



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RAFAELA VIEIRA JORGE

**SEDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CIRÚRGICOS NO
PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO**

Londrina-Paraná
2024

RAFAELA VIEIRA JORGE

**SEDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CIRÚRGICOS NO
PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca

Londrina-Paraná
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

R136s Jorge, Rafaela Vieira .
Sede em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e pós operatório / Rafaela Vieira Jorge. - Londrina, 2024.
111 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, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Sede - Tese. 2. Pacientes Oncológicos - Tese. 3. Pacientes Cirúrgicos - Tese. 4. Diagnóstico de Enfermagem - Tese. 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

RAFAELA VIEIRA JORGE

**SEDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CIRÚRGICOS NO PRÉ E
PÓS-OPERATÓRIO**

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

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lúgia Fahl Fonseca Universidade
Estadual de Londrina-PR

Profa. Dra. Elaine Barros Ferreira
Universidade de Brasília-DF

Profa. Dra. Aline Franco da Rocha
Universidade Estadual de Londrina-PR

Londrina, 29 de fevereiro de 2024.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que participaram e contribuíram de alguma forma para minha trajetória. Minha família e todos os pacientes que aceitaram partilhar comigo um pouco de sua história e experiência, contribuindo para os resultados deste trabalho.

AGRADECIMENTO(S)

*Aos meus pais, **Zilda Vieira e Maurílio Sarabia Jorge**, por me encorajarem a ser sempre uma pessoa e profissional melhor e a nunca desistir daquilo que almejei pra mim, por sempre me apoiarem a dar continuidade aos estudos e por terem sido meu refúgio, estando ao meu lado nos momentos bons e difíceis. A vocês, meu amor e admiração;*

*À minha **família** que me segurou pela mão e me acolheu nos melhores abraços quando precisei, que não me permitiu desistir dos meus sonhos e me auxiliou de todas as maneiras possíveis a chegar até este momento. Sem vocês chegar até aqui não seria possível. Vocês tornaram este caminho mais bonito;*

*À minha orientadora querida, **Dra Lígia Fah Fonseca**, por ser muito mais que docente, por ser ouvinte, conselheira, inspiração; por ter sabido ser calma e por me puxar de volta quando se fez necessário. Obrigada pelo amor à enfermagem, que encoraja e inspira a todos que estão à sua volta, por me ensinar que a enfermagem está na simplicidade do “olhar para o outro”. Obrigada por me acolher e guiar com todo seu cuidado e carinho por todo esse percurso e por ter me visto além, por ter acreditado em mim. Certamente suas contribuições e gentilezas me levaram a ser uma pessoa, aluna e profissional melhor. Agradeço por esse caminho ter sido dividido com você;*

*Às professoras **Dra Aline Franco e Dra Elaine Barros**, por aceitarem dividir parte deste momento comigo e por terem enriquecido minha dissertação e contribuído para meu aprendizado com cada consideração. Obrigada*

pela gentileza com que conduziram seus apontamentos desde o início;

*Aos **docentes** que me conduziram para que de alguma forma eu pudesse chegar até esse momento e por terem me inspirado a seguir mesmo em meio as dificuldades do dia-a-dia;*

*Ao **Leonel Nascimento**, por me auxiliar nesse percurso e dividir comigo parte de seus conhecimentos com dedicação e paciência;*

*Ao **Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede**, por me acolherem desde o princípio, por terem contribuído para meu aprendizado e por me ensinarem cada dia mais sobre a relevância de continuarmos na luta para que os pacientes não sejam acometidos pela sede;*

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é
senão uma gota água no mar. Mas o mar seria menor
se lhe faltasse uma gota.*

(Madre Teresa de Calcutá)

JORGE, Rafaela Vieira. **Sede em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e pós-operatório**. 2024. 111p. Defesa de Mestrado – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

Introdução: A cirurgia mantém-se como a principal abordagem tanto no diagnóstico quanto no tratamento do câncer. Em 2015, 80% dos novos casos diagnosticados de câncer, necessitaram de algum procedimento cirúrgico em determinado momento da evolução da doença. O paciente oncológico cirúrgico pode ser considerado população de risco para desenvolvimento de sede perioperatória, devido à debilidade inerente à patologia, os repetidos procedimentos invasivos, jejuns excessivos e prolongados. A sede se apresenta como um sintoma de elevada prevalência (89,6%) no pós-operatório imediato em adultos, além de apresentar uma alta intensidade (6,94) no período perioperatório em cirurgias gerais. No entanto, não se possuem dados relativos à sede perioperatória especificamente na população de pacientes oncológicos. **Objetivo:** Analisar a prevalência, desconforto e intensidade da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e pós-operatório. Analisar as características definidoras, fatores relacionados e condições associadas à sede em pacientes oncológicos cirúrgicos. **Método:** Pesquisa quantitativa, transversal analítica com pacientes oncológicos cirúrgicos, avaliados no pré-operatório e no pós-operatório imediato em Sala de Recuperação Anestésica. A mensuração da intensidade da sede ocorreu por meio de Escala Visual Numérica (0-10). Para a avaliação do desconforto da sede foi aplicada a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. A avaliação das características definidoras, fatores relacionados e condições associadas foi realizada através do Diagnóstico de Sede Perioperatória proposto. **Resultados:** A prevalência da sede no pré-operatório foi alta, 80,7% com elevação para 93,3% no pós-operatório imediato ($p=0,001$). A intensidade da sede foi de 5,20 ($\pm 3,16$) no pré, contra 7,45 ($\pm 2,41$) no pós-operatório ($p<0,001$). O desconforto também foi elevado, iniciando em 5,22 ($\pm 3,47$) no pré e 8,54 ($\pm 3,84$) no pós-operatório ($p<0,001$). As características definidoras mais frequentes no pré-operatório foram: vontade de beber água (79,3%) e boca seca (73,3%); e no pós-operatório: vontade de beber água (89,3%), boca seca (88,0%), lábios ressecados (81,3%), saliva grossa (78,0%), garganta seca (76,7%) e língua grossa (74,0%). Os três fatores relacionados mais frequentes no pré e pós-operatório foram: jejum pré e pós-operatório (100% ambos os períodos), boca seca (64,7% e 79,3%) e hábito de beber água (34,7%) As condições associadas incluem a restrição hídrica (94,0% e 97,3%) e intubação (0,7% e 72,7%) **Conclusão:** A sede no paciente oncológico cirúrgico é prevalente, intensa e desconfortável, principalmente no pós-operatório imediato, o que deflagra um alerta para a seriedade deste sintoma ainda subvalorizado no paciente oncológico cirúrgico. As Características definidoras mais prevalentes no período pré-operatório foram Boca seca, Vontade de beber água, Lábios ressecados e Saliva grossa, seguidas de Língua grossa. No pós-operatório, por sua vez, as características definidoras se fizeram prevalentes em quase sua totalidade. Implementar a sede como um sintoma a ser avaliado na prática assistencial, possibilitará ao paciente cirúrgico a valorização e manejo de um desconforto tão prevalente e intenso.

Descritores: Sede; Cirurgia oncológica; Período perioperatório.

JORGE, Rafaela Vieira. **Thirst in surgical oncology patients pre- and post-operative** 2024. 111p. Thesis (Master's Degree in Nursing) – Londrina State University, Londrina, 2024.

ABSTRACT

Introduction: Surgery remains the main approach in both the diagnosis and treatment of cancer. In 2015, 80% of newly diagnosed cancer cases required a surgical procedure at some point in the course of the disease. Surgical oncology patients can be considered a population at risk of developing perioperative thirst due to the inherent weakness of the pathology, repeated invasive procedures, and excessive and prolonged fasting. Thirst is a symptom with a high prevalence (89.6%) in the immediate postoperative period in adults, as well as a high intensity (6.94) in the perioperative period in general surgeries. However, there is no data on perioperative thirst, specifically in the oncology patient population. **Objective:** To analyze the prevalence, discomfort, and intensity of thirst in surgical oncology patients in the pre- and post-operative periods. To analyze the defining characteristics, related factors, and conditions associated with thirst in surgical oncology patients. **Method:** Quantitative, cross-sectional, analytical study with surgical oncology patients, assessed preoperatively and in the immediate postoperative period in the Anesthesia Recovery Room. The intensity of thirst was measured using the Visual Numeric Scale (0-10). The Perioperative Thirst Discomfort Scale was used to assess thirst discomfort. The defining characteristics, related factors, and associated conditions were assessed using the proposed Perioperative Thirst Diagnosis. **Results:** The prevalence of thirst in the preoperative period was high at 80.7% with an increase to 93.3% in the immediate postoperative period ($p=0.001$). The intensity of thirst was 5.20 (± 3.16) preoperatively, compared to 7.45 (± 2.41) postoperatively ($p<0.001$). The discomfort was also high, starting at 5.22 (± 3.47) preoperatively and 8.54 (± 3.84) postoperatively ($p<0.001$). The most frequent defining characteristics preoperatively were: desire to drink water (79.3%) and dry mouth (73.3%); and postoperatively: desire to drink water (89.3%), dry mouth (88.0%), dry lips (81.3%), thick saliva (78.0%), dry throat (76.7%) and thick tongue (74.0%). The three most frequent pre- and post-operative related factors were pre- and post-operative fasting (100% both times), dry mouth (64.7% and 79.3%), and habit of drinking water (34.7%). Associated conditions included water restriction (94.0% and 97.3%) and intubation (0.7% and 72.7%). **Conclusion:** Thirst in surgical oncology patients is prevalent, intense, and uncomfortable, especially in the immediate postoperative period, which raises awareness of the seriousness of this symptom, which is still undervalued in surgical oncology patients. The most prevalent defining characteristics in the preoperative period were dry mouth, desire to drink water, dry lips, and thick saliva, followed by thick tongue. In the postoperative period, on the other hand, the defining characteristics were almost entirely prevalent. Implementing thirst as a symptom to be assessed in care practice will enable surgical patients to appreciate and manage such prevalent and intense discomfort.

Key words: Thirst; Cancer surgery; Perioperative period.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diferenças das variáveis intensidade da sede e desconforto nos momentos pré e pós operatórios.....	57
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 (Estudo 1) – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo	54
Tabela 2 (Estudo 1) – Distribuição das características referentes a sede dos participantes do estudo	55
Tabela 3 (Estudo 1) – Preditores analisados pelos coeficientes do modelo de regressão logística para a ocorrência de Sede no Pós Operatório em pacientes oncológicos	56
Tabela 1 (Estudo 2) – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo	74
Tabela 2 (Estudo 2) – Distribuição dos componentes da proposição do diagnóstico de enfermagem Sede Perioperatória no pré e pós operatório, de acordo com a população em estudo	75
Tabela 3 (Estudo 2) – Modelo ajustado de classe latente das características definidoras encontrados no pré e pós-operatório imediato	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH	Hormônio antidiurético
ASA	Características definidoras
EDESP	Escala de Desconforto da Sede Perioperatória
EVN	Escala Visual Numérica
GPS	Grupo de Pesquisa em Sede
CD	Características definidoras
CA	Condições associadas
ACERTO	Aceleração da recuperação total pós-operatória
ERAS	<i>Enhanced recovery after surgery</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
OVLT	Vasculum Organum da Lâmina Terminal
SFO	Órgão Subfornical
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FR	Fatores relacionados
DE	Diagnóstico de enfermagem
POI	Pós operatório imediato
SRA	Sala de recuperação anestésica

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	19
3 CONTEXTUALIZAÇÃO	22
3.1 O PACIENTE COM CÂNCER	22
3.2 O PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	25
3.3 SEDE E PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO..	30
3.4 DIAGNÓSTICO PROPOSTO DE ENFERMAGEM EM SEDE PERIOPERATÓRIA E O PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	35
4 OBJETIVOS	40
4.1 OBJETIVO GERAL	40
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
5 MATERIAL E MÉTODO	41
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	41
5.2 LOCAL DO ESTUDO	41
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	41
5.4 INSTRUMENTO	42
5.5 PROCEDIMENTOS	43
5.6 ANÁLISE DE DADOS	43
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	45
6 RESULTADOS	47
6.1 ESTUDO 1	47
6.1.1 Título: Prevalência, intensidade e desconforto da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos no período perioperatório	47
6.1.2 Resumo	47
6.1.3 Introdução	48
6.1.4 Material e Método	50
6.1.5 Resultados	53

6.1.6 Discussão	57
6.1.7 Conclusão	62
6.1.8 Referências	63
6.2. ESTUDO 2.....	67
6.2.1 Título: Acurácia das características definidoras do proposto Diagnóstico de Enfermagem Sede Perioperatória em Pacientes Oncológicos Cirúrgicos.....	67
6.2.2 Resumo.....	67
6.2.3 Introdução	67
6.2.4 Material e Método.....	70
6.2.5 Resultados	73
6.2.6 Discussão.....	77
6.2.7 Conclusão.....	81
6.2.8 Referências	82
7 CONCLUSÕES	86
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE A – Termo de confidencialidade e sigilo.....	97
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	99
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados.....	101
ANEXOS.....	104
ANEXO A – Escala Visual Numérica (EVN).....	105
ANEXO B – Escala de desconforto da sede perioperatória.....	106
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	107

1 APRESENTAÇÃO

Durante a adolescência minha avó fraturou o fêmur, necessitando percorrer dias acamada, resultante a esses dias, ocorreu o surgimento de uma lesão por pressão muito rapidamente, devido à dificuldade de mobilidade e dor intensa proveniente de qualquer movimentação. A cirurgia foi contraindicada nesta época pela idade já avançada, meus pais e tios, cada um com suas rotinas de trabalho, lidaram com uma dificuldade imensa para se adequarem à divisão de horários para prestarem os cuidados necessários à minha avó. Nesta mesma época, recordo-me de ter pedido a minha mãe que levasse minha avó para morar conosco, pois eu gostaria de cuidar dela.

Neste momento estava passando pela adolescência e ficar com minha avó, podendo cuidar de cada detalhe que a envolvia era impressionantemente agradável e especial. Lembro-me com emoção e afeto de cada curativo, banho de leito e demais cuidados. Ali havia me interessado pelo cuidado de forma a não conseguir recuar mais tarde, em minhas decisões futuras. Acompanhar todo processo de evolução da minha avó, até a recuperação total de sua lesão, me fez perceber o quanto eu poderia ser retribuída por fazer algo, o quanto poderia obter bons resultados com cuidados simples.

Minha avó retornou para casa dela mais tarde e eu já estava passando pelo momento de escolha de profissão para prestar o vestibular, em minhas pesquisas a respeito da enfermagem me interessava cada vez mais pela profissão, até que tomei finalmente a decisão de prestar o vestibular para o curso. Após ingressar na universidade, à medida que me aprofundava nos conhecimentos acerca da profissão, percebia que a enfermagem ia muito além de qualquer informação que eu havia buscado antes do vestibular.

No segundo ano de graduação fui convidada por uma docente do departamento de saúde coletiva da universidade para participar de um projeto de extensão que estava sendo realizado em Cambé, a cidade em que residia neste período, muito entusiasmada com a proposta aceitei prontamente. Após a conclusão do projeto de extensão eu segui nas linhas de pesquisa com docentes do mesmo departamento, realizei projetos de extensão, pesquisa e iniciação científica, bem como o trabalho de conclusão do curso na área de saúde coletiva.

Durante a graduação, no módulo chamado “paciente crítico”, ocorreu minha primeira aproximação com pacientes mais graves, que demandavam uma assistência intensiva, foi aí também meu primeiro contato com o óbito de pacientes. No primeiro caso de óbito assistido por mim, passei por uma crise de pânico, necessitei ser afastada naquele momento por algumas horas das atividades, sou grata pelo acolhimento prestado por minha docente, foi essencial para que eu conseguisse percorrer todo percurso até aqui sem desistir da enfermagem.

Após esse episódio, eu precisei rever internamente meu desejo de atuar em hospitais, já que por se tratar de um fato corriqueiro eu eventualmente lidaria com casos de óbito. Como já estava inserida em projetos de saúde coletiva e baseada na experiência excelente do meu internato na unidade básica de saúde, optei por prestar residência em saúde da família após a conclusão da graduação. Me dediquei muito aos estudos para prova de residência e fui aprovada em primeiro lugar na residência em saúde da família pela autarquia municipal de saúde de Apucarana. Foram dois longos e intensos anos de muito aprendizado e desafios. De repente me deparei exercendo liderança em um grupo de profissionais diversos, aprendendo ali ao mesmo tempo a tecer meu modo de liderar na prática.

Sou muito grata por todo crescimento pessoal e profissional que atuar em uma unidade básica de saúde por esse tempo me proporcionou. Mesmo diante de tanto conhecimento, ainda não me sentia completa profissionalmente, parecia faltar algo. Ao término na residência, optei então por não prestar nenhum concurso, retornei à Londrina e enviei currículos para hospitais. Dentre os hospitais escolhidos para o envio do currículo e interesse na vaga, não constava o hospital do câncer de Londrina, eu acreditava não me interessar por pacientes oncológicos até este momento. Fui chamada então para iniciar um trabalho na Santa Casa de Londrina, onde atuei por três meses em unidade de terapia intensiva, logo eu me deparei olhando pra Rafaela de anos atrás que temia tanto o óbito, com uma maturidade muito maior.

Fui convidada por uma professora de curso técnico em enfermagem a enviar um currículo para o hospital do câncer de Londrina, pois estavam efetuando a contratação de enfermeiro sênior e ela acreditava ser meu perfil. Quem diria, eu prontamente enviei meu currículo e passei por todos os processos avaliativos, finalmente a vaga concorrida foi minha. Começava ali a jornada pessoal e profissional mais desafiadora até aqui. Para além do desafio de assumir uma

enfermaria com um número grande de pacientes e uma equipe de dez técnicos, eu percebia a cada dia o universo único que era lidar com pacientes com câncer. Ali eu aprendia sobre a vida, sobre a morte, sobre dignidade, sobre empatia, humanização e tantas outras coisas que eu poderia aqui listar.

A cada vínculo construído, a cada história compartilhada, eu sentia que precisava fazer mais por aqueles pacientes. Cada um com suas particularidades, quantas histórias tristes e felizes, de superação. Ali eu pude refazer meu percurso em relação a morte, entender como um processo digno que todos iremos percorrer, que o importante é a estrada que caminhamos até chegar lá, e eu queria fazer algo todo dia que pudesse tornar a estrada dos meus pacientes mais confortáveis, diante de tanta complexidade a que eram submetidos pelo próprio diagnóstico.

O cuidado que desejava levar aos meus pacientes era o mesmo que busquei levar à minha avó, tentando não perder a sensibilidade com detalhes que muitas vezes passam aos olhos de outros profissionais. Minha primeira aproximação com a sede estava ali nas entrelinhas no meu processo de cuidar, teve início com meus pacientes submetidos a quimioterapia, queixavam-se muito de xerostomia, sensação de boca seca, sede, porém na busca pela água na tentativa de saciar sua sede, vivenciavam náusea e vômitos, muitos pelos processos da patologia em si, outros pelo próprio tratamento. Muitos pacientes desnutridos, emagrecidos, desidratados, com disfagia total inclusive para líquido. Neste momento, lembrei-me da professora Lígia, a qual tive a honra de ter como docente no curso de graduação, sabia que ela desenvolvia projetos voltados ao manejo da sede.

Escrevi um e-mail expondo toda minha vivência, obtive prontamente uma resposta acompanhada de um convite para participar do clubinho do artigo, espaço destinado a discussões acerca de artigos sobre a sede. A partir daí, fiquei realmente impactada com todas as pesquisas produzidas até ali e por perceber que existiam formas do manejo seguro da sede. Queria que cada paciente meu pudesse participar de tudo isso, queria levar essa possibilidade até eles. Iniciei minha participação no grupo de pesquisa da sede. À medida que ia participando do grupo de pesquisa, atuava em outras unidades do mesmo hospital, desta vez a unidade cirúrgica me proporcionou ouvir relatos angustiantes sobre a sede.

Os pacientes queixavam-se muito da sensação de desconforto intenso da sede, antes e após a cirurgia, eram relatos como “por favor, estou com

dor, mas minha sede agora é maior que qualquer outra coisa, só penso nisso” e ainda “por favor, se eu não puder beber água, me dê um remédio para dormir, não quero ficar sentindo isso”. Eu percebia os pacientes preocupados, ansiosos, alguns em sua primeira internação, recebendo o diagnóstico, outros em sua décima internação, realizando a cirurgia com expectativa de cura, outros ainda sem perspectiva de cura, iniciando tratamento paliativo. Em minha imersão profissional imaginava o que poderia estar ao meu alcance para que esses pacientes não sofressem mais ainda por algo que poderia ser feito de forma segura, diante de tantas preocupações, ansiedade e desconfortos, a sede não precisaria ser mais um desconforto a serem submetidos. Essa trajetória, me proporcionou o interesse na atual pesquisa.

2 INTRODUÇÃO

Anualmente são realizados aproximadamente 234 milhões de procedimentos cirúrgicos. Apesar de múltiplos progressos nas diferentes formas de se fazer cuidado, a cirurgia permanece como alternativa de tratamento comum e eficaz para diversas doenças. Podemos aqui, elencar o câncer como uma delas (Ludwig et al, 2013; Silva et al 2020).

Muitas estratégias objetivando a prevenção de diversos cânceres têm sido adotadas no Brasil, porém mesmo diante do desenvolvimento de tantas ações, 80% dos casos novos diagnosticados em 2015, necessitaram de algum procedimento cirúrgico em determinado momento da evolução da doença (Silva, 2016).

Apesar de todo avanço no campo de outras formas de tratamento para o câncer, como a radioterapia e quimioterapia, a cirurgia ainda é considerada como alicerce de sustentação dos cuidados, além de ser um dos métodos de diagnóstico da doença.

Como já se sabe, todo procedimento cirúrgico traz consigo muitas implicações. Dentre tantos acontecimentos que o paciente cirúrgico é submetido, a sede apresenta-se como um sintoma de elevada prevalência (89,6%) no Pós-operatório Imediato (POI) em adultos, além de apresentar uma alta intensidade (6,94) no período perioperatório, de acordo com a Escala Visual Numérica (Silva, 2016; Pierotti et al, 2018; Nascimento et al, 2019).

A sede é identificada como moderada a intensa para 55,8% dos pacientes em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Dentre três tipos de desconfortos graves apresentados pelos pacientes, a sede é o mais prevalente no período pós-operatório (Lee et al, 2020; Walker et al, 2016).

A sede é uma experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água, visando restabelecer a homeostase dos líquidos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendido (Nascimento et al, 2021).

O paciente cirúrgico possui um elevado risco para desenvolver sede no pré e pós-operatório devido a uma confluência de fatores: o jejum pré-operatório em que o paciente cirúrgico é submetido, a ansiedade, o uso de medicações

anestésicas, perda sanguínea e intubação orotraqueal (Nascimento et al, 2021; Conchon et al, 2015; Belete et al, 2022).

Dentre os fatores relacionados à sede, o jejum aparece como o mais citado. A prática do jejum pré-operatório foi instituída com a intenção de evitar e reduzir complicações respiratórias por meio da aspiração do conteúdo gástrico, porém o jejum real pode ser mais prolongado que o jejum preconizado e prescrito, por vários fatores, como a alteração do horário do procedimento cirúrgico, ou ainda, o cancelamento dele, o que pode contribuir diretamente para uma piora do estado nutricional e exacerbação da desnutrição pré-existente. A prática de jejum prolongado acomete os pacientes, além de trazer consigo diversos prejuízos, dentre eles, a potencialização da resposta metabólica ao trauma cirúrgico e contribuição para a ocorrência da resistência insulínica (Garcez et al, 2019; Campos et al, 2018; Pierotti et al, 2018; Nascimento et al, 2021).

