



## PROTOCOLO DE SEGURANÇA DE MANEJO DA SEDE: ASSOCIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE SEGURANÇA NÃO ATINGIDOS COM A PERIODICIDADE DE SUA APLICAÇÃO

Stefania Tagliari de Oliveira<sup>1</sup>, Leonel Alves do Nascimento<sup>2</sup>, Ligia Fahl Fonseca<sup>3</sup>

**RESUMO:** O temor de broncoaspiração perpetua o jejum prolongado no Pós-Operatório Imediato aumentando a incidência e intensidade da sede. Com o intuito de avaliar a segurança na administração de um método de alívio da sede, construiu-se e validou-se o Protocolo de Manejo Seguro da Sede (PSMS) que avalia cinco critérios clínicos de segurança: Nível de Consciência, Reflexos Protetores de Vias Aéreas (tosse e deglutição) e náuseas e vômitos. Este estudo tem como objetivo avaliar a aplicabilidade e periodicidade do PSMS no paciente cirúrgico. Estudo descritivo, transversal, exploratório, com análise quantitativa. A pesquisa foi realizada na sala de recuperação anestésica (SRA) de um Hospital Universitário de grande porte do Norte do Paraná, enquanto os pacientes se recuperavam na SRA, que tivessem idade entre 16 e 65 anos, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O período de coleta foi de julho a setembro de 2013, por meio de um instrumento composto por três partes: dados de identificação, informações do procedimento anestésico-cirúrgico e PSMS. A aplicação do PSMS foi realizada a cada 15 minutos durante uma hora. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 02299412.6.0000.5231). A amostra constituiu-se de 109 pacientes, com predomínio do sexo feminino 57,8% (n= 63) e idade média de 42 anos (DP 16,4), variando de 16 a 80 anos. Em relação à clínica cirúrgica, 37,6% (n=41) pertenciam a Ginecologia e Obstetrícia, seguidos pela Ortopedia com 22,9% (n=25) e Urologia 16,5% (n=18). Na classificação anestésica predominou-se ASA 1 com 51,4% (n=55) e ASA 2 com 38,3% (n=41) dos pacientes. O procedimento anestésico foi dividido em três grupos: Anestesia Geral 40,4% (n=44); Bloqueios Associados a Sedação 39,4% (n=43) e somente Bloqueio 20,2% (n=22). O tempo de jejum pré-operatório variou de 8 a 64 horas, com média de 17 horas e 15 minutos (DP 7:05). A intensidade da sede foi medida por meio de uma escala analógica numérica (1-10), com média de 6,38 (DP 2,42). O percentual de reprovações na avaliação do PSMS diminuiu conforme o período de aplicação (50%; 41%; 32%; 23% e 22%). No primeiro momento pacientes submetidos a anestesia geral apresentaram maior reprovação (72%), sendo os critérios nível de consciência (45,9%) e o de tosse (24,8%) os dois maiores responsáveis pela reprovação. Observou-se relação entre a utilização de algumas drogas anestésicas e a reprovação na avaliação do PSMS, tais como o atracúrio, fentanil, propofol e rocurônio (Fisher Exact Test,  $p < 0,05$ ). A utilização do PSMS permitiu avaliar que até 30' de recuperação anestésica, as drogas utilizadas no procedimento anestésico cirúrgico ainda possuem ação residual, interferindo na avaliação dos critérios estabelecidos pelo PSMS. Após este período observou-se que porção significativa dos pacientes (69%) apresentou condições seguras para a administração de um método de alívio da sede, fato que sem a avaliação estes pacientes permaneceriam com este desconforto na SRA. O uso do PSMS contribuiu favoravelmente para o estabelecimento de um cuidado de enfermagem específico no manejo da sede no POI, garantindo uma recuperação segura e livre de desconfortos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sede; Segurança do Paciente; Protocolo de Manejo da Sede; Pós Operatório Imediato.

### 1 INTRODUÇÃO

Dentre os desconfortos experimentados pelo paciente no período pós-operatório, a sede está presente como desconforto real e é associada a sentimentos de irritabilidade e desespero pelos pacientes. Contribui ainda para o aumento da ansiedade, desidratação e fraqueza (GOIS et al., 2012).

