF, Rossetto EG, Dantas RAS, Fonseca LF. Menthol chewing gum on preoperative thirst management: Randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3180. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3070.3180>
32. Oliveira CB, Garcia AKA, Nascimento LA, Conchon MF, Furuya RK, Rodrigues R, et al. Effects of carbohydrate use on preoperative thirst: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5):e20210355. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0355>
33. Carroll H. Redefining thirst: A conceptual four-compartment model characterising types of thirst, and their underlying mechanisms and interactions. *NutriXiv*. 2020. <https://doi.org/10.31232/OSF.IO/Q7GVD>
34. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):649-55. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
35. Panebianco A, Laforgia R, Volpi A, Punzo C, Vacca G, Minafra M, et al. Preoperative fasting - "nihil per os" a difficult myth to break down: A randomized controlled study. *G Chir [Internet]*. 2020 [cited 2022 Dec 13];41(1):84-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32038017>

---

### Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki

Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Obtenção de dados:** Leonel Alves do Nascimento. **Análise e interpretação dos dados:** Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Análise estatística:** Leonel Alves do Nascimento, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Redação do manuscrito:** Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

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


Recebido: 13.12.2022  
Aceito: 28.05.2023

Editora Associada:  
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

**Copyright © 2023 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:  
Leonel Alves do Nascimento  
E-mail: leonel\_lan@hotmail.com  
 <https://orcid.org/0000-0002-9590-6360>