

| ARTIGO 8

AVALIAÇÃO CLÍNICA PELO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Carla Regina Lodi de Mello¹

Abigail Dias Rodrigues²

Marília Ferrari Conchon¹

Isadora Pierotti¹

Lígia Fahl Fonseca¹

Leonel Alves do Nascimento¹

<https://orcid.org/0000-0002-6417-0549>

<https://orcid.org/0000-0002-8782-6686>

<https://orcid.org/0000-0002-8782-6686>

<https://orcid.org/0000-0001-8050-8389>

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

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

Objetivo: Avaliar a taxa, motivos e momento de aprovação no Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-operatório Imediato na primeira hora de recuperação anestésica. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em um hospital filantrópico de ensino no Sul do Brasil. **Resultados:** Amostra não probabilística de 98 pacientes, sendo 81 avaliados pelo Protocolo nos cinco momentos de aplicação. O tempo de jejum de líquidos no pré-operatório apresentou mediana de 11:37 horas (1Q 8:56-3Q 13:45). A prevalência de sede foi de 81,6% (n=80) e intensidade média de 5,6 (DP 3,1). O percentual de aprovações na avaliação do Protocolo aumentou gradativamente conforme os momentos de aplicação (35,8%, 49,4%, 60,5%, 71,6%, 71,6%). O critério com maior índice de reprovações foi o nível de consciência. **Conclusão:** Após 30 minutos de recuperação anestésica, 60,5% dos pacientes estavam aptos a receber estratégias de alívio da sede de forma segura.

Descritores: Sede; Cuidados Pós-operatórios; Enfermagem Perioperatória; Protocolos Clínicos.

CLINICAL ASSESSMENT BY THE SAFETY PROTOCOL FOR IMMEDIATE POST-OPERATING THIRST MANAGEMENT

Objective: Assess the rate, reasons and moment of approval in the Safety Protocol for Thirst Management in the immediate postoperative period in the first hour of anesthetic recovery. **Methodology:** Descriptive, transversal and quantitative study performed at a philanthropic teaching hospital in South of Brazil. **Results:** Non probabilistic sample of 98 patients, being 81 evaluated by Safety Protocol for Thirst Management in five moments of application. Fluid fasting time in the preoperative presented a median of 11:37 hours (1Q 8: 56-3Q 13:45). Thirst prevalence was 81.6% (n = 80) and mean thirst intensity was 5.6 (SD 3.1). The approvals percentage in the evaluation of the Protocol increased gradually according to the application moments (35.8%, 49.4%, 60.5%, 71.6%, 71.6%). The criterion with the highest disapproval index was the level of consciousness. **Conclusion:** After 30 minutes of anesthetic recovery, 60.5% of patients were able to receive thirst relief strategies safely.

Descriptors: Thirst; Postoperative Care; Perioperative Nursing; Clinical Protocols.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA LA SEDE INMEDIATA POSTERIOR A LA OPERACION

Objetivo: Evaluar la tasa, motivos y momento de aprobación del Protocolo de Seguridad para el Control de la Sed en el Postoperatorio Inmediato en la primera hora de recuperación anestésica. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en un hospital filantrópico de enseñanza em el Sur de Brasil. **Resultados:** Muestra no probabilística de 98 pacientes, siendo 81 evaluados por el Protocolo en los cinco momentos de aplicación. El tiempo de ayuno de líquidos del preoperatorio presentó mediana de 11:37 horas (1Q 8:56-3Q 13:45). La prevalencia de sed fue de 81,6% (n=80) y la intensidad promedio de 5,6 (DP 3,1). El porcentaje de aprobaciones en la evaluación del Protocolo aumentó gradualmente según los momentos de aplicación (35,8%, 49,4%, 60,5%, 71,6%, 71,6%). El criterio con mayor índice de rechazos fue el nivel de consciencia. **Conclusión:** Después de 30 minutos de recuperación anestésica, 60,5% de los pacientes estaban aptos para recibir estrategias de alivio de la sed de forma segura.

Descritores: Sed; Cuidados Posoperatorios; Enfermería Perioperativa; Protocolos Clínicos.

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

²Centro Universitário Filadélfia Unifil. Londrina, PR, Brasil.