Assim como a dor, a sede é caracterizada pela individualidade e subjetividade, e pode ser diagnosticada e tratada (CONCHON et al., 2015). A sede pode ser definida como a vontade consciente de beber água, que é o elemento essencial da vida, e pode ser influenciada por fatores sociais, costumes, patologias, ingestão de diferentes alimentos e hábitos de cada indivíduo (ARAI e PUNTILLO, 2013).

<sup>1</sup>Enfermeira, Especialista em Bloco Operatório pelo programa de Residência em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná. E-mail: stetagliari@hotmail.com.

<sup>2</sup>Mestre pelo Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Atua como Enfermeiro do Serviço de Controle da Qualidade da Assistência de Enfermagem do Hospital Doutor Anísio Figueiredo e como vice líder do Grupo de Estudos da Sede Perioratória, Londrina, Paraná. E-mail: leonel\_jan@hotmail.com.

<sup>3</sup>Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Atua como líder do Grupo de Estudos da Sede Perioratória. E-mail: ligiafahl@gmail.com.



A incidência da sede no perioperatório é elevada: 75% no POI (ARONI, NASCIMENTO e FONSECA, 2012), 70% e 70,8% em Unidades de Terapia Intensiva (NELSON et al., 2001; ARAI e PUNTILLO, 2013). A intensidade e desconforto da sede são relevantes, sendo elencadas como o segundo desconforto mais prevalente em UTI e o primeiro com maior intensidade (ARAI e PUNTILLO, 2013).

O manejo da sede engloba sua identificação, mensuração, avaliação de critérios de segurança e finalmente a administração de estratégias. Esse processo, no entanto, não é utilizado com o paciente cirúrgico por diversos fatores: postura conservadora da equipe em relação ao tempo de jejum (pré e pós operatório), devido ao temor de broncoaspiração, considerando-se como normal o paciente sentir sede, e dessa forma, ela não é avaliada, registrada ou tratada. Além disso, no período pós operatório, é real a necessidade de avaliação dos riscos de broncoaspiração em razão do nível de consciência rebaixado e outras alterações fisiológicas.

A inexistência de instrumentos que auxiliem na avaliação desse risco, colabora para perpetuação da inércia da equipe durante a recuperação anestésica. Por fim, os estudos que envolvem a sede perioperatória são ainda incipientes e não divulgados na prática clínica.

Recentes avanços no manejo da sede apontam para estratégias que podem ser alternativas para o desafio da impossibilidade do paciente receber reposições de grandes volumes por via oral: spray de água gelada, lascas de gelo e picolé de gelo. Métodos que associam pequeno volume de água com a baixa temperatura tem se mostrado mais eficazes atuando na saciedade pré absorviva da sede, evitando o risco de broncoaspiração (ARAI e PUNTILLO, 2013; CONCHON e FONSECA, 2014; CHO, KIN e PARK, 2010)

Visando suprir a lacuna existente na literatura em relação a um instrumento que permitisse uma avaliação criteriosa do paciente em recuperação anestésica para tomada de decisão quanto a uma estratégia de manejo da sede foi construído e validado o Protocolo de Segurança de Manejo da Sede (PSMS) (NASCIMENTO e FONSECA, 2013).

Os critérios de segurança elencados pela PSMS incluem a avaliação do Nível de Consciência, Reflexos de Proteção de Vias Aéreas (Tosse e Deglutição) e ausência de Náuseas e Vômitos. Estes critérios foram organizados no formato de um algoritmo gráfico, que possibilita uma avaliação sistematizada das condições clínicas dos pacientes para receber um método de alívio da sede (NASCIMENTO e FONSECA, 2013).

O PSMS foi validado em relação a seu conteúdo e fidedignidades com concordância de 93 a 97% entre os juízes e valores de kappa quase perfeitos (1 e 0,85) (NASCIMENTO e FONSECA, 2013).

