



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

PAMELA RAFAELA MARTINS

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE
DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA**

Londrina
2016

PAMELA RAFAELA MARTINS

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE
DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca.

Londrina
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M386e Martins, Pamela Rafaela.
Elaboração e validação de uma Escala de Desconforto da Sede Perioperatória /
Pamela Rafaela Martins - Londrina, 2016.
150 f.: il.

Orientador: Lígia Fahl Fonseca.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem cirúrgica – Teses. 2. Monitoramento de paciente – Teses. 3. Sede
(Fisiologia) – Teses. I. Fonseca, Lígia Fahl. II. Universidade Estadual de Londrina.
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

CDU 616-083-089

PAMELA RAFAELA MARTINS

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE
DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra Lígia Fahl Fonseca
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra Edilaine Giovanini Rossetto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 26 de fevereiro de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente este trabalho à minha família e principalmente ao meu futuro marido, pelo apoio incondicional. Aos profissionais de enfermagem, para que possam se sensibilizar com a sede do paciente cirúrgico tão incidente e tão intensa. A todos os profissionais e pacientes que contribuíram de alguma forma com a construção deste trabalho, seja com as suas experiências ou com seus relatos sobre a sede. Que os resultados deste estudo possam se tornar ações concretas, em busca da qualidade da assistência a estes pacientes. A jornada até aqui foi difícil... mas Deus esteve sempre comigo!!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, sem ele nada é possível. Todas as minhas conquistas foram alcançadas principalmente pela minha fé em Deus e, ele nunca falhou. Tem a minha eterna gratidão;

Aos meus pais, Dirceu Martins e Cleonice Martins, que me proporcionaram a oportunidade de estudar, por apoiarem as minhas decisões e vontades. O que sou hoje devo à vocês, por isso eu os amo. Também aos meus novos pais, Onivaldo Cardoso e Alci Cardoso, pela preocupação e incentivo frequentes. É um privilégio ser filha de vocês;

Ao meu futuro marido, Wellinton Silva Cardoso, pelo apoio incondicional todos os dias, por secar as minhas lágrimas nos momentos de desespero e por me proporcionar momentos de alegria, risos e felicidade. Eu amo você;

A minha orientadora, Lígia Fahl Fonseca, pela paciência, incentivo, apoio emocional e por me ensinar toda a arte da docência, com muito entusiasmo e competência. Obrigada pelas suas palavras de carinho em momentos tão difíceis da minha vida. Me sinto agradecida e privilegiada em ter sido sua mestranda. Você é um exemplo de profissional íntegro a ser seguido e admirado;

A banca, Edilaine Giovanini Rossetto, Lillian Denise Mai, Marcela Maria Birolim e Dagmar Willamowius Vituri pela disponibilidade e contribuição inestimáveis ao meu trabalho. Aprendi muito com vocês;

A Isabela Fracarolli, não há nada neste mundo que eu possa fazer para te agradecer. Além de contribuir com meu estudo se tornou uma grande amiga. Você foi um anjo em minha vida!!!;

Aos docentes e discentes do Programa de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, pela troca de experiências e conhecimentos. Um agradecimento especial para Áurea Fabrícia Amancio Quirino, Maria Galdino Roberson Attilio Gammarano, Renata Andrade, Caroline Vieira, Lígia Jung, Janáina Recanello, Tatiane Phelipini e Larissa Grispan. Vocês tornaram a experiência do Mestrado ainda melhor, agradeço a Deus por ter colocado vocês em meu caminho. Já sinto saudade de nossas conversas e momentos de alegria;

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, por compartilharem comigo momentos de troca de conhecimento inesquecíveis e preciosos;

A Adriana Cristina Galbiati Parminonde Elias, Lilian Denise Mai, Aparecida de Cássia Giani Peniche, Cristina Maria Galvão, Dagmar Willamowius Vituri, Denise Rodrigues Costa Schmidt, Edilaine Giovanini Rossetto, Leonel Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Renata Perfeito Ribeiro e Dolores Lopes, por aceitarem participar e compartilhar de seus conhecimentos em uma etapa tão importante e necessária do meu estudo.

A PROESTAT Consultoria Estatística, por contribuir com a análise descritiva e inferencial do meu trabalho, acrescentando a ele qualidade;

A Clarice Spoladore dos Reis, pela total disponibilidade em descrever e traduzir as ideias às quais eu tinha em mente, mas não encontrava a forma ou as palavras exatas para descrevê-las;

Aos profissionais do Centro Cirúrgico e Enfermeiros do Hospital Universitário de Londrina, que prontamente contribuíram e participaram de inúmeras etapas do meu estudo;

As Enfermeiras docentes, Cibele Tramontini, Renata Perfeito Ribeiro, Dolores Lopes e Mara Garanhani. Da residência em enfermagem perioperatória até no mestrado pude contar com o incentivo e apoio de vocês, agradeço muito o carinho.

*“Sem sonhos a vida não tem brilho.
Sem metas os sonhos não tem
alicerces. Sem prioridades, os
sonhos não se tornam reais. Sonhe,
trace metas, estabeleça prioridades
e corra riscos para executar seus
sonhos [...]”.*

- Augusto Cury

MARTINS, Pamela Rafaela. **Elaboração e validação de uma Escala de Desconforto da Sede Perioperatória**. 2015. 150 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sede é um sintoma subjetivo e multifatorial de alta incidência e intensidade, que provoca desconforto nos pacientes cirúrgicos. Instrumentos destinados à sua avaliação são incipientes, e escala para avaliar o desconforto da sede no período perioperatório ainda não foi encontrada na literatura. **OBJETIVO:** Desenvolver e validar uma escala de avaliação do desconforto da sede perioperatória. **MÉTODO:** Pesquisa metodológica e quantitativa. Para a elaboração da escala, adotou-se os pressupostos de Pasquali, baseados em três etapas: procedimentos teóricos; experimentais ou empíricos; e analíticos ou estatísticos. A etapa dos procedimentos teóricos contemplou a revisão bibliográfica, elaboração, análise semântica e validação de conteúdo da escala. Para a elaboração do instrumento, inicialmente foram listados 30 atributos representativos do construto “desconforto da sede”, reduzida para os sete atributos mais representativos. A partir dos sete atributos, elaborou-se sete itens correspondentes que compuseram a escala. O sistema de pontuação adotado foi uma escala tipo Likert de três pontos, em que o respondente informava se estava “nada incomodado”, “um pouco incomodado” ou “muito incomodado”, em relação ao item em avaliação. A escala foi submetida à análise semântica, com a finalidade de verificar o seu entendimento. Participaram desta etapa quatro enfermeiros doutores, quatro enfermeiros recém formados e oito pacientes. Na validação de conteúdo do instrumento participaram 11 especialistas com experiência na temática sede, em enfermagem perioperatória ou na validação de instrumentos. O intuito foi verificar a clareza e representatividade dos itens da escala em relação ao construto. Para a coleta dos dados utilizou-se os pressupostos da técnica Delphi. Os dados obtidos na validação de conteúdo foram analisados pelo cálculo do índice de validade de conteúdo e do índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores. Nos procedimentos experimentais, a escala foi aplicada em 10 pacientes em fase perioperatória como teste piloto. Na última etapa dos procedimentos analíticos, verificou-se a fidedignidade da escala com 70 pacientes no pré e pós-operatório imediato. Adotou-se a técnica da equivalência interobservadores, com posterior cálculo do coeficiente de kappa ponderado, e para a consistência interna calculou-se o alfa de Cronbach. **RESULTADOS:** Os sete atributos selecionados como mais representativos do desconforto da sede foram: boca seca; lábios ressecados; língua grossa; saliva grossa; garganta seca, gosto ruim e vontade de beber água. Os itens que compuseram a escala foram: minha boca está seca; meus lábios estão ressecados; minha língua está grossa; minha saliva está grossa; minha garganta está seca; sinto um gosto ruim na boca; e tenho vontade de beber água. Na análise semântica o instrumento se mostrou de fácil compreensão para todos os estratos de enfermeiros e pacientes. A pontuação da escala varia de zero (nenhum desconforto) a 14 (desconforto intenso). O índice de validade de conteúdo foi de 0,98 para os atributos e itens da escala, e o índice de fidedignidade interavaliadores foi de 1. O instrumento se mostrou confiável, com coeficiente de kappa ponderado de 1 para os itens, e alfa de Cronbach de 0,91 para a escala. **CONCLUSÃO:** A escala mostrou ser válida e fidedigna para ser

utilizada na avaliação do desconforto da sede perioperatória em outros estudos e na prática clínica.

Palavras-chave: Sede. Avaliação. Escalas. Estudos de Validação. Enfermagem Perioperatória.

MARTINS, Pamela Rafaela. **Development and validation of a Perioperative Thirst Discomfort Scale**. 2015. 150 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Thirst is a subjective and multifactorial symptom of high incidence and intensity that causes discomfort in surgical patients. Assessment instruments are incipient and a scale to evaluate the discomfort of thirst in the perioperative period has not yet been found in the literature. **OBJECTIVE:** To develop and validate a scale for Perioperative Thirst Discomfort Scale. **METHOD:** A methodological and quantitative study. For the construction of the scale, the assumptions of Pasquali were adopted, based on three steps: theoretical; experimental, empirical and analytical or statistical procedures. The theoretical procedures step included the literature review, development, semantic analysis and scale content validation. For the development of the instrument, 30 representative attributes of the construct "discomfort of thirst" were initially listed, reduced to the seven most representative attributes. For the seven attributes, seven matching items were elaborated, comprising the scale. The scale was submitted to semantic analysis, in order to verify understanding. Four PhD prepared nurses and four newly graduated BSN nurses and eight patients participated in this stage. Eleven specialists with experience in the topic thirst, in perioperative nursing or validation of instruments, participated in the content validation of the instrument. The intention was to verify the clarity and representativeness of the scale items in relation to the construct. For data collection, the assumptions of the Delphi technique were used. Data obtained in the content validation was analyzed by calculating the content validity index and the index of reliability or inter-rater agreement. In the experimental procedures, the scale was administered to 10 patients in the perioperative phase as a pilot test. In the final step of the analytical procedures, the reliability of the scale was verified with 70 patients in the immediate pre and postoperative period. The interobserver equivalence technique was adopted, with subsequent calculation of the weighted kappa coefficient and Cronbach's alpha was calculated for the internal consistency. **RESULTS:** The seven attributes selected as the most representative of the discomfort of thirst were: dry mouth; dry lips; thick tongue; thick saliva; dry throat, bad taste and desire to drink water. The items comprising the scale were: my mouth is dry; my lips are dry; my tongue is thick; my saliva is thick; my throat is dry; I have a bad taste in my mouth; and I feel like drinking water. The scoring system used was a Likert scale of three points, in which the respondent reported being "not bothered", "a little uncomfortable" or "very disturbed", in relation to the item being evaluated. In the semantic analysis, the instrument was shown to be easy to understand for all strata of nurses and patients. The scores of the scale varies from zero (no discomfort) to 14 (intense discomfort). The content validity index was 0.98 for the attributes and scale items, and the inter-rater reliability rate was 1. The instrument was proven to be reliable, with a weighted kappa coefficient of 1 for the items and a Cronbach's alpha of 0.91 for the scale. **CONCLUSION:** The scale proved to be valid and reliable for use in the evaluation of perioperative thirst discomfort in other studies.

Key-words: Thirst. Assessment. Scales. Validation Studies. Perioperative nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Escalas de avaliação da dor	35
Figura 2 –	Organograma para elaboração de medida psicológica	39
Figura 1 –	Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa de literatura, elaborado com base nas recomendações PRISMA. Londrina-PR, Brasil, 2015 (Artigo 1)	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Atributos da EDESP e seus respectivos itens. Londrina-PR, Brasil, 2015.....	61
Quadro 1 –	Publicações sobre avaliação das dimensões da sede, segundo autores, ano, método, objetivo, dimensão da sede avaliada (2005 a 2015). Londrina-PR, Brasil, 2015 (Artigo 1).....	74
Quadro 1 –	Resultados da validação de conteúdo dos itens da EDESP. Londrina-PR, Brasil, 2015 (Artigo 2).....	93
Quadro 2 –	Resultados da validação de conteúdo dos atributos da EDESP. Londrina-PR, Brasil, 2015 (Artigo 2).....	94
Quadro 3 –	Comportamento do alfa de Cronbach na exclusão de algum item da EDESP. Londrina-PR, Brasil, 2015 (Artigo 2).....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH	Hormônio Antidiurético
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
CC	Centro Cirúrgico
CVI	<i>Content Validity Index</i>
EDESP	Escala de Desconforto da Sede Perioperatória
EDV	Escala de Descritores Verbais
EF	Escala de Faces
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Verbal Numérica
FVI	<i>Fatorial Validity Index</i>
GPS	Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede
IRA	<i>Interrater Agreement</i>
PSMS	Protocolo de Segurança e Manejo da Sede
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SRA	Sala de Recuperação Pós- Anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRPM8	<i>Transient Receptor Potential Melastatin- 8</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA SEDE	21
2.2	SEDE E O PACIENTE CIRÚRGICO	29
2.3	AVALIAÇÃO DA SEDE	33
2.4	ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	38
2.5	PROCEDIMENTOS TEÓRICOS.....	40
2.5.1	Definição do Construto e da Dimensionalidade	40
2.5.2	Definição Constitutiva	41
2.5.3	Definição Operacional.....	41
2.5.4	Operacionalização do Construto	42
2.5.4.1	Regras para a construção dos itens.....	42
2.5.4.2	Quantidade de itens	43
2.5.5	Análise Teórica	44
2.5.5.1	Análise semântica (Validação aparente).....	44
2.5.5.2	Validação	45
2.5.5.2.1	<i>Técnica Delphi</i>	49
2.6	PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS	51
2.7	PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	51
2.7.1	Erros de Mensuração.....	55
3	OBJETIVOS	56
3.1	OBJETIVO GERAL	57
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
4	MATERIAL E MÉTODO	58
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	59
4.2	LOCAL DE ESTUDO	59
4.3	ELABORAÇÃO DA ESCALA DE DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA (EDESP)	59

4.4	DEFINIÇÃO DO CONSTRUTO E SEUS ATRIBUTOS	60
4.5	OPERACIONALIZAÇÃO DOS ATRIBUTOS.....	61
4.6	VALIDAÇÃO	62
4.6.1	Análise Semântica (Validação Aparente)	62
4.6.2	Validação de Conteúdo.....	62
4.7	FIDEDIGNIDADE	65
4.7.1	Equivalência Interobservadores	65
4.7.2	Alfa de Cronbach	66
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	66
4.9	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	66
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1	AValiação das dimensões da sede: revisão integrativa	68
5.2	ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA	86
6	CONCLUSÃO	104
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	118
APÊNDICE A-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de seleção dos atributos representativos do construto	119
APÊNDICE B-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Análise Semântica da EDESP	120
APÊNDICE C-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Validação de Conteúdo dos atributos e itens da EDESP.....	121
APÊNDICE D-	Instrumento 1: Validação de Conteúdo dos atributos da EDESP	123
APÊNDICE E-	Instrumento 2: Validação de Conteúdo dos itens da EDESP.....	126
APÊNDICE F-	Instrumento 3: Validação de Conteúdo do Manual	

	Operacional.....	129
APÊNDICE G-	Instrumento 4: Caracterização dos especialistas	144
APÊNDICE H-	Escala de Desconforto da Sede Perioperatória- EDESP	145
APÊNDICE I-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Teste piloto da EDESP	146
APÊNDICE J-	Instrumento de coleta de dados - Avaliação da Fidedignidade.....	147
APÊNDICE K-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Técnica da equivalência interobservadores para identificação da fidedignidade da EDESP	148
ANEXOS	149
ANEXO A –	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	150

“Os sonhos não determinam o lugar que você vai estar, mas produzem a força necessária para o tirar do lugar em que está”.
- Augusto Cury

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A água é essencial para a sobrevivência. O consumo dela é regulado pela sede, descrita como o desejo em beber água. Além dos aspectos fisiológicos e neuro-hormonais envolvidos na gênese e saciedade da sede, existe a influência dos hábitos, costumes, cultura e rituais do indivíduo, assim como da vontade em ingerir bebidas que promovam sensação de aquecimento ou resfriamento, com teor alcoólico e com cafeína, ou apenas para acompanhamento das refeições (LEIPER, 2005; MCKINLEY et al., 2004). Sintomas relacionados com a desidratação, como a boca e garganta seca, também são capazes de estimular os mecanismos que regulam a ativação da sede (BRUNSTROM, 2002; LEIPER, 2005)

Evidências demonstraram que a geração da sede e sua saciedade estão relacionadas com áreas cerebrais anatômicas específicas, mapeadas por meio da ressonância magnética funcional e tomografia por emissão de pósitrons, após estímulo com solução salina hipertônica (DENTON et al., 1999; EGAN et al., 2003; FARREL et al., 2008). Estas regiões atuam em conjunto com receptores periféricos localizados na orofaringe e trato gastrointestinal, responsáveis pela saciedade temporária da sede, ou seja, antecedendo a absorção da água no estômago (FIGARO; MACK, 1997; GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005).

A principal classificação etiológica da sede a relaciona com alterações na osmolaridade e volume intravascular, denominadas respectivamente de sede osmótica e sede hipovolêmica.

A sede osmótica é ocasionada por alterações na razão água e soluto no organismo, acarretando um estado de hiperosmolaridade no espaço extracelular e desidratação no compartimento intracelular. Situação essa, resultante do movimento da água por difusão, de um espaço de baixa para alta concentração de solutos em busca da homeostasia (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005).

Alterações mínimas na osmolaridade são capazes de induzir a sede osmótica. A atividade de detecção destas alterações por receptores cerebrais é complementada por osmorreceptores periféricos ou viscerais, distribuídos no trato gastrointestinal, orofaringe, intestinos, mesentério esplânico, veia porta hepática e fígado (BOURQUE, 2008; LEIPER, 2005).

Fatores como as hemorragias, sudorese, vômitos, diarreia e diurese estão relacionadas com reduções significativas no volume plasmático e podem desencadear a sede hipovolêmica (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER,

2005). Ambos os mecanismos envolvem uma cascata neuro-hormonal que suscita em conservação de água e sódio pelos rins, em busca da homeostasia e equilíbrio hídrico.

Os pacientes que se encontram no período perioperatório estão expostos a inúmeros fatores que ocasionam a sede: jejum pré-operatório, entubação anestésica, medicações necessárias ao ato anestésico e cirúrgico, oxigenoterapia prolongada, ansiedade e perdas sanguíneas no intraoperatório. A sede tem sido caracterizada como um sintoma de alta intensidade e desconforto, que repercute negativamente na experiência cirúrgica, com incidência de 75% no pós-operatório imediato (ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012).

O desconforto advém de situações causadoras de estresse, responsáveis pela não satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência (KOLCABA, 1995; KOLCABA; KOLCABA, 1991). A mensuração da sede, portanto, embasa ações de manejo e alívio, dentro do processo de busca do estado de conforto.

A sede é descrita ainda como um sintoma complexo e multifatorial, que pode ser avaliada por meio de imagens cerebrais, exames de sangue para identificação da osmolaridade e dosagem da vasopressina ou hormônio antidiurético (ADH). Esses métodos são complexos para serem adotados na prática diária. A forma mais simples e objetiva, portanto, se dá por meio de instrumentos de mensuração, visto que as respostas obtidas são um retrato de quem está vivenciando este sintoma, caracterizado pela subjetividade.

Estudos evidenciando escalas para a mensuração da sede, no entanto, são incipientes e escassos. As escalas disponíveis para a sua avaliação são análogas as que são utilizadas extensivamente para a mensuração da dor, consistindo na: escala visual analógica (EVA), escala verbal numérica (EVN), escala de descritores verbais (EDV) e escala de faces (EF) da dor (FORTUNATO et al., 2013; JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003).

Escalas válidas e fidedignas para a sede estão representadas pelo Inventário de Xerostomia (*Xerostomia Inventory*) (THOMSON et al., 1999), Inventário de Sede para pacientes em hemodiálise (*Dialysis Thirst Inventory*) (BOTS et al., 2004) e Escala de Desconforto da Sede (*Thirst Distress Scale*), também para pacientes em hemodiálise (WELCH, 2002). Não foram encontradas publicações evidenciando escalas para a mensuração do desconforto da sede em pacientes

cirúrgicos.

A inexistência de um instrumento para avaliar a sede nos pacientes cirúrgicos resulta em sua baixa mensuração e reflete na subvalorização deste sintoma por parte dos profissionais de saúde, até mesmo na ausência de planejamento de ações e estratégias para o seu manejo e alívio.

Hipotetiza-se, portanto, a possibilidade de elaborar uma escala que consiga mensurar o quão desconfortável é a sede do paciente cirúrgico no período perioperatório. Neste cenário, o objetivo deste estudo foi desenvolver e validar uma escala de avaliação do desconforto da sede perioperatória, com a adoção dos pressupostos proposto por Pasquali (1999).

“[...] não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles”.
- Augusto Cury

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA SEDE

A água é a molécula mais abundante no organismo, perfazendo aproximadamente 70% de toda a massa corporal, e a manutenção do equilíbrio hídrico é imprescindível à sobrevivência. A distribuição de fluidos no corpo é principalmente determinada pela quantidade de água e sódio (LEIPER, 2005; MCKINLEY et al., 2004).

A sede é descrita como o desejo de beber água. As necessidades fisiológicas estão diretamente relacionadas com este desejo, mas existe a influência de outros aspectos como os hábitos e costumes do indivíduo, rituais sociais, doenças, vontade de consumir bebida alcoólica e cafeína ou outro tipo de líquido que possa promover sensação de aquecimento ou resfriamento, e até mesmo como acompanhamento para a ingestão de comida (LEIPER, 2005; MCKINLEY et al., 2004).

A percepção da sede sofre também a influência de comportamentos aprendidos, como os sinais referentes à boca e garganta estarem secas, a sensação de estômago cheio, refletindo na interrupção da ingestão de água antes mesmo que o déficit de fluidos seja restaurado a nível celular (BRUNSTROM, 2002; LEIPER, 2005).

Mecanismos fisiológicos, neuronais e hormonais estão envolvidos com a gênese e saciedade da sede, que por sua vez, controla a motivação em ingerir água de acordo com as necessidades de manutenção da homeostasia do organismo (LEIPER, 2005; MCKINLEY et al., 2004).

A água é distribuída entre os espaços extracelular e intracelular de acordo com as pressões osmótica, oncótica e hidrostática. Alteração na razão entre água e soluto resulta em mudanças na osmolaridade dos fluidos, fazendo com que a água se movimente de um local de menor concentração para um ambiente de maior concentração. Desta forma, uma instabilidade em qualquer um dos compartimentos afeta o outro (LEIPER, 2005).

O comportamento que resulta na ingestão de água se deve principalmente às alterações osmóticas e volêmicas, responsáveis respectivamente pela sede osmótica e sede hipovolêmica. A regulação da sede envolve a secreção de vários hormônios que afetam a reabsorção de soluto e água pelos rins, além de áreas cerebrais denominadas de centros de controle da sede (LEIPER, 2005).

Diversas áreas anatômicas do cérebro estão envolvidas com o mecanismo gerador da sede. O centro da sede possui neurônios que respondem à injeções de soluções hipertônicas, estimulando o comportamento de beber água (GUYTON; HALL, 2011). As áreas de controle da sede estão localizadas anatomicamente no hipotálamo, prosencéfalo (LEIPER, 2005) e regiões do cíngulo anterior e posterior, e cerebelo (DENTON et al., 1999; PARSONS et al., 2000).

O hipotálamo é responsável por inúmeras atividades corporais, inclusive regulação da homeostasia, pois em uma mesma estrutura está o centro da sede, da fome e da temperatura. O tálamo é uma estrutura que se encontra acima do hipotálamo, consistindo em massas ovais pareadas de substância cinzenta entrelaçadas por substância branca, responsável pela transmissão de impulsos sensitivos ao córtex cerebral, provenientes do tronco encefálico, medula espinal e do mesencéfalo (TORTORA; DERRICKSON, 2013).

Identificou-se um estudo que avaliou os padrões de ativação das áreas cerebrais envolvidas, fazendo-se indução de sede com solução salina hipertônica (acréscimo de 4 mmol/l na osmolaridade), em 10 indivíduos do sexo masculino com idade entre 24 e 36 anos. As respostas foram avaliadas por imagens obtidas por ressonância magnética funcional e tomografia por emissão de pósitrons. As avaliações ocorreram com a irrigação da boca e ingestão de água livremente até a saciedade, com observações sequenciais em 3, 14, 45 e 60 minutos depois de atingir a saciedade completa (DENTON et al., 1999).

Constatou-se vários padrões de ativação relacionados com a consciência da sede, diante de um aumento na osmolaridade do plasma sanguíneo. As principais regiões foram: córtex cingulado anterior e posterior, tálamo, giro para-hipocampal, córtex orbitofrontal, ínsula e mesencéfalo. Áreas do córtex cingulado permaneceram ativas mesmo com pequenos estímulos orais como molhar a boca, mas com a saciedade os padrões de ativação desapareceram. A área do córtex cingulado, também é conhecida como as regiões de intersecção das áreas 1, 2, 3 e 4 de Brodmann (DENTON et al., 1999).

Experimento semelhante, com avaliação 25 minutos depois do estímulo com solução salina hipertônica, encontrou padrões de ativação semelhantes: giro para-hipocampal, córtex cingulado anterior (área 2/4 de Brodmann) e posterior (área 3/1 de Brodmann), ínsula, giro frontal e lâmina terminal. No córtex cingulado anterior o padrão de ativação desapareceu imediatamente após a saciedade, no entanto, na

lâmina terminal o mesmo não aconteceu porque é preciso que a água seja reabsorvida antes para a corrente sanguínea (EGAN et al., 2003).

A lâmina terminal é uma região do cérebro localizada na linha média da parede anterior do terceiro ventrículo. É composta por duas regiões: o órgão subfornical (SFO) e o *organum vasculosum* da lâmina terminal (OVLT), cuja composição consiste em osmorreceptores (BOURQUE et al., 2007; GUYTON; HALL, 2011; MCKINLEY; JOHNSON, 2004; MCKINLEY et al., 2004). Uma característica importante dessas estruturas é a ausência de barreira hematoencefálica típica que impede a difusão de íons do sangue para o tecido cerebral. Isso permite aos osmorreceptores resposta rápida as alterações na osmolaridade do líquido extracelular, com potente controle da secreção do ADH, e da sede (GUYTON; HALL, 2011).

Os estímulos provenientes da circulação sanguínea, tais como a hiperosmolaridade plasmática e as ações hormonais (como da angiotensina), são transformadas em necessidade de ingesta hídrica na lâmina terminal (MCKINLEY; JOHNSON, 2004). Evidências científicas mostraram que os osmorreceptores também se encontram em outra região da lâmina terminal, o núcleo pré-ótico mediano (MnPO), pois a sua ablação resultou em significativa redução do mecanismo da sede induzida pela osmolaridade (MCKINLEY et al., 2004).

As regiões cerebrais envolvidas com a aversão à água com o retorno da homeostasia, objetivando prevenir a ingesta excessiva de líquidos foram evidenciadas em outra pesquisa, por meio de imagens obtidas com ressonância magnética funcional. Os padrões de ativação envolveram o córtex cingulado, a ínsula, amígdala, substância periaquedutal e cerebelo (SAKER et al., 2014).

Um último experimento, em contrapartida se utilizou de quatro tipos diferentes de soluções para identificar as respostas cerebrais: uma denominada de solução sem sabor, com composição semelhante ao da saliva; água mineral; água com glicose e água com sal (cloreto de sódio). Evidenciou-se uma atividade intensa no córtex orbitofrontal e na área somatossensorial, relacionada à refrescância e agradabilidade do líquido por via oral (ARAÚJO et al., 2003).

A área somatossensorial se encontra na região posterior ao sulco central de cada hemisfério cerebral, no giro pós-central de cada lobo parietal. Esta área recebe impulsos para o tato, pressão, temperatura (calor e frio), vibração, prurido, cócegas, dor e propriocepção (TORTORA; DERRICKSON, 2013).

A osmolaridade do plasma sanguíneo é mantida entre 270 e 295 mosmol/Kg, e um acréscimo de 2 ou 3% na osmolaridade ou uma deficiência de água no espaço extracelular, são suficientes para que a água se mova de dentro (espaço intracelular) para fora das células (espaço extracelular) em busca do equilíbrio água/soluto, resultando em desidratação celular (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005). Quando os mecanismos compensatórios normais não são suficientes para a conservação de água a níveis adequados para a restauração do balanço hídrico a sede osmótica é ativada (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

As alterações osmóticas são identificadas pelos osmorreceptores localizados na parede anterior do terceiro ventrículo no hipotálamo, próximo aos núcleos supraóxicos. A ativação desses receptores é responsável pela transmissão de sinais nervosos até a hipófise posterior, resultando na secreção do ADH na circulação sanguínea. Em nível renal o ADH atua no aumento da permeabilidade dos túbulos coletores distais, túbulos coletores corticais e dos ductos coletores medulares internos, aumentando a reabsorção de sódio e água e, excreção de pequeno volume de urina concentrada (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005).

A atividade de detecção de alterações na osmolaridade pelos osmorreceptores cerebrais é complementada por osmorreceptores periféricos ou viscerais, distribuídos no trato gastrointestinal, orofaringe, intestinos, mesentério esplânico, veia porta hepática e fígado. Os osmorreceptores periféricos estão envolvidos com o envio de sinais ao cérebro para a inibição da sensação de sede após a ingestão de líquidos, antes mesmo que o equilíbrio hídrico seja restaurado (BOURQUE, 2008; LEIPER, 2005).

Com a redução da osmolaridade plasmática, estímulos inibitórios advindos do centro de controle da sede produzem a sensação de saciedade e inibição da secreção de ADH, resultando na diluição da urina. Estando dentro dos limites normais de osmolaridade, os estímulos excitatórios e inibitórios da sede osmótica se anulam, não havendo sede ou saciedade (LEIPER, 2005).

Mais de 70% dos estímulos para a sede são osmóticos, mas a sensação de sede também está relacionada com a queda de volume no compartimento extracelular, desencadeando a sede hipovolêmica (LEIPER, 2005).

Reduções no volume plasmático estão relacionadas com hemorragias, vômitos, diarreias, sudorese e diurese. Os barorreceptores são os responsáveis pela ativação da sede hipovolêmica, com atividade inibitória sobre o centro da sede. Quando ocorre a diminuição de volume extracelular, esse estímulo inibitório cessa com conseqüente aumento da percepção da sede e secreção de ADH (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005).

Os barorreceptores estão localizados em locais de alta pressão arterial, como o arco aórtico e seio carotídeo, e também em regiões de baixa pressão, como nos átrios cardíacos. Os estímulos aferentes produzidos por estes receptores são transmitidos pelos nervos vago e glossofaríngeo até os núcleos do trato solitário, os quais possuem comunicação com os núcleos hipotalâmicos que controlam a síntese e secreção do ADH (GUYTON; HALL, 2011).