Autor correspondente: Carla Regina Lodi de Mello. Email: carla-lobi@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A sede é definida como desejo consciente de beber água, e pode ser influenciada por fatores sociais, costumes, patologias, hábitos individuais de ingestão hídrica e ainda por condições clínicas e fatores externos^(1,2). Ademais, no período perioperatório, diferentes fatores contribuem para o surgimento da sede, tais como jejum prolongado, medicações anestésicas, perdas sanguíneas e a intubação orotraqueal⁽³⁾.

Considerando sua subjetividade, a sede do paciente cirúrgico pode ser considerada como um sintoma e por essa razão, deve ser adequadamente diagnosticada e tratada no perioperatório⁽⁴⁾. Neste período, a sede apresenta repercussão negativa na experiência cirúrgica chegando a acometer até 89,6%(6) dos pacientes adultos e 89,5% das crianças⁽⁷⁾.

A sede no paciente cirúrgico também leva a intenso desconforto, sendo percebida por meio de atributos, ou sinais. Dentre eles, boca, lábios e garganta secos, língua e saliva grossas, gosto ruim na boca e vontade consciente de beber água são indicativos para a equipe de saúde de que este paciente necessita de cuidados referentes à sede⁽⁸⁾.

Apesar de causar intenso desconforto, a sede perioperatória é abordada de modo incipiente na prática clínica. Objetivando preencher essa lacuna, quatro etapas foram elaboradas objetivando orientar o manejo no perioperatório: identificar a sede, mensurar, avaliar a segurança e aplicar uma estratégia de alívio do sintoma⁽³⁾.

Identificar a sede parte do questionamento intencional ao paciente, se ele está com sede. Uma vez que existe a cultura de que devem ser mantidos em jejum absoluto no perioperatório, os pacientes permanecem em silêncio mesmo quando sofrem com a sede⁽⁹⁾, sendo que apenas 12 a cada 100 pacientes a verbalizam de forma espontânea quando vivenciam no pós-operatório imediato (POI)⁽⁶⁾.

A mensuração deste sintoma visa avaliar tanto sua intensidade, quanto seu desconforto. A intensidade da sede pode ser avaliada por meio de Escala Visual Numérica (EVN) onde zero é ausência do sintoma e 10, sede intensa. O desconforto da sede pode ser mensurado por meio da Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESCP) que avalia sete atributos relacionados à sede. Possui escores que variam de zero a 14, sendo que os maiores representam maior desconforto⁽⁸⁾.

O Protocolo de Segurança no Manejo da Sede (PSMS) foi elaborado e validado para avaliar a segurança na administração de um método de alívio da sede perioperatória de adultos. Avalia de forma sistemática o nível de consciência, reflexos de proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e a ausência de náuseas e vômitos. É ferramenta essencial que traz subsídios para que a equipe cirúrgica decida pela administração ou não do método de alívio^(10,11).

O PSMS é organizado no formato de um fluxograma, que possibilita uma avaliação sequencial das principais condições clínicas dos pacientes para receberem um método de alívio da sede^(10,11). Esta avaliação é essencial para diminuir a ocorrência de eventos respiratórios adversos, como a broncoaspiração⁽¹²⁾.

No que se refere às estratégias de alívio do sintoma, diversos métodos são descritos na literatura, entretanto, estratégias frias e/ou mentoladas tem se mostrado mais eficazes em aliviar a sede, pois atuam nos mecanismos de saciedade pré-absortivos^(4,13,14).

A principal barreira identificada na prática é o temor que o paciente apresente complicações como broncoaspiração durante a recuperação anestésica. Dessa forma ele é mantido em jejum por tempo prolongado após a cirurgia. O PSMS vem suprir essa lacuna por avaliar critérios de segurança para a utilização de estratégias para minorar a sede. Mesmo diante das evoluções apresentadas nas pesquisas que vem sendo realizadas, alguns pontos apresentam-se como possibilidade de melhorias a fim de subsidiar sua utilização clínica no cuidado assertivo à sede perioperatória.

A despeito do PSMS ser validado, ter sua confiabilidade testada e estar inserido na prática clínica em duas salas de recuperação anestésica no Brasil, estudos que retratam sua aplicação clínica assim como suas taxas de aprovação e reprovação nos critérios elencados ainda não foram realizados. O presente estudo tem como objetivo avaliar a taxa, motivos e momento de aprovação no Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-operatório Imediato na primeira hora de recuperação anestésica.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população constituiu-se por pacientes de ambos os sexos, submetidos a cirurgias eletivas e de urgência, com idade de 18 a 70 anos. A amostra foi composta por 98 pacientes. Excluíram-se pacientes que apresentaram déficit neurológico, dificuldade de comunicação ou dor durante a entrevista.