O hipercatabolismo associado ao câncer e às terapias que os pacientes oncológicos são submetidos durante seu tratamento, tornam tais indivíduos mais susceptíveis a desnutrição. Esses indivíduos podem ser afetados diretamente por seu estado nutricional prévio, pois indivíduos desnutridos submetidos à cirurgias oncológicas apresentam maior incidência de complicações pós-operatórias (Peixoto et al, 2017; Silva et al, 2020).

Além dos efeitos já citados, a privação alimentar num tempo maior está associada a relatos de desconforto e a sensações de fome, sede, tempo de internação maior do que o previsto, infecção do sítio cirúrgico, além de complicações operatórias diversas e óbito (Aguilar et al, 2017; Pierotti, 2018)

Em estudo realizado para verificar os desconfortos vivenciados por pacientes no POI, a fome e sede ocuparam o segundo lugar dentre os mais experienciados pelos pacientes (Silva et al. 2018).

Outro importante fator de elevado risco para o desenvolvimento da sede é a ansiedade. O paciente se sente vulnerável antes e após sua submissão ao procedimento cirúrgico, por experiências prévias e desconfortos já vivenciados em determinado momento, por limitações do procedimento, pela vulnerabilidade do período perioperatório. Em se tratando do paciente oncológico, podemos considerar que a ansiedade se faz presente em momentos distintos, desde o diagnóstico, perpassando por diversas fases, inclusive a de tratamento. A ansiedade no paciente oncológico se apresenta por diferentes causas, podendo ocorrer devido à

associação com o aumento da morbidade da doença, incertezas acerca da efetividade dos tratamentos e dos sintomas vivenciados, como a dor (Gonçalves et al, 2016; Silva et al, 2020; Gorayeb et al, 2012; Barbosa et al, 2018).

Embora os estudos demonstrem que o paciente cirúrgico compoinha um grupo com elevado risco de desenvolver sede, pelos motivos aqui já citados, e evidenciem ainda a relevância clínica do tema, a abordagem acerca da sede ainda não é realizada de forma completa e sistemática. Neste contexto, para que a sede não passe despercebida pelo enfermeiro em seu planejamento de cuidado, houve a proposição da sede perioperatória como um Diagnóstico de Enfermagem (DE). A proposição diagnóstica citada, quando implementada, poderá subsidiar o enfermeiro no que diz respeito aos riscos do paciente sentir sede no período perioperatório, auxiliando-o na identificação e no planejamento de ações para amenizar esse desconforto (Nascimento, Lopes, Fonseca, 2021; Sebaee, Elhadary, 2017).

O diagnóstico de sede perioperatória proposto apresenta Fatores Relacionados (FR) à sede, que precedem o surgimento do sintoma: jejum pré e pós-operatório, a respiração oral, desidratação, hipovolemia, perda insensível de hidratação pela respiração, boca seca, hábito de beber água e temperatura ambiente elevada. Além disso, algumas condições podem ser associadas à sede, como a intubação, o uso de anticolinérgicos muscarínicos e nicotínicos e restrição hídrica. O paciente cirúrgico reúne, com base nessas informações, características que aumentam o risco de apresentar sede. Existem ainda, alguns sinais que caracterizam a sede, como boca seca, garganta seca, lábios secos, saliva espessa, língua grossa, deglutição constante de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador, estes são também nomeados Características Definidoras (CD) da sede (Nascimento, L. A. Lopes, M. V. O. Fonseca, L. F, 2021).

Todos os componentes do DE foram validados em relação à relevância, clareza e precisão, demonstrando altos níveis de concordância entre os especialistas (Nascimento, L. A. Lopes, M. V. O. Fonseca, L. F, 2021).

Considerando o alto risco que o paciente oncológico cirúrgico apresenta de desenvolver a sede no período perioperatório a escassez de pesquisas ao que concerne o paciente oncológico nesse cenário, se torna imprescindível identificar a prevalência, desconforto e intensidade da sede, bem como seus fatores relacionados e características definidoras, a partir do DE de sede perioperatória proposto.

Apesar da expressividade do sofrimento gerado pela sede no período perioperatório em pacientes oncológicos cirúrgicos, não foram encontrados estudos anteriores acerca da prevalência, intensidade e desconforto da sede nessa população. Diante do exposto surgiram os seguintes questionamentos: qual a prevalência, intensidade e desconforto da sede em pacientes com câncer submetidos a procedimentos cirúrgicos no período perioperatório? Quais são as características definidoras que melhor predizem o diagnóstico de enfermagem em sede perioperatória proposto nessa população?

Tal análise pode elucidar o impacto da sede para o paciente oncológico cirúrgico, além de vislumbrar futuras medidas, que possam minorar a sede nesta população.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 O paciente com câncer

O câncer é um conjunto de mais de 100 doenças, que apresentam entre si a característica do crescimento celular desordenado e a propagação rápida, em nível local ou sistêmico. Devido sua elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e consequências sobre a qualidade de vida dos pacientes por elas acometidos, as doenças oncológicas são consideradas um problema de saúde pública (Herr et al, 2013; INCA, 2020).

No Brasil, para o período de 2023 a 2025, espera-se a ocorrência de 704 mil novos casos de câncer, com maior concentração de incidência de casos nas regiões Sul e Sudeste (70%) (INCA, 2022).

Por se tratar de uma doença crônico degenerativa, pelas condições clínicas que acarretam e sua complexidade terapêutica, o câncer representa uma patologia temida socialmente, associada à finitude no imaginário leigo e profissional desde o conhecimento da sua existência como diagnóstico. Seu diagnóstico desencadeia reações no âmbito orgânico e emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar sofrimento, podendo acarretar uma desorganização psíquica (Theobald, M. R et al, 2016 ; Wakiuchi et al, 2020).

Aproximadamente 20 a 48% dos pacientes com câncer apresentam critérios diagnósticos para ansiedade e depressão. Os pacientes oncológicos apresentam sintomas de ansiedade e depressão desde a fase diagnóstica da doença. Tais repercussões psicológicas, podem ainda, estar associadas a duração das internações, adesão ao tratamento, qualidade de vida, prognóstico e sobrevida à doença (Bergerot, C. D; Laros, J. A; Araujo, C, C. F, 2014).

Além dos impactos vivenciados por pacientes oncológicos relacionados ao diagnóstico da doença, existem os impactos associados ao tratamento ao qual esse paciente é submetido. O tratamento interfere nas condições físicas do paciente, propiciando o agravamento de sintomas físicos como insônia, fadiga, perda de apetite, alopecia, além da interferência na capacidade de realizações de atividade de vida diária por sua autonomia (Silveira, F. M et al, 2021).

O paciente lida com o receio de viver com dificuldades que a doença e o tratamento provocam, pelo próprio estigma do diagnóstico desta doença estar associado à morte. Todas essas percepções afetam as expectativas para o futuro e a qualidade de vida do paciente.

A escolha do método de tratamento depende da natureza e extensão da doença. As estratégias mais frequentes utilizadas para o manejo da doença incluem a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia (Silveira, F. M et al, 2021).

A quimioterapia se apresenta como forma de tratamento sistêmico para o câncer, por meio da utilização de medicamentos denominados quimioterápicos, que são administrados em intervalos regulares e sofrem variação de acordo com o esquema terapêutico. Cerca de 70% dos pacientes doentes receberão quimioterapia antineoplásica no decorrer do tratamento. As quimioterapias podem ser classificadas de acordo com suas finalidades como neoadjuvante, adjuvante, curativa e paliativa (INCA, 2020; Hespanhol et al, 2010).

A quimioterapia neoadjuvante possui indicação para redução de tumores localmente avançados, com o intuito de torna-los ressecáveis ocasionando ao paciente um melhor prognóstico. A quimioterapia adjuvante, por sua vez, é indicada após submissão do tratamento cirúrgico curativo, ocorre quando o paciente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna detectável por meio do exame físico, bem como exames complementares (INCA, 2020).

A quimioterapia curativa tem por finalidade a cura de paciente com

neoplasias malignas, podendo ou não estar associada a cirurgia e radioterapia. Enquanto a quimioterapia paliativa é indicada para palição de sinais e sintomas que acabam por comprometer a capacidade funcional do paciente, ela não repercute obrigatoriamente na sobrevida do paciente, possui uma duração limitada, tendo em vista a impossibilidade de cura do tumor, que tende a evoluir a despeito do tratamento aplicado (INCA, 2020).

Dentre as modalidades de tratamento antineoplásico disponíveis, a quimioterapia é reconhecida pelos efeitos colaterais que afetam os pacientes durante o tratamento. A quimioterapia acomete as células cancerígenas, porém não exclusivamente, sendo as células normais também afetadas por seu efeito. Os principais efeitos colaterais incluem náuseas, vômitos, alopecia, diarreia, constipação. Esses efeitos, muitas vezes, comprometem a qualidade de vida dos pacientes (Wakiuchi et al, 2020; Silveira, F. M et al, 2021).

Aspectos predominantemente negativos como dor, sofrimento, medo e ameaça são relacionados à vivência do tratamento no que se refere ao estudo das representações sociais acerca da quimioterapia. Destacam-se as limitações físicas que representam mudanças no cotidiano, como a diminuição ou perda da autonomia do paciente (Wakiuchi et al, 2020).

Os pacientes em quimioterapia são expostos a efeitos colaterais que os debilitam e são identificados como fatores que contribuem para o abandono do tratamento. Aproximadamente 40% dos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia apresentam complicações orais decorrentes de estomatotoxicidade, como mucosite, xerostomia e infecções fúngicas ou virais (Hespanhol et al, 2010; Almeida, E. P. M; Gutierrez, M. G. R; Adami, N. P, 2004).

Avaliar o estado nutricional do paciente oncológico em quimioterapia e radioterapia é fundamental para a conduta terapêutica e para qualidade de vida do paciente. A desnutrição está frequentemente presente no paciente com câncer, e representa um fator preditor de morbimortalidade (INCA, 2015).

Em decorrência dos efeitos colaterais anteriormente citados, o paciente oncológico apresenta a perda de peso e desnutrição como distúrbios nutricionais mais frequentes (de 40% a 80% dos casos). Aproximadamente 30% dos pacientes adultos apresentam perda superior a 10% do peso corporal (INCA, 2015).

Fatores como a localização do tumor, perda de peso involuntária e disfunção do trato gastrointestinal em decorrência da quimioterapia e radioterapia,

devem ser considerados em relação ao risco nutricional. A depender do tipo de tumor e da fase da doença, a perda de peso pode chegar a 30% e em mais de 80% dos pacientes, indicando uma perda grave (INCA, 2015).

Outra modalidade de tratamento a que pacientes com câncer são submetidos, diz respeito a radioterapia. Esta consiste em tratamento localizado, por meio da emissão de radiação ionizante na região do tumor, através de aparelhos ou emitida por radioisótopos naturais. A radiação ionizante objetiva eliminar ou reduzir o crescimento de células tumorais. Ocorre uma interação entre a os elétrons irradiados no tumor e as células cancerígenas, posteriormente a apoptose ou restrição da divisão dessas células. Os efeitos adversos da radioterapia tendem a surgir em média na terceira semana de tratamento, podendo ocorrer a antecipação desse período a depender do efeito (Lorencetti, Simonetti, 2005).

A radiação advinda da radioterapia pode afetar outros tecidos, que não o tumoral, originando efeitos colaterais. Esses efeitos dependem de alguns fatores como o tipo de câncer, características do indivíduo, quantidade de radiação aplicada, e a localidade a ser tratada (Lorencetti, Simonetti, 2005).

Os pacientes oncológicos submetidos à radioterapia podem experimentar efeitos colaterais como dor, fadiga, alterações cutâneas, perda ou diminuição da autoestima, alterações na mobilidade, confusão, ansiedade, angústia, medo, sentimentos de solidão e mudanças na rotina (Lorencetti, Simonetti, 2005).

Pacientes submetidos à radioterapia em região de cabeça e pescoço, são expostos com frequência à condições desfavoráveis como xerostomia, osterradionecrose, mucosite e candidose. A xerostomia diz respeito a sensação de boca seca, gerada a partir da diminuição da função das glândulas salivares, o que resulta em alteração tanto na quantidade como na qualidade da saliva (Freitas et al, 2011).

A mucosite é caracterizada pelo surgimento de lesões em cavidade oral, dolorosas e debilitantes. Podem ser originadas e induzidas por drogas citotóxicas e principalmente pela radiação de cabeça e pescoço, além de possuir uma elevada prevalência na população exposta à radioterapia nessas regiões (100%) (Freitas et al, 2011).

3.2 O paciente com câncer submetido a procedimento cirúrgico

A despeito de toda progressão em relação aos métodos de tratamentos utilizados para o câncer, a cirurgia permanece como um dos mais utilizados, além de ser considerado um método de diagnóstico da doença. Além da alta prevalência de pacientes com câncer que são submetidos a um procedimento cirúrgico em determinado momento da doença, um mesmo paciente pode ser submetido a procedimentos frequentes devido à complexidade de seu diagnóstico (Silva, 2016; Ludwig et al, 2013; Silva et al 2020).

Em se tratando do paciente oncológico, o ato cirúrgico pode ter finalidade curativa, sobretudo quando há detecção precoce do tumor e é possível sua remoção total, ou finalidade paliativa, quando o objetivo é de reduzir a quantidade de células tumorais e controlar sintomas que comprometam a qualidade da sobrevivência do paciente. A cirurgia oncológica também é uma forma de avaliar a extensão da doença, em alguns casos, o estadiamento do câncer só é possível de ser certificado durante o ato cirúrgico (INCA, 2023).

Todo procedimento cirúrgico traz consigo muitas implicações, dentre elas o jejum. A prática do jejum pré-operatório foi instituída com a intenção de evitar e reduzir complicações respiratórias por meio da aspiração do conteúdo gástrico. Com esse objetivo, ainda sem evidências científicas, no século passado, instituiu-se o jejum pré-operatório a partir da meia noite. A prática seguia a recomendação do “nada pela boca” e foi estabelecida em tempos de técnicas anestésicas rudimentares (Campos et al, 2018; Silva, 2016).

O jejum prolongado acomete os pacientes e traz consigo diversos prejuízos, dentre eles, a potencialização da resposta metabólica ao trauma cirúrgico e contribuição para a ocorrência da resistência insulínica. Ademais, o jejum real pode ser mais prolongado que o jejum prescrito, por vários fatores, como a alteração do horário do procedimento cirúrgico, ou ainda, o cancelamento do mesmo, o que pode contribuir diretamente para uma piora do estado nutricional e exacerbação da desnutrição pré-existente (Garcez et al, 2019).

Além dos efeitos já citados, a privação alimentar num tempo maior está associada a relatos de desconforto e a sensações de fome, sede, tempo de internação maior do que o previsto, infecção do sítio cirúrgico, além de complicações operatórias diversas e óbito (Aguilar et al, 2017; Fracarolli, 2018).

Evidências científicas acerca dos prejuízos do jejum prolongado e de estudos demonstraram que esta prática é considerada, por pesquisadores e

profissionais como algo obsoleto. Fica claro que o jejum foge do seu objetivo de evitar e reduzir intercorrências intraoperatórias e pós-operatórias ao se tornar uma prática prolongada, já que as técnicas anestésicas atuais são outras e superam as do século passado (Aguilar et al, 2017; Fracarolli, 2018).

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) tornou suas recomendações de jejum mais flexíveis, com o objetivo de diminuir a resposta ao estresse do procedimento cirúrgico e permitir uma recuperação mais rápida durante o período intra hospitalar, proporcionando uma alta precoce. Sendo atualmente preconizado o jejum de oito horas para sólidos e alimentos gordurosos, de seis horas para refeições leves (sem frituras, alimentos gordurosos e carne) e jejum de até duas horas para ingestão de líquidos claros e sem resíduos (água, chá, suco de frutas) (ASA, 2017).

O protocolo europeu *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), trouxe mudança de paradigma em relação a 21 aspectos para o preparo e tratamento do paciente cirúrgico. Propôs mudanças nas formas tradicionais de cuidados aos pacientes cirúrgicos, ao final da década de 90 (Costa, 2013; Chaves, 2019).

O protocolo Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória (ACERTO) elencou 11 itens para aceleração da recuperação do paciente cirúrgico. Assim como o ERAS, o Acerto tem como base a medicina baseada em evidências. O protocolo visa acelerar a recuperação pós-operatória e define diversas rotinas de prescrições peri-operatórias, dentre elas a diminuição do período de jejum pré-operatório (Costa, 2013; Chaves, 2019).

Apesar dos conhecimentos já obtidos acerca dos danos associados ao jejum prolongado, na prática clínica o tempo de jejum praticado é de aproximadamente 12 horas. Alguns estudos demonstram ainda que em 75% dos hospitais o tempo de jejum pré-operatório é de 6 a 8 horas, excedendo o tempo de jejum preconizado pela ASA (Campos et al, 2018; Aguilar et al, 2017; Pierotti, 2018). Estudo retrospectivo realizado com pacientes cirúrgicos também demonstrou um tempo de jejum elevado no período pós-operatório com média de 9:54 (DP: 6:89) (Tofani et al, 2022).

Da mesma forma que o jejum pré-operatório, o jejum pós-operatório desnecessariamente prolongado impacta pacientes com seus efeitos. A conduta convencional permite que o mesmo se prolongue por até cinco dias. Isso ocorre em

decorrência a muitos médicos aguardarem a eliminação de flatos, a presença de ruídos hidroaéreos ou de evacuação, para "caracterizar" o retorno do peristaltismo, para posterior permissão e liberação de dieta (Francisco, 2015).

Alguns estudos demonstram os benefícios que a abreviação do jejum traz ao paciente, como a redução da resistência insulínica, maior segurança no manejo de via aérea, menor tempo de permanência hospitalar, além do bem estar ao paciente. Esse benefício estende-se as instituições que conseqüentemente, tem gastos menores com o tempo de internação reduzido desses pacientes (Pinto, 2015; Reis et al, 2019; Silva et al 2019).

As terapias nas quais os pacientes oncológicos se submetem durante o período de seu tratamento, os tornam mais susceptíveis a desnutrição. Os indivíduos desnutridos submetidos a operações oncológicas apresentam maior incidência de complicações pós-operatórias assim como aumento da mortalidade, do tempo de internação e dos custos hospitalares. Existe no entanto, uma alta prevalência de desnutrição entre pacientes oncológicos, dos quais cerca de 80% apresentam desnutrição no momento do diagnóstico (Bernardino 2021; Melo, 2022; Peixoto et al, 2017).

A resposta metabólica ao trauma cirúrgico é potencializada, entre outros fatores, pelo jejum pré-operatório prolongado que acarreta prejuízos ao estado nutricional do paciente ou exacerba a desnutrição pré-existente. Além disso, o trauma cirúrgico afeta a função muscular, causando uma diminuição significativa da força muscular no pós operatório (Chaves; Campos, 2019; Sierra et al, 2020).

Em estudo observacional com pacientes oncológicos cirúrgicos, em que os pacientes foram avaliados no período pré operatório e classificados em risco nutricional presente ou ausente através score NRS-2002 (Nutritional Risk Screening-2002), foi demonstrado que pacientes que apresentaram risco nutricional tiveram tempo de internação significativamente maior e ficaram aproximadamente 4-5 dias a mais no hospital (Sierra et al, 2020).

Em estudo prospectivo realizado com pacientes com câncer, candidatos a cirurgia oncológica de grande porte, no qual a determinação do risco nutricional ocorreu por meio da ferramenta *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002), foi evidenciado que pacientes com risco nutricional apresentaram um tempo maior de internação em relação aos pacientes sem risco nutricional (Rodrigues et al, 2021).

O comprometimento nutricional do paciente com câncer, afeta diretamente as fibras músculo esqueléticas, o que pode causar perda progressiva de massa, declínio da força ou até mesmo perda da função muscular, denominado sarcopenia. A queda funcional pode prejudicar a capacidade do paciente em realizar atividades cotidianas e conseqüentemente impactar sua qualidade de vida e na mobilidade precoce no pós-operatório, o que representa um aumento do risco de complicações à esse paciente (Sierra et al, 2020).

O câncer pode levar à sarcopenia por meio de alguns mecanismos. A produção de citocinas inflamatórias pelos monócitos resulta em atrofia e perda do músculo esquelético, bem como perda da velocidade de marcha e redução do apetite. Os distúrbios metabólicos envolvidos na modificação da composição corporal e a elevada proteólise em combinação com a síntese de proteínas musculares deprimida e desviada para o fígado, resulta em diminuição do turnover proteico com conseqüente perda de massa magra e desnutrição (Leal et al, 2023).

Apesar dos avanços nos procedimentos cirúrgicos e nas técnicas de manejo perioperatório, alguns fatores são preditivos de complicações e podem aumentar a mortalidade pós-operatória. Para pacientes oncológicos a desnutrição e mais recentemente a presença de sarcopenia representam esses fatores (Behne et al, 2023).

O tratamento oncológico ainda é composto por procedimentos invasivos e dolorosos que produzem uma série de mudanças corporais que alteram, não apenas o corpo, mas também interferem diretamente na rotina de vida diária e identidade desses sujeitos (Siqueira, 2017).

Em diagnósticos de câncer de mama o tratamento cirúrgico é necessário em praticamente todos os casos. O ato cirúrgico é visto como agressivo e preocupante, provoca nas mulheres alterações emocionais como nervosismo, irritação, incerteza e conflitos, além de provocar mudanças no autoconceito e na imagem corporal. A distorção na imagem corporal acontece principalmente nas mulheres que são submetidas a mastectomia, elas apresentam aversão a elas mesmas, manifestada, por exemplo, na dificuldade em olhar-se no espelho e no retorno de sua vida sexual (Gomes, 2013; Galaverna, 2021).

Concomitantemente às mudanças sentidas no âmbito físico, surge a incapacidade de assumir os compromissos sociais e alterações em relação ao convívio social, devido ao preconceito e estigma associado ao câncer (Gomes,

2013).

Outra cirurgia oncológica, que possui desdobramentos bastante complexos para os pacientes oncológicos a ela submetidos, é a Exenteração Pélvica. A indicação para este procedimento ocorre em 78% dos casos de tumores primários avançados de colo do útero ou recidivados. Nesse tipo de procedimento existe a necessidade de elaboração da dor pela amputação de partes do corpo que são tradicionalmente símbolos da feminilidade, como a vagina e o útero, por exemplo. A partir disso, fatores como a sexualidade e a imagem corporal são diretamente afetados, tornando-se foco de sofrimento (Haas, 2017).

Pacientes com câncer que necessitam realizar procedimentos cirúrgicos que resultam em Ostomias, também são expostos a fatores que os pré dispõem a sofrimentos no âmbito psicossocial. Um estudo demonstrou uma porcentagem considerável de jovens e pessoas economicamente ativas pertencentes ao grupo de ostomizados (32%). Isso pode implicar em prejuízos nas atividades laborais além de impactar em questões sociais, como nas atividades de lazer e sexuais (Ramos, 2012).

Para além de serem acometidas pelo câncer, os pacientes oncológicos ostomizados ainda precisam lidar com as transformações resultantes de seu tratamento. As percepções dessas transformações ocorrem desde a perda de um órgão altamente valorizado e a consequente privação de controle fecal, perda de auto-estima e alteração em sua imagem corporal, perda do seu status social devido ao isolamento inicial imposto pela própria pessoa ostomizada, sentimento de inutilidade, sentimentos exteriorizados pela pessoa como depressão, ódio, repulsa que podem ainda levar a alterações na dinâmica familiar (Cascais, 2007).