Na seqüência, uma estimulação simpática renal promove a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. A aldosterona II em conjunto com o ADH atua na porção tubular proximal dos rins, com resultante reabsorção de água e sódio. A angiotensina II influencia diretamente as respostas de sede e apetite ao sódio a nível cerebral e na vasoconstrição periférica (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; ARAI et al., 2014; LEIPER, 2005). Para restaurar o volume extracelular é necessário água e sódio, por isso a desidratação extracelular provoca inicialmente sede, e, posteriormente apetite ao sódio (LEIPER, 2005).

A angiotensina é um neuropeptídeo sintetizado em diversas regiões cerebrais. A renina liberada pelos rins, em conseqüência da estimulação dos barorreceptores, transforma a angiotensina plasmática em angiotensina I. Nos pulmões, uma enzima catalizadora converte a angiotensina I em angiotensina II, responsável pela vasoconstrição periférica e ação nas áreas que controlam a sede e o apetite ao sódio (GUYTON; HALL, 2011).

Estados de excesso de volume sanguíneo ou hipervolemia são detectados por barorreceptores cardiopulmonares e arteriais que estimulam a secreção do peptídeo natriurético atrial (ANP) pelas fibras musculares atriais cardíacas, que inibe a secreção de ADH resultando em aumento da excreção de água e sódio pelos rins (ARAI et al., 2014; GUYTON; HALL, 2011).

Os mecanismos que respondem às alterações no volume não são tão sensíveis quanto às modificações na osmolaridade. Um incremento de 10% no volume de plasma é necessário para a ativação da sede hipovolêmica (GUYTON;

HALL, 2011; LEIPER, 2005). Isso se deve às grandes variações no volume de sangue e pressão que ocorrem em atividades da vida diária, como as mudanças posturais e exercícios físicos (LEIPER, 2005).

A ingesta hídrica diminuída é responsável por alterações no equilíbrio hidroeletrólítico e, quando a desidratação persiste uma complexa reação fisiológica acontece com o intuito do restabelecimento da homeostasia (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013). Portanto, a sede ou a vontade de beber água é ativada pelas áreas do cérebro envolvidas com o seu estímulo e, simultaneamente o indivíduo experiencia os sinais periféricos que atuam como sinalizadores da necessidade do consumo de líquidos.

Desta forma, a etiologia da sede, tanto osmótica quanto hipovolêmica, explicam um conjunto de sintomas periféricos responsáveis por provocar um estado desconfortável, relacionados ao sintoma sede. Esses sintomas são representados pela boca seca, lábios ressecados, língua e saliva grossas, garganta seca, gosto ruim ou amargo na boca e pela vontade de beber água.

A sensação de boca seca, também denominada de xerostomia, se refere ao estado de desidratação de todas as áreas que fazem parte da composição da anatomia da cavidade oral (BRUNSTROM; TRIBBECK; MACRAE, 2000; GUYTON; HALL, 2011), inclusive os lábios, cujo ressecamento pode estar associado ao aparecimento de rachaduras. A redução da umidificação da cavidade oral está associada com a redução da secreção salivar.

A redução da secreção salivar provoca a sensação de que a saliva está grossa e, concomitantemente faz com que a língua tenha atrito com os tecidos e estruturas subjacentes, cuja sensação é caracterizada como língua grossa (GUGGENHEIMER; MOORE, 2003). O mecanismo exato pela qual as glândulas salivares são afetadas pela sede é desconhecido, muito menos a sua relação com a percepção de boca seca. Quando o ressecamento atinge toda a mucosa da cavidade oral, incluindo a garganta, a sede é sinalizada por meio da sensação de garganta seca.

O gosto ruim na boca, descrito por alguns indivíduos como gosto amargo, também invariavelmente se relaciona com a restrição de fluidos ou jejum. Diante da privação de alimentos, o organismo procura estratégias de manutenção do metabolismo, por meio da degradação de gorduras e proteínas, cujos produtos do metabolismo provocam uma halitose característica (GUYTON; HALL, 2011).

Outra classificação da etiologia da sede baseia-se na existência da “sede verdadeira” e da “sede falsa”. A “sede verdadeira” é resultante das alterações osmóticas e hipovolêmicas, pois são reguladas por mecanismos fisiológicos diante de instabilidade do balanço hídrico sendo, portanto, uma sede desencadeada por necessidade iminente do organismo em manter as suas funções corporais (WOODTLI, 1990).

A “sede falsa” acomete o indivíduo independente do seu estado de hidratação, motivada pelo desejo em consumir água, influenciado por fatores culturais, sociais e hábitos da pessoa. Mesmo que a reposição de fluidos ocorra pela via parenteral, a boca seca ainda suscita a necessidade de ingestão de líquidos por via oral para saciar a sede (WOODTLI, 1990).

Não há dúvidas que o restabelecimento da osmolaridade e volume extracelular promovam saciedade e interrupção da sede. A interrupção na ingestão de água também está atrelada à presença de receptores faríngeos e gastrointestinais responsáveis pelo alívio temporário da sede de curta duração, pois o desejo de beber água só será totalmente satisfeito com o retorno da osmolaridade e volume sanguíneo aos padrões de normalidade (FIGARO; MACK, 1997; GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005).

Líquidos frios, assim como os picolés de gelo, tem se mostrado uma alternativa viável para o alívio da sede (BRUNSTROM, 2002; ECCLES et al., 2013; LEIPER, 2005). Termorreceptores localizados na cavidade oral, não envolvidos com a regulação da temperatura corporal, estão relacionados com a identificação da temperatura da comida e líquidos, e possuem conexão com mecanismos centrais de controle cerebral (ECCLES et al., 2013).

A identificação da temperatura de alimentos e líquidos frios, foi correlacionada com um receptor denominado de *Transient Receptor Potential Melastatin-8* (TRPM-8), um canal iônico sensível a temperaturas abaixo de 25 a 28°C, também estimulado por substâncias mentoladas (FISHER, 2011).

Embora líquidos frios ou quentes tenham o mesmo efeito na osmolaridade do plasma (ECCLES et al., 2013), um teste realizado com água na temperatura de 5°C e 22°C, constatou que o líquido em menor temperatura foi mais eficaz para a saciedade da sede e redução do ressecamento da cavidade oral do que a água em maior temperatura (BRUNSTROM; MACRAE, 1997).

A integração dos estímulos pré e pós-absortivos modulam a sensação de sede e volume de líquido ingerido (LEIPER, 2005). A saciedade é denominada pré-absortiva quando associada aos receptores de frio na orofaringe e é temporária. Quando o líquido ingerido é absorvido no trato gastrointestinal e há consequente redução da osmolaridade, a saciedade é chamada de pós-absortiva (ECCLES et al., 2013).

Os receptores orofaríngeos são essenciais na saciedade pré-absortiva. Quando a água passa pela orofaringe e esôfago, a estimulação dos receptores resulta na ativação de respostas cerebrais que afetam a secreção do ADH, advindo a saciedade. A mesma situação não é vista quando a água é introduzida diretamente no estômago, por meio de fístulas ou sonda nasogástrica (FIGARO; MACK, 1997; FITZSIMONS, 1972).

Discute-se também a associação com uma resposta aprendida acerca do volume de água que é preciso ingerir para corrigir a desidratação. Se não houvesse mecanismos de interrupção da ingestão de água, antes dela ser absorvida para a corrente sanguínea, o organismo entraria em um estado de hipervolemia (GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005).

Verifica-se, desta forma, que a sede é um comportamento complexo, cujos mecanismos envolvem estímulos hormonais e neuronais em busca da completa saciedade e retorno da homeostasia. As respostas e o desenvolvimento da sede sofrem, no entanto, a influência de fatores individuais, vistas por exemplo, nos extremos de idade (crianças e idosos).

Os recém-nascidos e as crianças são incapazes de responder apropriadamente aos sinais de desidratação, caracterizada pela rápida evolução nesta faixa etária (WOODTLI, 1990). Isso ocorre porque a porcentagem de água no peso corporal de bebês e crianças é muito maior que a de um adulto, no entanto, a distribuição é maior no líquido extracelular do que dentro das células, predispondo a perda rápida de volume (EUROPEAN FOOD SAFETY AUTHORITY, 2010).

A desidratação nas crianças exige identificação e correção rápidas, cujos principais sinais se resumem a: diarreia, náuseas e anorexia, redução do turgor cutâneo, ressecamento das mucosas, depressão das fontanelas (em recém-nascidos), afundamento de globo ocular, hipotensão e pulso filiforme (WOODTLI, 1990).

Ao contrário das crianças, o envelhecimento predispõe os idosos à desidratação devido a redução gradual de água na massa corporal; diminuição da percepção da sede, pela redução da sensibilidade às alterações osmóticas e hormonais; e por fim, pela redução das funções renais associada com a diminuição da sensibilidade ao ADH (SCHOLS et al., 2009; WOODTLI, 1990).

Os principais fatores de risco são: as doenças em geral (dor, febre, infecções), doenças neurológicas (demência), cardiopulmonares e gastrointestinais (diarreia, náuseas e vômitos), condições psiquiátricas (ansiedade, depressão), locomoção diminuída, incontinência urinária e distúrbios endócrinos (diabetes *mellitus* e diabetes *insipidus*). Outros incluem o uso abusivo de medicamentos, aspectos comportamentais, exemplificado, pelo isolamento social, não acesso à água, por vezes, acompanhada pela falta de solicitação a alguém que lhes possam oferecer líquidos, por não quererem incomodar (SCHOLS et al., 2009; WOODTLI, 1990).

2.2 SEDE E O PACIENTE CIRÚRGICO

Os pacientes descrevem a sede como um desconforto intenso, repercutindo negativamente na experiência cirúrgica, com incidência de 75% no pós-operatório imediato (ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012). Os estudos também evidenciaram a alta intensidade do desconforto da sede, com média de 8,17 (CHO; KIM; PARK, 2010), 6,6 (dp= 2,03) (SOLER et al., 1993) e 6,1 (dp= 2,18) (ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012), quando avaliadas por EVN.

Essas evidências possuem relação com o conjunto de fatores predisponentes ao desenvolvimento da sede, aos quais os pacientes cirúrgicos estão expostos: jejum pré-operatório, medicações administradas para o ato anestésico-cirúrgico, ansiedade, entubação em anestésias gerais e as perdas sanguíneas.

O jejum pré-operatório é indispensável para a realização dos procedimentos anestésicos. A finalidade é reduzir o conteúdo gástrico e reduzir o risco de regurgitação e broncoaspiração pulmonar, pois durante a indução da anestesia o reflexo da tosse e deglutição é inibido (AGUILAR-NASCIMENTO; DOCK-NASCIMENTO, 2010; ANDREW-ROMIT; VAN DE MORTEL, 2011).

O paciente, no entanto, rotineiramente fica em jejum por um período excessivamente prolongado, chegando a uma média de oito a 37 horas em 90

pacientes cirúrgicos (AGUILAR-NASCIMENTO; DOCK-NASCIMENTO, 2010; ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012).

Períodos prolongados de jejum resultam em desidratação, resistência à ação da insulina com concomitante hiperglicemia, desequilíbrios hidroeletrolíticos, náuseas, vômitos, irritabilidade, confusão e estresse (AGUILAR-NASCIMENTO; DOCK-NASCIMENTO, 2010; LJUNGQVIST et al., 2000).

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) desenvolveu protocolo objetivando guiar a prática do jejum, com a finalidade de reduzir as complicações intra e pós-operatórias. Neste guia, líquidos sem resíduos como a água, chá, café, suco de fruta sem polpa, podem ser consumidos duas horas antes do procedimento cirúrgico, em qualquer faixa etária. Para os recém-nascidos e lactentes o jejum do leite materno deve ser de pelo menos quatro horas. Dieta leve e leite não materno podem ser consumidos por crianças e adultos até seis horas antes da cirurgia, mas para alimentos gordurosos, fritos ou carnes, o jejum se estende para oito ou mais horas (ASA, 2011).

Mesmo com a instituição de protocolos internacionais que propõem a redução do tempo de jejum, pouca coisa foi mudada nas rotinas das instituições hospitalares, perpetuando práticas de jejum prolongado que tem sido transmitidas de geração a geração sem o devido questionamento (BICUDO-SALOMÃO et al., 2011).

Um grupo de pesquisadores brasileiros decidiu adotar novas práticas para o preparo e recuperação do paciente em fase perioperatória de cirurgias abdominais em um hospital escola localizado no Mato Grosso. A partir de um protocolo Europeu, criou-se o projeto “aceleração da recuperação total” do paciente no período pós-operatório (projeto ACERTO) (BICUDO-SALOMÃO et al., 2011).

Instituiu-se protocolos para diversas ações que visam uma recuperação mais rápida dos pacientes cirúrgicos, dentre elas, o jejum por períodos menores que os praticados usualmente, seguindo as recomendações propostas pela ASA (AGUILAR-NASCIMENTO, 2010; BICUDO-SALOMÃO et al., 2011). A implementação deste protocolo proporcionou melhora dos resultados cirúrgicos, expressos por menor tempo de permanência hospitalar, uso reduzido de hemoderivados, índices diminuídos de infecção do sítio cirúrgico, complicações operatórias e óbitos (BICUDO-SALOMÃO et al., 2011).

No intraoperatório, o paciente continua exposto a eventos que desencadeiam o mecanismo da sede, como os distúrbios hidroeletrolíticos,

sangramentos, perdas insensíveis, como a respiração e a sudorese, e a entubação para a anestesia, associadas pelos pacientes com a sensação de boca seca, ou xerostomia (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005). Uma série de medicações necessárias ao ato anestésico- cirúrgico possuem o potencial de reduzir a produção e secreção de saliva, diminuindo a umidificação da cavidade oral e estimulando a sede. As principais drogas são os anticolinérgicos, opioides, como a morfina, fentanil e remifentanil, antidiuréticos, ansiolíticos, antihipertensivos, e por fim, os antiinflamatórios não esteroidais (ARANGO; MOLINA, 2008; BRUNSTROM, 2002; GLORE; SPITERI-STAINES; PALERI, 2009; MORITA et al., 1999; WHITE et al., 1989).

A ausência de estratégias de conhecimento e adoção de estratégias eficazes agrava esse cenário, acentuado pelo silêncio do paciente. Este se preocupa com o cancelamento de sua cirurgia pela quebra do jejum pré-operatório e avisos constantes da equipe sobre a necessidade do jejum, o que faz com que o paciente também se cale no pós-operatório (CONCHON et al., 2015).

O paciente cirúrgico com frequência é encaminhado para a unidade de terapia intensiva (UTI) no pós-operatório imediato. Nestas unidades, a sede apresenta-se como um desconforto de alta incidência e intensidade (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

Na UTI, algumas medidas de alívio e para prover conforto se baseiam na realização da higiene oral com água fria, hidratação dos lábios, uso de antissépticos a base de água, irrigação dos lábios com água fria, gelo e até mesmo a administração de água pela sonda nasogástrica ou enteral com o intuito de melhorar o balanço hídrico (LANDSTRÖM; REHN; FRISMAN, 2009; WOODTLI, 1990).

Ensaio clínico randomizado realizado com 252 pacientes internados em UTI, testou um conjunto de métodos de alívio, com o objetivo de reduzir o ressecamento da boca, a intensidade e o desconforto da sede. O grupo controle recebeu cuidados usuais pela equipe do setor, e o outro grupo recebeu uma intervenção, que consistia em *swabs* orais, *sprays* de água e hidratação labial com mentol. As intervenções adotadas foram capazes de reduzir a sensação de boca seca, a intensidade e o desconforto provocado pela sede, no grupo que recebeu a intervenção. A intensidade foi reduzida em média 2,3 pontos, em comparação com o grupo que recebeu cuidados habituais, com decréscimo de 0,6 pontos. Os escores para o desconforto dos sujeitos que receberam as medidas de alívio reduziram a uma

média de 1,8 pontos, enquanto para o grupo de cuidado usual apenas 0,4 pontos (PUNTILLO et al., 2014).

Em estudo quase experimental, medidas de alívio da sede também foram testadas em 90 pacientes, que relataram estar com vontade de beber água na sala de recuperação anestésica. A estratégia consistiu em oferecer para um dos grupos água em temperatura ambiente e para o outro lascas de gelo, sendo que houve maior redução da intensidade da sede no grupo que recebeu lascas de gelo (ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012).

Gaze molhada com soro fisiológico gelado e o gelo, foram utilizados como métodos de alívio da sede e da boca seca em pacientes em pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. Ambas as ações se mostraram efetivas na redução da sede e melhora das condições da cavidade oral (CHO; KIM; PARK, 2010).

Estudos experimentais compararam o efeito da hidratação da cavidade oral e secura da boca com gargarejos com água fria, aplicação de gaze úmida e umidificação em pacientes no pós-operatório de cirurgias ortopédicas e nasais (HUR et al., 2009; YOON; MIN, 2011). O grupo que recebeu as intervenções apresentou melhora na secura da boca (YOON; MIN, 2011), e os gargarejos com água gelada foram mais eficazes na redução da intensidade da sede (HUR et al., 2009).

Não se encontram, no entanto, estudos que avaliem a sede especificamente em sala de recuperação anestésica. Visando suprir esta lacuna elaborou-se um Protocolo de Segurança e Manejo da Sede (PSMS) no pós-operatório imediato, com o intuito de facilitar a avaliação sistemática da condição clínica do paciente, para que os profissionais obtivessem parâmetros confiáveis para a administração ou não de medidas de alívio da sede. O protocolo passou por processos de análise da pertinência dos itens por especialistas, que os julgaram pertinentes, de fácil compreensão, e rápida aplicação (NASCIMENTO et al., 2014).

Elencaram-se os critérios de avaliação do nível de consciência, dos reflexos protetores das vias aéreas (tosse e deglutição) e a ausência de náuseas e vômitos para constituírem o protocolo. Os critérios foram dispostos em um algoritmo gráfico, em que a avaliação favorável de todos os indicadores conduz à determinação da segurança para a administração de métodos de alívio da sede (NASCIMENTO et al., 2014).

2.3 AVALIAÇÃO DA SEDE

A sede é um sintoma subjetivo e multifatorial. Quando comparada com a fome, os pacientes relatam que a sede é muito mais emergencial, podendo sobrepujar todas as outras sensações (CONCHON et al., 2015), inclusive a dor.

As associações nacionais e internacionais de anesthesiologistas e de enfermeiros especialistas em enfermagem perioperatória, no entanto, não consideram ainda a sede nos manuais de práticas recomendadas e das classificações de diagnósticos de enfermagem (CONCHON et al., 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é o processo de enfermagem aplicado no Centro Cirúrgico, com o objetivo de nortear o pensamento crítico que orienta as ações de enfermagem (ROTHROCK, 2007). Dentre as etapas importantes para a realização da SAEP está o diagnóstico de enfermagem. É possível inferir que se a sede fizesse parte do rol dos diagnósticos de enfermagem, poderia ser valorizada dentro do processo de assistência de enfermagem perioperatória. Essa inclusão poderia contribuir para a proposição de ações para minimizar o desconforto causado pela sede.

Com o intuito de refletir sobre a sede perioperatória em sua multidimensionalidade, estudo de reflexão teórica analisou seu contexto dentro da perspectiva da Teoria de Manejo dos Sintomas (CONCHON et al., 2015).

A Teoria do Manejo dos Sintomas baseia-se em três dimensões: experiência do sintoma; estratégias para o manejo e repercussões do sintoma; e em três domínios de enfermagem: pessoa, ambiente e estado de saúde/doença (DODD et al., 2001). A teoria define o sintoma como “uma experiência subjetiva que reflete alterações no funcionamento biopsicossocial, nas sensações ou na cognição do indivíduo”. A abordagem efetiva do sintoma, de acordo com a teoria, deve contemplar a percepção do indivíduo, para determinar métodos de mensuração e alívio, com o objetivo de reverter os déficits ocasionados pelo sintoma no estado funcional, na qualidade de vida e estado emocional do indivíduo, dentre outros benefícios (DODD et al., 2001).

Várias estratégias possibilitam a avaliação da sede. Exames laboratoriais a identificam por alterações hormonais e da osmolaridade do plasma sanguíneo. Técnicas de mapeamento cerebral permitem a identificação precisa das áreas envolvidas com a sensação da sede e sua saciedade, graças às modificações no

fluxo sanguíneo ou alterações químicas na composição cerebral expostas a algum estímulo específico.

Estudo induziu sede em 10 sujeitos do sexo masculino, por meio da infusão de solução salina hiperconcentrada, e imagens eram obtidas por meio da tomografia por emissão de pósitrons e ressonância magnética funcional. Os resultados obtidos eram associados com os escores de sede, obtidos com a aplicação de EVA de zero a 10, em que zero correspondia “a sem sede” e 10 “a pior sede possível” (DENTON et al., 1999; EGAN et al., 2003).

Escalas para a avaliação da sede são análogas as de mensuração da dor. Para a dor comumente são aplicadas as EVA, EVN, EDV e as EF da dor (FORTUNATO et al., 2013; JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003), representadas na figura 1.

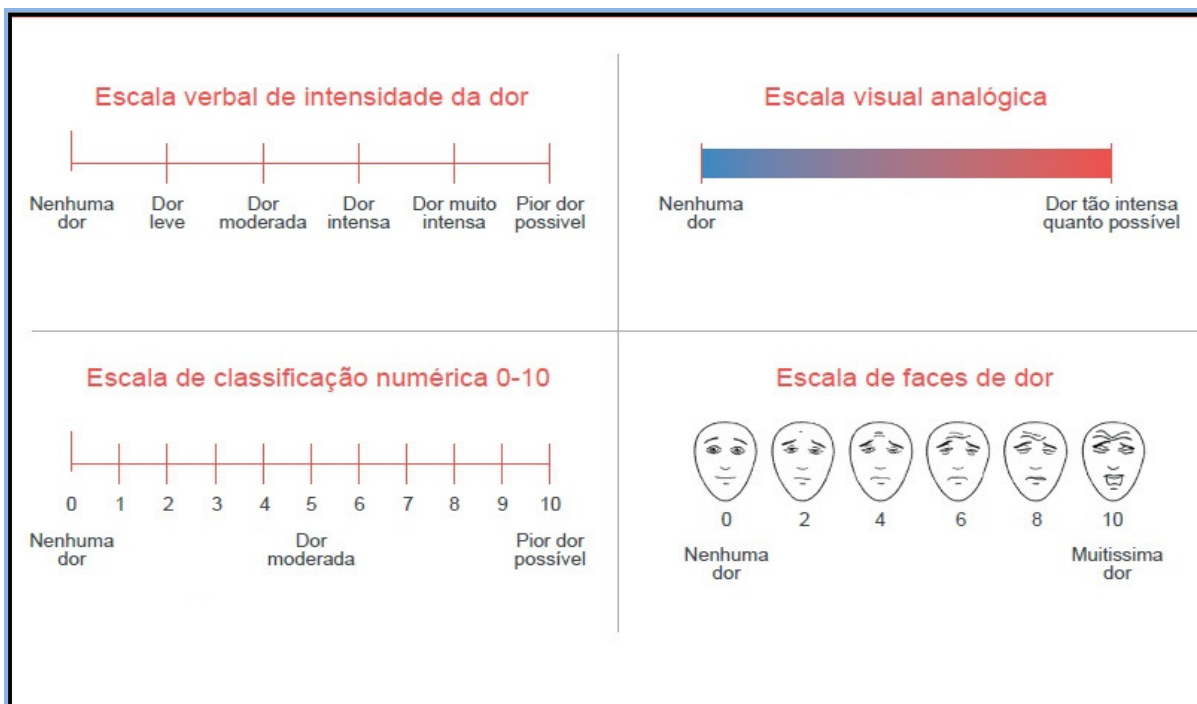
A EVA consiste em uma linha horizontal (às vezes vertical) de 10 centímetros, com as extremidades correspondendo aos extremos de dor (“sem dor” e “pior dor possível”), com o restante da linha correspondendo aos graus intermediários de dor. O respondente deve indicar o ponto da linha correspondente à sua dor (JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003; PEREIRA et al., 2015). A EVN permite que o sujeito classifique a sua dor em uma escala de zero a 10, em que zero corresponde a “sem dor” e 10 “a pior dor possível”, cuja principal finalidade é a de identificar a intensidade do sintoma (JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003). Embora as duas escalas sejam semelhantes, na EVA o respondente deve ter contato visual com a escala e ser capaz de pontuar ou sinalizar ao examinador em que grau está a sua dor (FORTUNATO et al., 2013).

A EDV é uma linha caracterizada por descritores ou frases que representam os diferentes graus de intensidade de dor, e cada palavra possui um número associado. Por fim, a EF da dor, consiste em expressões faciais correspondentes ao grau de dor. Inicialmente foi desenvolvida para as crianças, mas também tem sido utilizada em adultos com dificuldades de comunicação, ou mesmo para aqueles que não conseguem classificar numericamente a sua dor (JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003).

Estudo desenvolveu e validou um questionário para avaliação dos principais desconfortos vivenciados por pacientes em UTI. Utilizou a EVA para identificar a intensidade da sede e de outros aspectos desconfortáveis: barulho, excesso de luz, privação do sono, dificuldade de dormir, fome, dor, aparelhos de monitorização, falta

de privacidade, ansiedade, isolamento, entre outros. A sede obteve altos índices de desconforto (KALFON et al., 2010).

Figura 1- Escalas de avaliação da dor



Fonte: Mundipharma Brasil (2015).

Escalas do tipo Likert de três pontos foram desenvolvidas para avaliar a intensidade e o desconforto de 10 itens de um checklist, com os principais sintomas experienciados por pacientes em UTI, inclusive a sede. Para a intensidade as opções de resposta consistiam em média, moderada e severa; para o desconforto não muito desconfortável, moderado desconforto e muito desconfortável. A sede foi caracterizada como um sintoma incidente, de alta intensidade e baixo desconforto em comparação com os outros itens em avaliação (PUNTILLO et al., 2010).

Foi elaborado, validado e verificado a fidedignidade de um Inventário de Xerostomia (*Xerostomia Inventory*). Elencaram-se inicialmente 19 itens, e apenas 11 constituíram o instrumento final. Os critérios de avaliação constituíram-se de uma escala Likert de cinco pontos, com pontuação final de 11 significando que a boca não estava seca e de 55 extremamente seca (THOMSON et al., 1999).

O inventário se mostrou válido e fidedigno para ser utilizado em outras pesquisas (THOMSON et al., 1999). Este instrumento foi adotado em estudo visando

estabelecer uma relação entre os sintomas da boca seca, particularmente baixa secreção de saliva e xerostomia, com a sede e o ganho de peso em pacientes submetidos à hemodiálise. Nesta mesma pesquisa, elaborou-se e validou-se um Inventário de Sede para pacientes em hemodiálise (*Dialysis Thirst Inventory*) de sete itens, consistindo em uma escala Likert de cinco pontos (um- nunca e cinco- sempre). Escore final de sete corresponde a não presença da sede, e pontuação máxima de 35 muita sede (BOTS et al., 2004).

Evidenciou-se nesta pesquisa, correlação positiva entre a sede e a xerostomia. Do total de participantes, 74,2% apresentaram boca seca, sendo que os índices foram mais baixos para os sujeitos idosos (acima de 65 anos). A faixa etária também influenciou a percepção da sede, e indivíduos que faziam hemodiálise há mais de um ano tiveram maiores escores, em comparação com aqueles que iniciaram as sessões com menos de um ano. Em comparação com o antes e durante as sessões, a percepção da sede se mostrou muito maior após a hemodiálise (BOTS et al., 2004).

Outra escala foi elaborada e validada para a avaliação do desconforto da sede (*Thirst Distress Scale*), e sua construção pautou-se em três dimensões: duração, frequência e desconforto da sede. Foi validada por nove especialistas e aplicada em 247 pacientes renais crônicos, submetidos às sessões de hemodiálise, para testar a sua validade e fidedignidade. Os respondentes deveriam dizer se concordavam (pontuação cinco) ou não (pontuação um) com o item em avaliação, e a intensidade da sede também foi avaliada por EVA de zero a 10 pontos (WELCH, 2002).

A escala final foi estruturada com seis itens representativos do desconforto da sede, sendo que os itens referentes à duração e frequência tiveram que ser excluídos por não mensurarem o construto. A escala se mostrou válida e fidedigna para a determinação do grau de desconforto da sede (WELCH, 2002). Os mesmos processos foram reproduzidos em outro estudo de validação e tradução da escala para a língua turca (KARA, 2013).

O foco da avaliação da sede nos estudos até agora publicados, se dá na percepção, identificação da intensidade e desconforto da sede, principalmente em pacientes em hemodiálise e daqueles internados em UTI. Não se encontram estudos que mensurem o desconforto causado pela sede em pacientes que estejam especificamente no período perioperatório.

Conforto é definido como a “satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de estresse” (KOLCABA, 1995; KOLCABA; KOLCABA, 1991). Seu significado vai além de um estado de saúde e bem estar, faz parte de um complexo conjunto de conceitos dinâmicos tais como, a qualidade de vida, a esperança, controle e tomada de decisão (KOLCABA; KOLCABA, 1991).

Em relação à dor, considera-se o conforto, em muitas situações, o controle e ausência de dor, e a presença da mesma caracterizada como um estado desconfortável. Ao mesmo tempo, o desconforto relaciona-se com a não satisfação de algumas necessidades do indivíduo, que quando satisfeitas, resultam na experiência do conforto (APÓSTOLO, 2009; APÓSTOLO et al., 2012).

O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativas ao alívio, tranquilidade e transcendência, com os seguintes significados: (1) o conforto é uma causa de alívio do estado de desconforto ou causa de um estado de conforto, necessário ao funcionamento habitual; (2) o conforto como um estado de tranquilidade, de calma e de pacífico contentamento, necessário ao desempenho eficiente; (3) conforto no nível da transcendência corresponde ao estado em que a pessoa sente que possui competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas, também chamado de estado de conforto de renovação (KOLCABA; KOLCABA, 1991; KOLCABA; TILTON; DROUIN, 2006).

Os três estados de conforto se desenvolvem em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto psicoespiritual se refere a consciência de si, incluindo a auto-estima, auto-conceito, sexualidade e o sentido da vida; o contexto sociocultural envolve as relações interpessoais, familiares e sociais; e o contexto ambiental abrange aspectos como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (KOLCABA, 1995; KOLCABA; KOLCABA, 1991; KOLCABA; TILTON; DROUIN, 2006).

O alcance do estado de conforto pode ser parcial, incompleto ou temporário, pois o sujeito pode estar vivenciando inúmeros eventos desconfortáveis perdurando apenas até o desconforto surgir novamente (KOLCABA; KOLCABA, 1991). O estado de conforto pode ainda advir como um processo, o de confortar, ou como um resultado de intervenções (APÓSTOLO et al., 2012).