Local de estudo

Estudo realizado na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) do centro cirúrgico de um hospital filantrópico de ensino no Sul do Brasil. A instituição conta com 353 leitos e realiza em média 1800 cirurgias por mês, em dois centros cirúrgicos. Um deles apresenta oito salas cirúrgicas e seis leitos na SRA para atendimento de cirurgias gerais de todas as especialidades e

o outro, tem quatro salas cirúrgicas e três leitos na SRA que atende a cirurgias limpas, plásticas, oftalmológicas, além do foco no atendimento materno infantil e ao nascimento.

Coleta de dados

A coleta de dados foi intencional por conveniência, com todos os pacientes durante a primeira hora de recuperação anestésica entre os meses de março a abril de 2018 no horário das 07 às 19 horas. A coleta de dados também foi condicionada pela disponibilidade de um dos pesquisadores na SRA.

No pré-operatório, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e aceitando, assinaram o termo consentimento livre e esclarecido. O roteiro de pesquisa foi composto por informações de identificação, procedimento anestésico-cirúrgico, intensidade da sede, por meio da EVN, mensuração do desconforto pela EDESP e o tempo de jejum pré-operatório. O tempo de jejum pré-operatório foi considerado desde a cessação da ingestão de alimentos sólidos e líquidos até o início do procedimento anestésico. Por fim, foram registrados os dados referentes à aplicação do PSMS.

O PSMS (Figura 1) foi elaborado baseado na experiência clínica dos pesquisadores, entrevistas com especialistas e em evidências científicas relacionadas à critérios de segurança com pacientes em recuperação anestésica. Apresentou altos níveis de concordância interavaliadores em sua validação de conteúdo (IVC =1). A confiabilidade foi quase perfeita para enfermeiros (Kappa 0.968) e para técnicos de enfermagem (Kappa 0.867)⁽¹⁰⁾.

Figura 1 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato.



Fonte: Nascimento et al. (2014)

No POI, o PSMS foi aplicado em cinco momentos, começando pela chegada do paciente na SRA e repetido a

cada 15 minutos até completar uma hora, com registro de aprovação ou reprovação. A EVN foi aplicada em todos os momentos, e a EDESP no primeiro e no quinto momento. Para os pacientes que foram aprovados em todos os critérios de segurança elencados pelo PSMS e apresentaram sede, foi ofertado um picolé de gelo de 10 ml para minorar o desconforto.

As variáveis dependentes do estudo foram a aprovação e reprovação no PSMS, e as independentes foram presença de sede, avaliação da intensidade e desconforto, procedimento anestésico e tempo de jejum pré-operatório.

Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha no Microsoft Excel 2010®, e validados por meio da dupla conferência e digitação para correção de inconsistências. A análise estatística foi realizada com auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 22. As variáveis foram testadas em relação a sua distribuição utilizando o teste Shapiro-Wilk. Quando apresentaram distribuição normal foram descritas pela média e desvio padrão e quando não paramétrica, mediana, primeiro e terceiro quartil.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 82359318.9.0000.5696) sendo que todas as etapas da pesquisa obedeceram aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Houve predominância do sexo feminino (n=54; 55,1%), média de idade de 41 anos (DP=12,3), etnia branca (n= 72; 73,5%), distribuídos nas seguintes clínicas cirúrgicas: ortopedia (n=38; 38,8%); aparelho digestivo (n=29; 29,6%), vascular (n=8; 8,2%) e outras clínicas (n=23; 23,5%).

As técnicas anestésicas empregadas foram bloqueios (n=43; 43,9%), seguidos de anestesia geral associada a bloqueios (n=32; 32,7%), sedação (n=13; 13,3%) e anestesia geral (n=10; 10,2%).

Quanto à classificação do estado físico de acordo com a American Society of Anesthesiologists (2017), 51 pacientes (52%) foram classificados como ASA II, 44 (44,9%) como ASA I e três (3,1 %) como ASA III. O tempo de jejum de líquidos no pré-operatório apresentou mediana de 11:37 horas (1Q 8:56-3Q 13:45). Para sólidos, encontrou-se mediana de 13:40 horas (1Q 11:00-3Q 13:40).