O PSMS trouxe o incentivo para o aprofundamento de pesquisas sobre este desconforto real, mas principalmente possibilitou a avaliação do paciente com sede, permitindo a tomada de decisão quanto a administração de métodos de alívio. Por esse motivo há a necessidade de se conhecer a periodicidade indicada para seu emprego, analisar sua utilização em diferentes técnicas anestésicas e examinar as variáveis clínicas relacionadas à reprovação na aplicação do protocolo.

Este trabalho teve como objetivo analisar a utilização do PSMS no POI em relação a periodicidade, índices de aprovação nos itens avaliados e correlacionar a reprovação dos itens do PSMS com técnicas e drogas anestésicas.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, exploratório, com análise quantitativa, realizado na SRA de um Hospital Escola Público no Norte do Paraná. A instituição realiza em média 600 cirurgias mensais, conta com sete salas cirúrgicas e uma SRA de sete leitos.

A população alvo constituiu-se de pacientes no POI, durante a primeira hora após a saída da sala cirúrgica. Amostra de conveniência composta por pacientes que verbalizaram sede de forma espontânea ou estimulada atendendo os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou maior que 16 anos; cirurgias eletivas/urgência; pacientes orientados e conscientes; Técnicas anestésicas de bloqueio, sedação e geral; ASA de I a IV. O período de coleta de dados foi de Julho de 2013 a fevereiro de 2014.

O instrumento para a coleta de dados foi composto por três partes: A primeira dados demográficos; a segunda dados referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico; e a terceira a aplicação do PSMS, com registro de aprovação e reprovação em cinco momentos de avaliação.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa anteriormente ao procedimento anestésico-cirúrgico e os que ainda não possuíam 18 anos foram convidados juntamente com o responsável.

Na SRA após a cirurgia foi aplicado o instrumento no momento de chegada e durante uma periodicidade de 15 minutos durante uma hora. Durante a admissão na SRA, avaliou-se a presença de sede e sua intensidade através de uma escala analógica numérica de 0 a 10. A escala analógica numérica é validada para avaliação de dor no paciente, porém, recentes estudos mencionam a confiabilidade dessa escala na avaliação da sede, visto que ambos são sintomas subjetivos (ARAI et al., 2014).

As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do software Statistical Products and Service Solutions – SPSS® (versão 21.0), considerando o nível de significância para a pesquisa de 5%.

O projeto de pesquisa teve a apreciação positiva do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 02299412.6.0000.5231).



### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra constitui-se de 109 pacientes. Predomínio do sexo feminino (57,8% n= 63) e idade de 16 a 80 anos com média de 42 anos (DP 16,4), pertencentes às seguintes clínicas cirúrgicas: Ginecologia e Obstetrícia com 37,6% (n=41); Ortopedia com 22,9% (n=25) e Urologia com 16,5% (n=18).

Na classificação de gravidade predominou ASA 1 com 51,4% (n=55) e ASA 2 com 38,3% (n=41) dos pacientes. A técnica anestésica foi dividida em três grupos: Anestesia Geral (40,4% n=44); Bloqueios Associados com Sedação (39,4% n=43) e Apenas Bloqueios (20,2% n=22). O tempo de jejum pré-operatório para líquidos e sólidos variou de 8 a 64 horas, com média de 17 horas e 15 minutos (DP 7:05). A duração média dos procedimentos cirúrgicos realizados foi de 83 minutos (DP: 53,8).

Dos participantes da pesquisa 48,6% (n=53) apresentaram sede no POI, sendo que apenas 4,6% (n=5), verbalizaram este desconforto espontaneamente, com média de intensidade de 6,38 (DP: 2,42).

A Figura 1 retrata a porcentagem dos pacientes que foram aprovados e reprovados durante as cinco aplicações do PSMS.