Os desconfortos a que o paciente cirúrgico está exposto tem sido investigados de forma extensiva. A dor, uma das mais intensas formas de desconforto experienciado pelo homem, está intimamente associada ao período pós-operatório. Náuseas e vômitos, frio intenso, tremores entre outras, são ocorrências comuns que levam ao desequilíbrio do bem estar.

A sede, por sua vez, é um sintoma ao mesmo tempo presente mas não valorizado. Paradoxalmente, o próprio paciente com frequência é levado a suportar o desconforto causado pela sede sem se queixar. A sede não saciada, por sua vez, gera mais ansiedade, que gera mais sede, em um círculo vicioso que se prolonga por tempo demasiado. Olhar para o paciente cirúrgico com intencionalidade de identificar e mensurar esse desconforto é o primeiro passo com o intuito de restaurar o equilíbrio para esse paciente.

Os estudos de avaliação da sede no paciente cirúrgico, no entanto, são incipientes e, não foi encontrado instrumento direcionado para a mensuração do desconforto da sede experienciada no período perioperatório.

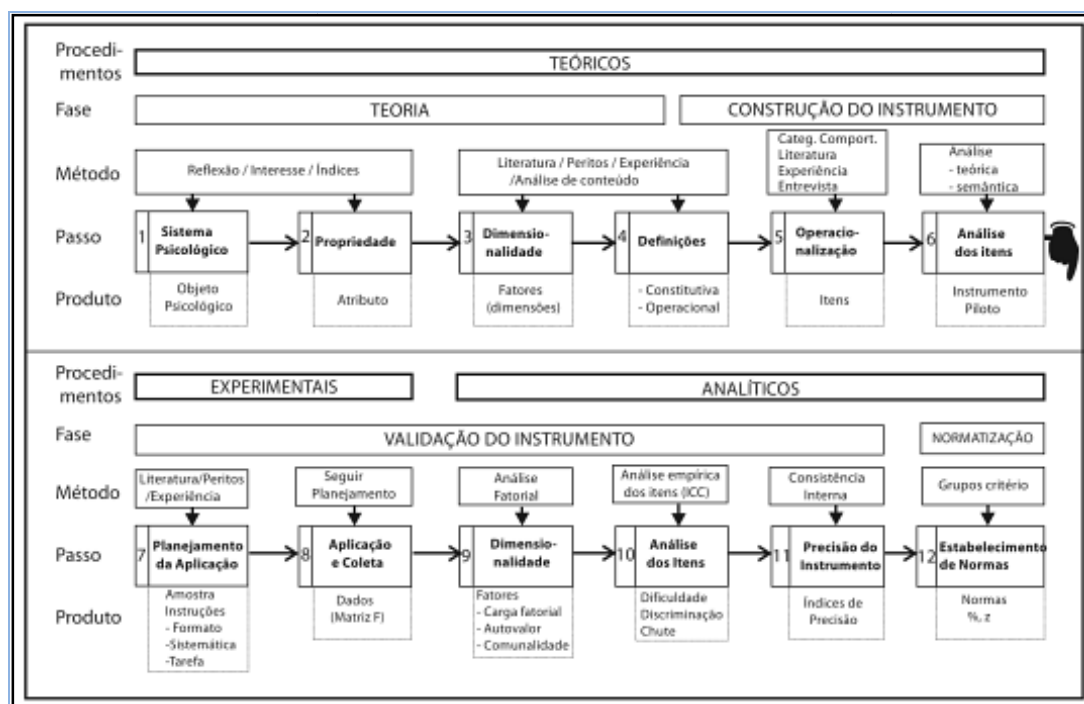
2.4 ELABORAÇÃO, VALIDAÇÃO E FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A iniciativa de elaborar um instrumento de avaliação deve advir de um construto de interesse, este em sua maioria não pode ser medido se não for quantificado. Ao atribuir números ao construto e seus atributos é preciso seguir determinadas regras. Por este motivo, a construção de um instrumento é um empreendimento científico, que deve obedecer a um rigor metodológico, ao qual o pesquisador deve especificar os critérios adotados para a seleção dos valores numéricos atribuídos ao construto (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A tarefa de atribuir valores numéricos a objetos psicológicos é denominada de mensuração. A mensuração é dita como uma linguagem da comunicação, visto que, os números são menos vagos e mais objetivos que as palavras, eliminando possíveis ambiguidades e percepções distintas de um mesmo objeto psicológico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O modelo de elaboração de instrumentos psicológicos proposto por Pasquali (1999) se dá em três grandes polos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos) (figura 2).

Figura 2-Organograma para elaboração de medida psicológica



Fonte: Pasquali (1999).

Na primeira etapa dos procedimentos teóricos o instrumento é elaborado, a partir de extensiva revisão literatura do construto e definição de seus atributos, seguida pela análise teórica; no segundo polo o instrumento piloto é submetido a um teste e se realiza a coleta de informações para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento definitivo; na última etapa dos procedimentos estatísticos são executados testes para avaliar a fidedignidade da escala (PASQUALI, 1999; YAMADA; SANTOS, 2009).

A partir da análise de estudos brasileiros na enfermagem nos últimos cinco anos, objetivando investigar a utilização do modelo de validação de instrumentos psicológicos proposto por Pasquali, sete artigos fizeram parte da amostra. Verificou-se que os pressupostos de Pasquali não são aplicados apenas na elaboração e validação de questionários, mas também em procedimentos operacionais padrão, manuais educativos, jogos educativos de orientação à população e programas de treinamento na enfermagem (MEDEIROS et al., 2015).

Outro estudo se utilizou da teoria de Pasquali para elaborar e validar um PSMS direcionado à avaliação sistemática da condição clínica do paciente cirúrgico, fornecendo subsídios para que a equipe de enfermagem administre ou não métodos de alívio da sede (NASCIMENTO et al., 2014).

Estes estudos evidenciaram a popularidade que o método proposto por Pasquali possui na área da enfermagem, em se tratando da construção de instrumentos de avaliação.

2.5 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

O pólo dos procedimentos teóricos consiste em teorizar o construto psicológico que o instrumento pretende medir, com a premissa de que a teoria deve fundamentar qualquer empreendimento científico. Dessa forma, toda e qualquer evidência científica sobre o construto em estudo deve ser levantada e sistematizada pelo pesquisador para guiar a construção do instrumento (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 1999).

Pasquali (1998) discute, no entanto, que usualmente os pesquisadores não conferem a importância devida a essa etapa, resultando na publicação de instrumentos frágeis, baseados no próprio conhecimento do pesquisador (PASQUALI, 1998).

A partir do conteúdo que foi encontrado é possível construir a teoria explicitando do que se trata o construto e o que ele pretende medir. Esta etapa é dividida em subpartes: definição do sistema psicológico ou do construto; determinação da dimensionalidade do construto; definição constitutiva e operacional do construto; operacionalização do construto em tarefas comportamentais e análise teórica dos itens (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 1999).

2.5.1 Definição do Construto e da Dimensionalidade

A definição do sistema psicológico se refere ao objeto de interesse, também denominado de objeto psicológico ou construto. Um objeto que possa ser expresso em termos observáveis pode se tornar um objeto passível de observação. Porém, o objeto em si não pode ser medido, o que pode ser medido são as propriedades ou atributos dos construtos (PASQUALI, 1999).

O sistema psicológico ou objeto, desta forma, representa o universo de interesse e o atributo representa a delimitação deste universo. Normalmente o universo do objeto psicológico se demonstra amplo demais para ser pesquisado no todo, por este motivo, a definição das propriedades ou atributos se torna uma necessidade prévia à elaboração dos instrumentos (PASQUALI, 1999).

Após a seleção dos atributos que definem o objeto psicológico é preciso

determinar a dimensionalidade dos mesmos, ou seja, é preciso descobrir se o atributo constitui uma unidade semântica única ou se é constituída por componentes distintos ou até mesmo independentes. A resposta acerca da dimensionalidade deve advir da teoria do construto ou dos dados empíricos publicados em literatura científica, até mesmo de estudos abordando o mesmo construto (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 1999).

Com a definição dos atributos e sua dimensionalidade, o próximo passo é a conceituação detalhada, a partir de literatura pertinente, nos peritos na área e na própria experiência do pesquisador. Essa etapa é dupla, consistindo em executar as definições constitutivas e operacionais (PASQUALI, 1999).

2.5.2 Definição Constitutiva

Um construto quando é definido por outro construto representa uma definição constitutiva. Os conceitos são realidades abstratas, definidos em termos de realidades abstratas retiradas de livros, dicionários e enciclopédias. A definição constitutiva dos construtos é importante na elaboração do instrumento porque situa o objeto psicológico de forma exata e precisa dentro da teoria, dando as dimensões que deve assumir no espaço semântico da teoria em que está incluído (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 1999).

A extensão do conteúdo explorado sobre o construto determinará um instrumento melhor ou pior, embora não seja possível esgotar toda a amplitude semântica do objeto psicológico (PASQUALI, 1998).

2.5.3 Definição Operacional

Estando na etapa das definições constitutivas, encontra-se no campo do abstrato. Quando o instrumento se torna uma operação concreta e empírica, denomina-se de definição operacional. Dois aspectos são relevantes nesta etapa: as definições operacionais dos construtos devem ser realmente operacionais e abrangentes (PASQUALI, 1999).

Definições operacionais mais ou menos amplas determinarão a qualidade do instrumento, ou seja, quanto melhor e mais completa for a especificação do construto, maior é a garantia de que o instrumento resultante será válido e útil. Assim como na definição constitutiva, nenhuma definição operacional esgota a amplitude semântica de um construto (PASQUALI, 1999).

A listagem completa dos atributos facilitará a próxima etapa de definir expressões que os representem, por meio de itens. Quanto mais completa for esta relação de atributos, mais próximo se estará da construção do instrumento. A teorização pode ser norteadada por peritos na área, pela experiência do próprio pesquisador e literatura pertinente sobre o assunto (PASQUALI, 1999).

2.5.4 Operacionalização do Construto

A operacionalização do construto consiste em construir os itens do instrumento, que constituem a representação comportamental do construto. Os mesmos podem ser baseados em uma amostra da população a quem o instrumento se destina, na literatura científica sobre o tema e por categorias comportamentais identificadas na etapa das definições operacionais (PASQUALI, 1999).

Os itens devem ser selecionados de forma criteriosa de acordo com a sua pertinência no instrumento, devendo representar comportamentalmente o construto de interesse. Estes itens devem corresponder às tarefas que o indivíduo, ao qual se destina a escala, deverá executar para que a magnitude da presença do objeto psicológico seja mensurada (PASQUALI, 1998).

2.5.4.1 Regras para a construção dos itens

As regras se aplicam em parte para a construção de cada item individualmente e para o conjunto dos itens que medem um mesmo construto.

- Critérios para a construção dos itens:

1. CRITÉRIO COMPORTAMENTAL: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto.

2. CRITÉRIO DE OBJETIVIDADE, DESEJABILIDADE OU PREFERÊNCIA: para as escalas de aptidão, os itens devem cobrir comportamentos de fato, com opções de respostas certas ou erradas. Não deverá haver respostas certas ou erradas para escalas de personalidade e de atitudes. O respondente deverá ter opções de concordar ou discordar, havendo a influência de gostos, preferências, sentimentos e modos de ser.

3. CRITÉRIO DA SIMPLICIDADE: um item deve expressar uma ideia única. Quando é muito extenso, com muitas explicações ou justificativas provoca confusão.

4. CRITÉRIO DA CLAREZA: os itens devem ser de fácil entendimento para a

população do estrato mais baixo, para isso frases curtas com expressões simples devem ser adotadas. As frases negativas também costumam causar confusão ao respondente, em comparação com as expressões positivas.

5. CRITÉRIO DA RELEVÂNCIA: a expressão deve ser consistente com a propriedade psicológica definida e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. O item não deve insinuar atributo diferente do definido.

6. CRITÉRIO DA PRECISÃO: o item deve ter uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais que cobrem o mesmo aspecto.

7. CRITÉRIO DA VARIEDADE: é necessário variar a linguagem, pois a repetição de termos confunde a compreensão da frase, dificulta a diferenciação e provoca monotonia, cansaço e aborrecimento.

8. CRITÉRIO DA MODALIDADE: frases com expressões modais devem ser evitadas, como por exemplo, “excelente” e “miserável”. A intensidade da resposta do sujeito deve ser dada na escala de resposta.

9. CRITÉRIO DA TIPCIDADE: a formulação das frases com expressões devem ser condizentes com o atributo.

10. CRITÉRIO DA CREDIBILIDADE (*FACE VALIDITY*): o item deve ser formulado de modo que não pareça ridículo, despropositado ou infantil. A forma como o item é elaborado pode ocasionar uma atitude desfavorável em relação ao instrumento e aumentar os vieses de resposta.

- Critérios referentes ao conjunto de itens:

11. CRITÉRIO DA AMPLITUDE: este critério afirma se o conjunto de itens do instrumento, referentes ao mesmo atributo, cobre toda a extensão de sua magnitude.

12. CRITÉRIO DO EQUILÍBRIO: os itens devem ser elaborados mantendo um nível igual ou proporcional de itens fáceis, difíceis e médios para escalas de aptidões, e fracos, moderados ou extremos em escalas de atitudes.

2.5.4.2 Quantidade de itens

Para se cobrir a totalidade semântica dos construtos é exigida uma quantidade razoável de itens, definida de acordo com a área de estudo. Preconiza-se pelo menos 20 itens, no entanto, construtos mais simples podem ser representados por apenas meia dúzia ou menos (PASQUALI, 1999).

Para finalizar a construção de um instrumento com vinte itens no final de toda a elaboração e validação, não é necessário iniciar com mais do que 10% de itens além dos 20 requeridos para o instrumento final (PASQUALI, 1999).

2.5.5 Análise Teórica

Com a operacionalização do construto por meio dos itens, há uma hipótese de que estes representem adequadamente o objeto psicológico. Essa premissa, no entanto, precisa ser testada em relação à opinião de outras pessoas na garantia de validade, obtida pela análise teórica (PASQUALI, 1998).

A análise teórica é executada por juízes e ocorre em dois momentos com finalidades diferentes. A primeira etapa consiste em identificar a compreensão dos itens, denominada de análise semântica, seguida pela avaliação da pertinência dos itens em relação aos construtos, consistindo na validação de conteúdo (PASQUALI, 1999).

2.5.5.1 Análise semântica (Validação aparente)

O objetivo primordial da análise semântica é verificar a compreensão dos itens por parte da população com baixo e alto nível de habilidade, ao qual o instrumento se destina. Dentre muitas técnicas que podem ser adotadas para a realização da análise teórica, uma é o *“brainstorming”*. Essa técnica consiste em reunir pelo menos quatro sujeitos para a apresentação dos itens um por um e os membros do grupo devem reproduzi-los. Se a reprodução não gerar dúvida, significa que o item foi compreendido, no entanto, na presença de incompreensão o pesquisador deve intervir no sentido de prover o entendimento total dos itens (PASQUALI, 1999).

Os grupos devem ser inicialmente compostos pelos indivíduos com menor nível de habilidade, com a premissa de que se este grupo entender os itens, os sujeitos com maior nível educacional também compreenderão. Até cinco sessões podem ser realizadas com o grupo de menor escolaridade, em seguida apenas uma sessão com o outro grupo é suficiente para que não se perca a validade aparente do instrumento (PASQUALI, 1999).

Normalmente quando um item apresenta um problema de entendimento, o próprio grupo pode sugerir como ele deverá ser reformulado. No final, os itens que foram completamente compreendidos poderão fazer parte do instrumento final, mas

aqueles que com até cinco sessões continuarem gerando dúvidas deverão ser descartados e não incluídos no instrumento final (PASQUALI, 1999).

2.5.5.2 Validação

O instrumento finalizado não validado é uma versão construída pelo pesquisador. Por este motivo, é preciso assegurar a validade solicitando a opinião de outras pessoas que ainda não podem ser uma amostra da população para a qual se destina o instrumento (PASQUALI, 1999).

Somente a partir da década de 1950 que os pesquisadores perceberam que era necessário assegurar validade aos estudos de mensuração. Executados anteriormente de forma empírica com intuito de encontrar correlações, sem a avaliação da adequação dos resultados em relação ao conteúdo que o teste deveria cobrir (MONTEIRO; HORA, 2014).

Na área da saúde é possível perceber um número crescente de escalas e questionários para avaliar fenômenos diversos. Quando o instrumento não foi submetido aos testes de validação, a legitimidade e credibilidade das informações obtidas ficam comprometidas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; MEDEIROS et al., 2015).

A validade de um instrumento é o grau com que ele consegue mensurar o que supostamente deva medir, característica essa, essencial para avaliar a efetividade dos instrumentos. A intenção central é verificar a adequação do fenômeno estudado e do conceito teórico a ser medido (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Um princípio básico é que a validação de instrumentos deve estar relacionada a sua finalidade específica, pois um teste pode ser adequado para uma determinada finalidade, mas para outra não. Outra premissa da validação é que esta é um processo permanente, visto que, a adequação entre o fenômeno estudado e o conceito teórico costuma ser um processo contínuo (MONTEIRO; HORA, 2014).

Os três tipos de validação mais mencionados na literatura são: validação de construto; validação de critério e validação de conteúdo (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 1999; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Validade do construto

O construto é o atributo do indivíduo ao qual se faz afirmações ao interpretar

os seus resultados após um processo de mensuração ou execução de um teste. A validação do construto possibilita avaliar o quanto se pode fazer inferências a partir da operacionalização do construto, unindo a teoria com a observação. O construto possui definições constitutivas e operacionais (PASQUALI, 2009; MONTEIRO; HORA, 2014).

A validade de construto também denominada de validade de conceito é considerada como a validade fundamental, pois por meio dela se determina a representação comportamental dos traços latentes (teoria dos construtos). A intenção não é descobrir um construto a partir de uma representação existente, mas descobrir se a representação está medindo adequadamente o construto (PASQUALI, 2009).

A validação do construto então se refere à seguinte questão: qual o construto que o instrumento está realmente medindo? Refere-se à amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno em estudo (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003).

A validade do construto é classificada em *know groups*, fatorial, convergente e discriminante. Na técnica dos grupos conhecidos (*know groups*), o instrumento é administrado em grupos distintos, um dos grupos apresenta a característica que está sendo avaliada e o outro não. Os escores dos grupos são posteriormente comparados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003).

Outra abordagem para a validação de construto utiliza procedimento estatístico, conhecido como análise de fator ou fatorial, método usado para identificar grupos de itens relacionados em uma mesma escala. Esta técnica agrupa e identifica as medidas diferentes de algum atributo subjacente e as distingue das medidas de atributos diferentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003).

O método convergente e discriminante permite ao pesquisador medir diferentes construtos com métodos diferenciados, como por exemplo, associar o auto-relato com observação (RUBIO et al., 2003). Outro tipo de validação de construto se baseia na análise das relações baseadas em previsões teóricas, embora essa técnica ofereça uma importante evidência, é falha e não constitui prova de validade do construto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A validação de construto não pode ser expressa por meio de um simples coeficiente, mas requer a análise de uma série de evidências. Por este motivo, a

validade de construto é considerada por muitos autores o coração do processo de validação, pois ao testar determinada característica concomitantemente uma teoria acerca do construto está sendo confirmada pelos testes (MONTEIRO; HORA, 2014).

Validade de critério

Na validade relacionada ao critério, o pesquisador procura estabelecer uma relação entre os escores obtidos no instrumento e algum critério externo, aceito como padrão-ouro na área de estudo. Avalia-se o quanto o resultado de uma medida ou teste obtido no estudo, concorda com a aplicação de outro considerado como padrão-ouro para identificar o construto de interesse. Os escores, desta forma, devem ser correspondentes para a medida ser considerada válida (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003).

Três tipos são descritos: validade positiva, concorrente e preditiva. Quando o critério medido já aconteceu, denomina-se de validade positiva; se o critério e a medição estiverem ocorrendo ao mesmo tempo, caracteriza-se como validade concorrente; e quando é possível prever a ocorrência futura de um critério, denomina-se validade preditiva (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 2009; RUBIO et al., 2003).

Mesmo que haja um método considerado padrão-ouro, a pesquisa de um novo instrumento pode trazer mais segurança, precisão, conforto e ser mais barato, principalmente quando o teste padrão é mais caro, perigoso, invasivo e de resultado tardio (MONTEIRO; HORA, 2014).

A adoção da validade de critério é ideal quando já existem testes comprovadamente válidos que possam servir de base para validar um novo teste. Quando não existirem testes aceitos para avaliar o traço latente, a utilização deste tipo de validação não é recomendada (PASQUALI, 2009).

Validação de conteúdo

A validação de conteúdo se inicia com a associação dos conceitos abstratos com indicadores mensuráveis, visando identificar a representatividade e clareza dos itens do instrumento em relação ao construto medido. Não se fundamenta em escores ou diferenças entre pessoas, é baseada em julgamento por especialistas experientes na área de estudo, que determinarão com precisão se os itens estão se

referindo ou não ao objeto de interesse (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003).

Os especialistas são convocados para determinar se o universo psicológico está sendo representado pelo instrumento, em seguida oferecem sugestões concretas no intuito de melhorar a medida. O julgamento dos especialistas, no entanto, é passível de distorções e assim não elimina a necessidade da realização de outros testes psicométricos (RUBIO et al., 2003).

A literatura é diversa com relação ao número de especialistas necessários para executar esta validação, considera-se que uma meia dúzia de especialistas serão suficientes para realizar esta análise. Quando os itens não atingirem um nível de concordância de pelo menos 80%, significa que apresentam problema e assim possivelmente deverão ser descartados (PASQUALI, 1999; RUBIO et al., 2003).

Com a definição de quantos e quais especialistas farão parte deste processo, solicita-se a participação. Esta solicitação deve fornecer um tempo hábil de resposta, e deve estar acompanhada por arquivo explicando a pesquisa e os procedimentos que deverão ser adotados pelos especialistas (RUBIO et al., 2003).

A validação de conteúdo é subdividida em dois tipos: *face validity* e *logical validity*. *Face validity* corresponde a um processo simples de julgamento por indivíduos classificados como leigos no assunto. A *logical validity* se refere a um processo mais rigoroso, com o uso de um painel de especialistas/peritos na área do construto que o instrumento pretende medir (RUBIO et al., 2003).

Com a finalização da análise pelos especialistas, as informações obtidas podem ser interpretadas pelo cálculo do índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores (IRA), índice de validade de conteúdo (CVI) ou pelo índice de validação fatorial (FVI) (RUBIO et al., 2003).

O **índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement- IRA*)** é utilizado para investigar a confiança nas recomendações realizadas pelos especialistas, calculado para cada item do instrumento. Na abordagem conservadora os itens que obtiveram 100% de confiança são divididos pelo número total de itens da escala. Em uma abordagem menos conservadora, os itens que obtiveram 80% de confiança são divididos pelo número total de itens do instrumento. Esta abordagem está mais indicada para estudos com um número relativamente grande de especialistas (RUBIO et al., 2003).

O **índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index- CVI*)** é

calculado com base na representatividade da medida, por meio da proporção de peritos que consideraram o item válido, calculado para cada item e para o instrumento na íntegra (CVI total). O CVI para cada item é calculado a partir da razão do número de especialistas que pontuaram três ou quatro para o item, em uma escala ordinal de um a quatro (irrelevante a extrema relevância), pelo número total de especialistas. O CVI total é calculado a partir da média dos CVI dos itens, ou também pode ser obtido pela razão dos itens que obtiveram um valor acima de 80% pelo número total de itens do instrumento. Recomenda-se um CVI acima de 80% (RUBIO et al., 2003).

O **índice de validade fatorial (*Fatorial Validity Index- FVI*)** não é bem apresentado pela literatura. Foi criado para determinar o grau com que os itens foram associados com seus respectivos fatores, com o valor final representando uma estimativa da validade fatorial da medida. O FVI é obtido para cada item a partir do número de especialistas que associaram corretamente o item com o fator, dividido pelo número de especialistas. O FVI total é calculado pela média obtida em cada item do instrumento. Um FVI de 80% é considerado como válido (RUBIO et al., 2003).

A partir da análise dos dados obtidos com os cálculos, os itens que não alcançaram o nível desejado de concordância devem passar por uma segunda análise pelos especialistas, para que ocorra a emissão de novas sugestões e parecer sobre as medidas. Em último caso, os itens em questão deverão ser excluídos (SCARPARO et al., 2012).

Dentre muitos métodos disponíveis para determinação de consenso entre os especialistas, uma delas é a técnica Delphi. A técnica Delphi tem se mostrado promissora na área da enfermagem, pois colabora com a construção de consensos de opiniões sobre um determinado assunto, favorecendo a discussão de aspectos importantes para a enfermagem (SCARPARO et al., 2012).

2.5.5.2.1 *Técnica Delphi*

A Técnica Delphi é denominada como um método sistematizado de julgamento de informações, usada para a obtenção de consenso entre especialistas em determinado tema ou assunto. É aplicável tanto em pesquisas qualitativas quanto quantitativas (CASTRO; REZENDE, 2009; GIOVINAZZO, 2001).

Esta técnica se utiliza do conhecimento, experiência e criatividade de um

painel de especialistas, partindo do pressuposto que a opinião coletiva quando organizada adequadamente, é muito mais vantajosa que a opinião de um indivíduo isolado (GIOVINAZZO, 2001).

Alguns passos metodológicos devem ser adotados: seleção do painel de especialistas; contato prévio com os especialistas; elaboração do instrumento de coleta de dados; envio da primeira versão do questionário aos especialistas; organização dos dados; análise dos resultados; reformulação do instrumento e envio da segunda versão aos especialistas (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

As etapas deverão se repetir até que se obtenha um nível de consenso ou convergência das respostas, mas preconiza-se que duas a três rodadas são suficientes. Embora alguns fatores sejam determinantes como o quantitativo e natureza do grupo, homogeneidade e complexidade do assunto (GIOVINAZZO, 2001; SCARPARO et al., 2012).

Para a seleção do painel de especialistas, o primeiro requisito a ser levado em conta é o conhecimento acerca da temática que o questionário pretende medir. A seleção da amostra pode ser não aleatória, de conveniência ou intencional pela extrema necessidade em selecionar *experts* no assunto de interesse (SCARPARO et al., 2012).

Não há um consenso sobre o quantitativo de especialistas que deverão avaliar o instrumento, no entanto, o pesquisador deve prever algumas desistências durante as rodadas do questionário. O contato prévio com os prováveis participantes pode amenizar as perdas durante o percurso da técnica Delphi, pois o especialista confirma com antecedência a sua disponibilidade em participar do estudo. O contato prévio pode ser realizado por meio eletrônico (GIOVINAZZO, 2001; SCARPARO et al., 2012).

É crescente a execução da técnica Delphi pela internet, em que os instrumentos são enviados por meio eletrônico. Quando realizada pela internet, alguns aspectos devem ser levados em conta: o questionário deve ser objetivo para não desestimular o avaliador; o formato do arquivo deve ser compatível com as versões antigas; as instruções de preenchimento devem acompanhar o envio do instrumento; e o pesquisador deverá estar disponível para auxiliar e esclarecer qualquer dúvida que surja durante o processo (GIOVINAZZO, 2001).

O trabalho realizado pelos especialistas finaliza a etapa dos procedimentos teóricos de construção do instrumento. Com o instrumento definido, contemplando

as definições constitutivas e operacionais em um manual operacional, o próximo passo consiste nos procedimentos experimentais (PASQUALI, 1999).

2.6 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS

Os procedimentos experimentais também são denominados de empíricos. Esta etapa deve abranger o planejamento da aplicação e a coleta de informações com o instrumento piloto. O planejamento da aplicação do instrumento deve levar em conta a definição da amostra e das instruções de aplicação do instrumento (PASQUALI, 1999).

A amostra deverá ser extraída da população para a qual o instrumento foi elaborado, havendo dois métodos para a determinação do quantitativo. Quando houver segurança de quantos itens irão compor o instrumento, a amostra deverá ser composta por no mínimo 100 sujeitos por fator medido. A segunda opção se baseia na insegurança do número de aspectos que o instrumento propõe medir, em que para cada item 10 sujeitos são suficientes (PASQUALI, 1999).

As instruções se referem ao contorno da tarefa do respondente, com a definição sistemática da aplicação e do formato em que se apresentará o instrumento. A sistemática abrange a definição das condições de aplicação, coletiva ou individual e, o aviso prévio ou não aos respondentes (PASQUALI, 1999).

O formato diz respeito ao sistema de classificação das respostas que será dado a cada item do instrumento. Inúmeros formatos estão disponíveis: a *escolha forçada*, na qual os itens são apresentados simultaneamente, em que o respondente seleciona a resposta mais adequada; *múltiplas alternativas*, em que opção correta deverá ser escolhida; *escalas do tipo Likert*, representada por números que correspondem a uma intensidade (PASQUALI, 1999).

A coleta dos dados deve obedecer às regras gerais adotadas para qualquer outro tipo de aplicação de instrumentos. O ambiente deve oferecer condições favoráveis, livre de distrações, tensões e ruídos (PASQUALI, 1999).

2.7 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Os procedimentos analíticos são denominados também de procedimentos estatísticos. Nesta última etapa, são realizadas análises estatísticas para testar se o instrumento elaborado é confiável ou não, a partir da identificação da fidedignidade.

A fidedignidade recebe também a denominação de confiabilidade, precisão,

constância, consistência interna, estabilidade ou homogeneidade. A fidedignidade mede a variância produzida nos escores em diferentes ocasiões para o mesmo construto e para o mesmo sujeito (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Em outras palavras, a fidedignidade se refere a quanto um experimento, teste ou instrumento depois de repetidas mensurações não produz variabilidade ou erros aleatórios. A correlação entre as duas medidas deve ser um, ou se aproximar de um, pois o afastamento significa aumento dos erros aleatórios (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 2009).