A prevalência de sede no POI foi de 81,6% (n=80) e

intensidade média de 5,6 (DP 3,1) na entrada na SRA e de 3,6 (DP 2,7) na última avaliação da intensidade após a intervenção com o picolé de gelo. A EDESP apresentou média de 5,3 (DP 3,7) na primeira avaliação e de 3,6 (DP 2,7) na última avaliação.

Durante a coleta de dados, 17,3% (n=17) dos pacientes receberam alta antes dos cinco momentos de avaliação do PSMS e não foram utilizados na análise estatística relacionada à aprovação e reprovação do PSMS, resultando em 81 pacientes avaliados. As figuras 2 e 3 representam os momentos de avaliação do PSMS em relação a sua aprovação e reprovação.

Figura 2 – Frequência de aprovações e reprovações associadas aos momentos de aplicação do Protocolo de Segurança no Manejo da Sede. Londrina, Paraná, Brasil, 2018. (n=81)

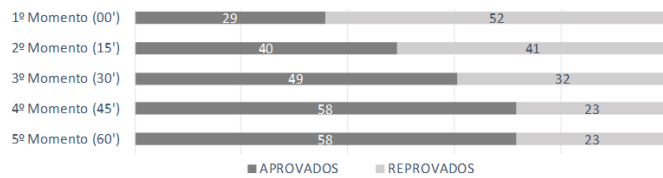


Figura 3 – Aprovação e Reprovação nos critérios de segurança ao longo dos momentos de avaliação. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

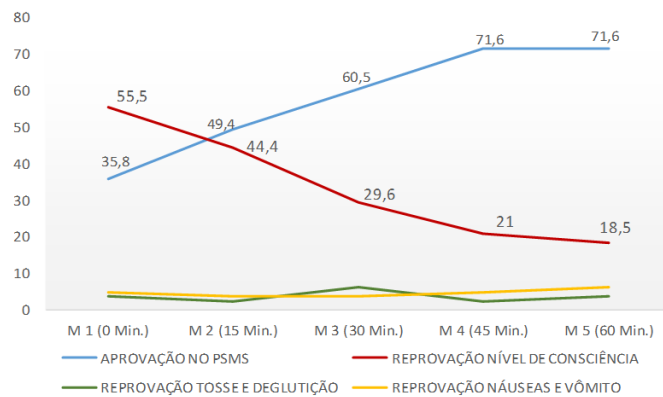


Tabela 1 – Aprovação e reprovação nos critérios de segurança do Protocolo de Segurança no Manejo da Sede em relação as técnicas anestésicas aplicadas. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

Critérios	Anestesia Geral (n=10)		Anest. Geral + Bloq. (n=30)		Bloqueios		Sedação (n=8)		
	A	R	A	R	A	R	A	R	
0'	NC	3	7	6	24	24	9	3	5
	VAS	2	1	6	0	22	2	3	0
	NVPO	1	1	4	2	21	1	3	0
Total	1 (10%)	9 (90%)	4 (13,4%)	26 (86,6%)	21 (63,7%)	12 (36,3%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
15'	NC	3	7	12	18	25	8	5	3
	VAS	3	0	11	1	25	0	4	1
	NVPO	3	0	9	2	24	1	4	0
Total	3 (30%)	7 (70%)	9 (30%)	21 (70%)	24 (72,8%)	9 (27,2%)	4 (50%)	4 (50%)	
30'	NC	4	6	20	10	28	5	5	3
	VAS	3	1	18	2	27	1	4	1
	NVPO	3	0	15	3	27	0	4	0
Total	3 (30%)	7 (70%)	15 (50%)	15 (50%)	27 (81,8%)	6 (18,2%)	4 (50%)	4 (50%)	
45'	NC	6	4	22	8	29	4	7	1
	VAS	6	0	20	2	29	0	7	0
	NVPO	5	1	17	3	29	0	7	0
Total	5 (50%)	5 (50%)	17 (56,7%)	13 (43,3%)	29 (87,9%)	4 (12,1%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
60'	NC	7	3	23	7	29	4	7	1
	VAS	7	0	20	3	29	0	7	0
	NVPO	6	1	17	3	29	0	6	1
Total	6 (60%)	4 (40%)	17 (56,7%)	13 (43,3%)	29 (87,9%)	4 (12,1%)	6 (75%)	2 (25%)	

Legenda: A - Aprovado; R - Reprovado; NC - Nível de Consciência; VAS - Reflexos protetores de Vias Aéreas Superiores; NVPO - Ausência de Náuseas e Vômitos no Pós-operatório

DISCUSSÃO

Critérios de avaliação de risco tem sido incorporados em escalas e protocolos em diversas áreas da assistência visando dar subsídios para ações preventivas conferindo autonomia ao enfermeiro⁽²⁵⁾.