3.3 Sede e o paciente com câncer submetido a procedimento cirúrgico

A sede perioperatória é uma experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água. A sede tem início a partir da diminuição dos fluidos corporais e/ou aumento da osmolaridade sanguínea, por meio de uma resposta fisiológica essencial para a manutenção da vida. Estímulos viscerais, como boca seca, associados a fatores motivacionais, como vontade de beber água, contribuem para que o paciente sinta sede (Nascimento et al, 2021)

A sede possui uma elevada prevalência (79,5% a 89,8%) no período

perioperatório, em pacientes adultos, além de influenciar negativamente a experiência cirúrgica e causar um intenso desconforto quando não saciada. É um dos principais desconfortos citados nesse período, podendo ser pior que a dor (Nascimento et al, 2019; Maldonato et al, 2020; Serato et al, 2019; Pieroti et al, 2018).

Além de alta prevalência, a sede apresenta elevada intensidade (6,10, 8,17 e 8,70). O desconforto da sede pode ser expresso pelos próprios pacientes e/ou refletidos a partir da presença de alguns sintomas periféricos, denominados como características definidoras da sede, como lábios ressecados, boca e garganta secas, língua e saliva grossas, gosto ruim ou amargo na boca, e pela vontade de beber água (Nascimento et al, 2021; Maldonato et al, 2020; Serato et al, 2019; Pieroti et al, 2018).

Dentre os fatores que podem interferir na presença e intensidade da sede nesse período destacam-se o jejum pré-operatório, as medicações utilizadas, a perda sanguínea no intraoperatório e a ansiedade. Esses estímulos resultam em comportamentos negativos, tais como estresse, irritabilidade e desespero, que intensificam o desconforto da sede no período perioperatório (Pieroti et al, 2018).

Dentre os fatores citados, o jejum pré operatório está entre os preparos a que o paciente cirúrgico é submetido. O jejum provoca fome e ansiedade, gerando repercussões hormonais. Além disso, o jejum potencializa a ansiedade pré-existente no paciente cirúrgico, a diversos fatores, como o questionamento em relação ao procedimento cirúrgico, incerteza de sua recuperação e diagnóstico (Ludwig et al, 2013).

O paciente cirúrgico relaciona a ansiedade do procedimento com a percepção da sede. Isso se justifica pelas alterações fisiológicas que a ansiedade desencadeia no indivíduo, por meio da intensificação de catecolaminas, que resulta em alteração térmica, aumento da pressão arterial, taquicardia e principalmente ressecamento da mucosa oral (Arai, Stotts, Puntillo, 2013). Posteriormente, a partir da diminuição de fluxo salivar e conseqüente comprometimento da cavidade oral, ocorre a estimulação do centro da sede (Landström, Rehn, Frisman, 2019).

O uso de alguns medicamentos pode influenciar na intensificação da sensação de sede do paciente cirúrgico, por conta da redução da produção e secreção de saliva. As principais classes de medicamentos relacionadas são, os anticolinérgicos, opioides, anti-hipertensivos, antidiurético e anti-inflamatórios não

esteroidais (Dessotte et al, 2016; Silva, Aroni, Fonseca, 2016; Nascimento et al, 2019).

Um estudo prospectivo, cujo objetivo foi descrever a prevalência de sintomas atribuíveis a efeitos colaterais de Morfina em pacientes oncológicos com uso regular desta medicação demonstrou a boca seca como sintoma mais comum relatado e mais persistente, com prevalência de 95%, e intensidade de moderada a grave (Glare, Walsh, Sheehan, 2006).

Em um estudo transversal com pacientes oncológicos terminais em cuidados paliativos hospitalares, os opioides foram determinados como causa clínica potencial para a ocorrência de sede intensa nos pacientes (Morita et al, 2014).

Aproximadamente 50% dos pacientes oncológicos são acometidos por dor relacionada ao câncer, em todas as fases da doença, e cerca de 70% em casos mais avançados da doença, o que os torna potenciais usuários de opioides, incluindo morfina. De acordo com o estudo de revisão, cujo objetivo foi elucidar quais as reações adversas do uso da Morfina, a xerostomia figura como efeito colateral comum do uso deste medicamento (Silva et al 2023).

Em pesquisa transversal com pacientes internados em cuidados paliativos cujo objetivo foi determinar a gravidade e distribuição dos sintomas associados à desidratação em pacientes com câncer em estado terminal, ocorreu a identificação da sede e boca seca como sintomas prevalentes (Burge, 1993).

Em estudo qualitativo realizado com médicos que atuam em unidades especializadas em cuidados paliativos na Suécia, que teve por objetivo explorar as experiências e opiniões médicas, acerca da sede em pacientes no final da vida, evidenciou que os médicos, em sua prática clínica, não priorizavam a sede e raramente discutiam o assunto nas visitas. O estudo identificou ainda que não havia política em relação à sede (Friedrichsen, 2023).

Estudo transversal realizado com o intuito de identificar a associação entre a sede e fatores clínicos, especialmente desidratação, em pacientes terminais com câncer em cuidados paliativos hospitalares, identificou a sede como sintoma frequente nesses pacientes, bem como associação à desidratação, hiperosmolalidade, mau estado geral, estomatite, respiração oral e opioides (Morita et al, 2014).

A gênese, a percepção e saciedade da sede está envolvida por mecanismos fisiológicos, neuronais e hormonais que controlam a motivação por

ingestão de água, de acordo com as necessidades de manutenção da homeostasia do organismo do indivíduo (Arai; Stotts; Puntillo, 2013).

Múltiplas áreas anatômicas do cérebro são interligadas, sendo que a lâmina terminal, hipotálamo, prosencéfalo, cíngulo posterior e cerebelo tem papel determinante neste equilíbrio. Os órgãos circumventriculares, denominados vasculosum organum da lâmina terminal (OVLT) e órgão subfornical (SFO) compõem uma estrutura que quando ativada, desencadeiam respostas que motivam o consumo de água e sódio. Por não apresentarem uma barreira hematoencefálica, permitem aos osmorreceptores uma rápida resposta às alterações na osmolaridade do líquido extracelular, com controle da secreção do hormônio antidiurético (ADH), e consequente controle da sede. Podemos classificar a sede em dois mecanismos principais, a sede homeostática (osmótica e hipovolêmica) ou não homeostática. (Gizowski; Bourque, 2017; Zimmermann; Leib; Knight, 2017).

Dois mecanismos distintos podem ser responsáveis por desencadear a sede, alterações osmóticas e volêmicas, ocorridas após a perda de água e soluto. Esses estímulos podem resultar em mecanismos diferentes de sede, denominadas de sede osmótica e hipovolêmica (Leiper, 2005; Arai; Stotts; Puntillo, 2013).

A sede osmótica ocorre por meio de um discreto aumento na osmolaridade plasmática (1 a 2%). Origina-se por meio da saída de água do meio intracelular para o meio extracelular, resultando na desidratação da célula. As alterações osmóticas são identificadas pelos osmorreceptores que transmitem impulsos nervosos até a neurohipófise, ocasionando a secreção do ADH na circulação sanguínea, causando a sede (Arai; Stotts; Puntillo, 2013).

O objetivo da liberação do ADH é promover a reabsorção de água e liberação de sódio a partir de sua atuação nos rins, com o propósito de provocar a regulação da osmolaridade plasmática. Quando o objetivo desse sistema não é atingido, o organismo desencadeia a sede, como resposta (Arai; Stotts; Puntillo, 2013).

O mecanismo da sede hipovolêmica, por sua vez, está associado a reposição de volume plasmático. É necessário um aumento de aproximadamente 10% do volume plasmático para que ocorra condições que resultem em sensação de sede. A partir da ocorrência de sede hipovolêmica, o organismo aciona uma rede de respostas neuro-hormonais, com a liberação de renina, ADH, corticotropina,

glicocorticoides, agonistas periféricos de epinefrina e norepinefrina, com o intuito de normalizar a volemia, resultando em sensação de sede quando não alcançado (Leiper, 2005; Guyton; Hall, 2011)

Os responsáveis pela ativação da sede hipovolêmica são os barorreceptores, localizados no arco aórtico, seio carotídeo e átrios cardíacos. Na ocorrência de diminuição do volume extracelular, são produzidos estímulos aferentes e transmitidos pelos nervos vago e glossofaríngeo até o núcleo do trato solitário, os quais se comunicam com outros núcleos hipotalâmicos, resultando no aumento da percepção da sede (Leiper, 2005; Guyton; Hall, 2011; Arai; Stotts; Puntillo, 2013).

A ingestão hídrica reduzida é responsável por desequilíbrios hidroeletrólíticos, quando não ocorre a restauração do equilíbrio, ocorre uma reação fisiológica complexa com o objetivo de reestabelecer a homeostasia. Deste modo, a sede é ativada pelas áreas do cérebro envolvidas com seu estímulo, concomitantemente os sinais periféricos sinalizadores da necessidade do consumo de líquidos são experienciados pelo indivíduo (Leiper, 2005; Arai; Stotts; Puntillo, 2013).

A saciedade e interrupção da sede são promovidos por meio do restabelecimento da osmolaridade e volume extracelular. A interrupção na ingestão de água também está associada à presença de receptores orofaríngeos e gastrointestinais, responsáveis pelo alívio da sede de curta duração. A partir do retorno da osmolaridade e volume sanguíneo aos padrões de normalidade é que o desejo de beber água é satisfeito em sua totalidade (Guyton; Hall, 2011; Leiper, 2005).

Existem duas formas de saciedade da sede, denominadas respectivamente, saciedade pré-absortiva e pós-absortiva. A Saciedade pós-absortiva ocorre pela regulação da diminuição da osmolaridade sanguínea, a redução da sede, desta forma, acontece dentro de 12,5 a 25 minutos após a ingestão hídrica (Eccles et al, 2013).

A saciedade pré-absortiva está relacionada com barorreceptores, osmorreceptores e termorreceptores localizados na orofaringe. Esse tipo de saciedade inibe a ingestão hídrica através da estimulação de receptores orofaríngeos, causando a diminuição da sede dentro de 2,5 a 5 minutos após o início da ingestão de líquidos (Eccles et al, 2013).

Quando os receptores orofaríngeos são estimulados pela umidificação e resfriamento da cavidade oral, a resposta do organismo à saciedade tende a acontecer em um tempo menor, além de gerar sensações de agradabilidade e prazer. Os estímulos orofaríngeos proporcionam maior rapidez na saciedade e inibição da secreção de ADH, isso ocorre devido estímulos térmicos da orofaringe, como a presença de água fria na cavidade oral, que causam estímulo aos receptores de temperatura e inibem a sede (Figaro; Mack, 1997; Verbalis, 1991).

A sede, enquanto sintoma passível de manejo, ainda é um tema pouco abordado e valorizado no cenário da assistência ao paciente oncológico. Reflexo desta invisibilidade é que o tema consta em poucos estudos nesta população. Quando ocorre referem-se a pacientes com e câncer em cuidados paliativos e em fim de vida.

3.4 Diagnóstico proposto de enfermagem em sede perioperatória e o paciente com câncer submetido a procedimento cirúrgico

Por todos os fatores aqui abordados, é evidente a complexidade que o paciente oncológico cirúrgico representa. Durante o período perioperatório, o paciente necessita de assistência de enfermagem individualizada e sistematizada. O enfermeiro deve avaliar as condições do paciente no período pré-operatório, buscando identificar seus problemas e fornecendo-lhe informações a fim diminuir seus medos, angústia, ansiedade e insegurança. Este processo de avaliação tem por objetivo servir de subsídio para o planejamento de assistência de enfermagem individualizada de alta qualidade nos períodos trans e pós-operatórios (Nascimento, 2021; NANDA, 2021).

O uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite ao enfermeiro ofertar um cuidado organizado e de qualidade. Um de seus elementos é o diagnóstico de enfermagem, definido pela *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I). O diagnóstico de enfermagem, é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, ou da família ou da comunidade, aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2021).

A linguagem dos DE consiste em terminologias padronizadas que

categoriza e norteia a avaliação clínica do enfermeiro. É de extrema importância à atuação clínica do enfermeiro, pois permite o raciocínio clínico e julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas, além de embasar a escolha da melhor decisão de acordo com as necessidades reais bio-psico-social-espirituais dos pacientes e seus familiares (Damasceno et al, 2022; Nascimento et al, 2012).

O fornece aos enfermeiros termos padronizados para descrever respostas humanas, com definições claras e critérios de avaliação que representam o conhecimento de enfermagem. A nomeação do problema é o diagnóstico de enfermagem (DE) e os fatores relacionados (FR) a identificação da causa provável (NANDA, 2021).

A determinação de um DE requer a síntese de todas as informações disponíveis para, a partir delas, determinar qual é o problema real, com base nos dados (características definidoras), e na suposta causa (fatores relacionados), a fim de planejar as melhores intervenções e alcançar o resultado desejado (NANDA, 2021).

Para que os diagnósticos de enfermagem sejam precisos, estes devem ser validados, o que requer uma avaliação profunda e exclusiva de cada paciente, para confirmar ou descartar a possibilidade de um diagnóstico. Uma avaliação contínua do diagnóstico, em outros cenários e populações, em um processo contínuo de aprimoramento. A partir disso, quanto mais dados se tornam disponíveis ou ainda, a medida em que as mudanças das condições dos pacientes ocorrem, os diagnósticos também estão sujeitos a mudança, bem como sua priorização (Damasceno et al, 2022; Nascimento et al, 2021).

Em 1987, a NANDA I publicou a Taxonomia I, estruturada para reflexão de modelos teóricos de enfermagem da América do Norte. Em 2022, a Taxonomia II foi adotada. Esta estrutura de avaliação de enfermagem é a mais utilizada em todo mundo (NANDA, 2021).

A NANDA internacional, fornece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta seus diagnósticos em um esquema de classificações, a taxonomia. A taxonomia auxilia na organização dos conceitos dos diagnósticos de enfermagem. Dentro da taxonomia, existem os domínios, que são as áreas de interesse e as classes que são um grupo que possuem estrutura semelhante. A taxonomia II conta com 13 domínios, 47 classes e 267 diagnósticos atuais (NANDA, 2021).

O DE possui componentes como as Características definidoras (CD), Fatores de risco, Fatores Relacionados (FR), População em risco e condições associadas. As características definidoras são inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um problema ou diagnóstico (NANDA, 2021).

Os FR são fatores antecedentes que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade a uma resposta humana indesejável. Esses fatores devem ser modificáveis por intervenções de enfermagem independentes e sempre que possível as intervenções devem ser direcionadas a esses fatores. Enquanto os fatores relacionados apresentam relação etiológica com a ocorrência do diagnóstico (NANDA, 2021).

As condições associadas (CA) são condições não modificáveis por intervenções de enfermagem. São os diagnósticos médicos, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos (NANDA, 2021).

Outro importante componente do DE diz respeito às populações em risco, que consiste num grupo de pessoas que compartilham características sociodemográficas, de saúde, história, exposição a eventos que faz que cada membro seja suscetível a uma resposta humana particular. Essas características não são modificáveis pela enfermagem independente de intervenções (NANDA, 2021).

Os pacientes cirúrgicos são considerados por diversos fatores a que são expostos, como população de risco para desenvolvimento de sede perioperatória, no entanto a sede não é contemplada como DE pela NANDA Internacional (NANDA-I) 2018-2020 (Andriotti et al, 2022).

A sede se apresenta como um sintoma multifatorial, complexo, de regulação neuronal e hormonal, além de integrar aspectos culturais, emocionais e ambientais. É o segundo desconforto mais frequente no POI além de influenciar de maneira negativa a experiência cirúrgica (Silva et al, 2018; Pavani; Fonseca; Conchon, 2016).

Fundamentado no risco em que o paciente cirúrgico representa para desenvolver sede no período perioperatório e na relevância do DE para o planejamento e execução de um cuidado mais efetivo e adequado ao que tange o papel do enfermeiro, houve a elaboração de uma proposição da sede perioperatória como DE, submetida a avaliação da NANDA-I mas ainda não homologada (Andriotti et al, 2022; Nascimento et al, 2023).

Três artigos foram encontrados na literatura acerca da proposição de DE de sede perioperatória. Esses estudos contemplam o trajeto de análise de conceito e validação de conteúdo e resulta nas definições conceituais e operacionais de nove CD: boca seca, garganta seca, saliva grossa, língua grossa, lábios ressecados, constante deglutição de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador (Andriotti et al, 2022; Nascimento et al, 2021; Nascimento et al, 2023).

Os FR resultantes dos estudos acima citados foram: jejum pré e pós-operatório, respiração oral, desidratação, hipovolemia, perda insensível de hidratação pela respiração, boca seca, hábito de beber água e temperatura do ambiente elevada. As CA definidas após a análise foram: intubação, utilização de anticolinérgicos e restrição hídrica (Nascimento et al, 2023).

Não foram encontrados na literatura estudos que evidenciem preocupações relacionadas a assistência ao paciente oncológico cirúrgico nos períodos pré e pós-operatório que englobem a sede perioperatória.

Estudo qualitativo, exploratório, realizado com enfermeiras de unidades de internação e SRPA, buscou identificar quais os cuidados e enfermagem necessários aos pacientes oncológicos submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço a partir da percepção dessas profissionais. O estudo obteve como resultado, os cuidados com as vias aéreas, aspiração traqueal, elevação da cabeceira, cuidados com drenos, sinais vitais, presença de dor ou episódios de náusea e vômito e observação de sangramentos como os mais relatados (Niero et al, 2018).

Em estudo descritivo, comparativo de campo, cujo objetivo foi verificar a assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias eletivas, por meio dos instrumentos de comunicação durante os períodos pré e pós – operatórios, demonstrou que as orientações recebidas pelos pacientes, realizadas pelo enfermeiro foram sobre jejum, tricotomia, cuidados de higiene, exames complementares, medicação, retirada de próteses, coleta de sangue para cirurgia; além de esclarecimentos sobre o processo anestésico (Jorgetto; Noronha; Araújo, 2005).

A assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico oncológico ainda se restringe e se limita a alguns cuidados, como os citados anteriormente. Não foram encontrados estudos na literatura que incluíssem a identificação e o manejo

da sede nessa população. Considerando que a sede é um sintoma prevalente no período perioperatório e frequentemente observado pela equipe de enfermagem, a sede deve ter seu manejo padronizado. Incluí-la na taxonomia diagnóstica de enfermagem permitirá que a sede do paciente cirúrgico seja identificada e, portanto, tratada (Nascimento et al, 2021).

A acurácia diagnóstica se refere à capacidade de discriminar estados alternativos de saúde, diferenciando corretamente os indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem. Não foram encontrados estudos anteriores sobre a acurácia do diagnóstico de enfermagem em sede perioperatória proposto em pacientes oncológicos cirúrgicos.

Em síntese, considerando a sede como sintoma de alta prevalência no paciente oncológico cirúrgico, seu manejo como passo necessário na construção de práticas cada vez mais adequadas e eficientes, e a relevância do uso do diagnóstico de enfermagem para a estruturação de uma assistência de qualidade, a validação do diagnóstico proposta neste estudo se apresenta como ferramenta de alto impacto no atendimento a essa população, e de grande valia para nortear as mudanças que sejam necessárias na organização dos serviços de saúde que lidam com esta realidade. É possível ainda, que, observadas as devidas particularidades, os ganhos que podem decorrer do uso do diagnóstico apresentado neste estudo possam servir de etapa preliminar para estudos em outras populações.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência, desconforto e intensidade da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e pós-operatório.

Analisar as características definidoras, fatores relacionados e condições associadas à sede em pacientes oncológicos cirúrgicos.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população estudada a partir de dados sociodemográficos e clínicos;
- Estimar a prevalência da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos;
- Mensurar o desconforto e intensidade da sede no pré e pós-operatório;
- Correlacionar a prevalência, desconforto e intensidade da sede com as variáveis independentes no pré e pós-operatório;
- Identificar os fatores relacionados, condições associadas e características definidoras da sede a partir da proposição do diagnóstico de enfermagem de sede perioperatória;
- Correlacionar os fatores relacionados, condições associadas e características definidoras da sede com as variáveis independentes no pré e pós-operatório;

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico. No estudo transversal todas as medições são realizadas em um único momento, sem que haja um período de seguimento. Estudos transversais comumente fornecem informações sobre a prevalência, isto é, a proporção de determinada condição em um determinado momento. Utilizam amostras representativas da população, devido às óbvias dificuldades para a realização de investigações que incluam a totalidade dos membros de grupos numerosos (Rouqueyrol, Almeida, 2003; Hulley. et al, 2015).

O estudo analítico tem por objetivo caracterizar as associações entre as variáveis preditoras e de desfecho estudadas em determinada população (Rouqueyrol, Almeida, 2003; Hulley. et al, 2015).

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em um hospital terciário, referência para o tratamento oncológico, localizado no norte do estado do Paraná. O hospital conta com um centro cirúrgico que realiza cirurgias eletivas e de emergência e é composto por seis salas de cirurgia e por quatro leitos em sala de recuperação anestésica.

5.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por pacientes com câncer, submetidos a procedimento cirúrgico eletivo no hospital estudado. Os critérios de inclusão na amostra foram: idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, conscientes e orientados, que não estivessem em desconforto intenso de dor e que apresentassem condições clínicas para se comunicar. A avaliação da dor ocorreu por meio da aplicação de Escala Visual Numérica.

Como critério de não inclusão foi considerado, pacientes que necessitassem de transferência para Unidade de Terapia Intensiva em uso de ventilação mecânica ou que fossem a óbito durante o procedimento cirúrgico, pacientes que apresentassem acometimento oncológico em cavidade oral, devido a

possibilidade de viés na avaliação das características definidoras.

As recomendações do modelo de classe latente foram adotadas para determinar o tamanho da amostra. Assim, para o cálculo amostral, foi considerado o número de características definidoras, multiplicado pelo número mínimo de pacientes necessário para cada uma dessas características, ou seja, 5 a 30 pacientes deveriam ser selecionados para cada uma das características definidoras segundo a literatura seguida. Optou-se por um total de 16 pacientes para cada uma das 9 características definidoras. Essa estratégia é utilizada para determinar o tamanho da amostra em estudos de acurácia diagnóstica baseados na análise de classe latente. O tamanho final da amostra foi de 150 pacientes. A amostragem foi não probabilística consecutiva (Swason et al, 2012). A amostra foi por conveniência.

5.4 Instrumento para coleta de dados

O roteiro para coleta de dados foi composto por três partes: dados de caracterização social e demográfica, dados clínicos referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico e informações sobre os componentes do Diagnóstico de Enfermagem de Sede Perioperatória proposto.

As informações referentes ao DE proposto consistiam de fatores relacionados, características definidoras, e condições associadas nele descritas. Características definidoras: boca seca, garganta seca, lábios secos, saliva grossa, língua grossa, deglutição constante de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador. Fatores relacionados: jejum pré e pós-operatório, respiração oral, desidratação, hipovolemia, perda insensível de hidratação pela respiração, boca seca, hábito de beber água, temperatura ambiente elevada. Condições associadas: intubação, uso de anticolinérgicos muscarínicos e nicotínicos e restrição hídrica.

A avaliação da intensidade da sede ocorreu por meio de uma escala verbal numérica (EVN), com pontuação de 0 a 10, em que 0 representou a sua ausência e 10 a pior sede já experienciada.