A heterogeneidade da amostra possui influência na fidedignidade do instrumento, quanto mais homogênea (similaridade dos escores) menor será o coeficiente de fidedignidade. Isso acontece porque a confiabilidade é verificada com o objetivo de identificar diferenças, mas se os membros da amostra são similares uns aos outros, se torna mais difícil discriminar a fidedignidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A fidedignidade é, portanto, uma medida da qualidade de um instrumento ou escala, refletindo na consistência interna com que o construto é medido. Pode ser identificada por meio de quatro técnicas: estabilidade, precisão de formas alternativas, consistência interna e equivalência (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A *estabilidade*, também denominada de confiabilidade teste-reteste, possibilita o cálculo da correlação entre os escores obtidos nos mesmos sujeitos, mas em ocasiões diferentes. Um coeficiente de confiabilidade é calculado, com valores que variam de zero a um, quanto mais próximo de um mais confiável (estável) é o instrumento. Acima de 0,70 os valores são satisfatórios, mas coeficientes entre 0,85 e 0,95 são preferíveis (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Esta técnica possui a desvantagem em atributos que se modificam ao longo do tempo, independente da estabilidade do instrumento, por isso é apropriado adotar a estabilidade para medir características menos variáveis e mais consistentes (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Na abordagem da *precisão de formas alternativas*, os sujeitos respondem a duas formas paralelas do mesmo teste e a correlação entre os escores constitui o coeficiente de precisão do teste (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A *consistência interna* é obtida por várias técnicas que visam verificar a homogeneidade dos itens de um instrumento, ou seja, determina se todas as subpartes do instrumento estão medindo a mesma característica. Os métodos mais utilizados são: correlação item-total, duas metades (correlação de Spearman-Brown), fórmula de Kuder-Richardson e alfa de Cronbach (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Na **correlação item-total** calcula-se a relação de um item dentro de uma dimensão, altas correlações significam que o item faz parte daquela dimensão, no entanto, itens com baixo desempenho deverão ser excluídos. Na técnica das **duas metades** os sujeitos respondem a um único teste numa única ocasião. Os itens que compõem a escala são divididos em duas partes equivalentes (itens pares e ímpares), calculando-se a seguir os escores obtidos nas duas metades. Se ambas as metades estiverem mensurando o mesmo construto, o coeficiente de fidedignidade será alto (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A adoção da **fórmula de Kuder-Richardson** baseia-se na análise de cada item individual do teste por meio de fórmulas matemáticas. A utilização desta técnica exige que as opções de resposta sejam iguais para todos os itens do instrumento, estes deverão também, estar medindo uma mesma característica. O valor final varia entre zero e um, valores próximos a um significam uma alta consistência dos dados (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O teste **alfa de Cronbach** foi desenvolvido por Lee J. Cronbach em 1951, constitui uma extensão da técnica de Kuder-Richardson. O coeficiente alfa de Cronbach é o mais amplamente utilizado em pesquisas, nas diversas áreas do conhecimento, seu principal objetivo é fornecer um indicador de homogeneidade dos dados (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O alfa de Cronbach permite obter uma estimativa da correlação dividida pela metade, para todas as formas possíveis de dividir a medida em duas partes, não apenas para itens pares ou ímpares. Por este motivo, enquanto a técnica de Kuder-Richardson é útil em instrumentos com respostas dicotômicas, o alfa de Cronbach é aplicado em testes com duas ou mais alternativas de respostas (MONTEIRO; HORA, 2014; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os índices obtidos em seu cálculo também variam de zero a um, quanto mais próximo de um, mais exata é a medida. Um baixo valor do alfa pode ser

atribuído à má elaboração do questionário, falta de correlação ou até mesmo ao baixo quantitativo de itens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; TAVAKOL; DENNICK, 2011).

Uma aplicação interessante do alfa de Cronbach é a avaliação da importância que o item excluído possui no comportamento do coeficiente. Quando a remoção aumenta o valor do alfa de Cronbach, sugere-se a exclusão do referido item. Na presença de grandes alterações do coeficiente, no entanto, o pesquisador deverá avaliar e reconsiderar se o item deve ser realmente removido, reformulado ou se nova abordagem ao item deverá ser construída (MONTEIRO; HORA, 2014).

A *equivalência* consiste na obtenção da fidedignidade da escala por diferentes avaliadores, utilizada principalmente para instrumentos de observação estruturada, para identificar os erros de mensuração. Dois tipos de cálculo podem ser adotados para a obtenção da equivalência: a confiabilidade interobservador ou interavaliador, ou a confiabilidade intraobservador. Na confiabilidade interobservador duas pessoas diferentes se utilizam do mesmo instrumento para avaliar um determinado construto. Na confiabilidade intraobservador um mesmo avaliador se utiliza de um mesmo instrumento em dois momentos diferentes (KOTTNER et al., 2011; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O coeficiente de kappa tem sido utilizado para avaliar medidas de concordância entre os avaliadores. Este coeficiente é calculado por meio da razão entre a proporção de vezes que os observadores concordaram, com a proporção máxima de vezes que poderiam concordar. Utilizado principalmente quando os dados são categóricos e distribuídos em uma escala nominal (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Este coeficiente é classificado em kappa não ponderado e kappa ponderado. O kappa não ponderado é utilizado nos casos em que as variáveis categóricas não estão ordenadas e a aplicação do kappa ponderado se aplica para a situação oposta, em que as variáveis são ordinais e representadas por mais de duas categorias (LUDBROOK, 2002).

Os dados resultantes são utilizados para o cálculo do índice de equivalência ou concordância interobservadores. Os valores variam de zero a um, quanto mais próximo de um, mais exata é a medida, significando que os dois observadores independentes pontuaram os fenômenos de interesse congruentemente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A determinação da força de concordância foi baseada na interpretação de Landis e Koch (1977): menor que zero concordância pobre; de zero a 0,20 concordância desprezível; 0,21 a 0,40 concordância suave; 0,41 a 0,60 concordância moderada; 0,61 a 0,80 concordância substancial e de 0,81 a um concordância quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977).

2.7.1 Erros de Mensuração

Mesmo que todas as precauções e técnicas sejam adotadas, a mensuração do construto e seus atributos são passíveis a uma margem de erro. O escore de um teste derivado de um conjunto de questões consiste em uma pontuação verdadeira mais o erro. Muitos fatores estão envolvidos nos erros de mensuração, entre os mais comuns estão (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011):

- CONTAMINANTES SITUACIONAIS: relacionam-se com as condições em que as mensurações são feitas, por exemplo, o comportamento do observado pode ser afetado pela presença do observador;

- PARCIALIDADE DO CONJUNTO DE RESPOSTAS: características do respondente podem afetar a mensuração dos atributos;

- FATORES PESSOAIS TRANSITÓRIOS: fatores como humor, dor e fadiga do respondente influenciam a motivação da pessoa em responder ao instrumento;

- VARIAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO: relacionadas com fatores do indivíduo, que utiliza o instrumento para a coleta dos dados;

- AMOSTRAGEM DOS ITENS: o quantitativo da amostragem de itens para medir o atributo quando é exagerado provoca exaustão no respondente, influenciando em suas respostas.

O erro pode ser causal ou aleatório e, sistemático ou constante. A fidedignidade está atrelada ao erro aleatório e a validade ao erro sistemático. Os erros casuais são resultantes de um estado de natureza transitório dos sujeitos da pesquisa e são de difícil controle. O erro sistemático corresponde ao erro decorrente de características relativamente estáveis da população de estudo, que podem influir no seu comportamento ou causar calibração incorreta do instrumento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

“Muitos vivem apenas porque estão vivos. Vivem sem objetivos, sem metas, sem ideais e sem sonhos [...]”.
- Augusto Cury

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e validar uma escala para avaliação do desconforto da sede perioperatória.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os atributos e os itens representativos do construto para compor a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP);
- Desenvolver a escala, definições constitutivas, operacionais e o manual operacional para a avaliação do desconforto provocado pela sede;
- Verificar a acurácia da escala por meio de sua validação aparente e de conteúdo junto a uma banca de especialistas;
- Avaliar a fidedignidade da EDESP em sua aplicação prática com pacientes cirúrgicos.

“Nada tão belo como nos reconciliarmos com nossos sonhos. Nada tão triste como desistirmos deles.”
- Augusto Cury

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem quantitativa. Os estudos metodológicos são direcionados à investigação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, resultando na validação de instrumentos e técnicas de pesquisa, com alto nível de fidedignidade e reprodutibilidade em outros estudos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O aspecto mais importante dos estudos metodológicos abordado em mensuração e estatística é a Psicometria, que lida com a formulação de instrumentos de medição ou técnicas de medição ao longo de todo o processo de pesquisa (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital público de grande porte localizado no norte do Paraná. Considerado como instituição de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), atende cerca de 250 municípios do Paraná e mais outras 100 cidades de outros estados do Brasil.

Este hospital possui um centro cirúrgico (CC) com sete salas cirúrgicas e uma sala de recuperação anestésica (SRA), local onde o estudo se concretizou.

4.3 ELABORAÇÃO DA ESCALA DE DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA (EDESP)

Para a elaboração, validação e fidedignidade da EDESP, observaram-se as etapas preconizadas por Pasquali (1999) para a elaboração de instrumentos psicológicos. O método preconizado por ele consiste em três etapas, que ele denomina de procedimentos: procedimentos teóricos; procedimentos experimentais ou empíricos e procedimentos analíticos ou estatísticos (PASQUALI, 1999).

Dentro dos procedimentos teóricos, realizou-se extensiva revisão bibliográfica, construiu-se a escala a partir da definição dos atributos e dos itens representativos do construto “desconforto da sede”. Com o instrumento finalizado verificou-se a compreensão por meio da análise semântica e, acurácia com a validação de conteúdo por especialistas. Na etapa dos procedimentos experimentais, aplicou-se a escala para avaliação do desconforto da sede nos pacientes cirúrgicos em fase pré e pós-operatória. Dentro dos procedimentos analíticos identificou-se a fidedignidade da escala por meio de testes estatísticos.

4.4 DEFINIÇÃO DO CONSTRUTO E SEUS ATRIBUTOS

O construto também é definido como objeto psicológico, consistindo no objeto de interesse que culmina na elaboração de um instrumento. Neste estudo o construto foi o “desconforto da sede”. Foi realizada revisão de literatura tanto da sede como do desconforto provocado por ela, visando ao entendimento dos mecanismos fisiológicos e cerebrais responsáveis pela sede e sua saciedade e, dos principais sinais e sintomas que resultam em desconforto.

Para isso foram feitas buscas em bases de dados nacionais e internacionais: Scientific Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Literatura Latino- americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Um aporte teórico foi dado por um banco de dados do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS), que consiste na reunião de artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado que tratam da sede e serve como guia das discussões do grupo.

Os atributos foram definidos com base na literatura científica nacional e internacional, na experiência da pesquisadora e principalmente a partir de um estudo de incidência da sede no pós-operatório imediato, realizado com 385 pacientes por um período de dois meses (SERATO et al., 2013). A busca de artigos foi norteadada pela adoção das palavras-chave: sede (thirst), avaliação (assessment), avaliação da sede (assessment of thirst), sintomas (symptoms) e sintomas de sede (symptoms of thirst). Estas palavras-chave foram usadas isoladamente e combinadas entre si.

Listou-se 30 atributos do desconforto da sede baseados tanto na literatura quanto no estudo de incidência da sede, são eles: boca amarga; boca áspera; boca irritada; boca seca; cansaço; cavidade oral friável; dificuldade de deglutição; dor de cabeça; fácil sangramento da cavidade oral; garganta amarga; garganta áspera; garganta seca; gosto ruim na boca; hipossalivação; lábios ressecados; lábios rachados; língua grossa; língua seca; mau hálito; olhos ressecados; olhos secos; perda de apetite; queimação no estômago; queimação na garganta; saliva grossa; sonolência; tontura; vontade de beber água; vontade de engolir e xerostomia. Os atributos com significados semelhantes (cavidade oral friável/ fácil sangramento da cavidade oral e vontade de beber água/ vontade de engolir) foram inseridos com o propósito de verificar qual termo se encaixaria melhor para ser selecionado como atributo.

Esta lista foi reduzida para os sete atributos mais representativos do

desconforto da sede, por meio de uma análise realizada por quatro membros do GPS e por uma professora do departamento de enfermagem, externa ao GPS que pudesse contribuir com um olhar diferenciado para o tema. A participação ocorreu mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A seleção dos atributos representativos do desconforto da sede se deu em três rodadas, após solicitação aos participantes que escolhessem apenas sete itens que julgassem imprescindíveis para avaliar o desconforto provocado pela sede. A análise ocorreu até a concordância das cinco pessoas, foram selecionados desta forma: boca seca; lábios ressecados; língua grossa; saliva grossa; garganta seca; gosto ruim e vontade de beber água.

Com a definição dos atributos que fariam parte da escala, o próximo passo consistiu na definição constitutiva e operacional, e construção do manual operacional do estudo. A definição constitutiva e operacional se realizou por meio de pesquisa em artigos nacionais e internacionais, além de livros de anatomia e fisiologia.

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DOS ATRIBUTOS

A operacionalização dos atributos em tarefas originou sete itens representativos do construto (Quadro 1). Para a mensuração de cada item uma escala do tipo Likert foi elaborada, com pontuação de zero a três, em que zero corresponde a “nada”, um “pouco” e dois “muito”.

Quadro 1- Atributos da EDESP e seus respectivos itens. Londrina-PR, Brasil, 2015

Atributos do desconforto da sede	Itens para avaliação do desconforto da sede
Boca seca	Minha boca está seca
Lábios ressecados	Meus lábios estão ressecados
Língua grossa	Sinto que minha língua está grossa
Saliva grossa	Minha saliva está grossa
Garganta seca	Minha garganta está arranhando
Gosto ruim	Sinto um gosto ruim na boca
Vontade de beber água	Tenho vontade de beber água

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Por fim, o manual operacional consistiu na definição teórica, operacional, nos critérios para qualificação (escala Likert de três pontos) e na periodicidade da avaliação dos atributos.

4.6 VALIDAÇÃO

A validação da EDESP ocorreu em duas fases distintas: análise semântica e validação de conteúdo.

4.6.1 Análise Semântica (Validação Aparente)

A análise semântica tem como finalidade verificar a compreensão do instrumento pelos indivíduos para o qual foi construído (PASQUALI, 1999). Neste estudo, no entanto, também submeteu-se a escala para avaliação do desconforto da sede perioperatória a uma análise pelos profissionais de saúde, que possivelmente poderiam utilizá-la no cotidiano e contribuir com sugestões.

Participaram do processo da análise semântica quatro enfermeiros doutores, quatro enfermeiros recém formados e oito pacientes (quatro pacientes com ensino fundamental e quatro com nível superior). Nesta etapa houve assinatura do TCLE (Apêndice B).

A análise semântica se sucedeu por meio da apresentação e aplicação da EDESP individualmente, pela pesquisadora, no mês de março de 2015. Os participantes responderam ao questionário e na sequência avaliou-se a compreensão e clareza dos itens.

Os resultados obtidos com a análise semântica evidenciaram que a escala é clara e compreensível.

4.6.2 Validação de Conteúdo

A validação de conteúdo tem a intenção de verificar a representatividade e a clareza adequada dos itens do instrumento em relação ao construto medido, baseada em julgamento por especialistas experientes na área de estudo (MONTEIRO; HORA, 2014; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; RUBIO et al., 2003).

Foram selecionados 11 enfermeiros especialistas. Os critérios de inclusão foram experiência na área de CC e SRA; breve conhecimento em relação ao tema

sede e vivência em validação de instrumentos de medida.

O primeiro contato foi eletrônico por email, com um convite explicando os termos da pesquisa e como se daria a participação, nos casos de disponibilidade solicitou-se a assinatura do TCLE (Apêndice C). Ao receber o retorno afirmativo dos especialistas, a pesquisadora enviou os documentos a serem validados.

Os instrumentos desta pesquisa foram adaptados do estudo de Vituri (2007), compreendendo a análise de conteúdo dos atributos e dos itens por meio de um conjunto de indicadores, denominado nesta pesquisa de requisitos, que recebem uma pontuação de acordo com a representatividade da medida ou não.

O envio dos instrumentos aos especialistas foi precedido por uma revisão ortográfica de português.

No total quatro instrumentos passaram por apreciação dos especialistas. O primeiro instrumento (Apêndice D) consistiu na validação de conteúdo dos atributos da EDESP, aos quais os especialistas levaram em conta sete requisitos com quatro opções de respostas (1= não contempla o construto e 4= contempla o construto). São os requisitos: atribuível (reflete o aspecto de desconforto da sede para o cuidado de enfermagem); acessível (os dados são acessados rapidamente, com o mínimo de esforço extra e custo; comunicável (a relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida); contextualizável (a medida pode ser obtida livre de contexto, ou seja, pode ser aplicada em diferentes contextos- no pré e pós-operatório); efetivo/preciso (mede o que propõe medir); exequível (a medida é aplicável na prática); objetivo (a medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo do aplicador da escala).

O segundo instrumento (Apêndice E) contemplava a validação dos itens representativos do desconforto da sede, a partir da avaliação de sete requisitos assinalando as respostas “sim” ou “não”. São os requisitos: objetividade (permite resposta imediata); simplicidade (expressa uma única ideia); clareza (explicitado de forma clara, simples e inequívoca); pertinência (não insinua atributo divergente do definido); precisão (cada item da avaliação é distinto dos demais e não se confundem); variedade (os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem); credibilidade (está descrito de maneira que não pareça despropositado).

O terceiro instrumento (Apêndice F) é pautado na avaliação de conteúdo do manual operacional, com quatro requisitos a serem analisados assinalando as respostas “sim” ou “não”. São os requisitos: descritor (é claro e objetivo no que se

propõe mensurar); fundamentação (é suficiente para evidenciar o indicador); critérios para qualificação (são claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado); periodicidade da avaliação (é adequada ao que se pretende medir).

Por fim, o último instrumento (Apêndice G) se destinou a caracterização dos especialistas participantes.

A coleta dos dados da validação de conteúdo foi norteadada pela técnica Delphi, levando em conta alguns passos metodológicos. Esta técnica se utiliza do conhecimento, experiência e criatividade dos especialistas, pois as informações coletivas quando organizadas adequadamente são mais vantajosas que a opinião de um indivíduo isolado (GIOVINAZZO, 2001; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Duas rodadas do instrumento foram suficientes para atingir o nível de concordância esperado.

Um banco de dados em uma planilha no Excel 2007 foi elaborado para a organização das informações e para nortear os cálculos estatísticos das duas rodadas da EDESP. As análises estatísticas se deram pelo cálculo do índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index- CVI*) e do índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement- IRA*) (RUBIO et al., 2003).

Calculou-se o CVI por item e o CVI total para o instrumento. O CVI foi obtido pela proporção de especialistas que pontuaram três ou quatro, ou sim para o item, dividido pelo número total de especialistas. O CVI total foi calculado a partir da média do CVI dos itens. Obtiveram-se os valores do IRA pela razão dos itens que obtiveram 80% de confiança pelo número total de itens do instrumento (RUBIO et al., 2003).

Adicionalmente aos cálculos para a identificação da validade da escala, algumas sugestões dadas pelos especialistas corroboraram para o aperfeiçoamento da escala (Apêndice H). Estas sugestões serão demonstradas nos resultados da pesquisa.

A validação de conteúdo ocorreu nos meses de abril a junho de 2015, e neste período o instrumento piloto, sem as sugestões dos especialistas, foi aplicado em dez pacientes que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do TCLE (Apêndice I).

4.7 FIDEDIGNIDADE

A fidedignidade da EDESP foi verificada pela equivalência interobservadores e por meio do alfa de Cronbach. O coeficiente de kappa ponderado tem sido utilizado para avaliar a concordância entre os avaliadores, indicando a ocorrência de erros aleatórios. O alfa de Cronbach é um tipo de medida de consistência interna, sua principal finalidade é identificar se todos os itens do instrumento estão medindo o mesmo construto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.7.1 Equivalência Interobservadores

Para identificar a equivalência interobservadores, adotou-se a formação de uma dupla para a aplicação do instrumento. Esta dupla foi constituída pela pesquisadora e por uma enfermeira residente convidada, atuante na sala de recuperação anestésica do hospital de estudo e com experiência prévia na área. Elaborou-se para esta etapa um instrumento (Apêndice J) com dados de caracterização dos pacientes, informações da cirurgia, da anestesia e a EDESP.

Para o cálculo da amostra de pacientes adotou-se a metodologia proposta por Pasquali (1999), em que para cada item do instrumento 10 pacientes são necessários. A EDESP possui sete itens, a amostra final constituiu-se, portanto, de 70 indivíduos. Foram incluídos os pacientes na fase pré e pós-cirúrgica imediata e os critérios foram: faixa etária entre 18 e 65 anos; referir sede; pontuação na EVN de sede maior ou igual a três; estar consciente, alerta e orientado em tempo e espaço no momento da abordagem. Todos os participantes assinaram o TCLE (Apêndice K).

A dupla aplicou a escala de forma independente e simultânea. Apenas uma das enfermeiras se comunicava com o paciente e a outra somente observava e fazia anotações, essa tarefa era repetida para todos os indivíduos intercalando a tarefa de verbalização e observação. A coleta dos dados teve duração de julho a setembro de 2015.

Os dados foram organizados em planilha do programa Excel 2007 e posteriormente analisados por um estaticista, que realizou os cálculos das análises descritivas, alfa de Cronbach e coeficiente de kappa ponderado. A determinação da força de concordância foi baseada na interpretação de Landis e Koch (1977): menor que zero concordância pobre; de zero a 0,20 concordância desprezível; 0,21 a 0,40 concordância suave; 0,41 a 0,60 concordância moderada; 0,61 a 0,80 concordância

substancial e de 0,81 a um concordância quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977).

4.7.2 Alfa de Cronbach

Para o cálculo do alfa de Cronbach foram utilizados os mesmos dados obtidos na coleta com 70 pacientes. Os índices de consistência interna variam de zero a um e, com o auxílio do estatístico foi possível analisar o comportamento do coeficiente após a retirada de algum item (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa faz parte de um projeto mais abrangente denominado “Sede do paciente cirúrgico: compreensão da problemática e elaboração de estratégias para o manejo da sede no pós-operatório”. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição de estudo (CAAE: 02299412.6.0000.5231), obedecendo as orientações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e resoluções complementares (Anexo A).

Em todas as etapas que envolveram a participação de especialistas e pacientes, TCLE foi apresentado.

4.9 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em dois manuscritos:

- Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa (**Manuscrito 1**).

Este manuscrito consiste em uma breve revisão integrativa das evidências científicas apontando a avaliação das dimensões da sede em ambientes hospitalares ou não, com a investigação de instrumentos que possam ser utilizados em pacientes cirúrgicos.

- Elaboração e validação de uma Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (**Manuscrito 2**).

Este manuscrito retrata os resultados de todas as etapas de elaboração, validação e fidedignidade da EDESP.

“Só não se encanta com a vida quem não consegue ver além da cortina das suas dificuldades”.
- Augusto Cury

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa^{1*}

Assessment of the dimensions of thirst: integrative review

Resumo

Revisão integrativa de literatura objetivando sistematizar publicações nacionais e internacionais que apresentam avaliação das dimensões da sede, em ambientes de saúde ou não. Incluíram-se artigos publicados nos últimos dez anos das bases de dados Lilacs, PubMed e SciELO. A amostra final foi de 18 artigos que evidenciaram as dimensões da sede: intensidade, frequência e desconforto. Também se avaliou a xerostomia e sua intensidade. Essas dimensões foram identificadas por Escalas Visuais Analógicas, Escalas Verbais Numéricas, Escalas de Faces e escalas Likert, empregadas no Inventário de Sede, Inventário de Xerostomia e Escala de Desconforto da Sede. Avaliou-se a sede principalmente em pacientes dialíticos e internados em unidade de terapia intensiva. Embora a sede seja um sintoma, sua avaliação concentra-se sobretudo na intensidade e é realizada em populações específicas, o que não possibilita sua aplicação com o paciente cirúrgico.

Abstract

An integrative literature review aimed at gathering national and international publications which present assessment of the dimensions of thirst, whether in healthcare environments or not. Articles published in the last ten years in the following databases were included; Lilacs, PubMed and Scielo. The final sample consisted of 18 articles, which evidenced the following dimensions of thirst: intensity, frequency and discomfort. Xerostomia and its intensity were also evaluated. These dimensions were identified through Visual Analogue Scales, Verbal Numeric Scales, Faces scales and Likert scales, used for the Thirst Survey, Xerostomia Survey and Thirst Discomfort Scale. Thirst was evaluated principally in diabetic and ICU patients. The evaluations of thirst, despite having multifactorial symptoms, were predominantly concentrated on intensity; measuring the discomfort in specific populations using instruments unsuitable for surgical patients.

Descritores: Sede; Avaliação; Escalas; Enfermagem; Período Perioperatório.

Key-words: Thirst; Assessment; Scales; Nursing; Perioperative Period.

Introdução

A regulação do consumo de água é controlada pela sede. Embora seja regulado por mecanismos fisiológicos, o comportamento de ingestão de líquidos é influenciado por hábitos, costumes e rituais sociais do indivíduo⁽¹⁻²⁾. O papel da sede na homeostasia dos fluidos implica uma rede de complexos processos neurais e

*Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada “Elaboração e validação de uma Escala de Desconforto da Sede Perioperatória”, apresentada ao programa de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

hormonais, em resposta a algum desequilíbrio na relação água e sódio no organismo⁽²⁻⁴⁾.

Para os pacientes nos ambientes de saúde, a sede é um dos sintomas mais prevalentes e desconfortáveis, podendo sobrepujar todas as outras sensações^(1,5). Pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), dialíticos e aqueles em pré e pós-operatório descrevem-na como uma experiência desagradável, intensa, que provoca estresse e até mesmo desespero, atingindo uma incidência de 75% no pós-operatório imediato⁽⁶⁻⁸⁾.

Define-se sintoma como uma experiência subjetiva, responsável por alterações no funcionamento biopsicossocial, nas sensações e até mesmo na cognição do indivíduo⁽⁹⁾. A sede é um sintoma multifatorial, subjetivo e complexo; sua identificação e mensuração devem ser criteriosas e detalhadas, objetivando caracterizar suas dimensões, para possibilitar ações direcionadas para o manejo e alívio.

Pode-se avaliar a sede por exames laboratoriais, pela osmolaridade do sangue e pela dosagem do hormônio antidiurético (ADH). Avanços tecnológicos identificam a sede pelo mapeamento das áreas cerebrais envolvidas, por técnicas de indução e análise concomitante de imagens obtidas com tomografia e ressonância⁽¹⁰⁾.

Os métodos com base na neurofisiologia da sede permitem identificá-la, não sendo, entretanto, únicos, já que a sede é um sintoma que pode vir a ser uma experiência intensa e desconfortável, caracterizada pela subjetividade e individualidade, tornando sua avaliação um desafio. Nesse contexto, o autorrelato configura-se um balizador para a mensuração^(1,4).

Na prática clínica, não se avalia a sede de forma intencional e sistematizada. Os registros de sua avaliação são escassos – quando não inexistentes – e contemplam sobretudo a intensidade. A avaliação da sede deve abranger sua multifatorialidade, dentro das dimensões referentes a: prevalência, incidência, frequência, duração e desconforto.

Avaliar a sede do paciente cirúrgico em suas múltiplas dimensões requer instrumentos que consigam caracterizar os fatores desencadeadores da sede no perioperatório. Todavia os instrumentos disponíveis para sua mensuração são poucos e ainda incipientes, nem sempre contemplando todas as dimensões envolvidas nessa experiência.

Esta revisão integrativa objetivou sistematizar as evidências científicas da avaliação das dimensões da sede, dentro e fora de ambientes hospitalares. O presente estudo se justificou pela necessidade de compreender como a sede, diante de sua magnitude e complexidade, está sendo avaliada e analisar se existem instrumentos apropriados que possam ser utilizados em pacientes no período perioperatório.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, objetivando a sistematização das produções científicas que citam a avaliação das dimensões da sede, em ambientes de saúde ou não, com a finalidade de analisar a adequação ao paciente no período perioperatório. A revisão integrativa reúne e sintetiza resultados de pesquisas experimentais e não experimentais de maneira sistemática e organizada, a partir da delimitação de um tema⁽¹¹⁾.

A seguinte pergunta norteou a investigação: Quais são as evidências científicas disponíveis na literatura sobre avaliação das dimensões da sede? A pesquisa dos artigos baseou-se nos Descritores em Ciências da Saúde: sede-thirst; xerostomia-xerostomia; privação de água-water deprivation; desidratação-dehydration; avaliação-assessment; escalas-scales e enfermagem-nursing. Os descritores foram utilizados de forma isolada e combinados entre si.

Para a escolha dos artigos, selecionaram-se os bancos de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e US National Library of Medicine (PubMed). Fez-se a busca dos artigos em maio e junho de 2015.

Para selecionar as publicações incluídas na pesquisa, adotaram-se as recomendações do PRISMA** (Figura 1). Os critérios de inclusão foram: artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2005 e 2015 e disponíveis na íntegra.

Na primeira análise, com base na leitura do título e do resumo das publicações, excluíram-se os artigos que não abordavam avaliação da sede. Na segunda análise, pela leitura do artigo na íntegra, excluíram-se aqueles que não contemplaram a mensuração de dimensões da sede por escalas.

** Mother D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting/Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6 (6): e1000097. Doi: 10.1371/journal.pmed1000097

Em conformidade com o instrumento elaborado pelos autores, extraíram-se dos estudos informações referentes a: autoria, ano de publicação, título, método, objetivos, dimensão da sede abordada na avaliação e resultados do estudo.

Resultados

Dos 18 artigos abordando avaliação das dimensões da sede, cinco estavam no Lilacs, cinco no PubMed e oito foram obtidos das referências dos artigos selecionados. Os artigos encontrados na SciELO se repetiram ou não contemplaram a temática em estudo. Um artigo foi publicado em português, os demais em inglês. Os países de origem da publicação dos 18 artigos incluídos na amostra final foram: Estados Unidos com 11 (61,1%); Inglaterra com quatro (22,2%), França, Nigéria e o Brasil com um cada (5,6%). Os anos com maior publicação foram 2010 e 2014.

Predominaram ensaios clínicos randomizados. A avaliação da sede ocorreu principalmente em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise, constando em sete artigos⁽¹²⁻¹⁸⁾; realizaram-se quatro estudos com pacientes em UTI⁽¹⁹⁻²²⁾; um com pacientes adultos em pós-operatório imediato⁽⁶⁾; um com sujeitos com anemia falciforme⁽²³⁾ e um com pacientes que se recuperaram de um estado de choque séptico⁽²⁴⁾. Dois estudos envolveram sujeitos adultos sem nenhuma condição patológica⁽²⁵⁻²⁶⁾, e outros dois foram realizados com crianças⁽²⁷⁻²⁸⁾.

A avaliação das dimensões da sede ocorreu sobretudo para identificar intensidade, desconforto e frequência do sintoma, assim como para avaliar a xerostomia e sua intensidade. Evidenciaram-se também outras finalidades: correlacionar a sede com ganho de peso dialítico, xerostomia, redução de secreção salivar e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise⁽¹²⁻¹⁸⁾; avaliar a sede após alguma intervenção – como água em temperatura ambiente e lascas de gelo⁽⁶⁾, gomas de mascar e substitutos da saliva⁽¹²⁾ –, um pacote de intervenções composto por *swabs* orais, *sprays* de água, hidratante labial com mentol⁽²¹⁾, e administração de pilocarpina⁽¹⁶⁾; por fim, comparar escores de sede com o conteúdo gástrico residual em crianças⁽²⁷⁾ e com áreas cerebrais ativadas pela sede e sua saciedade⁽²⁵⁾.