A elaboração e utilização de ferramentas que agreguem segurança e qualidade no atendimento ao paciente cirúrgico contribuem para o desenvolvimento do corpo de evidências da enfermagem perioperatória. Na prática clínica, o usual é manter o paciente em jejum e com sede às vezes por tempo indeterminado no POI pelo temor de eventos adversos^(11,12). Esse estudo demonstrou que com a utilização do PSMS o desconforto da sede pode ser abreviado, pois permite que o paciente, baseado em critérios bem estabelecidos, receba uma estratégia de alívio da sede.

A prevalência de sede foi elevada nesta pesquisa. Apoiado em outros estudos que apresentaram prevalências de 43,1%

a 89,6%, a sede é descrita como um desconforto comum no POI, com impacto negativo na recuperação anestésica e na satisfação do paciente com o procedimento cirúrgico^(6,15,16,18).

Além da alta prevalência, a intensidade referida também é elevada. Pesquisa realizada com 65 pacientes apontou que 23,3% (n=10) classificaram a sede como moderada e 11,6% (n=5) como intensa⁽⁹⁾. No presente estudo, a intensidade e o desconforto da sede diminuíram após a administração do picolé de gelo. Estratégias de temperatura fria são eficazes no alívio da sede no paciente cirúrgico, principalmente por ativar receptores de frio na cavidade oral e resultar em saciedade pré-absortiva^(4,13).

O tempo de jejum no pré-operatório foi superior ao preconizado pela literatura. Trata-se de um dos principais fatores associados a sede no perioperatório e a dificuldade em seguir as recomendações das associações internacionais é amplamente descrita na literatura⁽¹⁵⁾. Estudo africano realizado com 43 pacientes revelou que 50% dos pacientes ficaram em jejum de sólidos duas vezes acima do que é recomendado pelos guidelines atuais e 95% dos pacientes permaneceram em jejum de líquidos por tempo superior ao preconizado⁽⁹⁾.

O jejum pré-operatório é essencial para a realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos. Entretanto, quando prolongado, causa efeitos deletérios ao paciente, dentre eles o aumento da produção suco gástrico, diminuição do PH e aumento do risco de complicações operatórias⁽¹⁵⁾.

Diante disso, associações de anesthesiologistas e cirurgiões vem flexibilizando as recomendações de tempos de jejum, baseados em evidência, orientando a restrição de líquidos claros para duas horas antes do procedimento cirúrgico e refeições leves em seis horas^(20,21). Paradoxalmente e contrariando essas recomendações nacionais e internacionais, na prática clínica, as equipes continuam a orientar os pacientes a iniciarem o jejum pré-operatório após a meia noite, independentemente do horário programado para a cirurgia^(22,15,19).

O uso do PSMS permitiu que o picolé de gelo fosse utilizado precocemente não prolongando desnecessariamente o jejum após a cirurgia. O PSMS é, portanto, uma ferramenta importante na avaliação da segurança para a administração de um método de alívio da sede. No POI o paciente encontra-se fragilizado, ainda sob o efeito imediato dos agentes anestésicos utilizados no procedimento. Neste período ele também se torna consciente de estímulos desagradáveis que podem interferir de forma negativa em sua recuperação. Abreviar o tempo de seu sofrimento devido a sede portanto, é relevante e parte de um cuidado humanizado.

Dentre os critérios avaliados pelo PSMS, o critério de nível de consciência apresentou maior percentual de reprovação

em todos os momentos de aplicação. O nível de consciência está intimamente ligado aos outros critérios de segurança e é um dos mais importantes mecanismos na prevenção da aspiração broncopulmonar do conteúdo gástrico. É definido como um estado de alerta no qual o indivíduo é capaz de reconhecer a si mesmo e reagir de forma correta aos estímulos do ambiente⁽²³⁾.

Na chegada a SRA, 55,5% dos pacientes foram reprovados no nível de consciência. Desses, os procedimentos anestésicos com maior taxa de reprovação foram a anestesia geral (70%) e anestesia geral associada a bloqueios (80%). O alto índice de reprovações nesse momento se justifica pelo fato de que os pacientes ainda estão sonolentos ou até mesmo inconscientes, devido a ação de medicações que deprimem o sistema nervoso central. Durante a recuperação anestésica, o efeito dos medicamentos diminui e a aprovação neste critério aumenta.