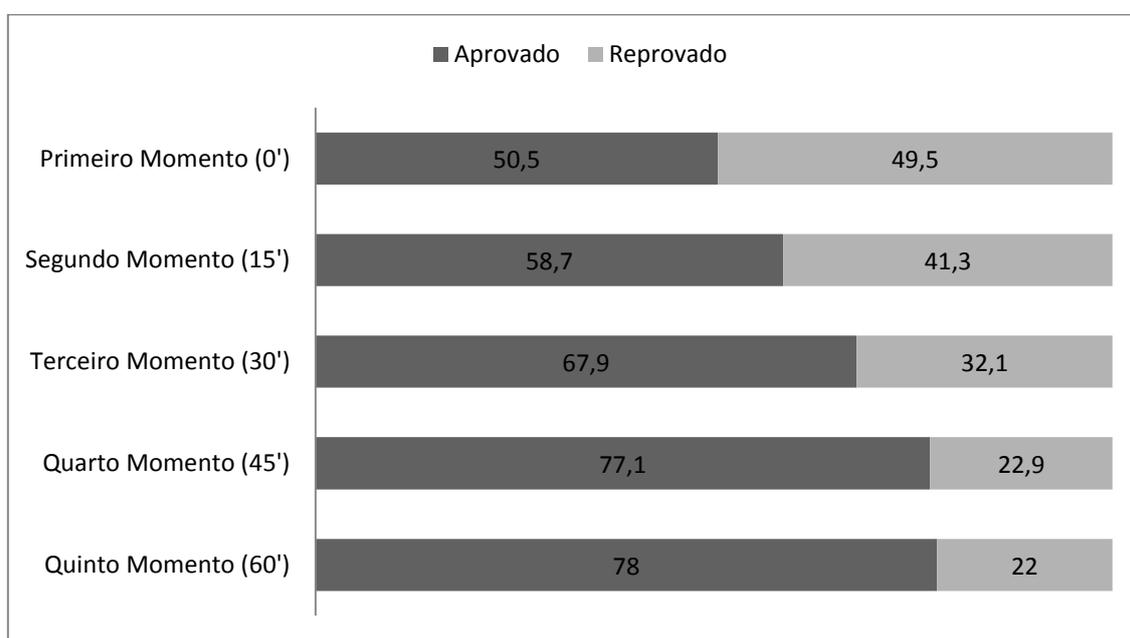


Figura 1 – Percentual de aprovação e reprovação associada aos momentos de aplicação do PSMS, Londrina-PR.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes aprovados e reprovados em relação ao critério de segurança avaliado durante as cinco aplicações do PSMS.

Tabela 01: Relação entre Momentos e índice de aprovações segundo critérios estabelecidos pelo PSMS, Londrina – PR.

Momentos	1°		2°		3°		4°		5°	
	A	R	A	R	A	R	A	R	A	R
Nível de Consciência	54,1	45,9	61,5	38,5	70,6	29,4	78,9	21,1	78,9	21,1
Tosse	75,2	24,8	81,7	18,3	87,2	12,8	91,7	8,3	91,7	8,3
Deglutição	82,6	17,4	89,9	10,1	92,7	7,3	94,5	5,5	95,4	4,6
Náuseas	95,4	4,6	97,2	2,8	98,2	1,8	97,2	2,8	98,2	1,8
Vômitos	98,2	1,8	100	0	100	0	100	0	100	0

Tendo em vista os critérios avaliados no protocolo, o rebaixamento do nível de consciência foi responsável pela reprovação de 45,9% dos pacientes no primeiro momento ( $p < 0,001$ ), sendo este o critério que continuou reprovando nos momentos subsequentes. O nível de consciência rebaixado é o maior fator predisponente para a aspiração e sua avaliação é imprescindível no POI, pois está intimamente ligada a outros reflexos protetores, como a tosse e a deglutição, que impedem a aspiração broncopulmonar de secreções salivares e gástricas. A aspiração pulmonar é uma complicação presente em pacientes no POI sob anestesia geral e acontecem com maior incidência durante o intraoperatório e na recuperação anestésica (KALINOWSKI e KIRSCH, 2004; ANDRADE et al., 2005).



No primeiro momento da avaliação, a ausência de tosse e deglutição reprovaram 24,8% e 17,4% pacientes respectivamente. É fundamental a avaliação desse critério, pois durante a estada do paciente na SRA, ele permanece em decúbito dorsal ainda sob efeito de medicações anestésicas e relaxantes musculares, aumentando a chance de aspiração broncopulmonar de secreções. Os reflexos avaliados permitem que o paciente seja capaz de se defender contra uma possível aspiração (NASCIMENTO et al., 2013).