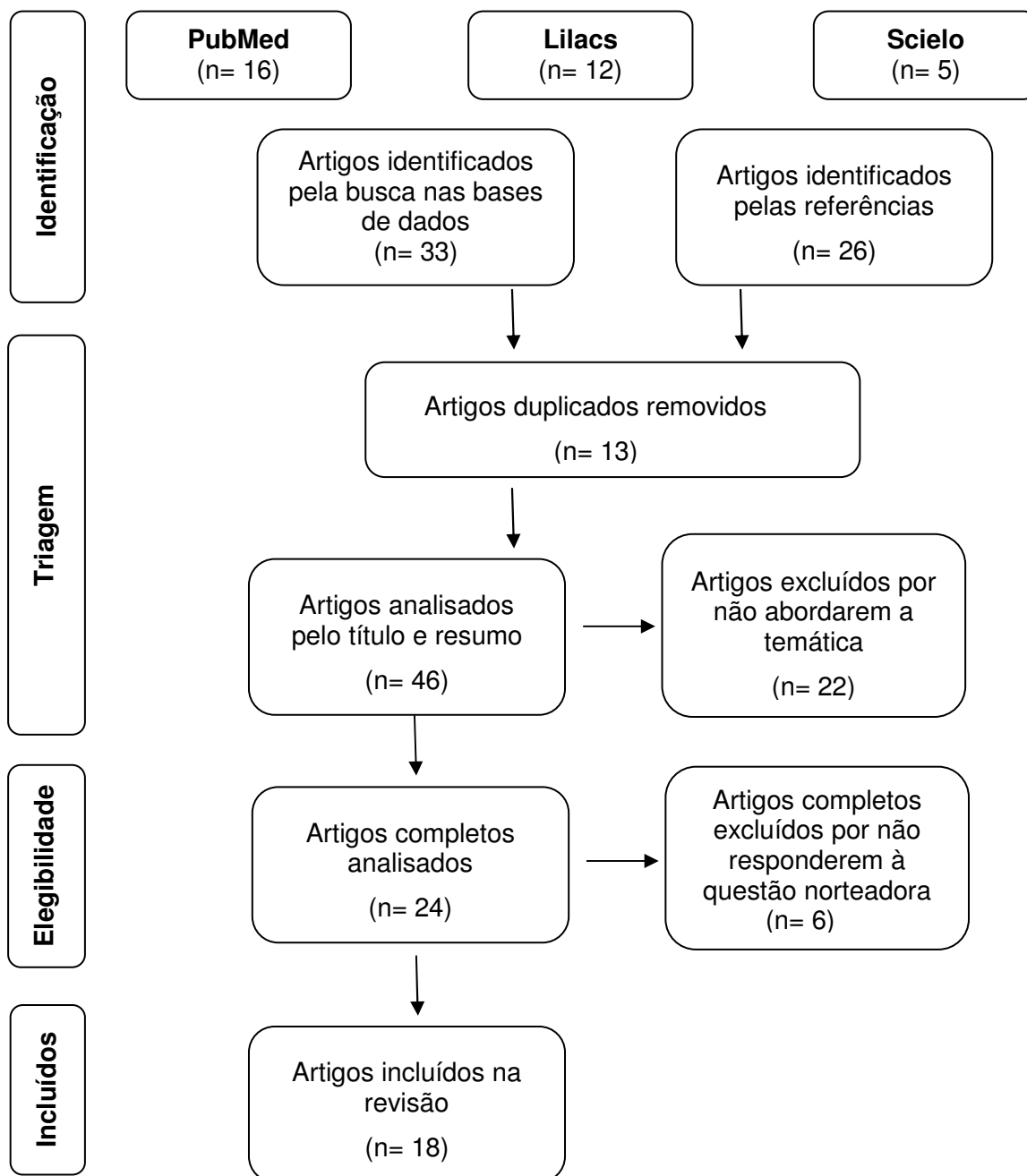
As escalas utilizadas para a avaliação da sede foram: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Verbal Numérica (EVN), Escala de Faces (EF) e as escalas Likert. Abordou-se a dimensão intensidade da sede na utilização da EVA em oito estudos^(14-16,23-26,28), da EVN em seis^(7,18-19,21-22,27), e da EF em dois⁽²⁷⁻²⁸⁾. Em um

único estudo⁽²⁰⁾ se adotou escala tipo Likert de três pontos para avaliação da intensidade e desconforto provocado pela sede.

Em um estudo⁽¹⁵⁾, usou-se escala Likert de cinco pontos, com validade e fidedignidade, para a identificação do desconforto provocado pela sede em pacientes submetidos à hemodiálise. A EVN também avaliou a dimensão desconforto em dois estudos⁽²¹⁻²²⁾. Em três pesquisas⁽¹²⁻¹⁴⁾, mensurou-se a xerostomia por escala Likert de cinco pontos, empregada no Inventário de Xerostomia (*Xerostomia Inventory*); a identificação de sua intensidade se deu pela EVA em três publicações^(14,16-17). O domínio frequência esteve presente em três estudos⁽¹²⁻¹⁴⁾, no Inventário de Sede (*Dialysis Thirst Inventory*) direcionado para pacientes em hemodiálise, com itens referentes à periodicidade de acometimento do sintoma, correlacionado com as sessões de hemodiálise.

Seis publicações^(12-15,27-28) adotaram mais de um instrumento para mensurar as dimensões da sede.

Figura 1- Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa de literatura, elaborado com base nas recomendações PRISMA. Londrina-PR, Brasil, 2015



Fonte: Elaborado pela autora (2015).

O Quadro 1 apresenta as principais informações extraídas das publicações tabuladas.

Quadro 1- Publicações sobre avaliação das dimensões da sede, segundo autores, ano, método, objetivo, dimensão da sede avaliada (2005 a 2015). Londrina-PR, Brasil, 2015

Autores/ Ano	Método e Objetivo	Dimensão da Sede Avaliada
Aroni, Nascimento, Fonseca (2012) ⁽⁷⁾	Estudo quase experimental; avaliar estratégias para alívio da sede em 90 pacientes no pós-operatório imediato.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Verbal Numérica (0 a 10).
Bots, Brand, Veerman, Korevaar, Valentijn-Benz, Bezemer et al (2005) ⁽¹²⁾	Ensaio clínico randomizado; investigar o potencial efeito da goma de mascar sem açúcar e um substituto da saliva na xerostomia, sede e ganho de peso em 65 pacientes com doença renal crônica em estágio final submetidos à hemodiálise.	Avaliação da frequência da sede por Escala Likert de cinco pontos - Inventário de Sede. Avaliação da xerostomia por Escala Likert de cinco pontos - Inventário de Xerostomia.
Bots, Brand, Poorterman, Amerongen, Valentijn-Benz, Veerman et al (2007) ⁽¹³⁾	Estudo observacional longitudinal; comparar aspectos da cavidade oral, secreção de saliva, xerostomia em 43 indivíduos com doença renal crônica depois de transplante renal.	Avaliação da frequência da sede por Escala Likert de cinco pontos - Inventário de Sede. Avaliação da xerostomia por Escala Likert de cinco pontos - Inventário de Xerostomia.
Fan, Zhang, Luo, Niu, Gu (2013) ⁽¹⁴⁾	Ensaio clínico randomizado; investigar o significado clínico e fatores relacionados com a sede e a xerostomia em 42 pacientes em hemodiálise.	Avaliação da intensidade da sede e xerostomia por Escala Visual Analógica (0 a 10). Avaliação da frequência da sede por Escala Likert de cinco pontos - Inventário de Sede. Avaliação da xerostomia por Escala Likert de cinco pontos - Inventário de Xerostomia.
Porcu, Fanton, Zampieron (2007) ⁽¹⁵⁾	Estudo correlacional; descrever as percepções de sede e correlacionar com os sintomas vivenciados por 107 pacientes submetidos à hemodiálise.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Visual Analógica (0 a 10). Avaliação do desconforto da sede por Escala Likert de cinco pontos - Escala de Desconforto da Sede.
Sung, Kuo, Guo, Chuang, Lee, Huang (2005) ⁽¹⁶⁾	Ensaio clínico randomizado; determinar se a redução na secreção de saliva contribui para o aumento da sede e do ganho de peso em 90 pacientes submetidos à hemodiálise. Avaliar a ação da pilocarpina em reduzir a sensação de boca	Avaliação da intensidade de sede e xerostomia por Escala Visual Analógica (0 a 10).

	seca.	
Sung, Kuo, Guo, Chuang, Lee, Huang (2006) ⁽¹⁷⁾	Estudo prospectivo de coorte; investigar a relação da xerostomia e ganho de peso dialítico em 116 pacientes sem diabetes <i>mellitus</i> e em 68 diabéticos que fazem hemodiálise.	Avaliação da intensidade da xerostomia por Escala Visual Analógica (0 a 10).
Yang, Yates, Chin, Kao (2010) ⁽¹⁸⁾	Ensaio clínico randomizado com cegamento simples; avaliar a eficácia da acupuntura não invasiva em estimular o aumento na secreção salivar e reduzir a sede em 28 pacientes em hemodiálise.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Verbal Numérica (0 a 10).
Li, Puntillo (2006) ⁽¹⁹⁾	Estudo piloto prospectivo; levantamento da prevalência e intensidade de nove sintomas vivenciados por 15 pacientes em UTI que estavam entubados.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Verbal Numérica (0 a 10).
Puntillo, Arai, Cohen, Gropper, Neuhaus, Paul et al (2010) ⁽²⁰⁾	Estudo prospectivo e observacional; avaliação dos sintomas vivenciados por 171 pacientes em UTI.	Avaliação da intensidade e desconforto da sede por Escala tipo Likert de três pontos.
Puntillo, Arai, Cooper, Stotts, Nelson (2014) ⁽²¹⁾	Ensaio clínico randomizado; testar um pacote de intervenções para reduzir a intensidade e desconforto da sede e boca seca em 252 pacientes de UTI.	Avaliação da intensidade e desconforto da sede por Escala Verbal Numérica (0 a 10).
Stotts, Arai, Cooper, Nelson, Puntillo (2015) ⁽²²⁾	Estudo descritivo transversal; identificar preditores da presença, intensidade e desconforto da sede em 353 pacientes de UTI.	Avaliação da intensidade e desconforto da sede por Escala Verbal Numérica (0 a 10).
Ozoene, Enosolease, Ajayi, Agoreyo, Obika (2009) ⁽²³⁾	Estudo transversal analítico; examinar a percepção da sede em 20 voluntários com e sem a doença falciforme durante 13 horas de privação de água.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Visual Analógica (0 a 10).
Siami, Polito, Porcher, Hissem, Blanchard, Boucly et al (2013) ⁽²⁴⁾	Estudo prospectivo de intervenção; descrever a avaliação da mudança de vasopressina (ADH) no plasma após infusão salina em 30 pacientes que se recuperaram	Avaliação da intensidade da sede por Escala Visual Analógica (0 a 10).

	de choque séptico.	
Farrel, Zamarripa, Shade, Phillips, McKinley, Fox et al (2008) ⁽²⁵⁾	Estudo experimental; investigar a geração da sede em 12 indivíduos idosos e 10 jovens por meio de infusão de solução salina hipertônica.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Visual Analógica (0 a 10).
Pross, Demazières, Girard, Barnouin, Metzger, Klein et al. (2014) ⁽²⁶⁾	Estudo quase experimental; avaliar os efeitos no aumento e redução da ingestão de água, no estado de humor e em algumas sensações em 52 voluntários.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Visual Analógica (0 a 10).
Buehrer, Hanke, Klaghofer, Fruehauf, Weiss, Schmitz (2014) ⁽²⁷⁾	Estudo experimental; comparar pontuações de fome e sede com imagens de ressonância magnética do conteúdo gástrico residual, em 30 crianças voluntárias de 6 a 12 anos.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Verbal Numérica (0 a 10). Avaliação da intensidade da sede por Escala de Faces.
Klemetti, Kinnunen, Suominen, Antila, Vahlberg, Grenman et al (2010) ⁽²⁸⁾	Ensaio clínico randomizado; analisar se o aconselhamento pré-operatório nutricional face a face sobre o jejum pode melhorar as respostas da fome e sede em 116 crianças, de 4 a 10 anos, no pós-operatório de cirurgia de amigdalectomia.	Avaliação da intensidade da sede por Escala Visual Analógica (0 a 10). Avaliação da intensidade da sede por Escala de Faces.

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Discussão

Este estudo sistematizou instrumentos que avaliam a sede como um sintoma subjetivo e multifatorial. Sua identificação e mensuração são complexas, no entanto necessárias para a melhor caracterização das dimensões do sintoma, visando ações para o manejo e alívio da sede.

Nas publicações analisadas, predominou a avaliação da dimensão intensidade da sede. Identificou-se a intensidade pela aplicação de escalas extensivamente utilizadas para a avaliação da dor: EVA, EVN e EF. A EVA também avaliou intensidade de xerostomia.

A EVA, EVN e EF, em conjunto com as Escalas de Descritores Verbais (EDV), são instrumentos de avaliação válidos e fidedignos para a mensuração da dor em diferentes populações⁽²⁹⁻³²⁾. A EDV não constou em nenhuma publicação da

amostra final, mas adaptaram-se esses quatro tipos de escalas para a avaliação da sede.

Adotou-se sobretudo a EVA de forma isolada em seis estudos, ou associada a outros instrumentos em três pesquisas. Essa escala consiste em uma linha de 10 centímetros ou 100 milímetros, com as extremidades representando os extremos de sede, e o restante da linha, níveis intermediários⁽³²⁾. O respondente deve marcar o ponto da linha que representa a sua sede; portanto deve haver contato visual do paciente com a escala, exigindo que ele tenha boa acuidade visual e cognitiva para classificar sua sede⁽³¹⁻³²⁾.

A EVN, entretanto, permite que o sujeito classifique sua sede em uma escala de zero a dez, em que zero corresponde a “sem sede”, e dez “a pior sede possível”⁽³²⁻³³⁾. A aplicação da EVN não exige obrigatoriamente contato visual do respondente⁽³¹⁾.

A adoção de EF ocorreu em estudos que incluíam a identificação da intensidade da sede em crianças. As EF, inicialmente desenvolvidas para crianças, vêm sendo utilizadas em adultos com dificuldade de comunicação⁽³⁴⁾.

A aplicabilidade e sensibilidade da EVA e EVN para avaliar a intensidade da sede foram demonstradas em uma pesquisa sobre os principais estudos de ensaios clínicos da sede, com investigação de sua correlação com resultados de exames laboratoriais. Evidenciou-se correlação significativa de altos escores de sede com a alta osmolaridade sanguínea em dez publicações; em oito, ocorreu correlação com altos níveis do ADH⁽³⁾.

As escalas Likert presentes nos estudos foram: Inventário de Xerostomia, Inventário de Sede, direcionada para pacientes em hemodiálise, e a Escala de Desconforto da Sede, também para pacientes em tratamento dialítico.

O Inventário de Xerostomia é um instrumento validado e confiável testado com idosos⁽³⁵⁾. Todavia é usado em pacientes submetidos à hemodiálise, em conjunto com o Inventário de Sede, que também passou por validação e verificação de fidedignidade. Sua principal finalidade é identificar a frequência da sede em pacientes com doença renal crônica⁽³⁶⁾.

O Inventário de Xerostomia abrange 11 itens; o da sede, sete. Ambos consistem em escala Likert de cinco pontos, em que um corresponde a “nunca” e cinco “com frequência”, em relação à presença do item em avaliação⁽³⁵⁻³⁶⁾. Um escore final de 11 no Inventário de Xerostomia significa que “a boca não está seca”,

enquanto 55 indica que “a boca está extremamente seca”⁽³⁵⁾. Escore final de sete no Inventário de Sede corresponde a “sem sede”; de 35, a “muita sede”⁽³⁶⁾.

O desconforto da sede é o grau em que o indivíduo se incomoda com a sede ou com um desconforto associado. Para avaliar o desconforto provocado pela sede em pacientes dialíticos, elaborou-se uma escala que, ao passar por testes, teve comprovadas a sua validade e fidedignidade. A Escala de Desconforto da Sede também consiste em uma escala Likert de cinco pontos, composta por seis itens, cujo escore de um corresponde a “extrema discordância”, e cinco a “extrema concordância” com o item em avaliação⁽⁸⁾.

Utilizou-se a Escala de Desconforto da Sede em um estudo exploratório para descrever a percepção da sede e sintomas correlacionados em pacientes em hemodiálise, evidenciando altos escores de sede⁽¹⁵⁾.

Em estudo desenvolvido com pacientes de UTI, mensurou-se, por duas escalas do tipo Likert de três pontos, o desconforto e a intensidade dos sintomas – entre eles a sede – vivenciados pelos pacientes. Na avaliação do desconforto, respondia-se “não muito desconfortável”, “moderado desconforto” e “muito desconfortável”⁽²⁰⁾. A avaliação é de forma global, sem explicitar os componentes e dimensões que interferem no desconforto do paciente. Para a intensidade da sede, os pacientes a classificavam em “média”, “moderada”, e “severa”⁽²⁰⁾.

Esses instrumentos são de fato válidos e fidedignos para avaliar a xerostomia, a sede e o desconforto que ela provoca em pacientes com condições clínicas crônicas, as quais os predispõem ao desenvolvimento da sede. Entretanto não se aplicam ao paciente cirúrgico, em razão da falta de correspondência entre os itens dos instrumentos com os aspectos vivenciados pelos pacientes no perioperatório. A não aplicabilidade também se dá pela insuficiente caracterização das dimensões do desconforto, que, para esse paciente, pode tornar a experiência cirúrgica intensamente desagradável.

Assim, mesmo tendo sido identificadas escalas que avaliem as dimensões da sede, os estudos são escassos, incipientes e com abordagem predominante da intensidade. Estão voltados para pacientes submetidos a sessões de hemodiálise e internados em UTI, tendo sido encontrado um único estudo que avaliou a sede em pacientes cirúrgicos.

Os pacientes cirúrgicos estão expostos a uma confluência de fatores que resultam em sede: jejum pré-operatório, entubação, medicamentos utilizados para o

ato anestésico-cirúrgico, sangramento intraoperatório e oxigenoterapia prolongada⁽⁵⁻⁶⁾. Em decorrência desses fatores, que os predispõem ao desenvolvimento da sede, é real e evidente a demanda por instrumentos que explorem e caracterizem não somente a intensidade da sede, mas também as diversas dimensões do desconforto experienciadas pelos pacientes no período perioperatório.

Constatou-se nos estudos selecionados que a avaliação sobre o desconforto não discrimina exatamente os componentes periféricos que o provocam, como boca seca, lábios rachados e saliva grossa. Uma melhor caracterização da sede vivenciada pelo paciente e a abordagem de mais de uma dimensão durante a avaliação podem ser o início para compreender e tratar de modo eficaz este sintoma.

Conclusão

A revisão integrativa de literatura obteve uma amostra de 18 artigos publicados entre 2005 e 2015, composta sobretudo por ensaios clínicos randomizados e caracterizada pela escassez de publicações nacionais, pois apenas um dos estudos foi publicado em português no Brasil.

As dimensões da sede – intensidade, frequência e desconforto – foram identificadas por EVA, EVN e EF, extensivamente usadas para a avaliação do sintoma dor, e pelo Inventário de Sede, Inventário de Xerostomia e Escala de Desconforto da Sede. Comprovou-se que, além de não englobar todas as dimensões da sede, os instrumentos de avaliação existentes direcionam-se para populações específicas e com foco na mensuração da intensidade.

Embora haja instrumentos que avaliem a sede, eles não se aplicam ao paciente cirúrgico pela não correspondência dos itens com os fatores desencadeadores da sede perioperatória. Existe uma lacuna na literatura quanto a instrumentos que avaliem o desconforto da sede do paciente cirúrgico em suas diferentes dimensões.

Referências

1. Leiper J. Thirst [Internet]. In: Caballero B, Allen L, Prentice A, editors. Encyclopedia of human nutrition. Vol 4. 2nd ed. Oxford, England: Elsevier Ltd/Academic Press; 2005 [acesso em 2 out 2015]. p. 278-86. Disponível em: <http://content.yudu.com/Library/A17k4j/EncyclopediaofHumanN/resources/1969.htm>

2. McKinley MJ, Cairns MJ, Denton DA, Egan G, Mathai ML, Uschakov A et al. Physiological and pathophysiological influences on thirst. *Physiol Behav* [Internet]. 2004 [acesso em: 23 out 2015]; 81(5):795-803. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15234185>
3. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2014 Oct [acesso em: 19 nov. 2015]; 16(4):456-66. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24136996>
4. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013 Jul [acesso em: 2 out. 2015]; 22(4):328-36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>
5. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015. [acesso em: 24 set 2015]; 49(1):120-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25789651>
6. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012. [acesso em: 30 abr 2015]; 24(4):530-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400008
7. Gois CFL, Aguillar OM, Santos V, Rodríguez EOL. Fatores estressantes para o paciente submetido a cirurgia cardíaca. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2012. [acesso em: 6 set 2015]; 30(3):312-9. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072012000300003&script=sci_arttext
8. Welch JL. Development of the thirst distress scale. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2002 [acesso em 4 abr 2015]; 29(4):337-41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224366>

9. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001 [acesso em 5 nov 2015]; 33(5):668-76. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298204>
10. Egan G, Silk T, Zamarripa F, Williams J, Federico P, Cunnington R et al. Neural correlates of the emergence of consciousness of thirst. *Proc Natl Acad Sci USA* [Internet]. 2003 Dec [acesso em 18 out. 2015]; 100(5):15241-6. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/100/25/15241>
11. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acesso em 20 abr 2015]; 29(4):337-41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>
12. Bots CP, Brand HS, Veerman ECI, Korevaar JC, Valentijn-Benz M, Bezemer PD et al. Chewing gum and a saliva substitute alleviate thirst and xerostomia in patients on haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2005 [acesso em 13 jun 2015]; 20(3):578-84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15665029>
13. Bots CP, Brand HS, Poorterman JHG, van Amerongen BM, Valentijn-Benz M, Veerman ECI et al. Oral and salivary changes in patients with end stage renal disease (ESRD): a two year follow-up study. *Br Dent J Transplant* [Internet]. 2007 [acesso em 6 maio 2015]; 202(2):1-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17235362>
14. Fan WF, Zhang Q, Luo LH, Niu JY, Gu Y. Study on the clinical significance and related factors of thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res* [Internet]. 2013 [acesso em 2 maio 2015]; 37(4-5):464-74. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24247643>
15. Porcu M, Fanton E, Zampieron A. Thirst distress and interdialytic weight gain: a study on a sample of haemodialysis patients. *J Ren Care* [Internet]. 2007 [acesso em 7 jun 2015]; 33(4):179-81. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18298036>

16. Sung JM, Kuo SC, Guo HR, Chuang SF, Lee SY, Huang JJ. Decreased salivary flow rate as a dipsogenic factor in hemodialysis patients: evidence from an observational study and a pilocarpine clinical trial. *J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2005 [acesso em 15 jun 2015]; 16(11):3418-29. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16177001>.
17. Sung JM, Kuo SC, Guo HR, Chuang SF, Lee SY, Huang JJ. The role of oral dryness in interdialytic weight gain by diabetic and non-diabetic haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2006 [acesso em 15 jun 2015]; 21(9):2521-28. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16720594>
18. Yang LY, Yates P, Chin CC, Kao TK. Effect of acupressure on thirst in hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res* [Internet]. 2010 [acesso em 25 jun 2015]; 33(4):260-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20606475>
19. Li DT, Puntillo KA. A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2006 [acesso em 4 dez 2015]; 19(4):216-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17098160>
20. Puntillo KA, Arai SR, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med* [Internet]. 2010 [acesso em 17 mar 2015]; 38(11):2155-60. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711069>
21. Puntillo KA, Arai SR, Cooper BA, Stotts NA, Nelson JE. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* [Internet]. 2014 [acesso em 17 mar 2015]; 40(9):1295-1302. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24894026>
22. Stotts NA, Arai SR, Cooper BA, Nelson JE, Puntillo KA. Predictors of thirst in intensive care unit patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [acesso em 10 maio 2015]; 49(3):530-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25116914>

23. Ozoene JO, Enoslease ME, Ajayi OI, Agoreyo FO, Obika LFO. Thirst perception in dehydrated sickle cell disease patients in steady state. *Niger J Physiol Sci* [Internet]. 2009 [acesso em 2 jun 2015]; 24(2):121-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20234751>
24. Siami S, Polito A, Porcher R, Hissem T, Blanchard A, Boucly C et al. Thirst perception and osmoregulation of vasopressin secreted are altered during recovery from septic shock. *PLoS One* [Internet]. 2013 [acesso em 5 maio 2015]; 8(11):1-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24223220>
25. Farrel MJ, Zamarripa F, Shade R, Phillips PA, McKinley M, Fox PT et al. Effect of aging on regional cerebral flow responses associated with osmotic thirst and its saciation by water drinking: a PET study. *Proced Natl Acad Sci USA* [Internet]. 2008 [acesso em 2 maio 2015]; 105(1):382-7. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/105/1/382.abstract>
26. Pross N, Demazières A, Girard N, Barnouin R, Metzger D, Klein A et al. Effects of changes in water intake on mood of high and low drinkers. *PLoS One* [Internet]. 2014 [acesso em 2 jun 2015]; 9(4):1-7. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094754>
27. Buehrer S, Hanke U, Klaghofer R, Fruehauf M, Weiss M, Schmitz A. Hunger and thirst numeric rating scales are not valid estimates for gastric content volumes: a prospective investigation in healthy children. *Pediatr Anesth* [Internet]. 2014 [acesso em 6 maio 2015]; 24(3):309-15. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467570>
28. Klemetti S, Kinnunen I, Suominen T, Antila H, Vahlberg T, Grenman R et al. The effect of preoperative fasting on postoperative thirst, hunger and oral intake in paediatric ambulatory tonsillectomy. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 [acesso em 15 maio 2015]; 19(3-4):341-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500273>

29. Cunha FF, Rêgo LP. Nursing and cancer pain. Rev Dor [Internet]. 2015 [acesso em 2 nov 2015]; 16(2):142-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132015000200142&script=sci_arttext&tIng=en
30. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. Pain [Internet]. 2015 [acesso em 2 nov 2015]; 16(2):142-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21856077>
31. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. Revista HUPE [Internet]. 2013 [acesso em 6 nov 2015]; 12(3):110-7. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426
32. Jensen MP. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. J Pain [Internet]. 2003 [acesso em 5 nov 2015]; 4(1):2-21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622723>
33. Pereira LV, Pereira GA, Moura LA, Fernandes RR. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [acesso em 1º dez 2015]; 49(5):804-10. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/106712>
34. Jaywant SS, Pai AVA. A comparative study of pain measurement scales in acute burn patients. Indian J Physiother Occup Ther [Internet]. 2003 [acesso em 5 nov 2015]; 35(3):13-7. Disponível em: <http://medind.nic.in/iba/t03/i3/ibat03i3p13.pdf>
35. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Williams SM. The xerostomia inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. Community Dent Health [Internet]. 1999 [acesso em 15 nov 2015]; 16(1):12-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10697349>
36. Bots CP, Brand HS, Veerman EC, Korevaar JC, Valentijn-Benz M, van Amerongen BM et al. Interdialytic weight gain inpatients on hemodialysis is

associated with dry mouth and thirst. *Kidney Int* [Internet]. 2004 [acesso em 13 jun 2015]; 66(4):1662-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15458464>

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A PERIOPERATIVE THIRST DISCOMFORT SCALE

Resumo

Objetivo: Elaborar e validar uma escala para avaliação do desconforto da sede perioperatória. **Método:** Pesquisa metodológica e quantitativa, fundamentada nos pressupostos de Pasquali. Após revisão bibliográfica, elaborou-se a escala, seguida de validação aparente e de conteúdo, por meio dos índices de validade de conteúdo e de fidedignidade. Por fim, avaliação da fidedignidade através da equivalência interobservadores e consistência interna da escala. **Resultado:** Sete itens compuseram a escala: boca seca; lábios ressecados; língua grossa; saliva grossa; garganta seca; gosto ruim e vontade de beber água. O índice de validade de conteúdo para atributos e itens foi de 0,98, e o índice de fidedignidade foi de 1 para os atributos e itens da escala. A consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach foi de 0,91, e a equivalência interobservadores foi de 1, medido pelo coeficiente de kappa ponderado. **Conclusão:** A escala se mostrou válida e fidedigna para ser utilizada com pacientes cirúrgicos.

Abstract

Objective: Develop and validate a scale to assess the discomfort of perioperative thirst. **Method:** A methodological and quantitative study, based on the assumptions of Pasquali. After a literature review, a scale was developed based on the most common incidents of thirst discomfort. This was followed by semantic analysis, content validation through content validity and reliability indexes. **Results:** Seven items were included in the scale: dry mouth; dry lips; thick tongue; thick saliva; dry throat; bad taste and the desire to drink water. The content validity index for attributes and items was 0.98, and the interobserver agreement rate was 1 for all attributes and items of the scale. The internal consistency evaluated by Cronbach's alpha was 0.91, and the interobserver reliability was 1, measured by the weighted kappa coefficient. **Conclusion:** The scale proved to be valid and reliable for use with surgical patients.

Descritores: Sede. Escalas. Avaliação. Enfermagem Perioperatória. Estudos de Validação.

Key-words: Thirst. Scales. Assessment. Perioperative Nursing. Validation Studies.

Introdução

A sede é descrita como a vontade de beber água, influenciada por fatores fisiológicos assim como por hábitos de vida do indivíduo, ou desejo por líquidos que promovam sensação de aquecimento ou resfriamento⁽¹⁾. A principal classificação da etiologia da sede caracteriza-a em sede osmótica e hipovolêmica. A osmótica

deflagra-se por uma desidratação celular, resultante do aumento da osmolaridade no espaço extracelular, em busca da homeostasia. A sede hipovolêmica resulta da perda de volume plasmático, observada em hemorragias, vômitos, diarreia, sudorese e diurese⁽¹⁻³⁾.

O paciente cirúrgico integra um grupo com alto risco de desenvolver sede. Mensurá-la é uma demanda real na prática clínica para fundamentar a adoção de medidas de alívio que abreviem o desconforto do paciente. No perioperatório, o paciente está exposto a inúmeros fatores que o predispõem ao sintoma sede, como jejum pré-operatório prolongado, medicações do ato anestésico-cirúrgico, entubação orotraqueal e perdas sanguíneas⁽⁴⁻⁵⁾. Somem-se a eles ansiedade, irritabilidade, estresse e temor de anestesia e cirurgia⁽⁶⁻⁸⁾.