Na fase de validação do PSMS, a confiabilidade interavaliadores foi testada em 118 pacientes. Destaca-se o nível de consciência como o critério que mais reprovou em todas as aplicações (28,8%), enquanto náusea reprovou 7,6% e os demais critérios não passaram de 2,5%⁽¹⁰⁾.

Estudo análogo, avaliou 109 pacientes em um hospital universitário. O critério de segurança que denotou maior reprovação foi o nível de consciência com 45,9% (n=50) dos pacientes reprovados no primeiro momento de chegada à SRA sendo este o critério que continuou com maior incidência de reprovação nos momentos subsequentes. Este estudo identificou que a partir de 30 minutos de recuperação anestésica, 69% (n=75) dos pacientes estavam aptos a receber estratégia segura de alívio da sede⁽²³⁾.

Na SRA, o paciente está sob o efeito de medicações anestésicas e relaxantes musculares e permanece em decúbito dorsal, aumentando o risco de broncoaspiração. Durante a anestesia geral o reflexo de deglutição e a tosse estão alterados, pois as drogas anestésicas reduzem o tônus do esfíncter esofágico superior. A presença dos reflexos protetores de vias aéreas impede a aspiração de conteúdo salivar e gástrico⁽¹⁰⁾.

Os pacientes reprovados no critério náuseas e vômitos foram 3,9% no primeiro momento, obtendo resultado equivalente aos descritos na literatura (6,4%)⁽²³⁾. Náuseas e vômitos estão relacionados aos seguintes fatores de risco: mulheres, não tabagistas, procedimento anestésico, utilização de analgésicos opióides e ao procedimento cirúrgico, principalmente em cirurgias do aparelho digestivo⁽²⁴⁾.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo relacionam-se a impossibilidade de generalizar os resultados para outras populações devido a amostra ser não probabilística. A elevada rotatividade de pacientes na sala de recuperação anestésica dificultou a avaliação em todos os pacientes, pois aqueles em condições clínicas estabelecidas recebiam alta para a enfermaria antes de completar uma hora de recuperação anestésica. Essa realidade explica o fato de que durante a coleta de dados deste estudo, 17,3% dos pacientes receberam alta anterior aos cinco momentos de avaliação do PSMS. Todavia, todos os pacientes que receberam alta antes de completar uma hora de recuperação anestésica estavam aprovados na avaliação do PSMS.

Contribuições do estudo para a prática

O PSMS apresenta-se como um instrumento importante de avaliação clínica que proporciona liberação precoce de métodos de alívio de sede de forma segura, baseada na avaliação do nível de consciência, reflexos protetores de vias aéreas e da ausência de náuseas e vômitos. Desta forma, esse estudo contribui para a prática da enfermagem perioperatória, dando autonomia para o profissional de saúde avaliar o paciente e liberar ou não uma estratégia de alívio da sede, abreviando esse desconforto de forma segura.

CONCLUSÃO

O índice de aprovações na avaliação do PSMS demonstrou que a partir de 30 minutos de recuperação anestésica, 60,5% dos pacientes se encontravam aptos a receber alguma estratégia de alívio da sede de forma segura. O critério com maior taxa de reprovação foi a avaliação do nível de consciência. Assim, com a utilização do PSMS, o paciente é avaliado de forma individualizada e sistematizada, permitindo que a equipe de enfermagem atue de forma intencional para diminuir o desconforto da sede, garantindo uma recuperação anestésica segura.