Durante a anestesia geral o reflexo de deglutição, a respiração, a tosse, a fala e o reflexo de fechamento da glote, estão alterados, pois as drogas anestésicas reduzem o tônus do esfíncter esofágico superior, que é essencial para a sobrevivência, pois permite que a deglutição ocorra de tal forma que não haja aspiração de alimentos, corpos estranhos ou secreções (HOBAlKA e LORENTZ, 2009; MORO, 2004).

A ausência de náusea e vômito também avaliada pelo PSMS obteve maior incidência no primeiro momento, sendo a causa de 4,6% e 1,8% dos pacientes reprovados respectivamente. Estudo australiano de incidência de broncoaspirações, encontrou que 5 dos 244 pacientes apresentam vômitos ou regurgitações no POI, resultando em aspirações pulmonares (KALINOWSKI e KIRSCH, 2004; LAGES, 2005).

A tabela 02 mostra a relação entre os índices de aprovação e reprovação nos cinco momentos de avaliação do PSMS, relacionado com a técnica anestésica usada.

**Tabela 02:** Relação entre o índice de aprovação e reprovação nos cinco momentos de aplicação do PSMS em relação a técnica anestésica, Londrina – PR.

<b>1º Momento</b>			
	<b>Aprovados</b>	<b>Reprovados</b>	<b>p*</b>
Anestesia Geral	11,36%(N=5)	88,63%(N=39)	0,000
Bloqueios com Sedação	74,41% (N=32)	25,58% (N=11)	0,000
Bloqueios sem Sedação	81,81%(N=18)	18,18% (N=4)	0,002
<b>2º Momento</b>			
Anestesia Geral	27,27%( N=12)	72,72% (N=32)	
Bloqueios com Sedação	76,74% (N=33)	23,25 (N=10)	
Bloqueios sem Sedação	86,36% (N=19)	13,63% (N=3)	
<b>3º Momento</b>			
Anestesia Geral	43,18% (N=19)	56,81% (N=25)	
Bloqueios com Sedação	81,39% (N=35)	18,60% (N=8)	
Bloqueios sem Sedação	90,90% (N=20)	9,09% (N=2)	
<b>4º Momento</b>			
Anestesia Geral	59,09% (N=26)	40,90% (N=18)	
Bloqueios com Sedação	86,04% (N=37)	13,95% (N=6)	
Bloqueios sem Sedação	95,45% (N=21)	4,54% (N=1)	
<b>5º Momento</b>			
Anestesia Geral	59,09% (N=26)	40,90% (N=18)	
Bloqueios com Sedação	88,37% (N=38)	11,62% (N=5)	
Bloqueios sem Sedação	95,45% (N=21)	4,54% (N=1)	

\* Teste exato de Fisher

Observou-se relação entre a realização de Anestesia Geral e a reprovação no primeiro momento de avaliação (RR 3,841; IC 95%: 2,434-6,062).

A Tabela 3 distribui as drogas utilizadas em relação com a aprovação no primeiro momento de avaliação, assim como o risco relativo de reprovação. As drogas foram elencadas mediante análise estatísticas que mostrou significância nos testes de qui-quadrado e teste exato de Fischer.

**Tabela 03:** Índice de aprovação e reprovação no primeiro momento e drogas anestésicas utilizadas, Londrina, PR.

<b>Droga anestésica</b>	<b>Aprovado</b>		<b>Reprovado</b>		<b>Total</b>	<b>P*</b>	<b>RR</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>			
Atracúrio	1	11,1	8	88,9	9	0,016	1,932 (IC 95%: 1,412 – 2,645)
Bupivacaína	50	69,4	22	30,6	72	0,000	
Fentanil	29	40,3	43	59,7	72	0,004	2,009 (IC 95%: 1,182 – 3,414)
Midazolam	32	64	18	36	50	0,012	1,642 (IC 95%: 1,122 – 2,403)



Morfina	35	62,5	21	37,5	56	0,013	1,656 (IC 95%: 1,109 – 2,473)
Propofol	7	15,2	39	84,8	46	0,000	3,561 (IC 95% 2,252 – 5,632)
Rocurônio	0	0	26	100	26	0,000	2,964 (IC 95% 2,193 – 4,007)

\* Teste exato de Fisher

O primeiro momento de avaliação foi escolhido para a análise devido a necessidade de desvendar os motivos das reprovações apresentados desde o início da estada do paciente na SRA.