A presença de sede tem sido considerada um dos maiores fatores de desconforto para o paciente cirúrgico. Partindo do pressuposto que o cuidado é o principal objeto de trabalho da enfermagem, a busca pelo conforto é um alvo a ser alcançado, integrado numa dimensão maior, em meio a processos, experiências e conceitos dinâmicos, como qualidade de vida, esperança, controle, revitalização e equilíbrio. Trata-se de uma experiência subjetiva que ultrapassa os limites físicos, abrangendo a dimensão psicológica, social, espiritual e ambiental da pessoa⁽⁹⁻¹⁰⁾. Criar uma esfera de conforto para o paciente é, portanto, um desafio complexo⁽¹⁰⁾. Toda situação de desequilíbrio desencadeia uma mudança no cenário, e a experiência de conforto se torna uma experiência de desconforto⁽¹¹⁻¹²⁾.

Pode-se identificar a sede por diversos mecanismos, como pelo mapeamento cerebral por tomografia e ressonância ou pelas alterações osmóticas e hormonais, e também pela percepção do próprio indivíduo. Para isso, pela facilidade, têm-se empregado escalas visuais analógicas (EVA) e verbais numéricas (EVN), extensivamente utilizadas na avaliação da dor. Há indícios de sua fidedignidade quanto às alterações osmóticas. Em revisão de literatura para análise dos principais ensaios clínicos em humanos para investigar a relação do sintoma sede com fatores fisiológicos, evidenciaram-se dez estudos em que os escores obtidos por EVA e EVN tiveram uma correlação positiva com os altos níveis do hormônio antidiurético e com a osmolaridade do sangue⁽¹³⁾.

O caráter subjetivo da sede dificulta, no entanto, sua valorização, reconhecimento e mensuração, sobretudo quando envolve pacientes com déficit de comunicação⁽²⁾. Outra dificuldade diz respeito à carência de instrumentos de

mensuração específicos para identificar a presença e intensidade da sede, assim como de estudos que as avaliem.

Em um estudo para determinar os principais sintomas vivenciados por pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), utilizou-se escala tipo Likert para avaliar intensidade e desconforto. A sede foi o segundo sintoma mais intenso e incidente, mas não se mostrou tão desconfortável aos pacientes em comparação com os outros itens da avaliação⁽¹⁴⁾.

Em outro estudo, desenvolveu-se uma Escala de Desconforto da Sede, testada com 247 pacientes em hemodiálise, tendo-se avaliado a intensidade da sede por EVA⁽¹⁵⁾. Também um *checklist* com 18 itens mostrou-se válido e confiável para mensurar a sede em pacientes com demência avançada, os quais, em razão das condições impostas pela doença, não conseguem verbalizar a vontade de beber água⁽¹⁶⁾. Por fim, em outra pesquisa, desenvolveu-se, validou-se e identificou-se a fidedignidade de um Inventário de Xerostomia, com 11 itens relacionados às condições impostas pelo ressecamento da cavidade oral⁽¹⁷⁾.

As escalas de avaliação, quantificação e desconforto da sede existentes se destinam a pacientes críticos ou submetidos à hemodiálise, predispostos, pela cronicidade das condições clínicas, ao desenvolvimento da sede ou de seus sintomas periféricos. Esses instrumentos consideram itens que não se ajustam ao paciente cirúrgico: são extensos, avaliam construtos difíceis de ser pontuados pelo paciente cirúrgico e também não discriminam os componentes e dimensões que compõem a experiência de estar com sede no contexto perioperatório.

Os pacientes cirúrgicos apresentam sede intensa e altamente incidente, porém não se encontram estudos que mensurem a intensidade desse desconforto, sobretudo pela sua subjetividade inerente, por isso é imprescindível ter à disposição um instrumento válido e confiável para avaliar o desconforto da sede perioperatória, como uma ferramenta útil para adoção posterior de medidas de alívio.

É necessário que os instrumentos de medida possuam validade e fidedignidade em sua aplicação para minimizar a possibilidade de julgamentos subjetivos. A qualidade do instrumento é, portanto, fundamental para que os resultados tenham credibilidade e legitimidade⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi desenvolver e validar uma escala para avaliação do desconforto da sede perioperatória.

Método

Fez-se um estudo metodológico de abordagem quantitativa, ideal para investigar métodos de obtenção, organização e análise de dados que resultem na validação de instrumentos e técnicas de pesquisa, com alto nível de fidedignidade e reprodutibilidade em outros estudos⁽²⁰⁾.

Esta pesquisa realizou-se no centro cirúrgico de um hospital público do norte do Paraná, credenciado ao Sistema Único de Saúde, em 2014 e 2015, e desenvolveu-se segundo os pressupostos de Pasquali para a elaboração de instrumentos psicológicos com base em três procedimentos: teóricos, experimentais ou empíricos, e analíticos ou estatísticos⁽²¹⁾.

A etapa dos procedimentos teóricos consistiu na elaboração da escala a partir do construto “desconforto da sede”, na análise semântica e na validação de conteúdo por especialistas.

O construto e seus atributos foram definidos depois de uma extensa revisão integrativa de literatura em base de dados nacionais e internacionais, sendo as palavras-chave: sede (thirst), avaliação (assessment), avaliação da sede (assessment of thirst), sintomas (symptoms) e sintomas de sede (symptoms of thirst). Para elencar os atributos da sede, utilizou-se também um banco de artigos do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS) da Universidade Estadual de Londrina e um estudo de incidência da sede realizado na mesma instituição⁽²²⁾.

Para compor a escala, os principais atributos foram elencados e depois reduzidos para os mais representativos. Participaram dessa análise quatro integrantes do GPS e uma professora pesquisadora não ambientada com a temática sede, visando atribuir um olhar neutro à seleção dos atributos. Procedeu-se, então, à definição constitutiva e operacional dos itens.

Para quantificar esses itens, determinou-se uma escala tipo Likert de três pontos, em que zero significa “nada desconfortável”; um significa “pouco desconfortável” e dois, “muito desconfortável”. Optou-se por uma escala de três pontos por simplificar a compreensão para o paciente em recuperação cirúrgica, obtendo-se uma pontuação de zero a 14, em que 14 é correspondente à maior intensidade de desconforto referida.

O instrumento finalizado foi submetido à análise teórica em duas etapas distintas: validação aparente e de conteúdo. Na validação aparente, participaram quatro enfermeiros doutores, quatro enfermeiros recém-formados e oito pacientes

(quatro com ensino fundamental e quatro com nível superior). A enfermeira pesquisadora, depois de aplicar a escala, questionava cada um dos participantes sobre a clareza e compreensão dos itens.

A validação de conteúdo da escala coube a 11 especialistas com experiência em enfermagem perioperatória, na temática sede ou na validação de instrumentos. O contato com os especialistas ocorreu por email. Eles receberam quatro instrumentos: validação dos atributos do desconforto da sede; validação dos itens da escala; manual operacional para validação das definições constitutivas e operacionais dos atributos, e um instrumento de caracterização dos especialistas. Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica Delphi em duas rodadas.

Entre os 11 especialistas que participaram, oito eram residentes na cidade de Londrina, um em Maringá, um em Ribeirão Preto e um em São Paulo. A idade variou entre 20 e 30 anos (2); 41 e 50 anos (6) e mais que 50 anos (3). Um dos especialistas possuía pós-doutorado em enfermagem, oito eram doutores, e dois eram mestres; 45,4% atuam na área da enfermagem de 25 a 30 anos. O campo de atuação predominante foi a graduação (45,4%) em instituições públicas (72,2%), e 63,6% trabalham em instituições de grande porte.

Os dados obtidos foram organizados e analisados em uma planilha no programa Excel 2007. Para os cálculos, adotou-se o índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index- CVI*) e o índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement- IRA*). O CVI demonstra a proporção de especialistas que julgaram o item da escala válido ou não, sendo ele concedido a cada atributo, a cada item da escala e ao instrumento na íntegra. Fez-se o cálculo do CVI para os itens da escala e atributos a partir da razão do quantitativo de especialistas que consideraram válidos o item da escala e o atributo (pontuação de três ou quatro) pelo número de especialistas. Calculou-se o CVI para a escala com base na média dos valores atribuídos aos itens e atributos. Utilizou-se o IRA para identificar a extensão em que os especialistas foram confiáveis em suas respostas. Obteve-se o IRA da razão entre o quantitativo de itens da escala que obtiveram valor acima de 80% pelo número total de itens da escala ou atributos. O ideal é que ambos os índices sejam maiores que 80%⁽²³⁾.

Na etapa dos procedimentos empíricos, submeteu-se a escala a um teste-piloto com dez pacientes, fazendo-se os ajustes necessários para a clareza do instrumento.

A última etapa, correspondente aos procedimentos analíticos, consistiu em verificar a fidedignidade da escala. Uma das enfermeiras pesquisadoras e uma enfermeira residente, atuante no local de estudo, com experiência prévia em enfermagem perioperatória, conduziram a equivalência interavaliadores. A dupla aplicou a escala simultaneamente, mas de forma independente: apenas uma das enfermeiras se comunicava com o paciente; a outra observava e fazia anotações. A coleta dos dados durou três meses, e o instrumento de coleta contemplou, além da escala, dados clínicos e de caracterização.

Para o cálculo da amostra, adotou-se o que preconiza Pasquali⁽²¹⁾, ou seja, para cada item da escala são necessários dez sujeitos, perfazendo uma amostra de 70 pacientes. Incluíram-se pacientes na fase pré e pós-cirúrgica imediata em sala de recuperação anestésica. Os critérios foram: idade entre 18 e 65 anos; referir sede; pontuação na EVN de sede maior ou igual a três; estar consciente, alerta e orientado no tempo e espaço no momento da coleta.

A amostra com 70 pacientes compôs-se de 36 homens e 34 mulheres, com média de idade de 38,3 anos (md= 36,0 e dp= 14,4). O nível de escolaridade predominante foi o médio (61,4%); 32,9% apresentaram nível fundamental, e 5,7%, superior. As principais especialidades cirúrgicas foram Ginecologia (27,1%) e Ortopedia (35,7%), sendo a cesárea (15,7%) o procedimento cirúrgico de maior incidência. Não houve diferenças no período de jejum de líquidos e sólidos. Permaneceram em jejum por pelo menos 12 horas 38,6% dos pacientes; 55,7% entre 12 e 24 horas e 5,7% em período maior que 24 horas. As cirurgias duraram em média 1 hora e 59 minutos (md= 1 hora e 40 minutos e dp= 1 hora e 23 minutos).

Os pacientes foram submetidos predominantemente às anestésias raquidiana (58,6%) e geral (28,6%). O procedimento anestésico teve duração média de 2 horas e 24 minutos (md= 2 horas e dp= 1 hora e 30 minutos). Dos 70 pacientes, 23 (32,9%) foram entubados, e 37 (52,9%) eram ASA II, dentro da classificação para risco anestésico conforme o estado geral.

Oito pacientes referiram sede espontaneamente, e a pontuação média da EVN de sede de zero a dez foi de 6,7 (md= 6 e dp= 2,3). Quatro pacientes receberam alguma medicação anticolinérgica, e em 71% deles administrou-se algum tipo de medicamento opioide durante a cirurgia.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do programa Excel 2007, e um estatístico fez a análise descritiva e inferencial utilizando o software SAS

9.0. Para análise estatística, selecionaram-se duas técnicas de verificação da fidedignidade: o alfa de Cronbach e a equivalência interobservadores, com o cálculo do coeficiente de kappa ponderado. Ambos os coeficientes variam entre zero e um: quanto mais próximo de um, mais exata é a medida e maior é a fidedignidade do instrumento⁽²⁰⁾.

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição de estudo aprovou a pesquisa (CAAE: 02299412.6.0000.5231), sob as orientações da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Resultados

A partir do construto “desconforto da sede”, definiram-se 30 atributos representativos: boca amarga, boca áspera, boca irritada, boca seca, cansaço, cavidade oral friável, dificuldade de deglutição, dor de cabeça, fácil sangramento da cavidade oral, garganta amarga, garganta áspera, garganta seca, gosto ruim na boca, hipossalivação, lábios ressecados, lábios rachados, língua grossa, língua seca, mau hálito, olhos ressecados, olhos secos, perda de apetite, queimação na garganta, queimação no estômago, saliva grossa, sonolência, tontura, vontade de beber água, vontade de engolir e xerostomia.

Reduziram-se os 30 atributos aos sete mais representativos do construto: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim e vontade de beber água. Com base na operacionalização dos atributos, obtiveram-se sete itens correspondentes: minha boca está seca; meus lábios estão ressecados; sinto que minha língua está grossa; minha saliva está grossa; minha garganta está arranhando; sinto um gosto ruim na boca, e tenho vontade de beber água.

Validação aparente e de conteúdo

A validação aparente demonstrou que a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP) foi de fácil compreensão para todos os estratos.

As principais alterações realizadas na escala consistiram em:

- Alteração do item da escala “sinto que minha língua está grossa” para “minha língua está grossa”, para padronização dos itens;

- Alteração do item da escala “minha garganta está arranhando” para “minha garganta está seca”, pois o paciente geralmente associa sensação de garganta arranhando com entubação no ato anestésico;

- Alteração nos critérios para qualificar a avaliação do desconforto da sede. Essa modificação baseou-se no julgamento dos especialistas e no teste-piloto da escala com dez pacientes. Em lugar dos critérios “nada desconfortável”, “pouco desconfortável” e “muito desconfortável”, adotou-se o zero para “nada incomodado”, um para “um pouco incomodado” e dois para “muito incomodado” (Apêndice). Fez-se a mudança para proporcionar aos pacientes melhor compreensão e caracterização do sistema de pontuação dos itens da escala.

- Alteração em relação à periodicidade da avaliação, que, além da queixa espontânea, incluiu questionar o paciente sobre sua sede.

Nos quadros 1 e 2, apresentam-se os resultados da análise dos dados obtidos pelo cálculo do CVI e do IRA.

A obtenção de índices de concordância abaixo de 80% ocorreu apenas na primeira rodada de validação de conteúdo dos instrumentos. Na segunda, todos os atributos e itens da escala alcançaram os níveis estabelecidos neste estudo. Para o item da escala “minha saliva está grossa”, houve índices baixos na apreciação do instrumento para a validação dos itens da escala, com CVI de 77% e IRA de 57%.

Quadro 1- Resultados da validação de conteúdo dos itens da EDESP. Londrina-PR, Brasil, 2015

Itens avaliados	CVI*	CVI**	IRA***	CVI*	CVI**	IRA***
	1ª rod	1ª rod	1ª rod	2ª Rod	2ª Rod	2ª Rod
Minha boca está seca	0,97		1,00	0,98		1,00
Meus lábios estão ressecados	0,97		1,00	0,98		1,00
Minha língua está grossa	0,85		0,86	0,98		1,00
Minha saliva está grossa	0,77	0,91	0,57	0,98	0,98	1,00
Minha garganta está seca	0,84		0,85	0,98		1,00
Sinto um gosto ruim na boca	1,00		1,00	0,98		1,00
Tenho vontade de beber água	0,97		1,00	0,98		1,00

*Content Validity Index (Índice de Validade de Conteúdo)- CVI do item da escala; ** Content Validity Index- CVI da escala na íntegra; ***Interrater Agreement (Índice de Fidedignidade ou Concordância Interavaliadores)- IRA por item da escala.

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Os resultados obtidos com a validação dos atributos e do manual operacional estão apresentados no quadro 2. O IRA para o atributo “língua grossa”, em seu julgamento no primeiro instrumento, foi de 71% na primeira rodada. A validação de conteúdo do manual operacional resultou em valores baixos do IRA para os atributos “lábios ressecados” (0,50), “língua grossa” (0,50) e “garganta seca” (0,75). Ambos os índices ficaram abaixo do valor ideal para os atributos “saliva grossa” e “gosto ruim”.

Os valores abaixo de 80% dos índices obtidos na validação de conteúdo do manual operacional resultaram da não concordância dos especialistas em relação à periodicidade de avaliação e critérios de qualificação dos itens da escala na primeira rodada da avaliação. Feita as correções sugeridas pelos avaliadores, a escala apresentou, na segunda rodada, CVI e IRA de 100% para todos os itens.

Quadro 2- Resultados da validação de conteúdo dos atributos da EDESP. Londrina-PR, Brasil, 2015

Atributos avaliados	CVIa*		CVIa**		IRAa***		CVIb*		CVIb**		IRAb***	
	1ª rod	2ª Rod	1ª Rod	2ª Rod	1ª rod	2ª Rod	1ª rod	2ª Rod	1ª rod	2ª Rod	1ª rod	2ª Rod
Boca seca	0,97	0,98			1,00	1,00	0,88	1,00			1,00	1,00
Lábios ressecados	0,91	0,98			1,00	1,00	0,81	1,00			0,50	1,00
Língua grossa	0,83	0,98			0,71	1,00	0,83	1,00			0,50	1,00
Saliva grossa	0,91	0,98	0,91	0,98	1,00	1,00	0,79	1,00	0,83	1,00	0,50	1,00
Garganta seca	0,91	0,98			1,00	1,00	0,81	1,00			0,75	1,00
Gosto ruim	0,91	0,98			1,00	1,00	0,79	1,00			0,50	1,00
Vontade de beber água	0,91	0,98			1,00	1,00	0,92	1,00			1,00	1,00

*Content Validity Index (Índice de Validade de Conteúdo)- CVI do atributo; ** Content Validity Index- CVI da Escala na íntegra; ***Interrater Agreement (Índice de Fidedignidade ou Concordância Interavaliadores)- IRA por item da Escala. **a-** Validação de Conteúdo dos Atributos; **b-** Validação de Conteúdo do Manual Operacional.

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Fidedignidade

Todos os itens da escala obtiveram coeficiente de kappa ponderado de 1, com exceção do item “tenho vontade de beber água”, que obteve 0,97.

A consistência interna da EDESP, verificada pelo cálculo do alfa de Cronbach da escala geral, foi de 0,91. A exclusão de qualquer um dos itens da escala não aumentou o valor do coeficiente, mantendo-se, portanto, os sete itens (Quadro 3).

Quadro 3- Comportamento do alfa de Cronbach na exclusão de algum item da EDESP. Londrina-PR, Brasil, 2015

Item	Valor do coeficiente
Minha boca está seca	0,90
Meus lábios estão ressecados	0,89
Minha língua está grossa	0,90
Minha saliva está grossa	0,90
Minha garganta está seca	0,89
Sinto um gosto ruim na boca	0,90
Tenho vontade de beber água	0,90

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam que a avaliação da sede não se esgota na dimensão intensidade, pois o autorrelato traz à tona a percepção de desconfortos específicos e expressivos, compondo atributos periféricos da sede que não podem ser ignorados.

Os 30 atributos identificados neste estudo com relação ao desconforto da sede nos pacientes cirúrgicos e a EDESP representam um recorte dos principais sintomas periféricos desconfortáveis vivenciados na fase perioperatória, que usualmente passam despercebidos pela equipe de enfermagem. Iniciando pela caracterização e operacionalização dos atributos mais representativos do desconforto da sede, foi possível elaborar, validar e verificar a fidedignidade da escala.

Pesquisas que proponham instrumentos de avaliação da sede ainda são incipientes e, até o presente momento, não se encontrou escala validada para mensurar o desconforto da sede em pacientes cirúrgicos. A escassez de estudos dificultou tanto os processos de fundamentação teórica dos componentes da sede

perioperatória e seu desconforto quanto o norteamento da elaboração e validação de instrumentos de avaliação.

Pode-se encontrar na literatura a validação e verificação da fidedignidade de escalas de avaliação da sede, mas para pacientes em hemodiálise. O interesse por essa população se explica pela maior incidência da sede em decorrência das modificações que a doença renal crônica e fatores associados impõem ao organismo^(15,17). Também há registro de avaliação da sede como um sintoma desconfortável conduzida com pacientes em UTI⁽¹⁴⁾.

No desenvolvimento da Escala de Desconforto da Sede (*Thirst Distress Scale*) para pacientes em hemodiálise, observaram-se três dimensões da sede: desconforto, frequência e duração. Ao final de dez entrevistas com pacientes, revisão de literatura e definições teóricas, levantaram-se 12 itens para avaliação do domínio desconforto, três itens para duração e 16 para frequência⁽¹⁵⁾.

Elaborou-se também um instrumento para avaliar a incidência de sede (*Dialysis Thirst Inventory*) em pacientes submetidos à hemodiálise. O questionário com sete itens continha perguntas sobre o período do dia em que a vontade de beber água era mais incidente, correlacionando a percepção da sede antes, durante e depois das sessões de hemodiálise⁽²⁴⁾.

Apesar de vários estudos investigarem um conjunto de sintomas relacionados ao ressecamento das mucosas, invariavelmente associado à sede, não havia na literatura um instrumento para avaliá-los, até a publicação do Inventário de Xerostomia (*Xerostomia Inventory*). Esse inventário compõe-se de 11 itens elencados com base em extensiva revisão de literatura e em outros estudos em que avaliaram a xerostomia⁽¹⁷⁾.

Essas escalas são validadas e confiáveis, porém muito extensas e contemplam dimensões difíceis de serem caracterizadas e percebidas pelo paciente no pós-operatório imediato, como, por exemplo, a duração do sintoma. Elas não são adequadas para avaliar o desconforto da sede em pacientes cirúrgicos, que ficam expostos a fatores não considerados por esses instrumentos.

O sistema de pontuação de uma escala também é um fator que interfere na mensuração da sede. Os critérios de qualificação da escala objeto deste estudo foram analisados pelos 11 especialistas no terceiro instrumento da validação de conteúdo, consistindo em uma escala tipo Likert de três pontos. Em outros instrumentos^(15,17,24), utilizou-se escala Likert de cinco pontos. Na Escala de

Desconforto da Sede para pacientes em hemodiálise, o respondente dizia se concordava (pontuação cinco) ou não (pontuação um) com o item em avaliação⁽¹⁵⁾, e no Inventário de Xerostomia⁽¹⁷⁾ e Sede⁽²⁴⁾, “nunca” corresponde à pontuação um, e “sempre”, à pontuação cinco, em relação à periodicidade do aspecto avaliado.

No Inventário de Xerostomia, um escore final individual de 11 significa que a “boca não está seca”, e 55, que a “boca está extremamente seca”⁽¹⁷⁾, enquanto no Inventário de Sede pontuação 7 significa estar “sem sede”, e 35, estar “com muita sede”⁽²⁴⁾. Esse inventário pode não ser prático para utilizar com paciente cirúrgico por conter um grande número de itens com pontuação extensa, de difícil compreensão para o paciente nesse período.

Um dos especialistas sugeriu que os critérios de avaliação da EDESP fossem baseados em uma escala tipo Likert de quatro pontos. Entretanto, visando à compreensão dos pacientes que estão se recuperando de um procedimento cirúrgico, optou-se por manter uma escala tipo Likert de três pontos, cuja aplicação se torna mais fácil e objetiva. Dessa forma, na EDESP, a pontuação final varia de zero a 14, sendo que 14 corresponde ao desconforto mais intenso dos sintomas relacionados com a sede perioperatória.

A análise dos dados obtidos com a validação de conteúdo do instrumento permitiu identificar que o atributo “língua grossa” obteve um IRA de 0,71 na primeira rodada. Os pesquisadores optaram, contudo, por não retirar esse item da escala apoiados em sua experiência clínica com pacientes com sede e decidiram aguardar a avaliação da fidedignidade para verificar sua relevância dentro da escala. Na etapa da fidedignidade, 37,1% pacientes relataram estar um pouco ou muito incomodados com o fato de a língua estar grossa. A mesma situação se aplicou ao item da escala “minha saliva está grossa”, com incidência de 44,2%. Na utilização prática da escala, demonstrou-se, portanto, que os pacientes realmente percebem a língua grossa e a saliva grossa como eventos desconfortáveis.

Ao atingir índices quase perfeitos na segunda rodada de avaliação do coeficiente de kappa ponderado e alfa de Cronbach, a EDESP se mostrou confiável para ser reproduzida em outros estudos com pacientes em fase cirúrgica, pois a produção de erros aleatórios em repetidas mensurações foi praticamente nula. Um alfa de Cronbach geral de 0,91 revelou adequada consistência interna do instrumento, o que significa que todos os itens incluídos na escala representaram realmente o construto “desconforto da sede”.

Esse procedimento é muito importante quando se avalia a adequação dos itens elencados para compor um instrumento. Durante a avaliação da fidedignidade de uma escala para determinar o desconforto da sede em pacientes em hemodiálise⁽¹⁵⁾, identificou-se a necessidade de excluir todos os itens relacionados com a mensuração da duração e frequência por efetivamente não medirem o construto proposto.

Ainda que todo o rigor metodológico tenha sido seguido na validação da EDESP, é importante ressaltar que não se deve confirmar a validade de um instrumento somente por meio de um estudo ou em uma ocasião. O construto requer um padrão de descobertas consistentes, com envolvimento de diferentes pesquisadores por um período significativo de tempo, respeitando uma variedade de aspectos relevantes⁽²⁵⁾. Os pesquisadores que validaram o Inventário de Xerostomia chegaram a essa mesma conclusão⁽¹⁷⁾.

Estudos futuros em outras realidades poderão ajudar a interpretar a pontuação obtida com a aplicação deste instrumento e, da mesma forma nortear a proposição e planejamento de estratégias de manejo e alívio da sede de acordo com o grau de desconforto do paciente.

O conceito de cuidado direcionado ao conforto define-o como holístico e individualizado, visando à satisfação das necessidades humanas básicas e promoção de alívio aos fatores estressantes em situações de doença⁽¹⁰⁾. Acredita-se que a EDESP possa atuar como incentivo à promoção do conforto a partir da identificação intencional dos sintomas desconfortáveis da sede, tão incidentes no paciente cirúrgico. A aplicação da escala com o objetivo de identificar intencionalmente a intensidade dos atributos do desconforto da sede pode ser o passo inicial em direção à implementação de medidas para o alívio da sede e à qualidade da assistência perioperatória.

Conclusão

Os itens identificados para compor a EDESP foram: minha boca está seca; meus lábios estão ressecados; minha língua está grossa; minha saliva está grossa; minha garganta está seca; sinto um gosto ruim na boca e tenho vontade de beber água, e são correspondentes a sete atributos selecionados como os mais representativos do construto “desconforto da sede”.

A análise semântica provou que a escala é de fácil compreensão, e a validação de conteúdo por especialistas proporcionou os níveis ideais preconizados do índice de validade de conteúdo (*Content Validity Index- CVI*) e do índice de fidedignidade ou concordância interavaliadores (*Interrater Agreement- IRA*). Os resultados do coeficiente de kappa ponderado demonstraram que os erros de mensuração, após repetidas aplicações da escala, foram praticamente nulos, e a consistência interna medida pelo alfa de Cronbach demonstrou que todos os itens da escala representam o construto.

A EDESP, portanto, é válida e fidedigna para ser reproduzida em estudos posteriores com pacientes cirúrgicos. A utilização da escala em diferentes realidades, com um quantitativo maior de pacientes e por períodos prolongados, vai fortalecer e corroborar a validade obtida pela presente pesquisa.

Referências

1. Leiper J. Thirst [Internet]. In: Caballero B, Allen L, Prentice A, editors. Encyclopedia of human nutrition. Vol 4. 2nd ed. Oxford, England: Elsevier Ltd/Academic Press; 2005 [citado em 2 out. 2015]. p. 278-86. Disponível em: <http://content.yudu.com/Library/A17k4j/EncyclopediaofHumanN/resources/1969.htm>
2. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. Am J Crit Care [Internet]. 2013 Jul [citado em 2 out. 2015]; 22(4):328-36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>
3. Millard-Stafford M, Wendland DM, O'Dea NK, Norman TL. Thirst and hydration status in everyday life. Nutr Rev [Internet]. 2012 [citado em 5 out. 2015]; 70 Suppl 2: S147-51. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121351>
4. Arango M, Molina R. Consideraciones anestésicas em La enfermedad de Parkinson. Rev. colomb. anesthesiol. [Internet]. 2008 Jul-Sep [citado em 23 out. 2015]; 36(3):207-15. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472008000300008

5. Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Reducing preoperative fasting time: a trend based on evidence. *World J Gastrointest Surg* [Internet]. 2010 [citado em 20 out. 2015]; 2(3):57-60. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999216/>
6. Andrew-Romit JJ, van de Mortel TF. Ritualistic preoperative fasting: it is still occurring and what can we do about it? *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia* [Internet]. 2011 [citado em 4 out. 2015]; 24(1):14-9. Disponível em: http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2013&context=hahs_pubs
7. Gois CFL, Dantas RAS. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2004 Jan.-Fev. [citado em 23 out. 2015]; 12(1):22-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100004
8. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2015. [citado em: 24 set 2015];49(1):120-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25789651>
9. Frello AT, Carraro TE. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2010 Jul.-Set. [citado em 23 out. 2015]; 18(3): 441-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a18.pdf>
10. Kolcaba KY. The art of comfort care. *Image J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1995 [citado em 20 nov. 2015]; 27(4):287-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8530116>
11. Siefert ML. Concept analysis of comfort. *Nurs Forum* [Internet]. 2002 Oct-Dec [citado em 23 out. 2015]; 37(4):16-23. Disponível em: http://digitalcommons.sacredheart.edu/nurs_fac/61/
12. Apóstolo JLA. O conforto nas teorias de enfermagem- análise do conceito e significados teóricos. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2009 [citado em 23 out. 2015]; (9):61-7.

Disponível em:
https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26

13. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2014 Oct [citado em 19 nov. 2015]; 16(4):456-66. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24136996>

14. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM et al. Symptoms experienced by intensive care patients at high risk of dying. *Crit Care Med* [Internet]. 2010 [citado em 5 out. 2015]; 38(11):1-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711069>

15. Welch JL. Development of the thirst distress scale. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2002 [citado em 23 out. 2015]; 29(4):337-42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224366>.

16. Yang YP, Wang CJ, Wang JJ. The initial development of a checklist for assessing thirst in patients with advanced dementia. *J Nurs Res* [Internet]. 2015 [citado em 25 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=the+initial+development+of+a+checklist+for+assessing+thirst+in+patients+with+advanced+dementia>

17. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Williams SM. The xerostomia inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. *Community Dent Health* [Internet] 1999 Mar [citado em 20 nov. 2015]; 16(1):12-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10697349>

18. Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Let Hoje* [Internet]. 2009 [citado em 19 nov. 2015]; 44(3):86-93. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768/4188>

19. Medeiros RKS, Júnior MAF, Pinto DPSR, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2015 Fev. [citado em 19 nov. 2015]; ser IV(4):127-35. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lang=pt
20. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
21. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAPP; 1999.
22. Serato V, Fonseca LF, Nascimento LA, Dalcól C, Conchon MF. Incidence of a neglected symptom: perioperative thirst. XII Conferencia Iberoamericana de Educacion em Enfermeria; 2013 sep 9-13; Hotel Radisson, Montevideo, Uruguay; 2013. p. 23.
23. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res* [Internet]. 2003 Jun [citado em 28 nov. 2015]; 27(2): 94-104. Disponível em: <http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.short>
24. Bots CP, Brand HS, Veerman ECI, Valentijn-Benz M, Amerongen BMV, Valentijn RM et al. Interdialytic weight gain in patients on hemodialysis is associated with dry mouth and thirst. *Kidney Int* [Internet]. 2004 Oct [citado em 20 nov. 2015]; 66(4):1662-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15458464>
25. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2007 [citado em 28 out. 2015]; 23(Esp):99-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/18>

APÊNDICE

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória- EDESP			
Paciente está com sede?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Queixa espontânea?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Estou incomodado (a) porque:			
	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)
Minha boca está seca	0	1	2
Meus lábios estão ressecados	0	1	2
Minha língua está grossa	0	1	2
Minha saliva está grossa	0	1	2
Minha garganta está seca	0	1	2
Sinto um gosto ruim na boca	0	1	2
Tenho vontade de beber água	0	1	2
Pontuação final:			

“Não reduza o tamanho dos seus sonhos para caber em sua realidade, expanda sua realidade para comportar seus grandes sonhos”.
- Augusto Cury

6 CONCLUSÃO

Instrumentos disponíveis para a avaliação da sede são escassos, e não há disponível na literatura uma escala validada e confiável para a avaliação do desconforto da sede nos pacientes em período perioperatório. A escala proposta por este estudo é válida e fidedigna, portanto, uma ferramenta útil para a avaliação do desconforto da sede perioperatória em pacientes cirúrgicos na prática clínica.