Contribuição dos autores

Carla Regina Lodi de Mello: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Abigail Dias Rodrigues: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Marília Ferrari Conchon: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Isadora Pierotti: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Lígia Fahl Fonseca: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Leonel Alves do Nascimento: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Aloamaka EO, Amabebe E, Ozoene JO, Obika LFO. Thirst perception, drinking, arginine vasopressin activity and associated neurohumoral factors. *J J. Afr. Ass. Physiol. Sci* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 6(1):1-13. Available from: https://www.researchgate.net/publication/327043234_Thirst_perception_drinking_arginine_vasopressin_activity_and_associated_neurohumoral_factors/link/5b74693745851546c9090224/download
2. Stevenson RJ, Mahmut M, Rooney K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. *Appetite* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 06]; 95 (1):44-57. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666315002950>
3. Silva L, Aroni P, Fonseca L. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Revista SOBECC* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 8]; 21(2): 75-81. Available from: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/view/21>
4. Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an ice popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2018 Sept 22]; 33(2):153-161. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216302489>
6. Pierotti I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P. Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 09]; 22(3): e20170375. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300204&lng=en. Epub May 21, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0375>
7. Riviera AA. Prevalência e intensidade da sede infantil no pós-operatório imediato [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina - UEL; 2016.
8. Martins PR, Fonseca LF. Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 10]; 19:a09. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.40288>.
9. Garcia AKA, Lodi CR, Fonseca LF. O Silêncio que permeia a sede perioperatória: um estudo de caso. In: *Anais do X Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar, 2017; Maringá, Brasil* [Internet]. 2017 [acesso em 10 Jan 2019]. Disponível em: <https://proceedings.science/epcc/papers/o-silencio-que-permeia-a-sede-perioperatoria%3A-um-estudo-de-caso?lang=pt-br>.
10. Nascimento LA do, Fonseca LF, Santos CB dos. Inter-rater Reliability Testing of the Safety Protocol for Thirst Management. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dez 10]; 33(4):527-36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216304269>
11. Nascimento LA do, Fonseca LF, Rosseto EG, Santos CB dos. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 out; v. 48, n. 5, p. 834-43.
12. Bisinotto FMB, Silveira LAM da, Martins LB. Aspição pulmonar em anestesia: revisão. *Rev Med. Minas Gerais*. 2014.
13. Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvão CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 25]; 69(6):1215-1222. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1215.pdf
14. Zimmerman CA, Leib DE, Knight ZA. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. *Nature Reviews Neuroscience* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15]; 18(8):459-469.
15. Francisco, SC, Batista ST, Pena GG das. Jejum em Pacientes Cirúrgicos Eletivos: Comparação entre o tempo Prescrito, Praticado e o Indicado em Protocolos de Cuidados Perioperatórios. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2015; 28(4):250-254.
16. Njoroge G, Kivuti-Bitok L, Kimani S. Preoperative Fasting among Adult Patients for Elective Surgery in a Kenyan Referral Hospital. *International Scholarly Research Notices* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 21]; 2:1-8. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ism/2017/2159606/>
17. Silva RPJ, Rampazzo ARP, Nascimento LA do, Fonseca LF. Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 18]; 32: e26070. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26070/17012>
18. Gebremedhn EG, Nagaratnam VB. Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World J Surg Proced*. 2014; v. 38, n. 9, p. 2200-2204.
19. Azevedo SCL de, Campos SBG, Meira JEC de, Guedes G da S. Abreviação do jejum pré-operatório: protocolo multimodal baseado em evidência. *Gep News* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 08]; 1(3):11-13. Available from: <http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/3495/2538>
20. American Society of Anesthesiologists Committee. Collaborators. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 02]; 126(3):376-393. Available from: <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/Article.aspx?articleid=1933410>
21. Gul A, Andosoy II, Ozkaya B. Preoperative Fasting and Patients' Discomfort. *Indian J Surg* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 15]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317771281_Preoperative_Fasting_and_Patients_Discomfort
22. Iwanczuk W, Guźniczak P. Neurophysiological foundations of sleep, arousal, awareness and consciousness phenomena. Part 1. *Anaesthesiol Intensive Therapy* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 04]; 47(2): 162-167. Available from: pdfs.semanticscholar.org/75fc/b9488fb7ef6d1c924818e4f533e602206b6c.pdf
23. Tagliari SO, Nascimento LA, Fonseca LF. Protocolo de segurança de manejo da sede: associação dos critérios de segurança não atingidos com a periodicidade de sua aplicação. In: *Anais do IX Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar, 2015; Maringá, Brasil* [Internet]. 2015 [acesso em 15 Jan 2019]. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2015/anais/leonel_alves_do_nascimento_1.pdf
24. Veiga-Gil J, Pueyo L, López-Olaondo L. Náuseas y vómitos postoperatorios: fisiopatología, factores de riesgo, profilaxis y tratamiento. *Rev Esp Anestesiol Reanim* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 26]; 64(4):223-232. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003493561630189X>
25. Castanheira LS, Werli-Alvarenga A, Correa AR, Campos DMP. escalas de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sept 09]; 9(2): 55-31. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1073/446>.