A utilização dos bloqueadores neuromusculares é associada à anestesia geral e tem como benefício promover o relaxamento necessário para a intubação traqueal e facilitar a abordagem do campo operatório. (MARIA, TARDELLI e RODRIGUES, 2004).

Todos os pacientes que receberam rocurônio foram reprovados no primeiro momento. O rocurônio é um bloqueador neuromuscular não despolarizante de ação intermediária. Apresenta longo tempo de ação quando usado em doses maiores que 0,9mg/kg. Um menor índice de recuperação do relaxamento em pacientes adultos foi observado devido ao emprego associado de anestésicos venosos, como no caso da nossa pesquisa (SILVA, 2002; MÓDOLO et al., 2002).

O bloqueio neuromuscular residual é uma das principais complicações relacionadas ao uso desses bloqueadores não despolarizantes. Incluem-se risco de regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico, hipóxia, obstrução de vias aéreas superiores e diminuição da capacidade vital forçada, requerendo a reversão do bloqueio neuromuscular antes mesmo da retirada da cânula endotraqueal. A avaliação proposta pelo PSMS dá suporte à prevenção destas complicações, pois avalia o nível de consciência do paciente, a presença e intensidade da tosse e a deglutição (SOUZA, ROMERO e TARDELLI, 2011).

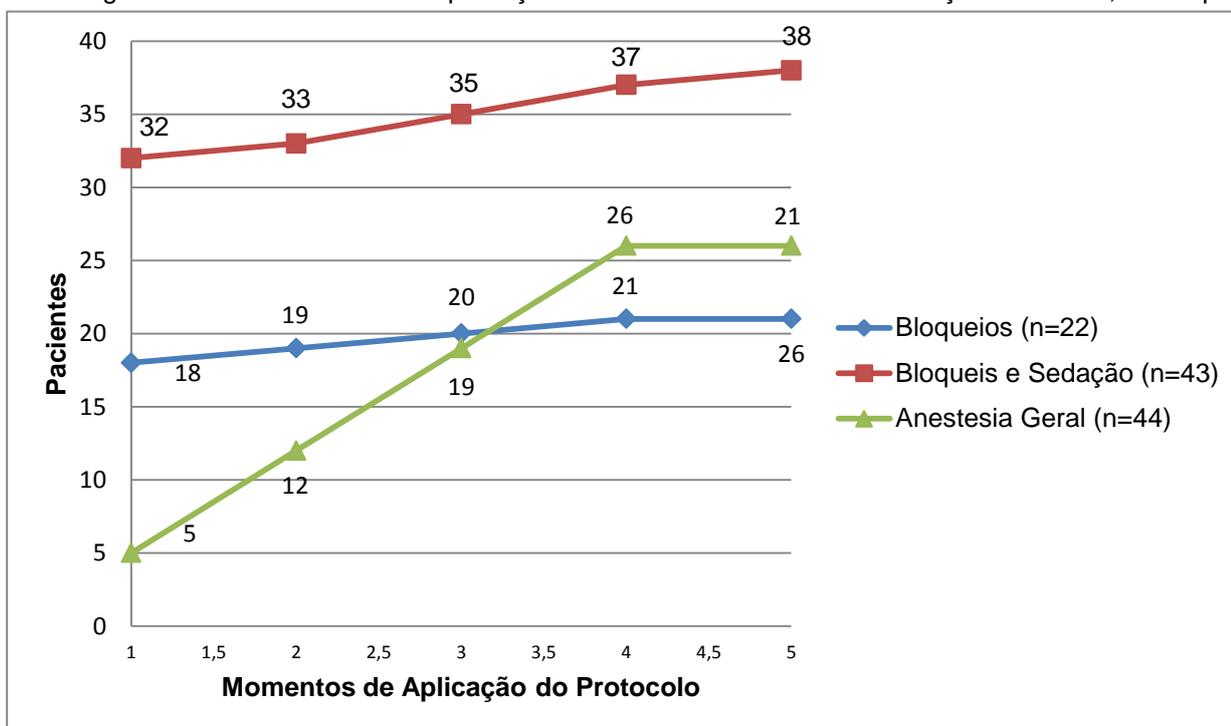
Dos pacientes reprovados, 79,6% (N=43) receberam fentanil em algum momento da anestesia. O fentanil é um opióide potente que tem como vantagem sua rápida ação com estabilidade cardiovascular. Apresenta alta lipossolubilidade, e tem facilidade de penetração 156 vezes maior do que a morfina. O emprego de fentanil em altas doses em cirurgias de grande porte merece atenção quanto à contribuição da concentração plasmática residual desse fármaco (ISSY et al., 2002).