Constatou-se que a dimensão da sede predominantemente contemplada na em sua mensuração é a intensidade, no entanto, outras dimensões também são necessárias para a compreensão da sede: frequência, desconforto, prevalência, incidência e duração. O desconforto é mensurado, porém, não é caracterizado em sua plenitude.

As dimensões da sede foram identificadas pela EVA, EVN, EF e escalas Likert. A EVA, EVN e EF são análogas as escalas para avaliação da intensidade do sintoma dor. Estudos recentes demonstraram que os escores de sede obtidos por estas escalas, correlacionaram-se com a osmolaridade do sangue e níveis do ADH, assim como com as áreas cerebrais envolvidas com o mecanismo gerador da sede e da sua saciedade após a ingestão hídrica.

Escalas válidas e fidedignas para a avaliação da sede são incipientes, e representadas por escalas Likert de cinco pontos e, consistem na Escala de Desconforto da Sede para paciente em hemodiálise (*Thirst Distress Scale*), Inventário de Xerostomia (*Xerostomia Inventory*) e Inventário de Sede (*Dialysis Thirst Inventory*). Estas escalas, no entanto, não se adequam ao paciente cirúrgico, pois os itens que compõem estes instrumentos não contemplam os fatores desencadeadores da sede no período perioperatório.

A EDESP foi elaborada a partir do construto “desconforto da sede”. Uma lista com 30 eventos desconfortáveis foi elaborada após extensa revisão de literatura e pela experiência adquirida pelo GPS. Selecionaram-se sete atributos que basearam a operacionalização dos itens correspondentes para a composição da escala.

Os atributos selecionados foram: boca seca; lábios ressecados; saliva grossa; língua grossa; garganta seca; gosto ruim e vontade de beber água. Os itens desenvolvidos que compuseram a escala foram: minha boca está seca; meus lábios estão ressecados; minha saliva está grossa; minha língua está grossa; minha garganta está seca; sinto um gosto ruim na boca e tenho vontade de beber água. O sistema de pontuação consistiu em uma escala tipo Likert de três pontos, variando

entre zero a 14, em que 14 corresponde ao grau de desconforto mais intenso da sede perioperatória. Um sistema de pontuação de três pontos tornou a escala fácil ao paciente que pode estar com o nível de consciência rebaixado, podendo comprometer as suas respostas.

Para a concretização da validação de conteúdo quatro instrumentos foram enviados aos especialistas. O primeiro consistiu na análise dos atributos do construto, determinando se os mesmos contemplavam ou não os requisitos: atribuível, acessível, comunicável, contextualizável, efetivo/preciso, exequível e objetivo. O segundo instrumento contemplou o julgamento dos itens da EDESP, cujas respostas dicotômicas (sim e não) deveriam ser atribuídas aos requisitos: objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, precisão, variedade e credibilidade. A validação do manual operacional abrangeu a análise do terceiro instrumento, a partir dos requisitos: descritor claro e objetivo, fundamentação teórica, critérios para qualificação e periodicidade da avaliação. Por fim, o último instrumento destinou-se a caracterização dos especialistas.

A análise semântica demonstrou que a escala é clara e compreensível. Para validação de conteúdo, com a finalidade de identificar se os itens da escala estavam representando adequadamente o construto, foram necessárias duas rodadas dos instrumentos para alcançar os níveis ideais desejados. O índice de validade de conteúdo (CVI) foi de 0,98 para os itens e atributos, e o índice de fidedignidade (IRA) foi de 1, o que significa que o instrumento se mostrou válido, diante da análise realizada por 11 especialistas.

Os valores obtidos para a fidedignidade demonstraram que a escala também se mostrou confiável a partir de repetidas mensurações. Os valores do coeficiente de kappa ponderado foram de 1 para todos itens, com exceção do item da escala “tenho vontade de beber água”, que foi de 0,96. O valor do alfa de Cronbach de 0,91, significou que todas os sub-itens da escala medem o construto em estudo, indicando assim, uma ótima consistência interna sem redundância entre itens.

“O universo tem o tamanho do seu mundo. Que tamanho tem o seu mundo? tem o tamanho dos seus sonhos”.
- Augusto Cury

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EDESP, portanto, é válida e fidedigna para ser reproduzida em estudos posteriores com pacientes cirúrgicos. A utilização da escala em diferentes realidades, com um quantitativo maior de pacientes e por períodos prolongados irão fortalecer e corroborar a validade obtida pela presente pesquisa.

Pesquisas futuras poderão auxiliar no desenvolvimento das instruções quanto à interpretação dos resultados obtidos com a aplicação da escala. Cabe registrar aqui a dificuldade imposta pela escassez de estudos que servissem de base para a construção da escala proposta por esta pesquisa. Todas as pessoas envolvidas com as etapas de seleção dos atributos, análise semântica e validação de conteúdo, no entanto, foram comprometidas e auxiliaram no enriquecimento do estudo. As discussões no GPS e participação dos membros na seleção dos atributos mais representativos do construto, também foram fundamentais para a concretização desta pesquisa.

Espera-se que a EDESP possa ser uma iniciativa para estimular o paciente a verbalizar a sua sede e os sintomas desconfortáveis correlacionados. Sua contribuição também contempla a identificação intencional por parte da equipe de enfermagem quanto aos sintomas desconfortáveis da sede do paciente cirúrgico. Essa identificação é o passo inicial para a valorização e interesse da equipe pelo alívio do desconforto que a sede pode trazer ou pela promoção do conforto ao paciente.

Tornar explícitos os fatores que contribuem para o desconforto da sede do paciente, permitirá uma melhor compreensão do seu estado de conforto. Partindo do pressuposto que a presença de sede corresponde ao estado de desconforto, a escala é uma estratégia em busca do ato de confortar, pois a partir do auto-relato do paciente é possível prover ações individuais direcionadas para o manejo e alívio da sede.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. Como otimizar o preparo pré-operatório com terapia nutricional. **Boletim da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral**, São Paulo, v. 12, n. 32, p. 2- 5, 2010. Disponível em: <http://sbnperj.com.br/Arquivos/boletim_32.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; DOCK-NASCIMENTO, D. B. Reducing preoperative fasting time: a trend based on evidence. **World Journal of Gastrointestinal Surgery**, United States, v. 2, n. 3, p. 57- 60, Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999216/>>. Acesso em: 20 out. 2015.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. **Anesthesiology**, Philadelphia, v. 114, n. 3, p. 495- 511, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21307770>>. Acesso em: 26 out. 2015.

ANDREW-ROMIT, J. J.; VAN DE MORTEL, T. F. Ritualistic preoperative fasting time: is it still occurring and what can we do about it? **ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia**, Cambridge, v. 24, n. 1, p. 14- 19, 2011. Disponível em: <http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2013&context=hahs_pubs>. Acesso em: 4 out. 2015.

APÓSTOLO, J. L. A. O conforto nas teorias de enfermagem- análise do conceito e significados teóricos. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 9, p. 61- 67, mar. 2009. Disponível em: <https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26>. Acesso em: 19 set. 2015.

APÓSTOLO, J. L. A. et al. Conforto/ desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 6, p. 33- 38, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602012000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2015.

ARAI, S. R. et al. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. **Biological Research for Nursing**, Thousand Oaks, v. 16, n. 4, p. 456- 466, Oct. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24136996>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

ARAI, S. R.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 22, n.4, p. 328-335, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ARANGO, M.; MOLINA, R. Consideraciones anestésicas en la enfermedad de Parkinson. **Revista Colombiana de Anestesiología**, Colombia, v. 36, n. 3, p. 207-215, Jul./Sept. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472008000300008>. Acesso em: 23 out. 2015.

ARAÚJO, I. E. T. et al. Human cortical responses to water in mouth, and the effects of thirst. **Journal of Neurophysiology**, Washington, v. 90, n. 3, p. 1865-1876, Sept. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12773496>>. Acesso em: 12 out. 2015.

ARONI, P.; NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 530- 536, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400008>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BICUDO-SALOMÃO, A. et al. Impacto do projeto acerto na morbi-mortalidade pós-operatória em um hospital universitário. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 3-10, jan./fev. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000100002>. Acesso em: 17 nov. 2015.

BOTS, C. P. et al. Interdialytic weight gain in patients on hemodialysis is associated with dry mouth and thirst. **Kidney International**, New York, v. 66, n. 4, p. 1662-1668, Oct. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15458464>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

BOURQUE, C. W. Central mechanisms of osmosensation and systemic osmoregulation. **Nature Reviews Neuroscience**, London, v. 9, n. 7, p. 519-531, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18509340>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BOURQUE, C. W. et al. Neurophysiological characterization of mammalian osmosensitive neurons. **Experimental Physiology**, Cambridge, v. 92, n. 3, p. 499-505, May 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17350993>>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRUNSTROM, J. M. Effects of mouth dryness on drinking behavior and beverage acceptability. **Physiology & Behavior**, Elmsford, v. 76, n. 3, p. 423-429, July 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12117579>>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRUNSTROM, J. M.; MACRAE, A. W. Effects of temperature and volume on measures of mouth dryness, thirst and stomach fullness in males and females. **Appetite**, London, v. 29, n. 1, p. 31- 42, Aug. 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9268423>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

BRUNSTROM, J. M.; TRIBBECK, P. M.; MACRAE, A. W. The role of mouth state on the termination of drinking behavior in humans. **Physiology & Behavior**, v. 68, n. 4,

2000. P. 579-538. Disponível em:

<[HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713300](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713300)>. Acesso em: 12 nov. 2015.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 13, n. 3, p. 429-430, 2009. Disponível em:

<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>>. Acesso em: 16 set. 2015.

CHO, E. A.; KIM, K. H.; PARK, J. Y. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study.

Journal of Korean Academy of Nursing, Seoul, v. 40, n. 5, Oct. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157173>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CONCHON, M. F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 120-128, Jan./Feb. 2015. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25789651>>. Acesso em: 24 set. 2015.

DENTON, D. et al. Neuroimaging of genesis and satiation of thirst and an interoceptor-driven theory of origins of primary consciousness. **Proceedings of National Academy Sciences USA**, Washington, v. 96, n. 9, p. 5304-5309, Apr. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10220461>>. Acesso em:

2 maio 2015.

DODD, M. et al. Advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 33, n. 5, p. 668-676, Mar. 2001. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298204>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

ECCLES, R. et al. Cold pleasure. Why we like ice- drinks, ice-lollies and ice cream. **Appetite**, London, v. 71, p. 357-360, Dec. 2013. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060271>>. Acesso em: 13 out. 2015.

EGAN, G. et al. Neural correlates of the emergence of consciousness of thirst. **Proceedings of National Academy Sciences USA**, Washington, v. 100, n. 25, p. 15241-15246, Dec. 2003. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC299974/>>. Acesso em: 2 maio 2015.

EUROPEAN FOOD SAFETY AUTHORITY. Scientific opinion on dietary reference values for water: EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA).

European Food Safety Authority Journal, Parma, v. 8, n. 3, p. 1- 48, 2010.

Disponível em: <www.efsa.europa.eu>. Acesso em: 16 out. 2015.

FARREL, M. J. et al. Effect of aging on regional cerebral blood flow responses associated with osmotic thirst and its satiation by water drinking: A PET study.

Proceedings of National Academy Sciences USA, Washington, v. 105, n. 1, p. 382-387, Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/105/1/382.abstract>>.

Acesso em: 2 maio 2015.

FIGARO, M. K.; MACK, G. W. Regulation of fluid intake in dehydrated humans: role of oropharyngeal stimulation. **American Journal of Physiology, Bethesda**, Bethesda, v. 272, n. 6, p. 1740-1746, June 1997. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9227585>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

FISHER, J. T. TRPM8 and dyspnea: from the frigid and fascinating past to the cool future?. **Current Opinion in Pharmacology**, Oxford, v. 11, n. 3, p. 218-223, June 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21723782>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

FITZSIMONS, J. T. Hypothalamic and pituitary disorders. **Proceedings of the Royal Society of Medicine**, London, v. 65, p. 33-36, Dec. 1972.

FORTUNATO, J. G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 110- 117, jul./set. 2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426>. Acesso em: 6 nov. 2015.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet- vantagens e ressalvas. **Administração On Line**, São Paulo, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 28 nov. 2015.

GLORE, R. J.; SPITERI-STAINES, K.; PALERI, V. A patient with dry mouth. **Clinical Otolaryngology**, Oxford, v. 34, n. 4, p. 358-363, Aug. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19673984>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P. A. Xerostomy: etiology, recognition and treatment. **The Journal of the American Dental Association**, v. 134, n. 1, Jan. 2003. P. 61-69. Disponível em: <<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555958>>. Acesso em: 6 jan. 2016.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HUR, Y. S. et al. The comparison of moisturizing effect of cold water gargling, wet gauze application and humidification in reducing thirst and mouth dryness after nasal surgery. **Journal of Korean Clinical Nursing Research**, Korea, v. 15, n. 1, p. 43-53, 2009. Disponível em: <http://m.riss.kr/search/detail/DetailView.do?p_mat_type=1a0202e37d52c72d&control_no=71ccff8e6f7f0810ffe0bdc3ef48d419>. Acesso em: 25 set. 2015.

JAYWANT, S. S.; PAI, A. V. A comparative study of pain measurement scales in acute burn patients. **The Indian Journal of Occupational Therapy**, New Delhi, v. 35, n. 3, p. 13-17, Mar. 2003. Disponível em: <<http://medind.nic.in/iba/t03/i3/ibat03i3p13.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

JENSEN, M. P. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. **The Journal of Pain**, Philadelphia, v. 4, n. 1, p. 2- 21, Feb. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14622723>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

KALFON, P. et al. Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. **Intensive Care Medicine**, New York, v. 36, n. 10, p. 1751-1758, Oct. 2010. Disponível em: <<http://10.1007/s00134-010-1902-9>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

- KARA, B. Validity and reliability of the Turkish version of the thirst distress scale in patients on hemodialysis. **Asian Nursing Research**, Singapore, v. 7, n. 4, p. 212-218, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.kan.or.kr/kor/shop_sun/files/anr_img/201304/mm__201312311743380.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.
- KOLCABA, K. Y. The art of comfort care. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 27, n. 4, p. 287- 289, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8530116>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- KOLCABA, K. Y.; KOLCABA, R. J. An analysis of the concept of comfort. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 16, n. 11, p. 1301-1310, Nov. 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1753026>>. Acesso em: 21 nov. 2015.
- KOLCABA, K.; TILTON, C.; DROUIN, C. Comfort theory: a unifying framework to enhance the practice environment. **The Journal of Nursing Administration**, Philadelphia, v. 36, n. 11, p. 538- 544, Nov. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099440>>. Acesso em: 21 nov. 2015.
- KOTTNER, J. et al. Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS) were proposed. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 64, n. 1, p. 96-106, Jan.2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130355>>. Acesso em: 26 set. 2015.
- LANDIS, R. J.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, p. 159-174, Mar. 1977. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2529310?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- LANDSTRÖM, M.; REHN, I. M.; FRISMAN, G. H. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units- a phenomenographic study. **Intensive and Critical Care Nursing**, Edinburgh, v. 25, n. 3, p. 133-139, June 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19394226>>. Acesso em: 7 set. 2015.
- LEIPER, J. B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. (Ed.). **Encyclopedia of human nutrition**. 2nd. Oxford: Elsevier, 2005. v. 4. p. 278-286. Disponível em: <<http://content.yudu.com/Library/A17k4j/EncyclopediaofHumanN/resources/1969.htm>>. Acesso em: 2 out. 2015.
- LJUNGQVIST, O. et al. Preoperative nutrition therapy- novel developments. **Scandinavian Journal of Nutrition**, Colchester, v. 44, p. 3- 7, 2000. Disponível em: <<http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/1773>>. Acesso em: 24 out. 2015.
- LOBIONDO- WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LUDBROOK, J. Statistical techniques for comparing measures and methods of measurement: a critical review. **Clinical and experimental pharmacology &**

physiology, Oxford, v. 29, n. 7, p. 527-536, July 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12060093>>. Acesso em: 27 out. 2015.

MCKINLEY, M. J; JOHNSON, A. K. The physiological regulation of thirst and fluid intake. **News in Physiological Sciences**, Maryland, v. 19, p. 1-6, Feb. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14739394>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

MCKINLEY, M. J. et al. Physiological and pathophysiological influences on thirst. **Physiology & Behavior**, Elmsford, v. 81, n. 5, p. 795- 803, July 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15234185>>. Acesso em: 23 out. 2015.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 4, p. 127-135, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2015.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. Curitiba: Appris, 2014.

MORITA, T. et al. Contributing factors to physical symptoms in terminally- Ill cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 18, n. 5, p. 338-346, Nov. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584457>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MUNDIPHARMA BRASIL. **Viver sem dor**. 2015. Disponível em: <<http://www.programaviversemdor.com.br/ComoMedirSuaDor.aspx>>. Acesso em: 15 out. 2015.

NASCIMENTO, L. A. et al. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 834-843, Oct. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493487>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

PARSONS, L. M. et al. Neuroimaging evidence implicating cerebellum in support of sensory/ cognitive processes associated with thirst. **Proceedings of National Academy Sciences USA**, Washington, v. 97, n. 5, p. 2332-2336, Feb. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10688891>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm 1/13>. Acesso em: 20 abr. 2015.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 992-999, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2015.

PEREIRA, L. V. et al. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 804- 810, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/106712>>. Acesso em: 1 dez. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUNTILLO, K. A. et al. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. **Intensive Care Medicine**, Berlin, v. 40, n. 9, p. 1295- 1302, Sept. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24894026>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

PUNTILLO, K. A. et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. **Critical Care Medicine**, New York, v. 38, n. 11, p. 2155-2160, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711069>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

ROTHROCK, J. C. **Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Oxford, v. 27, n. 2, p. 94-104, June 2003. Disponível em: <<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.short>>. Acesso em: 2 ago. 2015.

SAKER, P. et al. Regional brain responses associated with drinking water during thirst and after its satiation. **Proceedings of National Academy Sciences USA**, Washington, v. 111, n. 14, p. 5379-5389, Apr. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24706817>>. Acesso em: 21 set. 2015.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242- 251, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SCHOLS, J. M. G. A. et al. Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, Paris, v. 13, n. 2, p. 150- 157, Feb. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19214345>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SERATO, V. et al. Incidence of a neglected symptom: perioperative thirst. In: CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACION EM ENFERMERIA, 12., 2013, Montevideo. **Anais...** Montevideo: ALADEFE, 2013.

SOLER, R. R. S. et al. Estudio del grado de satisfacción del paciente quirúrgico crítico y sus familiares atendido en una unidad de reanimación post-quirúrgica. **Control de Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 8, n. 2-3, p. 35- 39,1993.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Make sense of Cronbach'a alpha. **International Journal of Medical Education**, United Kingdom, v. 2, p. 53-55, June 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205511/>>. Acesso em 17 set. 2015.

THOMSON, W. M. et al. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. **Community Dental Health**, London, v. 16, n. 1, p. 12-17, Mar. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10697349>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VITURI, D. W. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem**. 2007. 238 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

WELCH, J. L. Development of the thirst distress scale. **Nephrology Nursing Journal**, United States, v. 29, n. 4, p. 337- 341, Aug. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224366>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

WHITE, I. D. et al. Morphine and dryness of the mouth. **BMJ Clinical Research**, London, v. 298, n. 6682, p. 1222-1223, May 1989. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/20681953_Morphine_and_dryness_of_the_mouth>. Acesso em: 2 jun. 2015.

WRIGHT; J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi- uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, 2000. Disponível em: <<http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

WOODTLI, A. O. Thirst: a critical care nursing challenge. **Dimensions of Critical Care Nursing**, Lakewood, v. 9, n. 1, p. 6-15, Jan./Feb. 1990. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2311490>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. Construção e validação do índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers: versão feridas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 1105-1113, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500015>. Acesso em: 16 ago. 2015.

YOON, S. Y.; MIN, H. S. The effects of cold water gargling on thirst, oral cavity condition, and sore throat in orthopedics surgery patients. **Korean Journal Rehabilitation Nursing**, Korea, v. 14, n. 2, p. 136-144, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.komci.org/GSResult.php?RID=0116KJRN%2F2011.14.2.136&DT=1>>. Acesso em: 25 set. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de seleção dos atributos representativos do construto

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “**Elaboração, validação e fidedignidade de um instrumento para a avaliação do desconforto da sede perioperatória**”, realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é desenvolver, validar e verificar a fidedignidade de um instrumento para avaliação do desconforto da sede para pacientes que se encontram no período pré e pós-operatório.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: análise dos possíveis itens representativos da escala de desconforto da sede. Todos os possíveis desconfortos da sede foram elencados, mas nem todos poderão fazer parte do instrumento, é preciso determinar quais construtos realmente irão conseguir mensurar o desconforto provocado pela sede.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso tenha dúvidas ou queira maiores esclarecimentos contactar: Enfermeira Pamela Martins; fone (43) 9957- 9257; residente na Rua Rio de Janeiro, n.º 1684, Londrina/ PR ou Enfermeira Dr. Ligia Fahl Fonseca; fone (43) 9982- 6666, residente na Rua Takabumi Murata, n.º 555, Jardim Gleba Palhano, Londrina/PR, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, n.º 60, ou no telefone 3371- 2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2014.

Pesquisadora Responsável: Pamela Rafaela Martins- RG: 10.224.360-9

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Análise Semântica da EDESP

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “**Elaboração, validação e fidedignidade de uma escala para a avaliação do desconforto da sede no período perioperatório**”, realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é desenvolver, validar e verificar a fidedignidade de uma escala para avaliação do desconforto da sede para pacientes que se encontram no período perioperatório.

A sua participação é muito importante e ela se daria na realização da Análise Semântica dos itens da escala, com o objetivo de verificar se estes itens são compreensíveis, ou seja, que não haja dúvidas no entendimento durante a exposição de cada item.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Se aceitar participar da pesquisa, é preciso a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma cópia deverá ser disponibilizada ao Senhor (a).

Caso tenha dúvidas ou queira maiores esclarecimentos entrar em contato com: Enfermeira Pamela Martins; fone (43) 9957- 9257; residente na Rua Rio de Janeiro, n.º 1684, Londrina/ PR ou Enfermeira Dr^a. Ligia Fahl Fonseca; fone (43) 9982-6666, residente na Rua Takabumi Murata, n.º 555, Jardim Gleba Palhano, Londrina/PR, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP- UEL), na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), ou no telefone (43) 3371- 5455.

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Pesquisadora Responsável: Pamela Rafaela Martins- RG: 10.224.360-9

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Etapa de Validação de Conteúdos dos atributos e itens da EDESP

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada “**Elaboração, validação e fidedignidade de uma escala para a avaliação do desconforto da sede perioperatória**”, realizada no Hospital Universitário de Londrina. Com esta pesquisa, objetiva-se desenvolver e validar uma escala para avaliar o desconforto da sede em pacientes que se encontram no período perioperatório e verificar a fidedignidade do instrumento.

Sua participação é muito importante na Validação de Conteúdo, a fim de:

- Verificar se os atributos (boca seca, lábios ressecados, saliva grossa, língua grossa, garganta seca, gosto ruim e vontade de beber água) representam o construto desconforto da sede;
- Determinar se os itens da escala efetivamente medem o desconforto da sede no período perioperatório.

O seu parecer se dará nos seguintes instrumentos:

Instrumento 1: Validação de conteúdo dos atributos da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório.

Instrumento 2: Validação de conteúdo dos itens da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório.

Instrumento 3: Validação de conteúdo do Manual Operacional.

Instrumento 4: Caracterização do juiz.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, e o(a) senhor(a) pode recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem ônus ou prejuízo a sua pessoa. As informações obtidas serão utilizadas somente para os objetivos desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo, de modo a preservar sua identidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que serão ressarcidas todas as despesas da pesquisa, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Se aceitar participar da pesquisa, é necessário assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser devolvido por meio de fotocópia escaneada, juntamente com o restante dos instrumentos.

Solicitamos que os instrumentos sejam devolvidos em um prazo de até 20 dias, após o recebimento, pelo email pam_rafamartins@hotmail.com.

Caso tenha dúvidas ou queira mais esclarecimentos, entre em contato com: Enfermeira Pamela Martins, telefone (43) 9957- 9257, Rua Rio de Janeiro, 1684, Londrina (PR), ou Enfermeira Dra Lígia Fahl Fonseca, telefone (43) 9982-6666, Rua Takabumi Murata, 555, Jardim Gleba Palhano, Londrina (PR), ou procure o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP- UEL), na Rodovia Celso Garcia Cid, km 380 (PR 445), ou pelo telefone (43) 3371-5455.

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Pesquisadora Responsável: Pamela Rafaela Martins- RG: 10.224.360-9

_____, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima, tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre seus procedimentos.

Assinatura: _____

APÊNDICE D

Instrumento 1: Validação de Conteúdo dos atributos da EDESP

Instruções de preenchimento

Neste instrumento, o juiz deve fornecer um parecer acerca dos atributos da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório.

Este instrumento, adaptado dos estudos de Vituri (2007), compõe-se de enunciados que explicitam cada item a ser avaliado, dispostos em sete colunas com os atributos a serem pontuados com os números 1, 2, 3 ou 4, de acordo com uma das quatro respostas apresentadas.

Marcar somente uma opção.

Requisitos a serem avaliados, de acordo com o relato do paciente, em cada um dos atributos da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório	
1. Atribuível	Reflete o aspecto de desconforto da sede para o cuidado de enfermagem.
2. Acessível	Os dados são acessados rapidamente, com o mínimo de esforço extra e custo.
3. Comunicável	A relevância da medida pode ser facilmente comunicada e compreendida.
4. Contextualizável	A medida pode ser obtida livre de contexto, ou seja, pode ser aplicada em diferentes contextos (pré e pós-operatório).
5. Efetivo/Preciso	Mede o que propõe medir.
6. Exequível	A medida é aplicável na prática.
7. Objetivo	A medida permite ação de mensuração clara e precisa, sem julgamento subjetivo de quem está aplicando a escala.

Opções de respostas para os requisitos	
1	Não contempla o construto.
2	Incapaz de contemplar o construto sem revisão.
3	Contempla o construto, mas requer alteração mínima.
4	Contempla o construto.

Instrumento 1: Validação de Conteúdo dos atributos da EDESP

Atributo 1 - Boca seca: Quando questionado sobre estar desconfortável em relação a boca seca, o paciente deverá quantificar como nada incomodado, um pouco incomodado ou muito incomodado.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Comentários e sugestões:

Atributo 2 - Lábios ressecados: Quando questionado sobre estar desconfortável em relação a lábios ressecados, o paciente deverá quantificar como nada incomodado, um pouco incomodado ou muito incomodado.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Comentários e sugestões:

Atributo 3 - Língua grossa: Quando questionado sobre estar desconfortável em relação a sentir que a língua está grossa, o paciente deverá quantificar como nada incomodado, um pouco incomodado ou muito incomodado.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Comentários e sugestões:

Atributo 4 - Saliva grossa: Quando questionado sobre estar desconfortável em relação a saliva grossa, o paciente deverá quantificar como nada incomodado, um pouco incomodado ou muito incomodado.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Comentários e sugestões:

Atributo 5 - Garganta seca: Quando questionado sobre estar desconfortável em relação a garganta seca, o paciente deverá quantificar como nada incomodado, um pouco incomodado ou muito incomodado.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Comentários e sugestões:

Atributo 6 - Gosto ruim: Quando questionado sobre estar desconfortável em relação a sentir gosto ruim na boca, o paciente deverá quantificar como nada incomodado, um pouco incomodado ou muito incomodado.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Comentários e sugestões:

Atributo 7 - Vontade de beber água: Quando questionado sobre estar desconfortável em relação a vontade de beber água, o paciente deverá quantificar como nada incomodado, um pouco incomodado ou muito incomodado.

Atribuível	Acessível	Comunicável	Contextualizável	Efetivo/Preciso	Exequível	Objetivo

Comentários e sugestões:

APÊNDICE E

Instrumento 2: Validação de Conteúdo dos itens da EDESP

Instruções de preenchimento

O objetivo deste instrumento é obter o parecer dos juízes acerca de cada um dos itens da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório.

Este instrumento é uma adaptação do estudo de Vituri (2007) e se compõe de enunciados com os aspectos a serem avaliados em relação aos itens da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório, com opções de respostas “sim” ou “não” a serem assinaladas com “X”.

Quanto à operacionalização do item: se ele preencher o requisito, assinalar com um “X” na opção “sim”; se não preencher, assinalar na opção “não”.

Marcar somente uma opção.

Requisitos a serem analisados em cada um dos itens da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório	
1. Objetividade	Permite resposta imediata.
2. Simplicidade	Expressa uma única ideia.
3. Clareza	Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
4. Pertinência	Não insinua atributo divergente do definido.
5. Precisão	Cada item da avaliação é distinto dos demais e não se confundem.
6. Variedade	Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
7. Credibilidade	Está descrito de maneira que não pareça despropositado.