Para a avaliação do desconforto foi utilizada a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP) que obteve alto índice de confiabilidade em sua validação, com alfa de Cronbach geral de 0,91. A escala

aborda as seguintes características da sede: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim e vontade de beber água. É realizada de maneira interrogativa ao paciente, questionando-o a respeito do desconforto experienciado em relação a esses atributos, sendo estipulada uma pontuação: 0 = NADA, 1 = POUCO, 2 = MUITO. Pontuação final: 1 a 4: desconforto leve, 5 a 9: desconforto moderado e 10 a 14: desconforto intenso (Martins, 2017).

Foi realizado um teste piloto com cinco pacientes no pré e pós operatório, porém não foi evidenciado a necessidade de ajuste do instrumento. Os dados foram incluídos na amostra.

Foram adotados os critérios do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para relatar o presente estudo.

5.5 Procedimentos

Foram abordados pacientes oncológicos cirúrgicos, submetidos a procedimentos eletivos. A coleta de dados foi realizada no mesmo paciente em dois momentos distintos: primeiro momento, antes do procedimento cirúrgico, na sala de pré-operatório; no segundo momento, no pós-operatório imediato, na sala de recuperação anestésica. Os dados clínicos dos pacientes que atenderam aos critérios selecionados para este estudo foram coletados a partir dos prontuários.

Os pacientes foram inicialmente abordados na sala de pré-operatório e, na concordância em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento. Em ambos os momentos da coleta de dados, o paciente foi avaliado quanto a seu nível de orientação em tempo e espaço.

A avaliação em relação ao nível de orientação era realizada através dos seguintes questionamentos, baseados no item Orientação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Pinto et al, 2019): Qual seu nome? Onde o(a) senhor(a) está neste momento? Que dia é hoje? Qual cirurgia o(a) senhor(a) realizou?. No POI, caso o paciente estivesse inconsciente, sonolento ou desorientado, a avaliação era adiada para os próximos 15 minutos, até que as condições de orientação fossem adequadas. Após a coleta de dados, o manejo da sede do paciente era realizado conforme a prática da instituição.

5.6 Análise de dados

Os dados coletados foram digitados em duas planilhas do Excel Microsoft 2016 e após realizado a validação dos dados com o uso de uma ferramenta de comparação entre os dois bancos. Foram relatados 16 (18,8%) observações incompatíveis, sendo corrigidas com a utilização dos roteiros coletados.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa estatístico Jamovi V2.3.28. A análise descritiva de variáveis contínuas foi realizada e apresentada com a utilização de medidas de posição (média e mediana), assim como suas medidas de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil). Variáveis categóricas foram analisadas utilizando frequências absolutas e percentuais, assim como seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). A análise de verificação da normalidade foi realizada pelo uso do teste Shapiro-Wilk.

Para responder quais os fatores associados com a probabilidade de ter sede no pós operatório, apresentamos um modelo de regressão logística binomial, com a presença de sede no pós operatório como referência para o modelo. Observou-se os pressupostos de independência de observações (Distância de Cook), multicolinearidade (Tolerância > 0,8) e homoscedasticidade (acurácia do modelo). A mudança do status de sede no pré e no pós foi verificada utilizando o teste McNemar.

A comparação das mudanças nas variáveis intensidade e desconforto da sede entre os momentos pré operatório e pós operatório foi realizada com o emprego do teste Wilcoxon, visto que a distribuição não foi paramétrica. Para todos os testes, adotou-se um valor de significância de 0,05. Os dados faltantes (pacientes que tinham sede em somente um dos momentos) foram retirados desta análise.

Foi elaborado dois modelos de classe latente (pré e pós operatório imediatos). A Análise de Classe Latente é uma técnica estatística que utiliza respostas a variáveis categóricas para detectar homogeneidade latente em amostras (Weller, 2020; Linzer 2022; Seol, 2023). Essa técnica pode ser empregada quando não existe um padrão de referência perfeito, onde uma variável não observada diretamente (Diagnóstico de Enfermagem) pode ser associada a um conjunto de variáveis observadas (Características Definidoras) (Lopes MV, Silva VM, Araujo TL, 2013).

As características definidoras foram avaliadas de forma dicotômica

pela sua presença (Sim e Não). A característica definidora “Relato do Cuidador” não foi observada em nenhum dos pacientes coletados e deste modo, não foi incluída nos modelos. Para a escolha do número de classes latentes, observou-se que a proposição diagnóstica de enfermagem “Sede Perioperatória” é uma variável latente com dois níveis (presente ou ausente), sendo assim, definidas para os modelos duas classes latentes (Weller, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J., 2020).

Para a inclusão e exclusão das CD nos modelos, observou-se os seguintes indicadores de qualidade: *Akaike Information Criterion* (AIC) e *Bayesian Information Criterion* (BIC) (quanto menor, melhor), entropia (valores mais próximos a um são desejáveis), razão de verossimilhança e χ^2 (um resultado não significativo indica uma boa aderência dos dados ao modelo) (Weller, 2020). Calcularam-se medidas de sensibilidade e especificidade para cada CD, sendo indicadas como características clinicamente sensíveis ou específicas as CD cujo os valores do intervalo de confiança foram maiores de 50% ou que incluíssem esse valor.

5.7 Aspectos éticos

Foram respeitados todos os princípios éticos relacionados à pesquisa com seres humanos. A pesquisa teve início após a autorização e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEL conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, após a concordância, assinaram o TCLE (APÊNDICE A), esclarecendo-se que poderiam, a qualquer momento, desistir do estudo, sem nenhum prejuízo (CAEE 66468322.4.0000.5231).

Foi elencado como benefício da presente pesquisa a possibilidade do paciente expressar um desconforto, muitas vezes negligenciado, e sub valorizado na assistência de enfermagem. Adicionalmente trata-se de uma pesquisa inovadora, devido à ausência de estudos sobre a prevalência da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos na literatura.

Pretende-se que através da presente pesquisa ocorra a sensibilização de todos os profissionais envolvidos no processo de assistência ao paciente oncológico da instituição proposta, para que possam considerar um desconforto hoje por vezes negligenciado. Além disso, os resultados desta pesquisa poderão nortear o manejo da sede em pacientes oncológicos, afim de diminuir o

desconforto da sede e almejando a melhoria da assistência prestada.

Foi considerado como risco nesta pesquisa a possibilidade de o paciente compreender erroneamente, mesmo após os esclarecimentos e aplicação do termo de consentimento, que sua sede será saciada imediatamente após os questionamentos a ele dirigido. Outro risco a ser considerado, foi a possibilidade de o paciente apresentar qualquer desconforto físico, por se tratar do período pré e pós operatório.

Caso o paciente apresentasse algum desconforto durante os questionamentos, eram realizados novos esclarecimentos, além disso, se necessário a equipe de enfermagem e médica do Centro Cirúrgico em que foi aplicada a coleta de dados seria imediatamente comunicada, para que o paciente tivesse todo suporte necessário. O paciente poderia ainda, pausar suas respostas a qualquer momento da coleta de dados.

Os resultados serão apresentados por meio de dois artigos: 1- Prevalência, intensidade e desconforto da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos no período perioperatório; 2- Acurácia das características definidoras do proposto diagnóstico de enfermagem sede perioperatória em pacientes oncológicos cirúrgicos.

6 RESULTADOS

6.1 Estudo 1

6.1.1 Título: Prevalência, intensidade e desconforto da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos no período perioperatório

6.1.2 Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência, intensidade e desconforto da sede em pacientes oncológicos no pré e pós-operatório imediato e seus fatores associados. **Método:** estudo quantitativo, transversal, analítico, realizado em um hospital referência para o tratamento oncológico, localizado no norte do estado do Paraná, com 150 pacientes. A coleta foi realizada no mesmo paciente no período pré-operatório e pós-operatório imediato e fatores associados com a probabilidade de ter sede no pós-operatório foram avaliados por meio do modelo de regressão logística binominal. **Resultados:** a média do tempo de jejum para sólidos foi de 15,4 horas ($\pm 6:3$). A sede foi presente em 79% pacientes no período pré-operatório enquanto no período pós-operatório imediato acometeu 92% dos pacientes, demonstrando uma elevação significativa entre os períodos. A intensidade da sede também se apresentou mais elevada no período pós-operatório imediato (7,45) em relação ao período pré-operatório (6,11). A intensidade do desconforto da sede elevou-se significativamente do pré-operatório (5,22) para o pós-operatório imediato (8,54). **Conclusão:** a sede se revelou prevalente, intensa e desconfortável no pré e pós-operatório imediato, havendo um aumento significativo entre os dois períodos. A cada um ano a mais de vida, a chance de apresentar sede no período pós-operatório reduziu, porém não foi possível definir quanto. Os pacientes da clínica do aparelho digestivo apresentaram maior chance (15,3 vezes) de sentir sede intensa e desconfortável no pós-operatório em relação aos da clínica ortopédica.

Descritores: Sede; Oncologia Cirúrgica; Período Perioperatório.

Objective: To identify the prevalence, intensity and discomfort of thirst in cancer patients in the pre- and post-operative periods and their associated factors. **Method:** Quantitative, analytical study carried out in a referral hospital for cancer treatment, located in the north of the state of Paraná, with 150 patients. Data was collected from the same patient in the preoperative and immediate postoperative periods and factors associated with the likelihood of being thirsty in the postoperative period were assessed using a binominal logistic regression model. **Results:** the average fasting time for solids was 15.4 hours ($\pm 6:3$). Thirst was present in 79% of patients in the preoperative period, while in the postoperative period it affected 92% of patients, showing a significant increase between the periods. The intensity of thirst was also higher in the postoperative period (7.45) than in the preoperative period (6.11). The intensity of thirst discomfort rose significantly from the preoperative period (5.22) to the postoperative period (8.54). **Conclusion:** Thirst was prevalent, intense and uncomfortable in the pre- and post-operative periods, with a significant increase between the two periods. With each additional year of life, the chance of being thirsty in the post-operative period decreases, but it was not possible to define how much.

Patients in the digestive tract clinic were more likely (15.3 times) to experience thirst intensity and discomfort in the post-operative period than patients in the orthopaedic clinic.

Descriptors: Thirst; Cancer surgery; Perioperative period.

6.1.3 Introdução

As doenças oncológicas, são consideradas um problema de saúde pública por sua elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e acometimentos sobre a qualidade de vida dos pacientes (INCA, 2022). A despeito de toda progressão em relação aos métodos de tratamentos utilizados para o câncer, a cirurgia permanece como um dos mais empregados, também considerada como método diagnóstico da doença. No entanto, muitos pacientes com câncer precisarão ser submetidos a mais de um procedimento cirúrgico para diagnóstico, estadiamento e tratamento, dependendo da complexidade de seu diagnóstico. alta prevalência de pacientes com câncer submetidos a um procedimento cirúrgico em determinado momento da doença pois um mesmo paciente pode ser submetido a procedimentos frequentes devido à complexidade de seu diagnóstico (Silva, 2016; Silva et al 2020).

Em se tratando do paciente oncológico, o ato cirúrgico pode ter finalidade curativa, sobretudo quando há detecção precoce do tumor e é possível sua remoção total, ou paliativa, quando o objetivo é reduzir a quantidade de células tumorais e controlar sintomas que comprometam a qualidade da sobrevivência do paciente. A cirurgia oncológica também é uma forma de avaliar a extensão da doença, em alguns casos, o estadiamento do câncer só é possível de ser certificado durante o ato cirúrgico (INCA, 2022).

O procedimento cirúrgico acarreta sintomas e desconfortos devido ao preparo necessário para sua realização e recuperação. Dentre eles encontra-se a sede perioperatória, sintoma multifatorial e extremamente distressor. O paciente cirúrgico apresenta elevado risco para desenvolvimento da sede no período perioperatório. Dentre os fatores que podem interferir na presença e intensidade da sede nesse período destacam-se a ansiedade, o jejum pré-operatório, as medicações utilizadas, a perda sanguínea no intraoperatório, intubação orotraqueal e o desequilíbrio hidroeletrólítico (Nascimento et al, 2021). A sede não tratada

resulta em comportamentos negativos, tais como estresse, irritabilidade e desespero (Maldonado et al, 2020).

Em se tratando do paciente com câncer submetido a procedimento cirúrgico, uma série de fatores complicadores aumentam seu risco em desenvolver sede, dentro de um cenário já bastante complexo. A inibição da produção salivar pelas glândulas salivares, e conseqüente ressecamento da mucosa oral podem ocorrer a partir de reações emocionais como medo e ansiedade potencializadas muitas vezes pela indefinição do prognóstico e também geradas a partir da experiência cirúrgica (Gebremedhn, Nagaratnam, 2014; Landström, Rehn, Frisman, 2019), além dos efeitos colaterais decorrentes da terapêutica específica como radioterapia e quimioterapia.

A sede possui elevada prevalência (79,5% a 89,6%) e intensidade (6,94) no período perioperatório, em pacientes adultos, além de influenciar negativamente a experiência cirúrgica e causar intenso desconforto quando não saciada. É um dos principais estressores citados nesse período, podendo ser pior que a fome, até mesmo a dor (Pierotti et al, 2018; Nascimento et al, 2019; Nascimento et al, 2023).

O incômodo gerado pela sede pode ser expressado pelos próprios pacientes por meio da mensuração de intensidade e/ou refletidos a partir da presença das características definidoras da sede elencadas a partir da proposição diagnóstica Sede perioperatória. Dentre eles encontram-se lábios ressecados, boca e garganta secas, língua e saliva grossas, gosto ruim ou amargo na boca, e pela vontade de beber água (Nascimento et al, 2021).

Por se tratar de um sintoma multifatorial e multicausal, é necessário que sua mensuração não ocorra somente pela intensidade. A identificação da presença de características definidoras que representam a sede no paciente cirúrgico, complementam o autorrelato do paciente e permitem uma abordagem mais ampla e complementar desse sintoma.

A despeito do paciente oncológico ser submetido com frequência a procedimentos cirúrgicos e dessa forma estar suscetível ao desencadeamento da

sede, os cuidados no período perioperatório relacionados a assistência de enfermagem ainda permanecem voltados à monitorização de intercorrências (Niero et al, 2018).

Paradoxalmente e apesar da expressividade do sofrimento gerado pela sede no período perioperatório em pacientes oncológicos cirúrgicos, não se encontram na literatura acerca da prevalência, intensidade e desconforto da sede nessa população. Diante do exposto, surgiu o questionamento: qual a prevalência, intensidade e desconforto da sede em pacientes com câncer submetidos a procedimentos cirúrgicos no período perioperatório e seus fatores associados?

6.1.4 Material e Método

O objetivo desse estudo foi identificar a prevalência, intensidade e desconforto da sede em pacientes oncológicos no pré e pós-operatório imediato (POI) e seus fatores associados.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, epidemiológica, de corte transversal, analítica, realizada em sala pré-operatória e sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) de um hospital referência para o tratamento oncológico, localizado no norte do estado do Paraná. O hospital conta com um centro cirúrgico que realiza cirurgias eletivas e de emergência e é composto por uma sala pré-operatória, seis salas cirúrgicas e uma SRPA com seis leitos.

A população do estudo foi composta por pacientes com câncer, submetidos a procedimento cirúrgico eletivo no hospital estudado. Os critérios de inclusão na amostra foram: idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, conscientes e orientados, que não estivessem em desconforto intenso de dor e que apresentassem condições clínicas para se comunicar. Os critérios de não inclusão foram pacientes que apresentassem acometimento oncológico em cavidade oral, devido a possibilidade de viés na avaliação das características definidoras, pacientes que necessitassem de transferência para unidade de terapia intensiva (UTI) em uso de ventilação mecânica ou que fossem a óbito durante o procedimento cirúrgico, além de pacientes que apresentassem desorientação quanto ao tempo e ao espaço e comprometimento na comunicação verbal.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com o parecer de número - 66468322.4.0000.5231. Todos os participantes da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) após o esclarecimento dos objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa.

A amostra foi composta por 150 pacientes.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal e duas alunas de graduação em enfermagem capacitadas por ele, entre abril a julho de 2023. Após essa capacitação, realizaram-se cinco avaliações em conjunto com o pesquisador principal antes de iniciarem a coleta individual. Esses procedimentos permitiram a calibração na coleta de dados e a mitigação de dúvidas relacionadas a essa etapa.

O roteiro da coleta de dados foi submetido a um pré-teste com 10 pacientes, avaliando se o instrumento apresentava sequência lógica de aplicação e se o preenchimento dos itens era factível de resposta. O pré-teste não resultou em nenhuma alteração significativa, sendo incluído esses pacientes na amostra final.

Entre os dados do roteiro de coleta continha informações demográficas (idade, sexo....); clínicas (tempo de jejum pré-operatório para líquidos e sólidos, intubação orotraqueal e tempo do procedimento cirúrgico, realização de quimioterapia e radioterapia); e variáveis relacionadas à sede (presença da sede perioperatória, fatores relacionados, condições associadas, características definidoras, definições conceituais e operacionais, intensidade e desconforto da sede).

A intensidade da sede foi avaliada pela Escala Verbal Numérica (EVN), que varia de zero a 10, sendo zero nenhuma sede e 10 a sede mais intensa já sentida.

Para a avaliação do desconforto da sede foi utilizada a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP), que é uma escala tipo likert de três pontos, realizada de maneira interrogativa ao paciente, questionando-o a respeito do desconforto experienciado em relação a sete atributos - boca seca, lábios

ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim e vontade de beber água. Para cada atributo é estipulada uma pontuação: 0 = nada incomodado, 1 = pouco incomodado, 2 = muito incomodado. A pontuação final varia de 1 a 4 desconforto leve, 5 a 9 desconforto moderado e 10 a 14 desconforto intenso (Martins, 2017).

A coleta de dados foi dividida em dois momentos: pré-operatório e POI sendo que o mesmo paciente foi abordado antes e depois do procedimento cirúrgico. No primeiro momento, na sala pré-operatória, todos os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados, orientados quanto aos objetivos da pesquisa e convidados a participar do estudo. Todos os participantes assinaram o TCLE e em seguida, aplicou-se o roteiro de coleta de dados referentes ao período pré-operatório. No segundo momento, após o procedimento anestésico-cirúrgico, aplicou-se na SRPA o instrumento de coleta de dados referente ao POI.

No POI, caso o paciente estivesse inconsciente, sonolento ou desorientado, a avaliação era adiada para os próximos 15 minutos, até que as condições de orientação fossem adequadas. Para essa avaliação, realizou-se os seguintes questionamentos, baseados no item Orientação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Pinto et al, 2019): Qual seu nome? Onde o(a) senhor(a) está neste momento? Que dia é hoje? Qual cirurgia o(a) senhor(a) realizou? Após a coleta de dados, o manejo da sede do paciente era realizado conforme a prática da instituição.

Foram adotados os critérios do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para relatar o presente estudo. Os dados coletados foram digitados em duas planilhas do Excel Microsoft 2016 e realizado a validação com o uso de uma ferramenta de comparação entre os dois bancos.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa estatístico Jamovi V2.3.28. A análise descritiva de variáveis contínuas foi realizada com a utilização de medidas de posição (média e mediana), assim como suas medidas de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartilico). Variáveis categóricas foram analisadas utilizando frequências absolutas e percentuais, assim

como seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). A análise de verificação da normalidade foi realizada pelo teste Shapiro-Wilk.

Para responder quais os fatores associados com a probabilidade de ter sede no POI, utilizou-se um modelo de regressão logística binomial, com a presença de sede no POI como referência. Observou-se os pressupostos de independência de observações (Distância de Cook), multicolinearidade (Tolerância > 0,8) e homoscedasticidade (acurácia do modelo). A mudança do status de sede no pré e no POI foi verificada utilizando o teste McNemar.

A comparação das mudanças nas variáveis intensidade e desconforto da sede entre os momentos pré-operatório e POI foi realizada com o emprego do teste Wilcoxon, visto que a distribuição não foi paramétrica. Para todos os testes, adotou-se um valor de significância de 0,05.

6.1.5 Resultados

Participaram deste estudo 150 pacientes. A população foi composta predominantemente por pacientes do sexo feminino (73,3%), cor da pele branca (78,7%), com idade média de 57,53 anos ($\pm 13,91$). As principais clínicas cirúrgicas foram ginecologia e mastologia (48,7%), aparelho digestivo (24,0%) e ortopedia (10,0%). O tempo médio de jejum para alimentos sólidos foi de 15,4 horas ($\pm 6,3$), seguido por 14,5 horas ($\pm 6,4$) para líquidos; 13,3% dos pacientes haviam realizado ao menos uma sessão de radioterapia e 18,7% submetidos a sessão de quimioterapia. Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo (n = 150). Brasil, 2023

Variáveis	n	%	IC[†] 95%
Sexo			
Feminino	110	73,3	65,7-79,7
Masculino	40	26,7	20,2-34,2
Cor da Pele			
Branca	118	78,7	71,4-84,4
Pardo	17	11,3	07,2-17,4
Negra	15	10,0	06,1-15,8
Clínica Cirúrgica			
Aparelho Digestivo	36	24,0	17,8-31,4

Ortopédica	15	10,0	06,1-18,8		
Urológica	12	08,0	04,6-13,4		
Ginecológica e Mastologia	73	48,7	40,8-56,6		
Cabeça e Pescoço	14	09,3	05,6-15,0		
Escolaridade					
Sem escolaridade	05	03,3	01,4-07,5		
Fundamental	86	27,3	49,3-64,9		
Médio	34	22,7	16,7-30,0		
Superior	25	16,7	11,5-23,4		
Técnica anestésica utilizada					
Regional	39	26,0	19,6-33,5		
Sedação	05	03,3	01,4-07,5		
Geral balanceada	103	68,7	60,8-75,5		
Geral Combinada	03	02,0	00,6-05,7		
Porte do Sangramento					
Pequeno	144	96,0	91,5-98,1		
Médio	06	04,0	01,8-08,4		
Realizou Radioterapia					
Sim	20	13,3	08,8-19,7		
Não	130	86,7	80,3-91,2		
Realizou Quimioterapia					
Sim	28	18,7	13,2-25,6		
Não	122	81,3	74,3-86,7		
Possui algum cateter					
Cateter Nasoenteral	03	02,0	00,7-05,7		
Não	147	98,0	74,3-86,7		
Teve intercorrência na Sala de Recuperação Anestésica?					
Sim	13	08,7	05,1-14,2		
Não	137	91,3	85,7-94,8		
Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ[±]	Valor p*
Idade (Anos)	57,5	13,9	57,0	19,8	0,989
Peso (kg)	71,8	14,5	71,0	17,0	0,044
Altura (cm)	163	9,3	162	11,0	0,034
Tempo de jejum sólidos (horas)	15,4	6,3	15,0	06,0	<0,001
Tempo de jejum líquidos (horas)	14,5	6,4	14,0	06,0	<0,001
Tempo de procedimento (minutos)	59,2	45,9	49,0	53,3	<0,001

Intervalo Interquartilico *Shapiro-Wilk

Fonte: Próprio autor

A sede foi presente em 79% dos pacientes no período pré-operatório enquanto no período POI acometeu 92%, demonstrando uma elevação significativa entre os períodos. A intensidade da sede também se apresentou mais elevada no período POI (7,45) em relação ao pré-operatório (6,11). O desconforto da sede elevou-se significativamente do pré-operatório (5,22) para o POI (8,54), dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das características referentes a sede no pré-operatório e no pós-operatório imediato nos participantes do estudo (n = 150). Brasil, 2023

Variáveis	Teve sede no pós?				
	Sim	Não	Total (pré)		
Teve sede no pré?					
Sim	112	06	118		
Não	26	06	32		
Total (pós)	138	12	150		
Teste de McNemar χ^2 12,5 gl 1 p <0,001					
Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ ‡	p*
Intensidade da Sede no Pré (EVN)	6,11	2,65	6,0	3,0	<0,001
Intensidade da Sede no Pós (EVN)	7,45	2,60	8,00	2,0	<0,001
Intensidade do Desconforto no Pré (EDESCP)	5,22	3,47	5,0	4,0	<0,001
Intensidade do Desconforto no Pós (EDESCP)	8,54	3,85	8,50	6,0	<0,001

***Intervalo Interquartilico Shapiro-Wilk

Fonte: Próprio autor

Na tabela 3 são apresentados preditores para ocorrência da sede no POI. Os dados apontam que a cada um ano a mais de vida do paciente ocorre diminuição da chance de ter sede no POI.

Tabela 3 – Preditores analisados pelos coeficientes do modelo de regressão logística para a ocorrência de sede no pós-operatório imediato em pacientes oncológicos, (n = 150). Brasil, 2023

Preditor	Estimativas	Erro-padrão	Z	p	Razão de Chances	Intervalo de Confiança Inferior	Superior
Intercepto	5.74406	2.92708	1.96238	0.050	312.331	1.007	96862.238
Idade	-0.08249	0.03238	-2.54735	0.011	0.921	0.864	0.981
Clínica do Aparelho Digestivo – Clínica Ortopédica	2.72673	1.33201	2.04707	0.041	15.283	1.123	207.978
Clínica Urológica – Clínica Ortopédica	1.20734	1.29840	0.92987	0.352	3.345	0.263	42.613
Clínica Ginecológica e mastológica – Clínica Ortopédica	0.49135	0.92570	0.53078	0.596	1.635	0.266	10.031

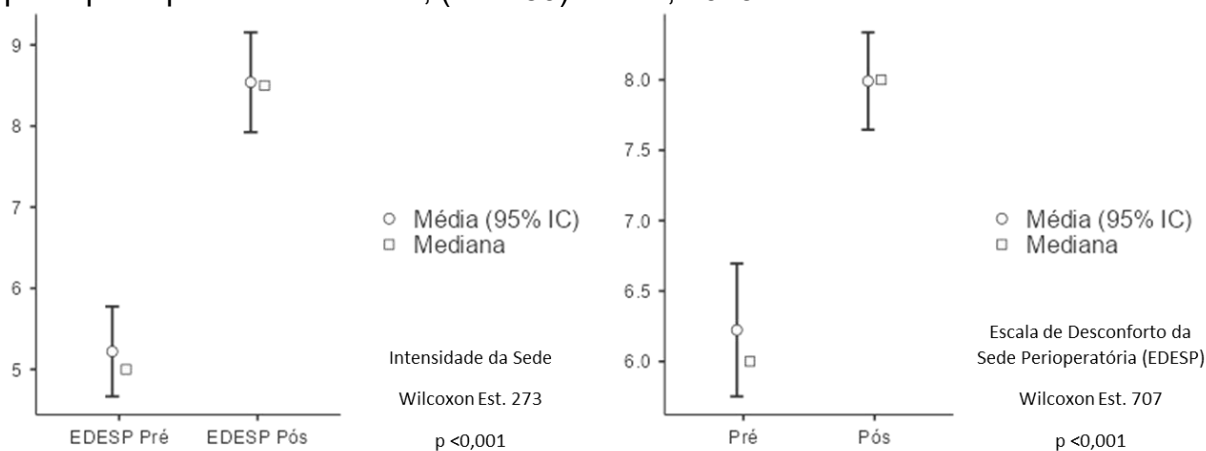
Clínica Cabeça e pescoço – Clínica Ortopédica	18.02449	2605.70 858	0.006 92	0.99 4	6.73e+ 7	0.000	Inf
Intercorrência no POI: Sim - Não	0.43673	0.96726	0.451 51	0.65 2	1.548	0.232	10.304
Duração do Procedimento	-0.00558	0.00795	- 0.701 32	0.48 3	0.994	0.979	1.010
Sangramento: Médio-Pequeno	17.37604	4245.84 111	0.004 09	0.99 7	3.52e+ 7	0.000	Inf
Tempo de Jejum de Líquidos	0.05336	0.09065	0.588 70	0.55 6	1.055	0.883	1.260

As estimativas representam o Log das Chances de "Sede no pós = Sim" vs. "Sede no pós = Não" Medidas de Ajuste do Modelo: R²cs: 0,201 AIC: 86,7 Acurácia: 0,91 Tolerância – Idade (0,87), Clínica Cirúrgica (0,94), Intercorrência no POI (0,94), Duração do Procedimento (0,94), Sangramento (1,0), Tempo de Jejum de Líquidos (0,93)

Os pacientes pertencentes à clínica do aparelho digestivo apresentaram maior chance (15,3 vezes) de sede intensa e desconfortável no POI em relação aos pacientes da clínica ortopédica. Não foram encontradas associações entre a intensidade e desconforto da sede e a realização de quimioterapia ou radioterapia.

A figura 1 apresenta a variação da intensidade e desconforto da sede em relação aos momentos pré e POI. Os dados demonstram uma variação expressiva em ambas as variáveis entre os períodos.

Figura 1 – Variação das variáveis intensidade e desconforto da sede nos momentos pré e pós-operatório imediato, (n = 150). Brasil, 2023



Fonte: Próprio autor

6.1.6 Discussão

A relevância do presente estudo está na identificação intencional da presença de sede e mensuração da intensidade e desconforto da sede, no período pré e POI do paciente oncológico cirúrgico. Esta pesquisa aponta uma realidade oculta, de grande magnitude, negligenciada e não registrada que repercute em experiências pós-cirúrgicas negativas, quando não identificadas e tratadas de forma efetiva, segura e humanizada.

A principal clínica cirúrgica identificada neste estudo foi ginecologia e mastologia. Resultado semelhante foi obtido em estudo cujo objetivo foi avaliar a prevalência, intensidade e o desconforto da sede no período POI, sendo a ginecologia a clínica citada com mais frequência (28,2%) (Nascimento et al, 2019). A predominância desta clínica cirúrgica no presente estudo justifica-se por se tratar de hospital especializado em oncologia e o câncer de mama feminino apresentar elevada incidência, sendo estimado como segundo tumor maligno mais incidente no Brasil no ano de 2023 (INCA, 2023).

A prevalência de sede encontrada neste estudo expõe a relevância que esse sintoma representa na vivência do paciente com câncer, tanto no pré como no POI. Cenário no qual 79% dos pacientes no pré-operatório e 92% no POI apresentam sede, representa forte indicativo que este sintoma precisa ser incluído nas ações de cuidado da equipe cirúrgica.

A prevalência da sede nesse estudo foi ainda maior do que em pesquisas anteriores que corroboram esse achado. Estudo transversal realizado no Brasil com 78 pacientes cirúrgicos ortopédicos, obteve uma prevalência de 77,1% (Maldonado et al, 2020). Pesquisas realizadas com pacientes cirúrgicos de especialidades diversas demonstraram prevalência da sede no POI inferior aos achados no presente estudo, sendo na China com (55,8%) (Lee et al, 2020) e na Etiópia (59%) (Belete et al, 2022).

A prevalência de sede encontrada vai ao encontro de pesquisa realizada com pacientes cirúrgicos bariátricos (97,6 %), cujo preparo cirúrgico com restrição hídrica inicia-se dias antes da cirurgia (Serato et al, 2019). Ressalta-se que, quando nos dispomos a mensurá-la, a sede está presente em quase a totalidade dos pacientes cirúrgicos oncológicos. Semelhantemente, não só a presença, mas a

intensidade da sede foi elevada, indicando a capacidade do paciente oncológico cirúrgico em identificar a magnitude desse desconforto.

Embora haja diferenças entre a prevalência da sede em pacientes cirúrgicos no período perioperatório, os estudos expõem um sintoma presente em mais de 50% das populações estudadas, o que torna evidente sua relevância enquanto sintoma necessário a ser valorizado, identificado, mensurado e manejado de forma eficaz na assistência ao paciente cirúrgico (Nascimento et al, 2020). A elevada prevalência encontrada nos estudos citados, podem refletir a subvalorização deste sintoma na assistência ao paciente cirúrgico.

Observa-se que os estudos apontam desconforto intenso deflagrado pela sede nestes pacientes. A sede é referida como um desconforto de alta relevância, gerador de angústia, além de um sintoma que supera até mesmo a dor e a fome (Almeron et al, 2021).

Diversos estudos avaliaram a intensidade e desconforto da sede em pacientes cirúrgicos. Estudo transversal realizado com 203 pacientes que objetivou avaliar a intensidade e o desconforto da sede perioperatória e fatores associados durante o POI, apontou elevada prevalência (89,6%) e intensidade da sede (6,9) (Pierotti et al, 2018). Esses dados vão ao encontro dos achados nesse estudo que demonstrou prevalência e intensidade ainda mais elevadas em pacientes oncológicos cirúrgicos no mesmo período.

Outro estudo transversal que objetivou avaliar a prevalência e a intensidade da sede no POI realizado com 386 pacientes, também apontou intensidade da sede (6,94) inferior ao encontrado nesse estudo (Nascimento et al, 2019).

Observamos que, quando se mensura o desconforto gerado pela sede não tratada no período perioperatório encontra-se um cenário bastante distressor. O desconforto da sede foi intenso no atual estudo, principalmente no POI. Estudo realizado no Brasil com pacientes no POI, demonstrou elevado desconforto (7,3), porém inferior ao demonstrado nesta pesquisa no mesmo período (Pierotti et

al, 2018). Ressalta-se que o paciente cirúrgico reconhece a sede como um fator desagradável e distressor e torna claro seu desejo de não a vivenciar.

Estudo quantitativo, com abordagem comparativa, realizado com 160 pacientes, verificou os desconfortos esperados e os vivenciados por pacientes no POI. Os dados indicam que a sede foi o segundo desconforto mais temido no pré-operatório, além de também ser o segundo sintoma que pagariam maior valor monetário para evita-lo, ficando para trás apenas da dor (Silva et al, 2018).

Fatores particulares pertencentes ao cenário do paciente oncológico cirúrgico podem contribuir para a gênese e intensificação da sede. Estudos demonstram que esta população apresenta sintomas de ansiedade e depressão desde a fase diagnóstica da doença. A mera conscientização da existência do diagnóstico desencadeia reações no âmbito orgânico e emocional. Aproximadamente 20 a 48% dos pacientes com câncer apresentam critérios diagnósticos para ansiedade e depressão. Tais repercussões psicológicas, podem ainda, estarem associadas a duração das internações, adesão ao tratamento, qualidade de vida, prognóstico e sobrevida à doença (Theobald et al, 2016; Wakiuchi et al, 2020).

Algumas reações emocionais como medo e ansiedade também são geradas a partir da experiência cirúrgica. Estas reações desencadeiam respostas bioquímicas e hormonais para a manutenção da homeostase do organismo (Arai, Stotts, Puntillo, 2013). Como consequência, ocorre a inibição da produção de saliva pelas glândulas salivares, o que origina o ressecamento da mucosa oral e da região orofaríngea (Gebremedhn, Nagaratnam, 2014; Landström, Rehn, Frisman, 2019).

O presente estudo evidenciou um aumento expressivo da presença, intensidade e desconforto da sede no POI em relação ao pré-operatório. Isso pode ser explicado por meio de alguns fatores a que o paciente cirúrgico é submetido no período perioperatório que potencializam sua sede, como a utilização de medicamentos, com destaque os opioides e anticolinérgicos e perda sanguínea no intraoperatório. Todos esses estímulos resultam em comportamentos que intensificam o desconforto da sede neste período, tais como estresse, ansiedade, irritabilidade e desespero (Dessotte et al, 2016; Silva, Aroni, Fonseca, 2016;

Nascimento et al, 2019). Estudo transversal realizado com pacientes submetidos a cirurgia eletiva do aparelho digestivo também identificou que a intensidade de fome e sede se mostrou mais elevada no POI em relação ao pré-operatório (Francisco, Batista, Pena, 2015).

No presente estudo, o resultado obtido em relação à média de horas de jejum para alimentos sólidos (15,4) e líquidos (14,5) destoou do preconizado pela American Society Anesthesiologists (ASA), sendo o jejum de seis horas recomendado para refeições leves e jejum de até duas horas para ingestão de líquidos claros e sem resíduos (ASA, 2017). Outras pesquisas também identificaram períodos superiores aos preconizados em relação ao tempo de jejum. Estudo transversal com 65 pacientes, submetidos a cirurgia eletiva do aparelho digestivo, evidenciou a prática de jejum de 16 horas, ultrapassando o tempo de jejum recomendado para o período perioperatório (Francisco, Batista, Pena, 2015).

Outro estudo que avaliou a intensidade, desconforto e fatores associados a sede perioperatória durante a recuperação anestésica, realizado com 203 pacientes cirúrgicos no POI. Os dados evidenciaram tempo de jejum mais elevado que o recomendado para líquidos, com média de 16,2 horas, assim como para sólidos, com média de 17,3 horas (Pieroti et al, 2018).

Observa-se que a mesma realidade é encontrada em relação a pacientes com câncer. Estudo que buscou analisar o estado nutricional e o tempo de jejum pré-operatório de pacientes oncológicos submetidos a procedimentos cirúrgicos, também evidenciou um tempo prolongado de jejum pré-operatório (14,21 horas). Além disso, no mesmo estudo, 80% dos pacientes apresentaram desnutrição moderada ou grave pela Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) (Lyra et al, 2013). O jejum prolongado ocorre em instituições de saúde a despeito de protocolos de abreviação desta prática e de estudos que demonstram benefícios de sua abreviação (Marsman et al, 2023; Campos et al, 2018).

Embora a sede se apresente prevalente, intensa e capaz de gerar desconforto intenso, alguns desafios precisam ser superados para que ocorra sua identificação no paciente oncológico cirúrgico. O principal aspecto é a necessidade de se valorizar e levar em consideração a relevância desse sintoma por parte de

toda equipe envolvida no processo de cuidado e assistência ao paciente cirúrgico (Nascimento et al, 2020).

Na prática clínica em recuperação anestésica, observa-se que o foco do cuidado são outros sintomas como dor, náusea, hipotermia, sinais vitais, entre outros (Niero et al, 2018). Embora esses cuidados sejam essenciais em um momento de alta criticidade, discute-se a necessidade de se atentar com intencionalidade também para a sede do paciente cirúrgico oncológico, devido sua elevada prevalente, intensidade e desconforto que causa ao paciente quando não tratada.

A sede é um sintoma que reflete uma necessidade humana primária. Dessa forma, ao permitir que o paciente permaneça com esse intenso desconforto no perioperatório sem que haja um cuidado intencional visando aliviá-lo, admitimos que não nos atentamos às necessidades do paciente. Estratégias efetivas para manejo da sede (Conchon MF, Fonseca LF, 2018; Garcia et al, 2016; Nascimento et al, 2020) e protocolos que avaliem a segurança (Nascimento et al, 2014) para sua utilização já estão disponíveis para a prática clínica, permitindo o alívio dos desconfortos, particularmente do pacientes na SRA.

O modelo de manejo da sede perioperatória tem sido utilizado extensivamente em pacientes no perioperatório, constituindo-se num método baseado em evidência e de fácil aplicação clínica. Os resultados de sua utilização demonstram intensidade e desconforto da sede com efetividade por meio de protocolos de segurança específicos para adultos e crianças. As estratégias propostas no modelo mostram-se efetivas para o alívio da sede (Serato et al, 2019; Garcia et al, 2018; Garcia et al, 2019; Nascimento, Lopes, Fonseca, 2021; Nascimento et al, 2021; Motta et al, 2019; Martins et al, 2019), por ativarem mecanismos de saciedade pré-absortivas, que atuam minorando a sede com baixo volume e, portanto, conferindo segurança para o paciente.

Uma das limitações deste estudo compreendeu a utilização de amostra por conveniência.

6.1.7 Conclusão

A prevalência da sede foi elevada no período pré-operatório (79%) e POI, havendo um aumento significativo entre os dois períodos. A intensidade da sede também se apresentou mais elevada no período POI (7,45) em relação ao período pré-operatório (6,11). O desconforto da sede demonstrou um aumento expressivo do pré-operatório (5,22) para o POI. A cada um ano a mais de vida, diminui a chance de apresentar sede no período POI, porém não foi possível obter a definição do quanto. Os pacientes pertencentes à clínica do aparelho digestivo apresentaram maior chance de demonstrar intensidade e desconforto da sede no POI em relação aos pacientes da clínica ortopédica.

Diante da magnitude da sede e dos desconfortos decorrentes dela, evidencia-se a importância do cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao paciente cirúrgico oncológico. Pacientes oncológicos apresentam risco aumentado para desnutrição, são frequentemente submetidos a procedimentos cirúrgicos, estão sujeitos à ansiedade causada pelo próprio procedimento, precisam lidar com o estresse relativo ao diagnóstico da doença, são expostos a práticas de jejum prolongado. Submetê-los à sede desnecessária, com medidas disponíveis para manejo deste sintoma, representa negligência no cuidado, requerendo mudança para que ocorra um olhar intencional da equipe, a fim de garantir uma assistência com a devida identificação, mensuração e manejo deste sintoma.

6.1.8 Referências

ALMERON, R. P.; SANTOS, M.; GARCIA, A. K. A.; CONCHON, M. F; PIEROTTI, I.; FONSECA, L. F. Vivenciando o deserto: Relato de caso de um paciente queimado com sede. **Rev. Bras. Queimaduras** ; 20(1): 66-69, 2021.

ANDRIOTTI, L. A.; FONSECA, L. F.; DO NASCIMENTO, L. A.; FRANCO, M. E. S.; RAMOS, H. C. F. Prevalência das características definidoras da proposição diagnóstica de enfermagem de sede perioperatória. **Revista Enfermagem UERJ**, 30(1), e62764, 2022.

ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: From physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**, v. 22, n. 4, p. 328-335, 2013.

BELETE, K. G. et al. Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, 6:69. 2022.

CAMPOS, M. G. C. Do cenário de dor ao encontro consigo: Abordagem psicodramática no bloco cirúrgico oncológico. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 25, n. 2, 93-99, 2017.

CAMPOS, S. B. G. et al. Jejum pré-operatório: por que abreviar. **ABCD Arq Bras Cir Dig**;31(2):e1377, 2018.

CONCHON, M.F.; FONSECA, L.F. Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. **J Perianesth Nurs [Internet]**. [cited 2018 Apr 27]; 33(2):153-61, 2018.

DESSOTTE, C.A.M. et al. Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. **Rev Bras Enferm**.69(4):694-703. 2016.

FRANCISCO, S. C.; BATISTA, S. T.; PENA, G. Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. Artigo Original 28(4):250-254 2015.

GARCIA, A. K. A. et al. Agradabilidade do pacote mentolado no alívio da sede no pós operatório imediato. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 10 (5), 2157-2162, 2018.

GARCIA, A. K. A. et al. Goma de mascar mentolada no manejo da sede pré-operatória: ensaio clínico randomizado. **Rev Lat Am Enfermagem** 27, 2019.

GARCIA, A. K. A.; FONSECA, L.F.; ARONI, P.; GALVÃO, C.M. Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm [Internet]**, 69(6):1215-22, 2016.

GEBREMEDHN, E.G.; NAGARATNAM,V.B. Audit on perioperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. **World J Surgery**. 2014.

LANDSTROM, 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 [Internet]**. 2009.

LEE, C. W. et al. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. **Scientific Reports** 10:16183. 2020.

LINZER, D.; Lewis, J. (2022). poLCA: An R Package for Polytomous Variable Latent Class Analysis. [R package]. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=poLCA>. 2022.

LUDWIG, R. B. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, 26(1):54-58, 2013.

LYRA, E. et al. Estado nutricional e tempo de jejum pré-operatório de pacientes oncológicos submetidos à cirurgia. **R. Assoc. bras. Nutr**.14 (1): 1-15 , 2023.

MALDONADO, R. N.; CONCHON, M.F.; BIROLIM, M.M.; FONSECA, L.F. Sede do paciente cirúrgico ortopédico no pós-operatório imediato. **Rev baiana enferm** 34:e34533, 2020.

MARTINS, P.R. et al. Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. **Rev Esc Enferm USP**, 51:e03240, 2017.

MARSMAN, M.; KAPPEN, T. H.; VERNOOIJ, L.; HOUT, E.; WAES, J.; KLEJ, W. Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety, mar 1;158(3):254-263, 2023. doi: 10.1001/jamasurg.2022.5867.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro, INCA, 2022.

MOTTA, N. H.; NASCIMENTO, L. A.; PIEROTTI, I.; CONCHON, M.F.; FONSECA, Protocolo de Segurança para Manejo da Sede no Pós-Operatório. **Journal of Perianesthesia Nursing**, 18 Dezembro 2019.

NASCIMENTO, L. A. , et al. Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. **Rev. sobecc**, são paulo. abr./jun; 24(2): 85-90. 2019.

NASCIMENTO, L.A.; FONSECA, L.F.; ROSSETO, E.G.; SANTOS, C.B. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. **Rev Esc Enferm USP [Internet]**, 48(5):834-43, 2014.

NASCIMENTO, L. A.; LOPES, M. V. O.; FONSECA, L. F. Desenvolvimento e validação de um novo diagnóstico de enfermagem: Sede perioperatória. **Int J Nurs Knowl.**, out;32(4):253-261, 2021.

NASCIMENTO, L. A. et al. Validação clínica da proposição diagnóstica de enfermagem sede perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 31, 2023. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6621.3976>.

NIERO, A. C. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. **RIES**, ISSN 2238-832X, Caçador, v.7, nº 1, p. 249-262, 2018.

SERATO, V.M.; FAHL-FONSECA, L.; BIROLIM, M.M.; ROSSETTO, E.G.; MAI, L.D.; GARCIA, A. K. A. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. **Rev Bras Enferm.**, 72(3):600-8, 2019.

SILVA, L. A. S. R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. **Rev. Col. Bras. Cir;** 43(3): 139-140, 2016.

SILVA, J.H.L. et al. Repercussões nutricionais e avaliação dos parâmetros antropométricos e bioquímicos do paciente oncológico. **Braz. J. of Develop**, Curitiba, v. 6, n. 5, p.27114-27126, may. 2020.

SILVA, R. P. J. et al. Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. **Rev. baiana enferm.** vol.32 Salvador 2018 Epub 14-Fev-2018.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Rev baiana enferm**, 32:e27679, 2018.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória. **Escola Anna Nery** 22(3) 2018.

PINTO, T.C.C.; MACHADO, L.; BULGACOV, T.M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A.L.; COSTA, M.L.G.; XIMENES, R.C.C. et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the MiniMental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? **Int Psychogeriatrics.**, 31(4), 2019.

SEOL, H. snowRMM: Rasch Mixture, LCA, and Test Equating Analysis. (Version5.6.2) [jamovi module], 2023. URL <https://github.com/hyunsooseol/snowRMM>.

THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis** 26 (4), out, 2016.

WELLER, B. E.; BOWEN, N.K.; FAUBERT, S. J. Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. **Journal of Black Psychology**, 46(4), 287–311, 2020. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>.

6.2 Estudo 2

6.2.1 Título: Acurácia das características definidoras do proposto Diagnóstico de Enfermagem Sede Perioperatória em Pacientes Oncológicos Cirúrgicos

6.2.2 Resumo

Objetivo: analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de sede perioperatória proposto em pacientes oncológicos cirúrgicos. **Método:** estudo quantitativo, transversal, realizado em um hospital referência para o tratamento oncológico, no norte do estado do Paraná, no período de Abril a Julho de 2023, com 150 pacientes. A coleta foi realizada no mesmo paciente no período pré-operatório e pós-operatório imediato. A Análise de Classe Latente foi utilizada para avaliar variáveis categóricas para detectar homogeneidade latente do diagnóstico proposto Sede Perioperatória. **Resultados:** A média do tempo de jejum para sólidos foi de 15,4 horas ($\pm 6:3$). A característica definidora mais relatada nos dois períodos foi Vontade de beber água (79,3%-89,3%), seguida por Boca seca (73,3%-88,0%); Lábios ressecados (48,7%-81,3%); Saliva grossa (48,7%-78,0%); Língua grossa (48%-74,0%); Garganta seca (33,1%-76,7%); Gosto ruim na boca (23,3%-32%); Constante deglutição de saliva (10,7%-44,0%). A característica definidora Relato do cuidador foi ausente em ambos os períodos de coleta de dados. **Conclusão:** todas as características definidoras presentes no período pré-operatório apresentaram elevação significativa em relação ao pós-operatório imediato. As características definidoras do diagnóstico proposto representam o paciente oncológico cirúrgico. **Descritores:** Cirurgia Oncológica; Assistência Perioperatória; Sede; Diagnóstico de Enfermagem.

Objective: To analyze the accuracy of the defining characteristics of the proposed diagnosis of perioperative thirst in surgical oncology patients. **Method:** a quantitative study carried out in a referral hospital for cancer treatment in the north of the state of Paraná, from April to July 2023, with 150 patients. The data was collected from the same patient in the preoperative and immediate postoperative periods. Latent Class Analysis was used to evaluate categorical variables to detect latent homogeneity of the proposed diagnosis Perioperative Headquarters. **Results:** The average time spent fasting from solids was 15.4 hours (± 6.3). The most reported defining characteristic in both periods was Desire to drink water (79.3%-89.3%), followed by Dry mouth (73.3%-88.0%); Dry lips (48.7%-81.3%); Thick saliva (48.7%-78.0%); Thick tongue (48%-74.0%); Dry throat (33.1%-76.7%); Bad taste in mouth (23.3%-32%); Swallowing saliva constantly (10.7%-44.0%). The defining characteristic Caregiver report was absent in both data collection periods. **Conclusion:** All the defining characteristics present in the preoperative period showed a significant increase in relation to the immediate postoperative period. The defining characteristics of the proposed diagnosis represent the surgical oncology patient. **Descriptors:** Surgical oncology; Perioperative care; Thirst; Nursing diagnosis.

6.2.3 Introdução

O uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) permite ao enfermeiro ofertar um cuidado organizado e de qualidade. Um de seus elementos é o diagnóstico de enfermagem, definido pela North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) como terminologias padronizadas que categoriza e norteia a avaliação clínica do enfermeiro. É relevante para a atuação clínica do enfermeiro, pois permite o raciocínio clínico e julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas, além de embasar a escolha da melhor decisão de acordo com as necessidades reais do paciente (Damasceno et al, 2022; Nascimento et al, 2021).

Um importante componente do diagnóstico de enfermagem diz respeito às populações em risco, que consiste num grupo de pessoas que compartilham características sociodemográficas, de saúde, história, exposição a eventos que faz que cada membro seja suscetível a uma resposta humana particular (Nanda, 2021). Os pacientes cirúrgicos são considerados por diversos fatores a que são expostos, população de risco para desenvolvimento de sede perioperatória. No entanto a sede ainda não é contemplada como Diagnóstico de Enfermagem (DE) pela NANDA Internacional (NANDA-I) 2018-2020 (Andriotti et al, 2022; NANDA, 2021).

A sede se apresenta como um sintoma multifatorial, complexo, de regulação neuronal e hormonal, além de integrar aspectos culturais, emocionais e ambientais. É o segundo desconforto mais frequente no POI, apresenta elevada prevalência além de influenciar de maneira negativa a experiência cirúrgica (Silva et al, 2018; Nascimento et al, 2023). O paciente oncológico cirúrgico, por sua vez, apresenta adicionalmente fatores agravantes relacionados ao seu cenário diagnóstico e terapêutico (ansiedade, radioterapia, quimioterapia, múltiplos procedimentos cirúrgicos), que potencializam tanto a gênese como intensidade e desconforto relacionados a sede não tratada.

Fundamentado no risco em que o paciente cirúrgico representa para desenvolver sede no período perioperatório e na relevância do DE para o planejamento e execução de um cuidado mais efetivo e adequado ao que tange o papel do enfermeiro, elaborou-se proposição da sede perioperatória como DE, submetida a avaliação da NANDA-I ainda em processo de homologação (Andriotti et

al, 2022; Nascimento et al, 2023). Três artigos foram encontrados na literatura acerca da proposição de DE de Sede Perioperatória. Esses estudos contemplam o trajeto de análise de conceito e validação de conteúdo e resultam nas definições conceituais e operacionais de nove CD: boca seca, garganta seca, saliva grossa, língua grossa, lábios ressecados, constante deglutição de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador (Andriotti et al, 2022; Nascimento et al, 2021; Nascimento et al, 2023).

A despeito do paciente oncológico ser submetido com frequência a procedimentos cirúrgicos, portanto estar suscetível ao desencadeamento da sede, os cuidados no período perioperatório relacionados a assistência de enfermagem ainda permanecem voltados às monitorizações de intercorrências (Niero et al, 2018). Considerando-se que a sede é um sintoma no período perioperatório de elevada prevalência, intensidade e desconforto, frequentemente observado pela equipe de enfermagem, é relevante que seu manejo seja padronizado e inserido no processo de cuidar no período perioperatório. Incluí-la na taxonomia diagnóstica de enfermagem permitirá que a sede do paciente cirúrgico seja identificada e, portanto, tratada (Nascimento et al, 2021).

Não foram encontrados estudos anteriores sobre a acurácia do diagnóstico de enfermagem em sede perioperatória proposto em pacientes oncológicos cirúrgicos. A acurácia diagnóstica se refere à capacidade de discriminar estados alternativos de saúde, diferenciando corretamente os indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem.

O presente estudo pretende aprimorar o diagnóstico de enfermagem em sede perioperatória proposto para a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, em um grupo específico, uma vez que apresenta as características definidoras mais importantes desse diagnóstico, destacando evidências científicas que justificam a inclusão dos pacientes oncológicos cirúrgicos como “populações de risco” desse diagnóstico de enfermagem proposto. Por fim, fornece ao enfermeiro evidências que podem facilitar a inferência do diagnóstico de enfermagem de sede perioperatória neste grupo, possibilitando tomada de decisão segura e eficaz que atenda às reais necessidades desses pacientes (NANDA, 2021).

Assim, diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Quais são as características definidoras que melhor predizem o diagnóstico de enfermagem em sede perioperatória proposto nessa população?

6.2.4 Material e Método

Analisar a acurácia das características definidoras do Diagnóstico de Sede Perioperatória proposto em pacientes oncológicos cirúrgicos.

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica, com delineamento transversal. A acurácia diagnóstica se refere à capacidade de discriminar estados alternativos de saúde, diferenciando corretamente os indivíduos com e sem um determinado diagnóstico de enfermagem.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital referência para o tratamento oncológico, localizado no norte do estado do Paraná. O hospital conta com um centro cirúrgico que realiza cirurgias eletivas e de emergência e é composto por sala pré cirúrgica, seis salas de cirurgia e por seis leitos em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). A coleta de dados foi realizada entre abril e julho de 2023.

A população do estudo foi constituída por pacientes com câncer submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos no hospital referido. Os critérios de inclusão foram apresentar idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, se apresentarem conscientes e orientados, não estar em desconforto intenso de dor e apresentar condições clínicas para se comunicar. Como critério de não inclusão foram possuir acometimento oncológico em cavidade oral, necessitar de transferência para Unidade de Terapia Intensiva em uso de ventilação mecânica ou evoluir a óbito durante o procedimento cirúrgico.

As recomendações do modelo de classe latente foram adotadas para determinar o tamanho da amostra. Assim, para o cálculo amostral, foi considerado o número de características definidoras, multiplicado pelo número mínimo de pacientes necessário para cada uma dessas características, ou seja, 5 a 30 pacientes deveriam ser selecionados para cada uma das características definidoras. Essa estratégia é utilizada para determinar o tamanho da amostra em

estudos de acurácia diagnóstica baseados na análise de classe latente. Optou-se por um total de 16 pacientes para cada uma das 9 características definidoras, sendo que o tamanho final da amostra foi de 150 pacientes. A amostragem foi não probabilística consecutiva (Swason et al, 2012).

As variáveis sociodemográficas foram: idade, sexo, cor da pele autorreferida, escolaridade, peso, altura. Consideraram-se variáveis referentes ao procedimento cirúrgico e sede: especialidade cirúrgica, tempo de jejum, sangramento informado na descrição operatória pelo cirurgião e anesthesiologista, mensuração da intensidade da sede por escala verbal numérica (zero, sem sede a dez, pior sede possível). O desconforto da sede foi avaliado pela Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESCP), instrumento construído e validado para a população brasileira, com sete itens relacionados à sede, resultando em um escore de intensidade de zero a 14 e mensuração da intensidade da sede, com índice de fidedignidade Alfa de Cronbach de 0,91 (Martins et al, 2017).

O roteiro de coleta de dados contemplou dados de caracterização social e demográfica, dados clínicos e do procedimento anestésico-cirúrgico, e informações sobre os componentes do DE. O roteiro de coleta de dados foi submetido a um pré-teste, com 10 pacientes, avaliando-se se o instrumento apresentava sequência lógica de aplicação e preenchimento e se todos os itens eram factíveis de resposta. O pré-teste não resultou em nenhuma alteração significativa, sendo incluído na amostra final. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal e duas alunas de graduação em enfermagem. Realizou-se treinamento pelo pesquisador principal, contendo informações sobre a sede perioperatória, fatores relacionados, condições associadas, características definidoras, definições conceituais e operacionais, assim como pesquisas de acurácia diagnóstica. Após esse treinamento, todos os responsáveis pela coleta de dados utilizaram o instrumento de coleta e, juntamente com o pesquisador principal, realizaram cinco avaliações antes de iniciarem a coleta individual. Esses procedimentos permitiram a calibração na coleta de dados e a diminuição de dúvidas relacionadas a essa etapa.

A coleta de dados foi realizada no mesmo paciente em dois momentos distintos: no primeiro momento, antes do procedimento cirúrgico, na sala

de pré-operatório e, na anuência em participar da pesquisa, assinavam o termo de consentimento; no segundo momento, no pós-operatório imediato, na sala de recuperação anestésica. Em ambos os momentos da coleta de dados, o paciente era avaliado quanto a seu nível de orientação em tempo e espaço.

No POI, caso o paciente estivesse inconsciente, sonolento ou desorientado, a avaliação era adiada para os próximos 15 minutos, até que as condições de orientação fossem adequadas. Para as avaliar, realizavam-se os seguintes questionamentos, baseados no item Orientação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Pinto et al, 2019): Qual seu nome? Onde o(a) senhor(a) está neste momento? Que dia é hoje? Qual cirurgia o(a) senhor(a) realizou? Após a coleta de dados, o manejo da sede do paciente era realizado conforme a prática da instituição.

O diagnóstico de enfermagem de Sede Perioperatória possui nove características definidoras (CDs): boca seca, garganta seca, lábios secos, saliva grossa, língua grossa, deglutição constante de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador. Fatores relacionados (FR): jejum pré e pós-operatório, respiração oral, desidratação, hipovolemia, perda insensível de hidratação pela respiração, boca seca, hábito de beber água, temperatura ambiente elevada. Condições associadas (CA): intubação, uso de anticolinérgicos muscarínicos e nicotínicos e restrição hídrica.

Os dados foram tabulados em duas planilhas do Microsoft Excel 2016 e a qualidade da digitação dos dados foi avaliada pela comparação das duas planilhas utilizando a ferramenta específica do programa SPSS versão 23. Os dados conflitantes foram corrigidos pela observação nos roteiros de pesquisa utilizados. Outros dois programas de auxílio estatístico foram utilizados: J amovi Versão 2.4 e o R Core Versão 4.1.

A análise e apresentação dos dados categóricos contou com as frequências absolutas, relativas e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para as variáveis contínuas utilizou-se das medidas de posição (média e mediana), assim como suas medidas de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil). Para verificar a adesão a distribuição normal, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk.

Foram elaborados dois modelos de classe latente (pré e pós-operatório imediatos). A Análise de Classe Latente é uma técnica estatística que utiliza respostas a variáveis categóricas para detectar homogeneidade latente em amostras (Weller, 2020; Linzer 2022; Seol, 2023). Essa técnica pode ser empregada quando não existe um padrão de referência perfeito, onde uma variável não observada diretamente (Diagnóstico de Enfermagem) pode ser associada a um conjunto de variáveis observadas (Características Definidoras).

As características definidoras foram avaliadas de forma dicotômica pela sua presença (Sim e Não). A característica definidora “Relato do Cuidador” não foi observada em nenhum dos pacientes coletados e deste modo, não foi incluída nos modelos. Para a escolha do número de classes latentes, observou-se que a proposição diagnóstica de enfermagem “Sede Perioperatória” é uma variável latente com dois níveis (presente ou ausente), sendo assim, definidas para os modelos duas classes latentes.

Para a inclusão e exclusão das CD nos modelos, observou-se os seguintes indicadores de qualidade: *Akaike Information Criterion* (AIC) e *Bayesian Information Criterion* (BIC) (quanto menor, melhor), entropia (valores mais próximos a um são desejáveis), razão de verossimilhança e χ^2 (um resultado não significativo indica uma boa aderência dos dados ao modelo) (Weller, 2020). Calcularam-se medidas de sensibilidade e especificidade para cada CD, sendo indicadas como características clinicamente sensíveis ou específicas as CD cujo os valores do intervalo de confiança foram maiores de 50% ou que incluíssem esse valor.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com o número - 66468322.4.0000.5231. Todos os participantes da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido após o esclarecimento dos objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa.

6.2.5 Resultados

Participaram deste estudo 150 pacientes, dos quais 110 (73,3%; IC 95% = 65,7-79,7) eram do sexo feminino, 118 brancos (78,7%; IC 95% = 71,4-84,4).

A idade média dos pacientes era de 57,53 anos ($\pm 13,91$). Os pacientes possuíam em sua maioria escolaridade a nível Fundamental 86 (27,3%; IC 95% = 49,3-64,9). As principais clínicas cirúrgicas foram ginecologia e mastologia 73 (48,7%; IC 95% = 40,8-56), aparelho digestivo 36 (24% IC 95% = 17,8-31,4) e ortopedia 15 (10,0%; IC 95% = 06,1-18,8). O tempo médio de jejum para alimentos sólidos foi de 15,4 horas ($\pm 6,3$), seguido por 14,5 horas ($\pm 6,4$) para líquidos; 13,3% dos pacientes haviam realizado ao menos uma sessão de Radioterapia e 18,7% submetidos a sessão de Quimioterapia. Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo (n = 150). Brasil, 2024

Variáveis	n	%	IC[†] 95%		
Sexo					
Feminino	110	73,3	65,7-79,7		
Masculino	40	26,7	20,2-34,2		
Cor da Pele					
Branca	118	78,7	71,4-84,4		
Pardo	17	11,3	07,2-17,4		
Negra	15	10,0	06,1-15,8		
Clínica Cirúrgica					
Aparelho Digestivo	36	24,0	17,8-31,4		
Ortopédica	15	10,0	06,1-18,8		
Urológica	12	08,0	04,6-13,4		
Ginecológica e Mastologia	73	48,7	40,8-56,6		
Cabeça e Pescoço	14	09,3	05,6-15,0		
Escolaridade					
Sem escolaridade	05	03,3	01,4-07,5		
Fundamental	86	27,3	49,3-64,9		
Médio	34	22,7	16,7-30,0		
Superior	25	16,7	11,5-23,4		
Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ[‡]	Valor p*
Idade (Anos)	57,5	13,9	57,0	19,8	0,989
Peso (kg)	71,8	14,5	71,0	17,0	0,044
Altura (cm)	163	9,3	162	11,0	0,034
Tempo de jejum sólidos (horas)	15,4	6,3	15,0	06,0	<0,001
Tempo de jejum líquidos (horas)	14,5	6,4	14,0	06,0	<0,001
Tempo de procedimento (minutos)	59,2	45,9	49,0	53,3	<0,001

As Características definidoras mais prevalentes no período pré-operatório foram Boca seca (73,3%), Vontade de beber água (79,3%), Lábios

ressecados e Saliva grossa (48,7%), seguidas de Língua grossa (48,0%), Garganta seca (33,1%) e Gosto ruim na boca (23,3%). No pós-operatório, por sua vez, as características definidoras se fizeram prevalentes em quase sua totalidade: Vontade de beber água (89,3%), Boca seca (88,0%), Lábios ressecados (81,3%), Saliva grossa (78,0%), Garganta seca (76,7%), Língua grossa (74,0%), seguidas por Constante deglutição de saliva (44,0%). Todas as características definidoras presentes no período pré-operatório apresentaram uma elevação expressiva em relação ao pós-operatório imediato (POI). A característica definidora Relato do cuidador foi ausente em ambos os períodos de coleta.

Os Fatores relacionados mais frequentes no pré e pós-operatório foram: jejum pré e pós-operatório (100% em ambos os períodos), boca seca (73,3% e 88,0%) e hábito de beber água (34,7% em ambos os períodos).

As condições associadas encontradas no presente estudo foram Restrição Hídrica, com 94,0% no pré-operatório e 97,3% no pós; Utilização de Anticolinérgicos (12,7% e 12,0%) e Intubação presente somente no pós-operatório (72,7%). A distribuição das características definidoras é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos componentes da proposição do diagnóstico de enfermagem Sede Perioperatória no pré e pós-operatório, de acordo com a população em estudo (n = 150). Londrina, Paraná, Brasil, 2024

Características Definidoras	Pré-operatório			Pós-Operatório Imediato		
	n	%	IC* 95%	n	%	IC* 95%
Boca seca	110	73,3	65,7 – 79,7	132	88,0	81,8 - 92,2
Lábios ressecados	73	48,7	40,8 - 56,6	122	81,3	74,3 - 86,7
Vontade de beber água	119	79,3	72,2 – 85,0	134	89,3	83,3 - 93,3
Constante deglutição de saliva	16	10,7	06,8 -16,6	66	44,0	36,3 - 51,9
Garganta seca	47	33,1	24,4 – 39,1	115	76,7	69,2 -82,7
Saliva grossa	73	48,7	40,8 - 56,6	117	78,0	70,7 - 83,8
Língua grossa	72	48,0	40,15 - 55,9	111	74,0	66,4 -80,3
Gosto ruim na boca	35	23,3	17,3- 30,7	48	32	25,0 - 39,8
Relato do cuidador	-	-	-	-	-	-
Fatores Relacionados	Pré-operatório			Pós-Operatório Imediato		
	n	%	IC* 95%	n	%	IC* 95%
Jejum pré e pós-operatório	150	100,0	97,5 - 00,0	150	100	97,5 - 00,0
Respiração oral	04	02,7	01,0 - 06,6	14	09,3	05,6 -15,0
Desidratação	18	12,0	07,7 - 18,2	26	17,3	12,1 – 24,2
Perda insensível de hidratação pela respiração	01	0,7	00,1 – 03,7	09	06,0	03,9 – 11,0

Hipovolemia	01	0,7	00,1- 03,7	02	01,3	00,3 – 04,7
Boca Seca	110	73,3	65,7 – 79,7	132	88,0	81,8 - 92,2
Hábito de beber água	52	34,7	27,5 -42,6	52	34,7	27,5 -42,6
Temperatura do ambiente elevada	-	-	-	-	-	-
Condições Associadas	Pré-operatório			Pós-Operatório Imediato		
	n	%	IC* 95%	n	%	IC* 95%
Restrição Hídrica	141	94,0	88,9 – 96,8	149	97,3	96,3 – 99,8
Utilização de anticolinérgicos	19	12,7	08,2 – 18,9	18	12,0	07,7 – 18,2
Intubação	-	-	-	109	72,7	65,0 – 79,2

A Tabela 3 apresenta os modelos de classes latentes das características definidoras ajustadas para o pré-operatório e o POI. Permaneceram no modelo para o pré-operatório seis características definidoras, sendo que Língua grossa e Vontade de beber água apresentaram melhores valores de acurácia. Já no POI, sete CDs se mantiveram. A CD Boca seca não foi incluída em nenhum dos modelos, visto que não apresentava valores de acurácia adequados.

No modelo ajustado para as CDs da proposição do DE Sede perioperatória para o POI, a CD Língua grossa apresentou melhor acurácia, com valores de sensibilidade e especificidade elevados. As CDs Garganta seca, Lábios ressecados, Língua grossa e Vontade de beber água apresentaram melhores valores de sensibilidade.

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

Tabela 3 – Modelo ajustado de classe latente das características definidoras encontrados no pré e pós-operatório imediato (n = 150). Londrina, Paraná, Brasil, 2024

Pré-Operatório Imediato	Sensibilidade (IC[†] 95%)	Especificidade (IC[†] 95%)
Garganta seca	0,7500 (0,6364 - 0,8372) ¹	0,3977 (0,2815 - 0,5268)
Saliva grossa	0,8984 (0,6182 - 0,9797) ¹	0,9997 (0,0000 - 1,0000)
Língua grossa	0,8430 (0,7429 - 0,9090) ¹	0,9103 (0,5681 - 0,9874) ²
Constante deglutição de saliva	0,9349 (0,8536 - 0,9725) ¹	0,1621 (0,0889 - 0,2774)

Vontade de beber água	0,2194 (0,1420 - 0,3232)	0,8103 (0,6905 - 0,8910) ²
Gosto ruim na boca	0,9002 (0,8135 - 0,9492) ¹	0,4113 (0,2830 - 0,5529)

Indicadores de qualidade do modelo: Prevalência: 42,9% AIC: 948 BIC: 987 Entropia: 0,86
G²: 53,8 G²p: 0,331 χ^2 :60 χ^2 p: 0,156

Pós-Operatório Imediato	Sensibilidade (IC[†] 95%)	Especificidade (IC[†] 95%)
Garganta seca	0,8501 (0,7653 - 0,9080) ¹	0,4385 (0,2864 - 0,6030)
Lábios ressecados	0,8528 (0,7698 - 0,9093) ¹	0,2837 (0,1653 - 0,4419)
Saliva grossa	0,9998 (0,0000 - 1,0000)	0,7602 (0,5176 - 0,9035) ²
Língua grossa	0,9756 (0,7261 - 0,9983) ¹	0,8389 (0,6622 - 0,9326) ²
Constante deglutição de saliva	0,5356 (0,4352 - 0,6333)	0,7950 (0,6424 - 0,8933) ²
Vontade de beber água	0,8911 (0,8144 - 0,9385) ¹	0,1014 (0,0383 - 0,2422)
Gosto ruim na boca	0,4134 (0,3219 - 0,5112)	0,9094 (0,7533 - 0,9706) ²

Indicadores de qualidade do modelo: Prevalência: 71% AIC: 1049 BIC: 1094 Entropia: 0,85
G²:83,6 G²p: 0,979 χ^2 :94,3 χ^2 p: 0,885

6.2.6 Discussão

O ineditismo do presente estudo evidencia-se pela análise da acurácia das CDs da proposição de um novo DE sede perioperatória em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e POI. Avaliar o mesmo paciente antes e após seu procedimento cirúrgico permitiu uma maior compreensão de como os atributos resultantes se comportam e a possibilidade de comparar a presença e ausência dessas características nos dois momentos. Os resultados apresentam a elaboração de dois modelos com as CDs com alta sensibilidade e especificidade (Nascimento, 2023).

A fim de subsidiar um olhar intencional para um desconforto tão intenso e prevalente, frequentemente negligenciado, houve a proposição de DE de sede perioperatória que está sendo avaliado pela NANDA-I (Andriotti et al, 2022; Nascimento et al, 2021; Nascimento et al, 2023).

As características definidoras se apresentam como sinais e sintomas observáveis que representam a presença de um diagnóstico, uma espécie de pista necessária para a elaboração do diagnóstico (Gonçalves, 2016). Os pacientes cirúrgicos com muita frequência não verbalizam espontaneamente que estão com sede, muito embora sintam desconforto intenso quando a experienciam (Nascimento

et al, 2020). Poder observar características definidoras da sede no paciente oncológico, permite identificação mais ampla de um sintoma multifatorial nem sempre valorizado pela equipe.

Estudo realizado para validação clínica da proposição do DE “Sede Perioperatória” em dois momentos (pré- e pós-operatório imediato), realizado com 150 pacientes cirúrgicos, obteve como CD com melhores valores de acurácia Garganta seca e Constante deglutição de saliva, destoando do atual estudo em que demonstrou melhores valores de acurácia para a CD Língua grossa, no período pré e pós-operatório na população estudada. No entanto, em relação ao mesmo estudo, algumas das CD que apresentaram melhores valores de sensibilidade corroboram os resultados do presente estudo, sendo estas Garganta seca e Vontade de beber água. O mesmo estudo demonstrou ainda os melhores indicadores de especificidade que vão ao encontro do identificado no presente estudo (Língua grossa e Saliva grossa) (Nascimento et al, 2023).

Duas características apresentaram frequências superiores a 50% no pré-operatório, sendo as CDs Boca seca e Vontade de beber água as mais incidentes. No POI, seis das nove CDs apresentaram incidência maior que 50%, destacando-se novamente a CD Boca seca e Vontade de beber água como as mais prevalentes. As características definidoras referentes à sede perioperatória são relevantes, visto que estão associadas à percepção da intensidade e ao desconforto da sede no paciente, percebidas também como sinais e sintomas que representam a sede no paciente cirúrgico (Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG, 2017; Nascimento et al, 2019).

A boca seca é associada ao desconforto do paciente cirúrgico, apresentando elevada prevalência (69,2% a 87,3%) no POI. A boca seca refere-se ao ressecamento da mucosa oral ou falta de umidade na cavidade oral, provocada pela diminuição ou ausência da produção de saliva pelas glândulas salivares. A percepção de boca seca é um dos atributos mais frequentemente associados a sede (Pieroti et al, 2018; Nascimento et al, 2019; Maldonato et al, 2020).

Algumas reações emocionais como medo e ansiedade também são geradas a partir da experiência cirúrgica, em consequência, pode ocorrer a inibição

da produção de saliva pelas glândulas salivares, dando origem ao ressecamento da mucosa oral e região orofaríngea (Gebremedhn, Nagaratnam, 2014; Landström, Rehn, Frisman, 2019). Em se tratando de pacientes com câncer, alguns estudos demonstram que podem apresentar sintomas de ansiedade e depressão desde a fase diagnóstica da doença, tais repercussões podem estar associadas a duração das internações, procedimentos, adesão ao tratamento, qualidade de vida, prognóstico e sobrevida à doença (Theobald, M. R et al, 2016; Wakiuchi et al, 2020). Portanto o paciente com câncer submetido a procedimento cirúrgico, pode se apresentar ansioso por diversos e complexos fatores, o que o expõe mais uma vez como população de risco para desenvolvimento da sede perioperatória.

O item Boca seca foi retirado das CDs, pois, apesar de essa característica ser a mais frequente na amostra estudada, ela está ligada significativamente a fatores causadores de sede, assumindo caráter etiológico. A boca seca é um importante estímulo para a ingestão de líquidos, sendo ela provocada por estados de desidratação, ações de medicamentos, permanência de abertura de cavidade oral durante a entubação, entre outros (Armstrong LE et al, 2020).

Uma hipótese levantada para a boca seca não ter apresentado um bom ajuste nos modelos, diz respeito a interpretação do paciente. O paciente pode interpretar que a boca seca corresponde a todo o conjunto de estruturas presentes na cavidade oral. As características definidoras lábios ressecados, garganta seca, saliva grossa e língua grossa apresentaram frequência superior a 50% no pré e no POI. Essas características estão relacionadas à diminuição da umidade da cavidade oral e podem fazer sobreposição com a característica boca seca na identificação pelo próprio paciente.

A Constante deglutição de saliva demonstrou neste estudo uma elevada sensibilidade no período pré-operatório bem como elevada especificidade no período pós operatório, além de estar presente em 10,7% dos pacientes do pré-operatório e em 44,0% do pós, com um aumento expressivo em relação aos períodos. A deglutição de saliva é uma das principais estratégias utilizadas pelo paciente como tentativa de aliviar a sede, podendo ser realizada por meio da administração de componentes artificiais ou estimulada mecanicamente ou

quimicamente por gomas de mascar (Garcia et al, 2018; Garcia et al, 2019; Silva et al, 2022). Explica-se por meio da neurofisiologia da sede. Movimentos de deglutição (protusão da língua, sensações provenientes da língua e deglutição) estão associados ao alívio da sede, por mecanismos antecipatórios relacionados à saciedade pré absorptiva (Zimmerman, C.A; Leib, D. E; Knight, Z. A., 2017).

A CD Gosto ruim na boca demonstrou neste estudo uma elevada sensibilidade no período pré-operatório bem como elevada especificidade no período pós-operatório, além de estar presente em 23,3% dos pacientes do pré-operatório e em 32,0% do pós, com um aumento expressivo em relação aos períodos. Esta CD refere-se ao gosto desagradável no paladar, pode estar relacionada ao tempo de jejum pré-operatório, ou à utilização de medicações durante o procedimento no período intraoperatório. A sensação de gosto ruim na boca é relatada com frequência pelo paciente cirúrgico e associada à presença de sede (Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF, 2016; Nascimento et al, 2019).

O aumento expressivo das características apresentadas pelos pacientes no pós em relação ao pré-operatório, podem ser explicadas por fatores a que o paciente cirúrgico é exposto durante o período intraoperatório como uso de algumas medicações, a perda sanguínea no intraoperatório e a intubação orotraqueal, além do jejum que se estende ao pós-operatório imediato (Nascimento et al, 2020).

O tempo de jejum no pré e pós-operatório imediato foi o FR presente em toda a amostra estudada. O jejum compõe as orientações pré-cirúrgicas, com o objetivo de garantir a segurança do procedimento anestésico-cirúrgico. A recomendação é de duas horas para líquidos claros, com evidências demonstrando melhoria na experiência do paciente e diminuição de desconfortos, incluindo a sede (Marsman et al, 2023; Campos et al, 2018). Apesar disso o tempo de jejum pré-operatório praticado é mais elevado que o recomendado (Aguilar et al, 2017).

O tempo de jejum para alimentos sólidos no presente estudo foi elevado (15,4 horas), excedendo o tempo preconizado para esta prática. Estudo realizado da Quênia corrobora este achado, demonstrando que 73,8 dos pacientes

cirúrgicos estudados apresentaram mais de 15 horas de jejum (Njoroge; Kivuti-Bitok; Kimani, 2017).

A restrição hídrica se apresentou como CA com elevada prevalência tanto no pré (94%) quanto no POI (97,3%) no presente estudo. Tal resultado está relacionado ao tempo de jejum elevado para líquidos (14,5 horas) também evidenciado no atual estudo.

As Condições Associadas se referem a diagnósticos médicos, procedimentos cirúrgicos, prescrição de agentes farmacêuticos que não são modificáveis de forma independente pelo profissional enfermeiro (Nanda-I). As CAs Utilização de anticolinérgicos e Intubação estão associadas significativamente à presença de sede, e corroborado pelos sinais de ressecamento de estruturas da cavidade oral (Lee CW et al, 2020; Nascimento et al, 2019; Nascimento et al, 2023).

No presente estudo a Intubação foi evidenciada como CA prevalente no POI (72,7%), este fato pode explicado pela técnica anestésica utilizada com mais frequência (Geral 69%) neste estudo. Em estudo realizado na Etiópia cujo objetivo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à sede pós-operatória em pacientes cirúrgicos, o resultado em relação a técnica anestésica utilizada foi semelhante, com realização de anestesia Geral em 69,3% dos pacientes (Belete et al, 2022).

Estudo que identificou os fatores de risco para a sede pós-operatória observou que o uso de glycopyrrolate, medicamento anticolinérgico foi o principal fator de risco para a sede moderada a severa no POI na SRA (71,7% contra 66,4%, $p = 0,047$; odds ratio ajustado: 1,46, $p = 0,013$). O estudo citado demonstra que anticolinérgicos estão relacionados à presença e intensidade de sede em pacientes no POI (Lee CW et al, 2020). No atual estudo, a utilização de anticolinérgico foi evidenciado como CA em 12% dos pacientes.

Este estudo teve como limitação a impossibilidade de generalização, visto que os pacientes que participaram deste estudo são pacientes oncológicos e a amostra aplicada foi não probabilística consecutiva.

6.2.7 Conclusão

As CDs mais prevalentes no período pré-operatório foram Boca seca, Vontade de beber água, Lábios ressecados e Saliva grossa, seguidas de Língua grossa. No pós-operatório, por sua vez, as características definidoras se fizeram prevalentes em quase sua totalidade: Vontade de beber água, Boca seca, Lábios ressecados, Saliva grossa, Garganta seca, Língua grossa, seguidas por Constante deglutição de saliva, sendo, portanto, as características definidoras que mais representam o paciente oncológico cirúrgico. Todas as características definidoras presentes no período pré-operatório apresentaram uma elevação significativa em relação ao POI. A CD Língua grossa foi específica e sensível para o diagnóstico de enfermagem de sede perioperatória proposto, o que indica que são bons indicadores clínicos para a confirmação desse diagnóstico.

Considerando a elevada prevalência das CDs e seu aumento expressivo do período pré para o POI, demonstrando que estas são efetivas para representar a sede do paciente oncológico cirúrgico, torna-se evidente a necessidade de valorização de um sintoma tão relevante na assistência perioperatória. O diagnóstico de enfermagem proposto poderá nortear a assistência de enfermagem ao que tange a sede, implementando-a nas práticas clínicas, de ensino e pesquisa em enfermagem.

6.2.8 Referências

AGUILAR, J. E. N. et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. **Rev Col Bras Cir**; 44(6): 633-648. 2017.

ANDRIOTTI, L. A.; FONSECA, L. F.; DO NASCIMENTO, L. A.; FRANCO, M. E. S.; RAMOS, H. C. F. Prevalência das características definidoras da proposição diagnóstica de enfermagem de sede perioperatória. **Revista Enfermagem UERJ**, 30(1), e62764, 2022.

ARMSTRONG, L. E.; KAVOURAS, S. A. Thirst and drinking paradigms: evolution from single factor effects to brainwide dynamic networks. **Nutrients**, 11, 2864, 2019.

BELETE, K. G. et al. Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, 6:69. 2022.

CAMPOS, S. B. G. et al. Jejum pré-operatório: por que abreviar. **ABCD Arq Bras Cir Dig**;31(2):e1377, 2018.

DAMASCENO, J. R. et al. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem hipotermia em pacientes em hemodiálise. **Rev Bras Enferm.**, 75(4):e20210620, 2022.

GEBREMEDHN, E.G.; NAGARATNAM,V.B. Audit on perioperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. **World J Surgery**. 2014.

GONÇALVES, M. C. S.; BRANDÃO, M. A. G.; DURAN, E.C.M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta Paul Enferm.** 29 (1), jan-feb 2016.

LANDSTROM, 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 [Internet]**. 2009.

LEE, C. W. et al. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. **Scientific Reports** 10:16183. 2020.

LINZER, D.; Lewis, J. (2022). *poLCA: An R Package for Polytomous Variable Latent Class Analysis*. [R package]. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=poLCA>. 2022

MALDONADO, R. N.; CONCHON, M.F.; BIROLIM, M.M.; FONSECA, L.F. Sede do paciente cirúrgico ortopédico no pós-operatório imediato. **Rev baiana enferm** 34:e34533, 2020.

MARSMAN. M.; KAPPEN, T. H.; VERNOOIJ, L.; HOUT, E.; WAES, J.;KLEJ, W. Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety, mar 1;158(3):254-263, 2023. doi: 10.1001/jamasurg.2022.5867.

MARTINS, P.R. et al. Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. **Rev Esc Enferm USP**, 51:e03240, 2017.

NANDA International, Inc. *Diagnósticos de Enfermagem Definições e Classificação 2021 – 2023 Décima Segunda Edição*. Nova York • Stuttgart • Delhi • Rio de Janeiro. 2021.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), mar;33(1):177-85, 2012.

NASCIMENTO, L. A.; LOPES, M. V. O.; FONSECA, L. F. Desenvolvimento e validação de um novo diagnóstico de enfermagem: Sede perioperatória. **Int J Nurs Knowl.**, out;32(4):253-261, 2021.

NASCIMENTO, L. A. , et al. Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. **Rev. sobecc**, são paulo. abr./jun; 24(2): 85-90. 2019.

NASCIMENTO, L. A. et al. Validação clínica da proposição diagnóstica de enfermagem sede perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 31, 2023. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6621.3976>.

NIERO, A. C. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. **RIES**, ISSN 2238-832X, Caçador, v.7, nº 1, p. 249-262, 2018.

NJOROGE G.; KIVUTI-BITOK, L.; KIMANI, S. Preoperative Fasting among Adult Patients for Elective Surgery in a Kenyan Referral Hospital. **Hindawi International Scholarly Research Notices**, volume 2017, Article ID 2159606, 8 pages.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Rev baiana enferm**, 32:e27679, 2018.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória. **Escola Anna Nery** 22(3) 2018.

PINTO, T.C.C.; MACHADO, L.; BULGACOV, T.M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A.L.; COSTA, M.L.G.; XIMENES, R.C.C. et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the MiniMental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? **Int Psychogeriatrics.**, 31(4), 2019.

SEOL, H. snowRMM: Rasch Mixture, LCA, and Test Equating Analysis. (Version 5.6.2) [jamovi module], 2023. URL <https://github.com/hyunsooseol/snowRMM>.

SILVA, R. P. J. et al. Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. **Rev. baiana enferm**. vol.32 Salvador 2018 Epub 14-Fev-2018.

SILVA, L. C. J. R.; ARONI, P.; FONSECA, L. F. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. **Revista SOBECC**, 21(2), 75–81, 2016. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>.

SWASON, S.A.; LINDENBERG, K.; BAUER, S.; CROSBY, R.D. A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **Int J Eat Disord.**, 45(5):677-84, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20958.15>.

THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis** 26 (4), out, 2016.

WAKIUCHI, J. et al. Sentidos e dimensões do câncer por pessoas adoecidas - análise estrutural das representações sociais. **Rev. esc. enferm. USP**, 54, 2020. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018023203504>.

WELLER, B. E.; BOWEN, N.K.; FAUBERT, S. J. Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. **Journal of Black Psychology**, 46(4), 287–311, 2020. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>.

ZIMMERMAN, C.A; LEIB, D. E; KNIGHT, Z. A. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. **Nature Neuroscience**, New York, v. 18, n. 459, p. 1-11, 2017.

7 CONCLUSÕES

A sede no paciente oncológico cirúrgico possui elevada prevalência, intensidade e desconforto, principalmente no período pós-operatório. Os resultados do presente estudo expõem uma realidade cruel, onde um sintoma prevalente e intenso que assola esta população é negligenciado, sendo o paciente oncológico, diante de tanta complexidade, exposto a mais um desconforto desnecessário em meio a um trajeto terapêutico complexo.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem em sede perioperatória proposto, duas características apresentaram frequências superiores a 50% no pré-operatório, sendo as CDs Boca seca e Vontade de beber água as mais incidentes.

No POI, seis das nove CDs apresentaram incidência maior que 50%, destacando-se novamente a CD Boca seca e Vontade de beber água como as mais ocorridas. Os achados deste estudo demonstram que o paciente oncológico cirúrgico é representado por características que evidenciam sinais periféricos e indicativos da sede.

Diante da magnitude da sede e dos desconfortos decorrentes dela, evidencia-se a importância do cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao paciente cirúrgico oncológico. Tendo em vista que pacientes oncológicos apresentam risco aumentado para desnutrição, que são frequentemente submetidos a procedimentos cirúrgicos e à ansiedade causada pelo próprio procedimento, que precisam lidar com o peso relativo ao diagnóstico da doença, e que muitas vezes são expostos a práticas de jejum prolongado, submetê-los à sede desnecessária havendo disponíveis medidas de manejo deste sintoma, resultaria negligência no cuidado.

Uma das limitações deste estudo compreendeu a utilização de amostra por conveniência. Outra fragilidade diz respeito ao tempo médio do procedimento cirúrgico encontrado, pois em cirurgias mais complexas e prolongadas, os pacientes eram transferidos à UTI, o que o impossibilitava de compor a amostra.

A sede necessita ser olhada de maneira intencional pela equipe de saúde que atua na SRA, com a finalidade de ser mensurada e apropriadamente tratada, a fim de não submeter o paciente oncológico cirúrgico a mais um desconforto desnecessário e ofertar qualidade de vida através de um olhar diferencial enquanto profissional da saúde, ofertando qualidade à assistência prestada a esta população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. P. M, GUTIÉRREZ, M.G.R.; ADAMI, NP. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. **Rev Latino-am Enfermagem**, setembro-outubro; 12(5):760-6, 2004.
- ALMERON, R. P.; SANTOS, M.; GARCIA, A. K. A.; CONCHON, M.F.; PIEROTTI, I.; FONSECA, L.F. Vivenciando o deserto: Relato de caso de um paciente queimado com sede. **Rev. bras. Queimaduras** ; 20(1): 66-69, 2021.
- ANDRIOTTI, L. A., Fonseca, L. F., do Nascimento, L. A., Franco, M. E. S., & Ramos, H. C. F. (2022). Prevalência das características definidoras da proposição diagnóstica de enfermagem de sede perioperatória. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e62764. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62764>.
- AGUILAR, J. E. N. et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. **Rev Col Bras Cir**; 44(6): 633-648. 2017.
- ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically III patients: From physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**, v. 22, n. 4, p. 328-335, 2013.
- ARMSTRONG, L .E.; KAVOURAS, S. A. Thirst and drinking paradigms: evolution from single factor effects to brainwide dynamic networks. **Nutrients**, 11, 2864, 2019.
- BARBOSA, L.K. et al. Ansiedade, depressão e qualidade do sono no pós-operatório mediato de cirurgia oncológica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 20(4): 71-82, out-dez, 2018.
- BEHNE, T. E. G. et al. Associação entre provável sarcopenia pré-operatória e sobrevida de pacientes oncológicos submetidos a operações de grande porte. **Rev Col Bras Cir** 47:e20202528. 2023.
- BELETE, K. G. et al. Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, 6:69. 2022.
- BERGEROT, C, D.; LAROS, J.A.; ARAUJO, T.C.C.F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF** 19 (2), ago 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004>.
- BERNARDINO, D.N.; ANTUNES, B.F.; HUGUENIN, G. V.B. Abbreviation of preoperative fasting in patients undergoing oncological surgery in a university hospital. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.5, p. 23138-23161 sep./oct. 2021.

BURGUE, F. I. Dehydration Symptoms of Palliative Care Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom Management** Vol. 8 No. 7 October 1993.

CAMPOS, S. B. G. et al. Jejum pré-operatório: por que abreviar. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, 31(2):e1377, 2018.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, jan-mar; 16(1): 163-7, 2007.

CHAVES, L. M.; CAMPOS, J. S. P. Abreviação do jejum e suporte nutricional pré-operatório em cirurgias eletivas: Uma revisão sistemática. **REAS/EJCH** | Vol.Sup.35 | e2210 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2210.2019>.

CONCHON, M. F. et al. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. **Rev Esc Enferm USP**, 49(1):122-128, 2015.

CONCHON, M.F.; FONSECA, L. F. Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. **J Perianesth Nurs**, 33(2):153-61, 2018.

Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216302489>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009>.

CONCHON, M.F.; FONSECA, L. F.; GALVÃO, C.M. Use of Mentholated Popsicle in the Management of the Elderly Patient's Thirst in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Controlled Trial. **J Perianesth Nurs**, jun;36(3):262-267, 2021. doi: 10.1016/j.jopan.2020.09.013. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33640289.

COSTA, H. C. C.; SANTOS, R. L.; NASCIMENTO, J. E A. Resultados clínicos antes e após a implantação do protocolo ACERTO. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 40(3): 174-179, 2012.

DAMASCENO, J. R. et al. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem hipotermia em pacientes em hemodiálise. **Rev Bras Enferm**. 75(4):e20210620, 2022.

DESSOTTE, C.A.M. et al. Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. **Rev Bras Enferm.**, 69(4):694-703, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690418i>.

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

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

FRANCISCO, S. C.; BATISTA, S.T.; PENA, G. Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. **ABCD Arq Bras Cir Dig** Artigo Original, 28(4):250-254, 2015. DOI: /10.1590/S0102-6720201500040008.

FREITAS, D.A. et al. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Rev. CEFAC**, nov-dez; 13(6):1103-1108, 2011.

FRIEDRICHSEN, M. et al. Thirst or dry mouth in dying patients? A qualitative study of palliative care physicians' experiences. **PLoS One**, 18(8): e0290075, 2023.

GALAVERNA, L. S. et al. Funcionalidade e Incapacidade de Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica Mamária: Uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 67(4): e-181488, 2021.

GARCIA, A. K. A. et al. Agradabilidade do pacote mentolado no alívio da sede no pós-operatório imediato. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 10 (5), 2157-2162, 2018.

GARCIA, A. K. A. et al. Goma de mascar mentolada no manejo da sede pré-operatória: ensaio clínico randomizado. **Rev Lat Am Enfermagem**, 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3070.3180>.

GARCEZ, J. S. et al. Principais recomendações em cuidados pré-operatórios. **Ver Med UFC.**, 59(1):53-60, 2019.

GIZOWSKI, C; BOURQUE, C. W. Neurons that drive and quench thirst. **Science**, Washington, v., 357, n. 6356, p. 1092-1093, 2017.

GEBREMEDHN, E.G.; NAGARATNAM, V.B. Audit on perioperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. **World J Surgery**. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268014-2582-3>.

GLARE, P.; WALSH, D.; SHEEHAN, D. The adverse effects of morphine: a prospective survey of common symptoms during repeated dosing for chronic cancer pain. **Am J Hosp Palliat Care**, jun-jul;23(3):229-35, 2006.

GOMES, N.S.; SILVA, S.R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, abr-jun; 22(2): 509-16, 2013.

GONÇALVES, M. C.S.; BRANDÃO, M.A.G.; DURAN, E.C.M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta Paul Enferm**. 29 (1), jan-feb, 2016. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600016>.

GORAYEB, R. et al. Ansiedade e depressão pré-cirúrgica numa enfermaria de ginecologia oncológica e mastologia. **Psicologia, saúde & doenças**, 13(2), 145 – 156. 2012.

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

HAAS, S. A.; LEVANDOWSKI, D.C.; KALIL, A. N. Repercussões emocionais da exenteração pélvica feminina: revisão da literatura (2003-2013). **Psicologia, saúde & doenças**, 18(2), 614-624, 2017.

HESPANHOL, F.L. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1085-1094, 2010.

HERR, G.E.; KOLANKIEWICZ, A.C.B.; BERLEZI, E.M.; GOMES, J.S.; MAGNAGNO, T.S.B.S.; ROSANELLI, C.P.; LORO, M.M. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(1): 33-41, 2013.

HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015

JORGETTO, G.V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I.E.M. Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa. **Rev. Eletr. Enferm. [Internet]**. 28 de dezembro de 2006.

LANDSTROM, 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 [Internet]**. 2019.

LEIPER, J. B. Thirst in: CABALERRO, B; ALLEN; PRENTICE, A (Ed). **Encyclopedia of human nutrition**. 2 ed. Oxford; England: Elsevier, v. 4, p. 278-286, 2005.

LEAL, A. K. S. S. et al. Sarcopenia e Complicações Pós-Operatórias em Pacientes Submetidos à Gastrectomia por Câncer Gástrico: Revisão Integrativa. Revisão integrativa. **Rev Contexto & Saúde**, 23(47): e12982, 2023.

LEE, C.W. et al. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. **Scientific Reports** 10:16183. 2020.

LINZER, D.; LEWIS, J. (2022). poLCA: An R Package for Polytomous Variable Latent Class Analysis. [R package]. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=poLCA>.

LUDWIG, R. B. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, 26(1):54-58, 2013.

LOPES, M.V.O; SILVA, V.M.; ARAÚJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.**, set-out; 66(5): 649-55, 2013.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, novembro-

dezembro; 13(6):944-50, 2005. www.eerp.usp.br/rlae.

LYRA, E. et al. Estado nutricional e tempo de jejum pré-operatório de pacientes oncológicos submetidos à cirurgia. **R. Assoc. bras. Nutr.**, 14 (1): 1-15, 2023. ISSN 2357-7894.

MALDONADO, R.N.; CONCHON, M.F.; BIROLIM, M.M.; FONSECA, L.F.. Sede do paciente cirúrgico ortopédico no pós-operatório imediato. **Rev baiana enferm**, 34:e34533, 2020.

MARSMAN, M.; KAPPEN, T.H.; VERNOOIJ, L.; HOUT, E.; WAES, J.; KLEJ, W. Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety. Mar 1;158(3):254-263, 2023. doi: 10.1001/jamasurg.2022.5867.

MARTINS, P.R. et al. Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. **Rev Esc Enferm USP**, 51:e03240, 2017.

MELO, N. E. et al. Risco nutricional e complicações pós-operatórias em pacientes oncológicos. **Nutrição Clínica**. DOI: 10.12957/demetra.2022.61445.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA. 2ª Edição revista, ampliada e atualizada. Rio de Janeiro, RJ, INCA, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA. 2ª Edição revista, ampliada e atualizada. Rio de Janeiro, RJ, INCA, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro : INCA, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer, abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, RJ 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023, Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro : INCA, 2023.

MORITA, M. et al. Oral supplementation with a combination of L-citrulline and L-arginine rapidly increases plasma L-arginine concentration and enhances NO bioavailability. **Biochem Biophys Res Commun.**, nov 7:454(1):53-7, 2014.

MORITA, T., TEI, Y.; TSUNODA, J. et al. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer** 9, 177–186, 2001.

MOTTA, N. H.; NASCIMENTO, L. A.; PIEROTTI, I.; CONCHON, M.F.; FONSECA, L.F. Avaliação de Protocolo de Segurança para Manejo da Sede no Pós-Operatório. **Journal of Perianesthesia Nursing**, 18 Dezembro 2019.

NANDA International, Inc. Diagnósticos de Enfermagem Definições e Classificação 202 1 – 2023 Décima Segunda Edição. Nova York • Stuttgart • Delhi • Rio de Janeiro. 2021.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), mar;33(1):177-85, 2012.

NASCIMENTO, L.A.; FONSECA, L.F.; ROSSETO, E.G.; SANTOS, C.B. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. **Rev Esc Enferm.**, oct; 48(5):834-43, 2014.

NASCIMENTO, L. A. et al. Análise de conceito da Sede Perioperatória para o desenvolvimento de um novo diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, 74(1):e20200065, 2021.

NASCIMENTO, L.A. et al. Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. **Rev. sobecc, são paulo.** abr./jun; 24(2): 85-90, 2019.

NASCIMENTO, L.A.; LOPES, M.V.O.; FONSECA, L.F. desenvolvimento e validação de um novo diagnóstico de enfermagem: Sede perioperatória. **Int J Nurs Knowl.**, out: 32(4):253-261, 2021.

NASCIMENTO, L. A. et al. Validação clínica da proposição diagnóstica de enfermagem sede perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 31, 2023. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6621.3976>.

NIERO, A. C. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. **RIES**, ISSN 2238-832X, Caçador, v.7, nº 1, p. 249-262, 2018.

NJOROGE, G.; KIVUTI-BITOK, L.; Kimani, S. Preoperative Fasting among Adult Patients for Elective Surgery in a Kenyan Referral Hospital. **Hindawi International Scholarly Research Notices** Volume 2017, Article ID 2159606, 8 pages.

ORTENZI, A. V. Medicação pré-anestésica. In: Cangiani LM, Posso IP, Potério GMB, Nogueira CS. Tratado de Anestesiologia: SAESP. 6ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

PAVANI, M. M.; FONSECA, L. F.; CONCHON, M.F. Sede do paciente cirúrgico: percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. **Rev. enferm. UFPE on line** ; 10(9): 3352-3360, set, 2016.

PEIXOTO, M. I. et al. Comparação entre diferentes métodos de triagem nutricional em pacientes oncológicos ambulatoriais. **Nutr. clín. diet. Hosp.**, 37(3):35-43, 2017.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Rev baiana enferm**, 32:e27679, 2018.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória. **Escola Anna Nery** 22(3) 2018.

PINTO, T.C.C.; MACHADO, L.; BULGACOV, T.M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A.L.; COSTA, M.L.G.; XIMENES, R.C.C et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the MiniMental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly? **Int Psychogeriatrics**, 31(4), 2019.

RAMOS, R. S. et al. O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 20 (3): 280-6, 2012.

REIS, P. G. A. et al. Jejum pré-operatório abreviado favorece realimentação pós-operatória com menor custo de internação hospitalar em pacientes oncológicos. **Rev. Col. Bras. Cir.** 46 (3), 2019. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192175>.

RODRIGUES, H. H. N. P. et al. Risco Nutricional versus Risco de Sarcopenia Associado a Complicações Pós-Operatórias e Mortalidade em Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias de Grande Porte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 67(1): e-151201, 2021.

ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA, N. F. Epidemiologia e saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: medsi, 2003.

SEBAEE. H. A.; ELHADARY, S.M. Effectiveness of a care bundle on postoperative thirst relief and oral condition among patients undergoing abdominal surgeries. **OSR Journal os Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)**, vol 6, issue 5, ver. IV, sep-oct, pp. 82-90, 2017.

SERATO, V. M.; FONSECA, L.F.; BIROLIM, M.M.; ROSSETO, E.G.; MAI, L.D.; GARCIA, A. K. A. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. **Rev Bras Enferm.**, ;72(3):600-8, 2019.

SEOL, H. snowRMM: Rasch Mixture, LCA, and Test Equating Analysis. (Version 5.6.2) [jamovi module], 2023. URL <https://github.com/hyunsooseol/snowRMM>.

SILVA, L. A. S. R. Cirurgia oncológica: um grande desafio. **Rev. Col. Bras. Cir.** 43(3): 139-140, 2016.

SILVA, R. P. J. et al. Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. **Rev. baiana enferm.** vol.32 Salvador 2018 Epub 14-Fev-2018.

SILVA, J. H. L. et al. Repercussões nutricionais e avaliação dos parâmetros antropométricos e bioquímicos do paciente oncológico. **Braz. J. of Develop**, Curitiba, v. 6, n. 5, p.27114-27126, may. 2020.

SILVA, L. C. J. R.; ARONI, P.; FONSECA, L. F. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. **Revista SOBECC**, 21(2), 75–81, 2016.

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>.

SIQUEIRA, P. C. A.; MARTINS, A.M.; CAMPOS, M.G.C. Do cenário de dor ao encontro consigo: Abordagem psicodramática no bloco cirúrgico oncológico. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 25, n. 2, 93-99, 2017 DOI: 10.15329/2318-0498.20170026.

SILVEIRA, F.M.; WYSOCKI, A.D.; MENDEZ, R.D.; PENA, S.B.; SANTOS, E.M.; MALAGUTI-TOFFANO, S. et al. Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paul Enferm**. 2021;34:eAPE00583.

SIERRA, J. C. et al. Cirurgia oncológica de grande porte reduz a função muscular de pacientes com e sem risco nutricional. **Rev Col Bras Cir** 47:e20202470.

SWASON, S.A.; LINDENBERG, K.; BAUER, S.; CROSBY, R.D. S A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **Int J Eat Disord**. 2012 [cited Sep 12 2022]; 45(5):677-84.

THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. *Physis* 26 (4) • Out 2016 • <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400010>.

TOFANI, V. et al. Prolonged postoperative fasting: a neglected problem. **REME. Rev Min Enferm**. 2022;26:e-1422 DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38657.

VERBALIS, J. G. Inhibitory controls of drinking: sensation of thirst. In Thirst ingestion following exercise induce dehydration, **int. j. Supot Nut**, 7, 104-116, 1997.

ZIMMERMAN, C.A; LEIB, D. E; KNIGHT, Z. A. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. **Nature Neuroscience**, New York, v. 18, n. 459, p. 1-11, 2017.

WALKER, E.M.K. et al. Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study. **British Journal of Anaesthesia**, 117 (6): 758–66. 2016.

WAKIUCHI, J. et al. Sentidos e dimensões do câncer por pessoas adoecidas - análise estrutural das representações sociais. **Rev. esc. enferm. USP**, 54, 2020 . <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018023203504>.

WELLER, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J. (2020). Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. **Journal of Black Psychology**, 46(4), 287–311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de confidencialidade e sigilo

Eu, Rafaela Vieira Jorge, brasileira, enfermeira, inscrita no CPF sob o nº 047.982.389-88, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “SEDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CIRÚRGICOS NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO”, a que tiver acesso nas dependências dos Serviços de Saúde.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. Não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. Não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, a dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Londrina, 27/12/2022.

Ass: _____

Rafaela Vieira Jorge

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido

“Sede e seus fatores associados em pacientes cirúrgicos oncológicos no pré e pós-operatório.”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa: “Sede e seus fatores associados em pacientes cirúrgicos oncológicos no pré e pós-operatório”, que será realizada no Hospital do Câncer de Londrina. O objetivo da pesquisa é: analisar a prevalência, desconforto e intensidade da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos e analisar as características definidoras, fatores relacionados e condições associadas à sede em pacientes oncológicos cirúrgicos. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma, vamos perguntar ao senhor antes e depois de sua cirurgia a presença de sede e o que incomoda referente à sede. Por exemplo, vamos perguntar se o senhor está com sede e se a sua boca esta seca, sua garganta seca e outros sinais de sede.

Esclarecemos 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. Esclarecemos, também, que suas 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.

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

Os benefícios esperados são incluir a sede no cuidado aos pacientes que realizam cirurgia, principalmente depois da cirurgia, auxiliando os profissionais a identificarem

a sede e auxiliar a realização do manejo deste desconforto. Quanto aos riscos, nossa equipe irá tomar cuidado para não revelar seus dados para ninguém.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar, meu nome é Rafaela Vieira Jorge, Rua Akeo Hasuda,200, Jd Acquavile, Londrina, telefone: (43) 9 8407-7741, e-mail rafaelasarabia@hotmail.com, poderá procurar também a Lígia Fahl Fonseca, email ligiafahl@gmail.com, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 202_.

Pesquisador Responsável

RG: _____

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

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

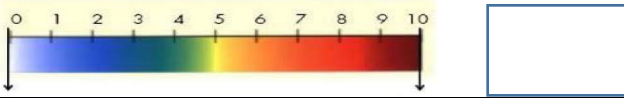
Data: _____

APÊNDICE C

Instrumento de coleta de dados

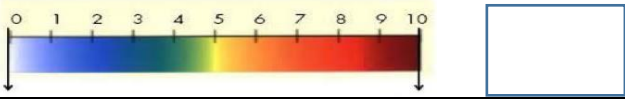
Nome pesquisador:	Nº impresso:
BLOCO 1 – CARACTERIZAÇÃO	
Iniciais: _____ N Pront. _____ Idade: _____ (anos completos)	Codificação IDADE
Sexo: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino	SEXO
Cor da pele: 1. <input type="checkbox"/> Branco 2. <input type="checkbox"/> Preto 3. <input type="checkbox"/> Pardo 4. <input type="checkbox"/> Amarelo 5. <input type="checkbox"/> Indígena	RAC
Escolaridade (em anos): _____	ESC
Doenças Pré Existentes: 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DM 2. <input type="checkbox"/> HAS 3. <input type="checkbox"/> nefro 4. <input type="checkbox"/> Cardio 5. <input type="checkbox"/> Oral 6. Outras _____ <input type="checkbox"/> Não Descrever: _____	DOEN
Medicações de uso contínuo: _____	MEDCONT
Qual seu peso? _____ (em Kg)	PESO
Qual sua altura? _____ (em cm)	ALT
BLOCO 2 – DADOS CIRÚRGICOS E CLÍNICOS	
Diagnóstico oncológico: _____	DIAG ONC
Especialidade cirúrgica: 1. <input type="checkbox"/> Aparelho Digestivo 2. <input type="checkbox"/> Ortopedia 3. <input type="checkbox"/> Urologia 4. <input type="checkbox"/> Ginecologia/mastologia 5. <input type="checkbox"/> Neurocirurgia 6. <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço	CIR
Procedimento cirúrgico: _____	PROC
Anestesia: 1. <input type="checkbox"/> Local 2. <input type="checkbox"/> Raquimedular 3. <input type="checkbox"/> Peridural 4. <input type="checkbox"/> Sedação 5. <input type="checkbox"/> Geral combinada 6. <input type="checkbox"/> Geral venosa 7. <input type="checkbox"/> Geral inalatória 8. <input type="checkbox"/> Outros	ANEST
Tempo de jejum para sólidos (em horas): _____ horas	JEJUMSOL
Tempo de jejum para líquidos (em horas): _____ horas	JEJUMLIQ
Hora de início do procedimento (HORA EXATA): _____	INIC PROC
Hora de término do procedimento (HORA EXATA): _____	FIM PROC
Sangramento: 1. <input type="checkbox"/> Pequeno 2. <input type="checkbox"/> Médio 3. <input type="checkbox"/> Grande	SANG
Recebeu intervenção na SRA: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	INT
Realizou radioterapia: 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> Não	RADIO
Se sim, quando foi sua última sessão? _____	ULT RADIO
Realizou quimioterapia? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> Não	QUIMIO
Se sim, quando foi sua última sessão? _____	ULT QT
Faz uso: 1. <input type="checkbox"/> Cateter nasoenteral 2. <input type="checkbox"/> Gastrostomia 3. <input type="checkbox"/> Jejunostomia	CATETR

Pré-Operatório

Sr sabe onde está? Que dia é hoje? Qual seu nome? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	ORIENT
Paciente está com sede? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	SEDE
Com relação à intensidade da sua sede, 0 (sem sede) a 10 (maior sede que já sentiu) qual seria?	SEDEINT
	EVN

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória - EDESP				EDESP
	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)	
Minha boca está seca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 1
Meus lábios estão ressecados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 2
Minha língua está grossa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 3
Minha saliva está grossa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 4
Minha garganta está seca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 5
Sinto um gosto ruim na boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 6
Tenho vontade de beber água	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 7
SCORE EDESP:				ESCEDESP

Pós-Operatório

Sr sabe onde está? Que dia é hoje? Qual seu nome? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	ORIENT
Paciente está com sede? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	SEDE
Com relação à intensidade da sua sede, 0 (sem sede) a 10 (maior sede que já sentiu) qual seria?	SEDEINT
	EVN

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – EDESP				EDESP
	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)	
Minha boca está seca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 1
Meus lábios estão ressecados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 2
Minha língua está grossa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 3
Minha saliva está grossa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 4
Minha garganta está seca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 5

Sinto um gosto ruim na boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 6
Tenho vontade de beber água	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 7
ESCORE EDESP:				ESCEDESP

Componentes do Diagnóstico de Sede Perioperatória

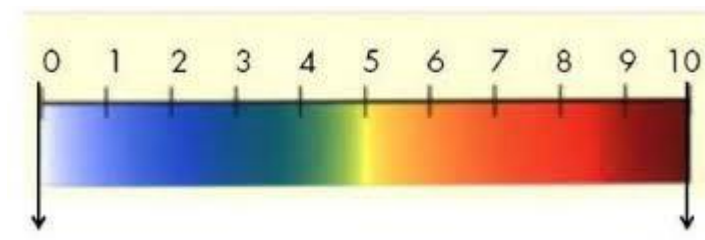
Característica Definidora	Pré	Pós	Cod
Boca Seca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD1
Garganta Seca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD2
Lábios Ressecados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD3
Saliva Grossa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD4
Língua Grossa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD5
Constante deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD6
Vontade de beber água	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD7
Gosto ruim na boca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD8
Relato do cuidador	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CD9

Fatores Relacionados	Pré	Pós	Cod
Jejum pré e pós operatório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR1
Respiração Oral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR2
Desidratação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR3
Perda sensível de hidratação pela respiração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR4
Hipovolemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR5
Restrição Hídrica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR6
Utilização de anticolinérgicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR7
Boca Seca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR8
Hábito de beber água	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR9
Temperatura Ambiental Elevada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR10
Intubação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FR 11

ANEXOS

ANEXO A

Escala Visual Numérica (EVN)



Fonte: Martins, Fonseca, 2017.

ANEXO B**Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP)**

Escala de Desconforto da Sede Perioperatória – EDESP (Martins, 2016)				EDESP
	Nada incomodado(a)	Um pouco incomodado(a)	Muito incomodado(a)	
Minha boca está seca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 1
Meus lábios estão ressecados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 2
Minha língua está grossa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 3
Minha saliva está grossa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 4
Minha garganta está seca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 5
Sinto um gosto ruim na boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 6
Tenho vontade de beber água	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EDESP 7
ESCORE EDESP:				ESCEDESP

ANEXO C**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SEDE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CIRÚRGICOS NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

Pesquisador: Rafaela Vieira Jorge

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66468322.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.940.953

Apresentação do Projeto:

Resumo:

A sede é uma experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água, visando restabelecer a homeostase dos líquidos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendido. É um sintoma de elevada prevalência e intensidade no paciente cirúrgico por uma confluência de fatores, porém se trata de um sintoma subvalorizado. O objetivo desta pesquisa é analisar a prevalência, desconforto e intensidade da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos e analisar as características definidoras, fatores relacionados e condições associadas à sede em pacientes oncológicos cirúrgicos. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal analítico, que será realizado em um hospital terciário, referência para o tratamento oncológico, localizado no norte do estado do Paraná. Considerando a relevância da sede ao que concerne a assistência aos pacientes e a escassez de discussões acerca do tema nessa população, espera-se que o presente estudo elucidie o impacto da sede e sensibilize os profissionais, para que possam futuramente, ser instituídas medidas para o manejo da sede, minorando-a nessa população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prevalência, desconforto e intensidade da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos. Analisar as características definidoras, fatores relacionados e condições associadas à sede em pacientes oncológicos cirúrgicos.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a população estudada a partir de dados sócios demográficos e clínicos; Calcular a prevalência da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos; Identificar o desconforto e intensidade da sede no pré e pós operatório; Correlacionar a prevalência, desconforto e intensidade da sede com as variáveis independentes no pré e pós operatório; Identificar os fatores relacionados, condições associadas e características definidoras da sede a partir da proposição do diagnóstico de enfermagem de sede perioperatória; Correlacionar os fatores relacionados, condições associadas e características definidoras da sede com as variáveis independentes no pré e pós operatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Será considerado como risco nesta pesquisa a possibilidade de o paciente compreender erroneamente, mesmo após os esclarecimentos e aplicação do termo de consentimento, que sua sede será saciada imediatamente após os questionamentos a ele dirigido. Outro risco a ser considerado, será a possibilidade de o paciente apresentar qualquer desconforto físico, por se tratar do período pré e pós operatório. Caso o paciente apresente algum desconforto durante os questionamentos, serão realizados novos esclarecimentos, além disso, se necessário a equipe de enfermagem e médica do Centro Cirúrgico em que será aplicada a coleta de dados será imediatamente comunicada, para que o paciente tenha todo suporte necessário. O paciente poderá ainda, pausar suas respostas a qualquer momento da coleta de dados.

Benefícios:

Será elencado como benefício da presente pesquisa a possibilidade do paciente expressar um desconforto, muitas vezes negligenciado, e sub valorizado na assistência de enfermagem. Além de se tratar de uma pesquisa inovadora, devido à ausência de estudos sobre a prevalência da sede em pacientes oncológicos cirúrgicos na literatura. Pretende-se que através da presente pesquisa ocorra a sensibilização de todos os profissionais envolvidos no processo de assistência ao

paciente oncológico da instituição proposta, para que possam considerar um desconforto hoje por vezes negligenciado. Além disso, os resultados desta pesquisa poderão nortear o manejo da sede em pacientes oncológicos, afim de diminuir o desconforto da sede e almejando a melhoria da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa interessante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de rosto assinada pela Coordenadora da Pós-Graduação.

Apresenta TCLE preenchido corretamente;

Apresenta projeto de pesquisa;

Apresenta declaração da Instituição em que haverá coleta de dados;

Apresenta termo de confidencialidade;

Apresenta orçamento de R\$800,00, financiamento próprio;

Apresenta declaração de início de pesquisa somente após aprovação do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências do parecer anterior:

Pendência 1

O cronograma apresentado mostra que a coleta de dados já iniciou e de acordo com as resoluções, o CEP não pode avaliar pesquisas que já tenham iniciado a coleta de dados, sendo assim, solicitamos que seja apresentada uma declaração assinada pelo pesquisador responsável (e pelo orientador) que a coleta de dados não foi iniciada e que o cronograma seja ajustado para a data de coleta de dados prospectiva ao parecer de aprovação por este CEP. - PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 2

Rescrever os riscos e benefícios do projeto. Da maneira como apresentados, os benefícios não justificam a realização do trabalho. Sobre os riscos: os pacientes podem ter algum desconforto para responder as perguntas no momento escolhido? Caso ocorra, o que os pesquisadores podem fazer para amenizar? Os pacientes podem parar de responder a qualquer momento? Sobre os benefícios, elencar mais benefícios da pesquisa para que a mesma seja realizada. - PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 3

A folha de rosto foi assinada pelo Diretor Presidente do Instituto de Câncer de Londrina, porém, por se tratar de um projeto de pós-graduação e com a Instituição Proponente a UEL, a mesma precisa ser assinada pelo

Coordenador do Programa de pós-graduação. -PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas e o projeto deve ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- Conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- Apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- Desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- Justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
------	---------	----------	-------	----------

Documento				
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2039803.pdf	27/02/2023 04:12:14		Aceito
Declaração de Pesquisadores	coleta.docx	27/02/2023 04:10:12	rafaela vieira jorge	Aceito
Brochura Pesquisa	projotorafaelav.docx	27/02/2023 04:08:20	rafaela vieira jorge	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostorvj.pdf	27/02/2023 04:07:09	rafaela vieira jorge	Aceito

Página 04 de

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declahosp.pdf	27/12/2022 14:05:50	rafaela vieira jorge	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projotorafaelavj.docx	27/12/2022 14:02:49	rafaela vieira jorge	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimentoRafaelaV.docx	27/12/2022 14:00:11	rafaela vieira jorge	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 13 de Março de 2023

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))