O propofol foi usado por 72,2% (N=39) dos pacientes que apresentaram reprovação no primeiro momento. Observa-se também que 87,3% (N=48) dos pacientes aprovados, não fizeram uso dessa droga. O propofol é classificado como agente anestésico hipnótico e sedativo, sendo muito usado por ser uma droga de extrema eficiência e por proporcionar um despertar com efeitos residuais diminuídos (SARMENTO, 2004; BARBOSA, 2007; KAWAGUTI, 2006).

No uso de propofol em procedimentos endoscópicos, o nível de consciência foi estabelecido como critério de recuperação/alta, sendo que o tempo médio de recuperação desses pacientes foi de 14,6 minutos, e de alta 24,5 minutos (KAWAGUTI, 2006).

Neste estudo, houve reprovação no primeiro momento relacionados aos critérios Tosse e deglutição com índices estatisticamente significados quando relacionado à atracúrio (88,9%), fentanil (59,7%), propofol (84,8%) e Rocurônio (100%). O reflexo de proteção das vias aéreas é um mecanismo dinâmico que acompanha o amadurecimento do sistema nervoso central (SNC) e está intimamente ligado com fatores hormonais e neuro-humorais, que são inibidos pelas drogas anestésicas (BALBANI, 2012).

A figura 02 mostra o índice de aprovações nos cinco momentos de avaliação do PSMS, dividido por técnica



anestésica utilizada.

Figura 02: Aprovações nos diferentes momentos de



aplicação do PSMS em relação à técnica anestésica realizada, Londrina – PR.

Observa-se que o índice de aprovação do primeiro (48,6%), segundo (58,7%) e terceiro (67,9%) momentos de avaliação indicam que a maioria dos pacientes com sede estavam aprovados e poderiam receber um método de alívio de forma segura. Dessa forma, a utilização do PSMS possibilita que a sede seja avaliada e tratada precocemente, sendo que aos 30 minutos de permanência na SRA (terceiro momento) o número de pacientes que podem receber a estratégia de alívio é considerável.

Analisando os dados referentes aos pacientes que utilizaram a técnica anestésica de bloqueio (com e sem sedação), observa-se elevado índice de aprovação (4,41% e 81,81% respectivamente, mesmo a partir do primeiro momento. Esta é uma forte justificativa para se utilizar o PSMS com estes pacientes já na chegada a SRA, permitindo a diminuição do desconforto e a saciedade da sede precocemente.

#### 4 CONCLUSÃO

A liberação da administração do método de alívio da sede de forma segura, proposta pelo PSMS, está vinculada com a rigorosa avaliação do nível de consciência, dos reflexos protetores das vias aéreas e da ausência de náuseas e vômitos. Os resultados deste estudo demonstram a aprovação da segurança pelo PSMS em cinco momentos, retrata que a reprovação principalmente nos primeiros momentos está vinculada ao uso de relaxantes musculares e drogas analgésicas derivadas de opiáceos.

A periodicidade da aplicação do PSMS indica, ainda que de forma preliminar, que para procedimentos de anestesia geral o melhor momento de aplicação é durante o terceiro momento, enquanto para procedimento de bloqueio (com ou sem sedação) o índice de aprovação já é alto na chegada do paciente na SRA.

O PSMS permite que sejam avaliados intencionalmente critérios de segurança para a administração de estratégias eficazes para minorar a sede do paciente em recuperação anestésica. Isso representa um avanço considerável para a humanização do cuidado ao paciente cirúrgico, evitando complicações advindas de broncoaspiração, assim como promovendo o conforto em relação a um sintoma tão estressante neste período.

#### REFERÊNCIAS

Arai S, Puntillo NSK. **Thirst in Critically Ill Patients: From Physiology to Sensation.** AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, July 2013, Volume 22, No. 4.

Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. **Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica.** Acta Paul Enferm. 2012; 25(4):530-6

Balbani APS. **Tosse: neurofisiologia, métodos de pesquisa, terapia farmacológica e Fonoaudiológica.** Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2012;16(2):259-268.

Barbosa FT. **Síndrome da Infusão do Propofol.** Rev Bras Anesthesiol 2007; 57: 5: 539-542

Cho EA, Kim KH, Park JY. **Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study.** Journal of Korean Academy of Nursing. 2010. n.p

Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. **Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas.** Rev. esc. enferm. USP[online]. 2015, vol.49, n.1, pp. 122-128. ISSN 0080-6234.

Gois FLG, Aguillar OM, Santos V, Rodríguez EOL. **Fatores estressantes para o paciente submetido a cirurgia cardíaca.** Invest Educ Enferm. 2012;30(3).

Hobaika ABS, Lorentz MN. **Laringoespasma.** Rev Bras Anesthesiol 2009; 59: 4: 487-495

Issy AM, Espada EB, Sakata RK, Lanchote VL, Junior JOCA, Santos SRCJ. **Efeito Analgésico Residual do Fentanil em Pacientes Submetidos a Revascularização do Miocárdio com Circulação Extracorpórea.** Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 52, Nº 5, Setembro - Outubro, 2002.

Kalinowski PH, Kirsch JR. **Strategies for prophylaxis and treatment for aspiration.** Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology Vol. 18, No. 4, pp. 719–737, 2004.

Kawaguti FS. **Propofol sedation during endoscopic procedures: safe and effective administration by registered nurses supervised by endoscopists.** Endoscopy 2006; 38 (4): 360-367. AWAGUTI, 2006



Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro N, Abelha FJ. **Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do “Pequeno-Grande” Problema.** Rev Bras Anesthesiol 2005; 55: 5: 575 – 585.

Maria LFR, Tardelli MA, Rodrigues RC. **Efeito da administração do atracúrio sobre a recuperação do bloqueio neuromuscular induzido pelo pancurônio.** Rev. Bras. Anesthesiol. vol.54 no.3 Campinas May/June 2004.

Módolo NSP, Nascimento JRP, Croitor LBJ, Vianna PTG, Castiglia YMM, Ganem EM, Braz JRC,

Moro ET. **Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico.** Rev. Bras. Anesthesiol. 2004;54(2):261-75

Nascimento LA, Fonseca LF. **Sede do Paciente Cirúrgico: Elaboração e Validação de um Protocolo de Manejo Seguro da Sede.** Rev enferm UFPE on line. 2013 Mar; 7 (esp): 915-23.

Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Senzel RS, Manfredi PL, Davis, SM, Morrison, S.I. **Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care.** Crit Care Med 2001 Vol. 29, No. 2.

Sarmento RFO. **Propofol.** Membro da Comissão Científica da SAERJ, 2004.

Silva AF. **Rocurônio. Cap 12.** Bloqueadores Neuromusculares - Bases Científicas e Uso Clínico em Anestesiologia. Membro da Comissão Científica da SAERJ, 2002.

Souza CMS, Romero FER, Tardelli MA. **Avaliação do Bloqueio Neuromuscular em Crianças no Momento da Reversão do Bloqueio e da Retirada da Cânula Endotraqueal.** Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 61, No 2, Março-Abril, 2011.