Instrumento 2: Validação de Conteúdo dos itens da EDESP

Estou incomodado porque:

Item 1	Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência	
Minha boca está seca.	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	()	()	()	()	()	()	()	()
	Precisão		Variedade		Credibilidade			
Sim	Não	Sim	Não	Sim		Não		
()	()	()	()	()		()		

Item 2	Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência	
Meus lábios estão ressecados.	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	()	()	()	()	()	()	()	()
	Precisão		Variedade		Credibilidade			
Sim	Não	Sim	Não	Sim		Não		
()	()	()	()	()		()		

Item 3	Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência	
Minha língua está grossa.	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	()	()	()	()	()	()	()	()
	Precisão		Variedade		Credibilidade			
Sim	Não	Sim	Não	Sim		Não		
()	()	()	()	()		()		

Item 4	Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência	
Minha saliva está grossa.	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	()	()	()	()	()	()	()	()
	Precisão		Variedade		Credibilidade			
Sim	Não	Sim	Não	Sim		Não		
()	()	()	()	()		()		

Item 5	Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência	
Minha garganta está seca.	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	()	()	()	()	()	()	()	()
	Precisão		Variedade		Credibilidade			
Sim	Não	Sim	Não	Sim		Não		
()	()	()	()	()		()		

Item 6	Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência	
Sinto um gosto ruim na boca.	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	()	()	()	()	()	()	()	()
	Precisão		Variedade		Credibilidade			
Sim	Não	Sim	Não	Sim		Não		
()	()	()	()	()		()		
Item 7	Objetividade		Simplicidade		Clareza		Pertinência	

Tenho vontade de beber água.	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
	Precisão		Variedade		Credibilidade			
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()		Não ()	

APÊNDICE F

Instrumento 3: Validação de Conteúdo do Manual Operacional

Instruções de preenchimento

Este instrumento objetiva a emissão de parecer do juiz acerca das definições constitutivas e operacionais dos atributos explicitados no Manual Operacional da escala de avaliação do desconforto da sede no período perioperatório.

Adaptado dos estudos de Vituri (2007), este instrumento é composto pelo enunciado do item a ser avaliado e por quatro colunas com os requisitos a serem analisados com duas opções de respostas, “sim” ou “não”, que devem ser assinaladas com “X”.

Quanto à operacionalização do item: se preencher o requisito, assinalar com um “X” na opção “sim”; se não preencher, assinalar na opção “não”.

Marcar somente uma opção.

Requisitos a serem avaliados em cada um dos itens	
1. Descritor	É claro e objetivo no que se propõe mensurar.
2. Fundamentação	É suficiente para evidenciar o indicador.
3. Critérios para qualificação da avaliação	São claros e objetivos, não geram dúvidas acerca do que deve ser avaliado.
4. Periodicidade da avaliação	É adequada ao que se pretende medir.

Instrumento 3: Validação de Conteúdo do Manual Operacional

Atributo: Boca seca

1. Descritor:

A sede fisiológica surge em resposta à necessidade de água e ela é controlada por áreas específicas do cérebro (hipotálamo, região orbitofrontal, área somatossensorial primária, córtex cingulado, região da ínsula, tálamo, cerebelo e lâmina terminal) relacionadas ao estímulo e cessação da sede (saciedade). Essas áreas participam de um complexo sistema neuronal e hormonal com a finalidade de manter a homeostasia do organismo humano.

Ainda que a sede possa ser provocada pela desidratação e por desequilíbrios homeostáticos que estimularão uma complexa reação fisiológica na tentativa de restabelecer o equilíbrio normal, simultaneamente o indivíduo experiencia sinais periféricos que atuam como sinalizadores da sede. Dentre esses estão: boca seca, saliva grossa, lábios ressecados, língua grossa, garganta seca e gosto ruim na boca.

A boca seca, também denominada de xerostomia, caracteriza-se pela redução na secreção de saliva, o que reduz a umidade da cavidade oral. Desta forma, refere-se a um estado de desidratação de todas as áreas que fazem parte da anatomia da cavidade oral.

A cavidade oral é dividida em duas regiões: o vestíbulo e a cavidade própria da boca. O vestíbulo da boca é o espaço que se assemelha a uma fenda entre os dentes e a gengiva e os lábios e as bochechas.

A mucosa da cavidade oral é coberta por epitélio de revestimento e tecido conjuntivo frouxo, significando que existem poucas fibras colágenas, o que confere baixa resistência a trações intensas. Em condições normais, a mucosa da boca é lubrificada pela saliva, que desempenha inúmeras funções, mas, presente o sintoma da boca seca, a fisiologia normal se altera pela redução na secreção de saliva e até mesmo pela atrofia das glândulas.

Ao exame físico, a mucosa normalmente se apresenta rósea, úmida e lisa, no entanto, com a boca seca, é possível encontrar áreas com nódulos, ulcerações, inflamações e alteração de coloração.

As gengivas são compostas por tecido fibroso recoberto com túnica mucosa. A gengiva propriamente dita encontra-se firmemente aderida aos processos

alveolares da mandíbula e da maxila e aos colos dos dentes; normalmente é rósea, pontilhada e queratinizada. A gengiva “frouxa”, também denominada de túnica mucosa alveolar, não é queratinizada e normalmente possui coloração vermelho vivo.

A cavidade própria da boca é o espaço entre os arcos dentais superior e inferior. Limita-se lateral e anteriormente pelos arcos alveolares maxilares e mandibulares, que alojam os dentes. O teto da cavidade da boca é formado pelo palato; posteriormente há uma comunicação com a orofaringe. Quando a boca está fechada, em repouso, é completamente ocupada pela língua.

O palato forma o teto arqueado da boca e o assoalho das cavidades nasais. Consiste em duas regiões: o palato duro, anteriormente, e o palato mole, posteriormente.

Tanto o palato duro quanto o mole são revestidos por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado, ou seja, há mais de uma camada de células que compõem este tipo de epitélio. A mucosa do palato duro repousa diretamente sobre o tecido ósseo, permitindo a justaposição de outras camadas de células. Já o palato mole possui uma porção central composta por musculatura estriada esquelética, com a presença de glândulas salivares em sua submucosa.

As bochechas formam as paredes laterais móveis da cavidade da boca e possuem essencialmente a mesma estrutura dos lábios, com os quais são contínuas.

A sensação de boca seca provoca um déficit drástico na qualidade de vida dos pacientes em razão da dificuldade de mastigação e deglutição dos alimentos, do prejuízo do paladar e da interrupção da fala e do sono.

O paciente cirúrgico percebe a boca seca como um ressecamento e uma ausência total de líquidos, e até sensação de sufocamento, sendo descrita como uma “cola na boca”.

2. Fundamentação:

- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. de; DOCK-NASCIMENTO, D. B. Reducing preoperative fasting time: a trend based on evidence. **World J Gastrointest Surg**, v. 2, n. 3, mar. 2010. p. 57-60. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999216/>>. Acesso em: 1º nov. 2014.

- ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **Am J Crit Care**, v. 22, n. 4, july.2013. p. 328-335.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

- BRUNSTROM, J. M.; TRIBBECK, P. M.; MACRAE, A. W. The role of mouth state in the termination of drinking behavior in humans. **Physiol Behav**, v. 68, n. 4, 2000. p. 579-583. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713300>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

- FEIO, M.; SAPETA, P. Xerostomia em cuidados paliativos. **Acta Med Port**, v. 18, abr. 2005. p. 459-466. Disponível em: <http://halitoclean.com.br/xerostomia_pilocarpina.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2014.

- INENAGA, K.; ONO, K. Oral dryness and thirst- the central effect of acetylcholine on drinking behavior. **J Oral Biosci**, n. 52, v. 4, may. 2010. p. 344-351. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1349007910800155>>. Acesso em: 1º nov. 2014.

- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

- THELIN, W. R. et al. The oral mucosa as a therapeutic target for xerostomia. **Oral Dis**, n. 14, v. 8, Nov. 2008. p. 683-689. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19193197>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

3. Critérios para qualificação da avaliação:

0-Nada incomodado: paciente não refere presença de boca seca.

1-Um pouco incomodado: paciente refere presença de boca seca, de forma moderada.

2-Muito incomodado: paciente refere sensação intensa de boca seca.

4. Periodicidade de avaliação: Este item será avaliado uma vez, dentro do fluxograma da aplicação da escala, a fim de se identificar o atributo em questão. O paciente pode referir sede espontaneamente ou ser questionado sobre a sua sede.

Atributo	Descritor claro e objetivo		Fundamentação Suficiente		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Boca Seca	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso assinale "não", justifique ou dê sugestões:								

Atributo: Lábios ressecados

1. Descritor:

Os lábios são pregas musculares móveis que circundam a boca. Externamente são recobertos por pele e, internamente, pela túnica mucosa. Da face vestibular da cavidade oral em direção aos lábios existe uma transição de epitélio não queratinizado para queratinizado.

Compostos por um músculo orbicular da boca e outros músculos, vasos e nervos labiais superiores e inferiores, os lábios têm relação com o estado de hidratação do indivíduo, podendo estar associados a rachaduras e sangramentos.

Em condições normais, os lábios devem apresentar aparência hidratada, lisa, rosada, com textura suave; na presença de ressecamento atrelado à boca seca, apresentarão rachaduras, descamações, inflamações, alterações na coloração e mobilidade.

Um dos principais sinais de sede em pacientes de unidade de terapia intensiva sob ventilação mecânica, na percepção dos enfermeiros, foram os lábios ressecados.

Os pacientes cirúrgicos referem desconforto pelos lábios ressecados e rachaduras.

2. Fundamentação:

- FEIO, M.; SAPETA, P. Xerostomia em cuidados paliativos. **Acta Med Port**, v. 18, abr. 2005. p. 459-466. Disponível em: <http://halitoclean.com.br/xerostomia_pilocarpina.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2014.

- JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

- LANDSTRÖM, M.; REHN, I. M.; FRISMAN, G. H. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units- a phenomenographic study. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 25, n. 3, june. 2009. p. 133-139. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19394226>>. Acesso em: 1º nov. 2014.

- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

- VISVANATHAN, V.; NIX, P. Managing the patient presenting with xerostomia: a review. **Int J Clin Pract**, n. 64, v. 3, feb. 2010. p. 404-407. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19817913>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

3. Critérios para qualificação da avaliação:

0-Nada incomodado: paciente não refere presença de lábios ressecados.

1-Um pouco incomodado: paciente refere presença de lábios ressecados, de forma moderada.

2-Muito incomodado: paciente refere sensação intensa de lábios ressecados.

4. Periodicidade de avaliação: Este item será avaliado uma vez, dentro do fluxograma da aplicação da escala, a fim de se identificar o atributo em questão. O paciente pode referir sede espontaneamente ou ser questionado sobre a sua sede.

Atributo	Descritor claro e objetivo		Fundamentação suficiente		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Lábios ressecados	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso assinale “não”, justifique ou dê sugestões:								

Atributo: Língua grossa

1. Descritor:

A língua é um órgão móvel que pode assumir diversas formas e posições. Está parcialmente na cavidade da boca e parcialmente na faringe. Em repouso ocupa todo o espaço da cavidade própria da boca.

É composta por raiz, corpo, ápice, face dorsal curva, ou dorso, e face inferior.

A túnica mucosa na parte anterior da língua é rugosa em razão da presença de numerosas pequenas papilas linguais. A túnica é a mucosa da língua propriamente dita, e as papilas linguais são diferenciadas em quatro tipos:

- papilas circunvaladas: grandes e achatadas na raiz da língua;
- papilas folhadas: pequenas pregas laterais da túnica mucosa lingual, pouco desenvolvidas no ser humano;
- papilas filiformes: longas e numerosas, contêm terminações nervosas aferentes sensíveis ao toque; são rosa acinzentadas e estão dispostas em fileira no formato de um V;

- papilas fungiformes: em forma de cogumelo, aparecem como manchas róseas ou vermelhas espalhadas entre as papilas filiformes e são mais numerosas no ápice e nos lados da língua.

Em decorrência da desidratação e redução na secreção de saliva, a língua, ao exame, pode apresentar-se com eritemas, fissuras e atrofia das papilas linguais. Também associado com a redução na secreção de saliva está o atrito da língua dentro da cavidade oral, particularmente com o palato duro e mole, o que pode ser descrito pelo paciente como língua grossa.

Os pacientes cirúrgicos relacionam a sensação de língua grossa com a redução da saliva na cavidade oral, referindo que a língua não “escorrega”.

2. Fundamentação:

- JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

- GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P. A. Xerostomy: etiology, recognition and treatment. **J Am Dent Assoc**, v. 134, n. 1, Jan. 2003. p. 61-69. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555958>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

3. Critérios para qualificação da avaliação:

0-Nada incomodado: paciente não refere presença de língua grossa.

1-Um pouco incomodado: paciente refere presença de língua grossa, de forma moderada.

2-Muito incomodado: paciente refere sensação intensa de língua grossa.

4. Periodicidade de avaliação: Este item será avaliado uma vez, dentro do fluxograma da aplicação da escala, a fim de se identificar o atributo em questão. O paciente pode referir sede espontaneamente ou ser questionado sobre a sua sede.

Atributo	Descritor claro e objetivo		Fundamentação suficiente		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Língua grossa	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso assinale “não”, justifique ou dê sugestões:								

Atributo: Saliva grossa

1. Descritor:

As principais glândulas da salivação são as parótidas, as submandibulares e as sublinguais. A secreção diária normal de saliva varia normalmente entre 800 e 1500 mililitros. A saliva é um líquido viscoso e claro, insípido e inodoro, cujas principais funções são: manter úmida a túnica mucosa da boca, lubrificar o alimento durante a mastigação, iniciar a digestão dos amidos, atuar como líquido intrínseco para a “lavagem da boca”, prevenir cárie dental e conferir percepção gustativa.

As glândulas parótidas são as maiores, possuem formato irregular e estão localizadas no espaço entre o ramo da mandíbula e o processo temporal; sua secreção desemboca no vestíbulo da cavidade da boca.

As vias salivares são reguladas principalmente por sinais nervosos parassimpáticos de núcleos salivatórios, que se encontram no tronco cerebral. Estas vias são excitadas tanto por estímulos gustatórios quanto por estímulos táteis procedentes da língua e de outras áreas da boca e faringe.

Ainda se desconhece o mecanismo exato pelo qual a redução da saliva provoca a sensação de boca seca. Deduz-se que a saliva forma uma camada cuja espessura depende da secreção das glândulas salivares, de propriedades de absorção do epitélio, da suscetibilidade de evaporação e da influência da gravidade.

A hipossalivação no paciente cirúrgico relaciona-se com a utilização de medicações utilizadas no ato anestésico-cirúrgico, como opioides e anticolinérgicos. Ansiedade, medo e estresse também reduzem a secreção de saliva, pois uma cirurgia ocasiona alterações na imagem corporal, temor da anestesia e da morte, sentimentos frequentemente presentes no pré-operatório.

No paciente cirúrgico, a redução da saliva é percebida porque ela se torna densa e tem alteração de sabor.

2. Fundamentação:

- ARANGO, M.; MOLINA, R. Consideraciones anestésicas en la enfermedad de Parkinson. **Rev Col Anest**, v. 36, n. 3, jul/set. 2008. p. 207-215. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472008000300008>. Acesso em: 16 dez. 2014.

- CHEIBUB, Z. B. Respostas endócrinas à anestesia. **Ver Bras Anest.** v. 41, n. 5.1991. p. 357-363. Disponível em: <<http://www.huc.min-saude.pt/anestesiologia/docs/rne4.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2014.
- FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2002. p. 51-63. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582005000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 dez. 2014.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- MORITA, T. et al. Contributing factors to physical symptoms in terminally-ill cancer patients. **J Pain Symptom Manage.** v. 18, n. 5, nov. 1999. p. 338-346. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584457>>. Acesso em: 16 dez. 2014.
- THELIN, W. R. et al. The oral mucosa as a therapeutic target for xerostomia. **Oral Dis**, n. 14, v. 8, Nov. 2008. p. 683-689. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19193197>>. Acesso em: 4 nov. 2014.
- VARGAS, T. V. P.; MAIA, E. M.; DANTAS, R. A. S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, maio/jun. 2006. p. 383-388. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2014.

3. Critérios para qualificação da avaliação:

0-Nada incomodado: paciente não refere presença de saliva grossa.

1-Um pouco incomodado: paciente refere presença de saliva grossa, de forma moderada.

2-Muito incomodado: paciente refere sensação intensa de saliva grossa.

4. Periodicidade de avaliação: Este item será avaliado uma vez, dentro do fluxograma da aplicação da escala, a fim de se identificar o atributo em questão. O paciente pode referir sede espontaneamente ou ser questionado sobre a sua sede.

Atributo	Descritor claro e objetivo		Fundamentação suficiente		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Saliva grossa	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso assinale "não", justifique ou dê sugestões:								

Atributo: Garganta seca

1. Descritor:

A garganta é composta da faringe e laringe. A faringe faz parte do sistema digestório. Localiza-se posteriormente às cavidades do nariz e boca, estende-se para baixo atrás da laringe e divide-se interiormente em três partes: parte nasal, parte oral e parte laríngea. A orofaringe é limitada pelo palato mole superiormente e pela base da língua inferiormente, com os arcos palatoglosso e palatofaríngeo lateralmente.

A laringe se encontra na parte anterior do pescoço, no nível dos corpos vertebrais de C3 até C6, cuja função se relaciona com o mecanismo de fonação para a produção da voz. Ela faz a conexão da porção inferior da faringe (orofaringe) com a traquéia.

O desconforto que pacientes cirúrgicos descrevem como garganta seca pode ser atribuído, além da desidratação generalizada da mucosa da cavidade oral, à entubação durante o ato anestésico-cirúrgico. Ela intensifica o ressecamento da cavidade oral pela permanência da abertura da boca, o que acarreta uma desidratação adicional a todos os tecidos adjacentes e, por meio dos receptores orofaríngeos, esse ressecamento é percebido.

O paciente cirúrgico compara a sensação de garganta seca com garganta “arranhando”.

2. Fundamentação:

- ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **Am J Crit Care**, v. 22, n. 4, July 2013. p. 328-335. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

- MORITA, T. et al. Contributing factors to physical symptoms in terminally-ill cancer patients. **J Pain Symptom Manage**. v. 18, n. 5, nov. 1999. p. 338-346. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584457>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

3. Critérios para qualificação da avaliação:

0-Nada incomodado: paciente não refere presença de garganta seca.

1-Um pouco incomodado: paciente refere presença de garganta seca, de forma moderada.

2-Muito incomodado: paciente refere sensação intensa de garganta seca.

4. Periodicidade de avaliação: Este item será avaliado uma vez, dentro do fluxograma da aplicação da escala, a fim de se identificar o atributo em questão. O paciente pode referir sede espontaneamente ou ser questionado sobre a sua sede.

Atributo	Descritor claro e objetivo		Fundamentação suficiente		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Garganta seca	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso assinale “não”, justifique ou dê sugestões:								

Atributo: Gosto ruim

1. Descritor:

O corpo humano normalmente utiliza carboidratos como fonte de energia, em lugar de proteínas e gorduras. No entanto, a quantidade de carboidratos armazenada sob a forma de glicogênio no fígado e nos músculos só é capaz de suprir a demanda por metade de um dia. Na privação de alimentos, os principais efeitos durante as primeiras horas consistem na depleção progressiva de gorduras e proteínas.

A degradação das gorduras provoca produção de corpos cetônicos, levando a um estado denominado de cetose. A acetona formada é volátil e parte dela é eliminada em pequenas quantidades no ar expirado, conferindo à respiração, com frequência, um odor de acetona, ocasionando uma halitose característica.

Esta condição é instaurada no paciente cirúrgico em decorrência do jejum – quase sempre mantido por tempo demasiadamente prolongado – e sintetizada pelo paciente como gosto ruim na boca.

No paciente cirúrgico, o gosto ruim na boca associa-se à hipossalivação e à mudança no sabor da própria saliva, muitas vezes descrito como amargo.

2. Fundamentação:

- ARONI, P.; NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2012. p. 530-536. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400008>. Acesso em: 2 nov. 2014.

- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. de; DOCK-NASCIMENTO, D. B. Reducing preoperative fasting time: a trend based on evidence. **World J Gastrointest Surg**, v. 2, n. 3, mar. 2010. p. 57-60. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999216/>>. Acesso em: 1º nov. 2014.

- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

3. Critérios para qualificação da avaliação:

0-Nada incomodado: paciente não refere presença de gosto ruim.

1-Um pouco incomodado: paciente refere presença de gosto ruim, de forma moderada.

2-Muito incomodado: paciente refere sensação intensa de gosto ruim.

4. Periodicidade de avaliação: Este item será avaliado uma vez, dentro do fluxograma da aplicação da escala, a fim de se identificar o atributo em questão. O paciente pode referir sede espontaneamente ou ser questionado sobre a sua sede.

Atributo	Descritor claro e objetivo		Fundamentação suficiente		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Gosto ruim	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso assinale "não", justifique ou dê sugestões:								

Atributo: Vontade de beber água

1. Descritor:

A sede é descrita como o desejo de beber água. A vontade de beber água e a saciedade da sede estão relacionadas com áreas específicas do cérebro: hipotálamo, região orbitofrontal, área somatossensorial primária, córtex cingulado, região da ínsula, tálamo, cerebelo e lâmina terminal. Estudos de imagem do cérebro conseguem mapear as regiões estimuladas a partir da infusão de solução contendo cloreto de sódio.

As regiões do hipotálamo, tálamo, região da ínsula e cerebelo estão envolvidas com a sensação de saciedade antes mesmo de o líquido ser ingerido pelo trato gastrointestinal. Constatou-se, na área somatossensorial e no córtex orbitofrontal, atividade relacionada à agradabilidade e refrescância de líquidos por via oral. Vincula-se a este fato à temperatura do líquido ingerido, a qual atua em receptores na cavidade oral denominados de TRPM8. Estes, em presença de líquidos frios, atuam mais rapidamente nessas regiões de controle da sede.

Há dois mecanismos que induzem ao surgimento da sede e suscitam a vontade de beber água: a sede provocada por alterações osmóticas (sede osmótica) e a provocada por perda de volume (sede hipovolêmica). Ambas estão relacionadas com alterações na relação soluto/água do organismo, provocando uma tendência de o organismo retornar ao padrão de normalidade; para tanto, a água se movimenta de um local de menor para maior concentração de solutos.

A sede osmótica e a hipovolêmica são classificadas como “sede verdadeira” por serem provocadas por mecanismos fisiológicos em resposta a alterações nos fluidos corporais. A “sede falsa”, no entanto, independe do estado de hidratação, estando atrelada aos hábitos da pessoa, pois, mesmo com hidratação por via endovenosa, o indivíduo sente necessidade de ingerir líquidos por via oral.

O paciente cirúrgico está exposto a uma confluência de fatores que podem provocar a sede hipovolêmica e a osmótica: jejum prolongado, perda volêmica, medicações anestésicas, entubação, entre outros. O paciente cirúrgico refere que o desejo por água sobrepuja a fome e até mesmo a dor.

2. Fundamentação:

- ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **Am J Crit Care**, v. 22, n. 4, July 2013. p. 328-335. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718499/>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

- DENTON, D. et al. Neuroimaging of genesis and satiation of thirst and an interoceptor-driven theory of origins of primary consciousness. **Proc Natl AcadSci USA**. v. 96, n. 9, Apr. 1999. p. 5304-5309. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/96/9/5304.full.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- ECCLES, R. Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. **Appetite**. v. 71, dec. 2013. p. 357-360. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060271>>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- EGAN, G. et al. Neural correlates of the emergence of consciousness of thirst. **Proc Natl Acad Sci USA**.v. 100, n. 25, dec. 2003. p. 15241-15246. Disponível: <www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.2136650100>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- LEIPER, J. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. **Encyclopedia of Human Nutrition**. 2. ed. University of Aberdeen, Aberdeen, UK: Elsevier Academic Press, 2005.p. 278-286. Disponível em: <<http://content.yudu.com/Library/A17k4j/EncyclopediaofHumanN/resources/1969.htm>>. Acesso em: 2 nov. 2014.
- MCKINLEY, M. J.; JOHNSON, A. K. The physiological regulation of thirst and fluid intake. **News Physiol Sci**. v. 19, fev. 2004. p. 1-6. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14739394>>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. Encéfalo e nervos cranianos. In:_____. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 487-533.
- WOODTLI, A. O. Thirst: a critical care nursing challenge. **Dimens Crit Care Nurs**. v. 9, n. 1, jan/fev. 1990. p. 6-15. Disponível em: <<http://journals.lww.com/dccjournal/pages/toc.aspx?year=1990&issue=01000>>. Acesso em: 2 nov. 2014.

3. Critérios para qualificação da avaliação:

0-Nada incomodado: paciente não refere vontade de beber água.

1-Um pouco incomodado: paciente refere vontade de beber água, de forma moderada.

2-Muito incomodado: paciente refere sensação intensa de vontade de beber água.

4. Periodicidade de avaliação: Este item será avaliado uma vez, dentro do fluxograma da aplicação da escala, a fim de se identificar o atributo em questão. O paciente pode referir sede espontaneamente ou ser questionado sobre a sua sede.

Atributo	Descritor claro e objetivo		Fundamentação suficiente		Critérios para qualificação da avaliação		Periodicidade da avaliação	
	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Vontade de beber água	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()	Sim ()	Não ()
Caso assinale “não”, justifique ou dê sugestões:								

APÊNDICE G

Instrumento 4: Caracterização dos Especialistas

1. Faixa etária	
<input type="checkbox"/> Entre 20 e 30 anos	<input type="checkbox"/> Entre 41 e 50 anos
<input type="checkbox"/> Entre 31 e 40 anos	<input type="checkbox"/> Mais que 50 anos
2. Formação	
<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Doutorado
<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Pós-Doutorado
<input type="checkbox"/> Mestrado	
3. Tempo de atuação profissional	
<input type="checkbox"/> Menos que 5 anos	<input type="checkbox"/> Entre 20 e 25 anos
<input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 anos	<input type="checkbox"/> Entre 25 e 30 anos
<input type="checkbox"/> Entre 10 e 15 anos	<input type="checkbox"/> Mais que 30 anos
<input type="checkbox"/> Entre 15 e 20 anos	
4. Campo de atuação profissional	
<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Graduação	
<input type="checkbox"/> Ambos	
5. Tipo de instituição em que atua profissionalmente	
<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Privada	
<input type="checkbox"/> Ambos	
6. Porte da instituição em que atua profissionalmente	
<input type="checkbox"/> Pequeno porte (até 50 leitos)	<input type="checkbox"/> Grande porte (entre 151 e 500 leitos)
<input type="checkbox"/> Médio porte (entre 51 e 150 leitos)	<input type="checkbox"/> Especial (acima de 500 leitos)

APÊNDICE H

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória- EDESP			
Paciente está com sede?		() Sim	() Não
Queixa espontânea?		() Sim	() Não
Estou incomodado (a) porque:			
	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)
Minha boca está seca	0	1	2
Meus lábios estão ressecados	0	1	2
Minha língua está grossa	0	1	2
Minha saliva está grossa	0	1	2
Minha garganta está seca	0	1	2
Sinto um gosto ruim na boca	0	1	2
Tenho vontade de beber água	0	1	2
Pontuação final:			

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Teste piloto da EDESP

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “**Elaboração, validação e fidedignidade de uma escala para a avaliação do desconforto da sede perioperatória**”, realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é desenvolver, validar e verificar a fidedignidade de uma escala para avaliação do desconforto da sede para pacientes que se encontram no período perioperatório.

A sua participação é muito importante e ela se daria em responder ao instrumento piloto, com o objetivo de verificar se os itens são compreensíveis, ou seja, que não haja dúvida no entendimento durante a exposição de cada item.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Se aceitar participar da pesquisa, é preciso a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma cópia deverá ser disponibilizada ao Senhor (a).

Caso tenha dúvidas ou queira maiores esclarecimentos entrar em contato com: Enfermeira Pamela Martins; fone (43) 9957- 9257; residente na Rua Rio de Janeiro, n.º 1684, Londrina/ PR ou Enfermeira Dr^a. Ligia Fahl Fonseca; fone (43) 9982-6666, residente na Rua Takabumi Murata, n.º 555, Jardim Gleba Palhano, Londrina/PR, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP- UEL), na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), ou no telefone (43) 3371- 5455.

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Pesquisadora Responsável: Pamela Rafaela Martins- RG: 10.224.360-9

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

APÊNDICE J

() PRÉ-OPERATÓRIO		() PÓS OPERATÓRIO	
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- AVALIAÇÃO DA FIDEDIGNIDADE DA EDESP			
Avaliador:			Nº:
Data: / /			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Iniciais:	Idade:	Sexo: () Fem () Masc	
Escolaridade: () Fundamental		() Superior	() Médio
DADOS CIRÚRGICOS			
Clínica cirúrgica:			
Procedimento cirúrgico:			
Cirurgia	Início:	Término:	Duração:
Asa: () I () II () III () IV			
Técnica anestésica:			
Anestesia	Início:	Término:	Duração:
Entubação orotraqueal: () SIM () NÃO			
Administrado Opioides	() Sim () Não	Administrado Anticolinérgicos	() Sim () Não
Jejum	Duração líquidos:	Duração sólidos:	
Sede: () Sim () Não		Queixa espontânea: () Sim () Não	
Intensidade da sede: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESCONFORTO DA SEDE PERIOPERATÓRIA- EDESP			
Estou incomodado (a) porque:			
	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Muito incomodado
Minha boca está seca.	0	1	2
Meus lábios estão ressecados.	0	1	2
Minha língua está grossa.	0	1	2
Minha saliva está grossa.	0	1	2
Minha garganta está seca.	0	1	2
Sinto um gosto ruim na boca.	0	1	2
Tenho vontade de beber água.	0	1	2
Pontuação final:			

APÊNDICE K

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Técnica da equivalência interobservadores para identificação da fidedignidade da EDESP

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “**Elaboração, validação e fidedignidade de uma escala para a avaliação do desconforto da sede perioperatória**”, realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é desenvolver, validar e verificar a fidedignidade de uma escala para avaliação do desconforto da sede para pacientes que se encontram no período perioperatório.

A sua participação é muito importante e ela se daria na realização da etapa de avaliação da fidedignidade da escala, respondendo algumas perguntas referentes ao desconforto provocado pela sede.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Se aceitar participar da pesquisa, é preciso a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma cópia deverá ser disponibilizada ao Senhor (a).

Caso tenha dúvidas ou queira maiores esclarecimentos entrar em contato com: Enfermeira Pamela Martins; fone (43) 9957- 9257; residente na Rua Rio de Janeiro, nº 1684, Londrina/ PR ou Enfermeira Dr^a. Ligia Fahl Fonseca; fone (43) 9982-6666, residente na Rua Takabumi Murata, nº 555, Jardim Gleba Palhano, Londrina/PR, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP- UEL), na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), ou no telefone (43) 3371- 5455.

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Pesquisadora Responsável: Pamela Rafaela Martins- RG: 10.224.360-9

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	049/2012
CAAE:	02299412.6.0000.5231
Processo:	11037/2012
Pesquisador(a):	Ligia Fahl Fonseca
Unidade/Órgão:	CCS – Departamento de Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

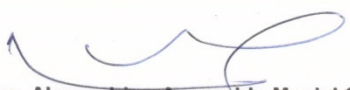
O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina” (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

“SEDE DO PACIENTE CIRÚRGICO: compreensão da problemática e elaboração de estratégias para o manejo da sede no pós operatório”

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 15 de maio de 2012.



Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina