



## PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA SOBRE A SEDE: ANÁLISE DE MÚLTIPLAS INSTITUIÇÕES

Samira Beserra dos Santos<sup>1</sup>, Lígia Fahl Fonseca<sup>2</sup>, Leonel Alves do Nascimento<sup>3</sup>

**RESUMO:** A pesquisa procurou compreender como a equipe de enfermagem de múltiplas instituições de saúde pública e privada do município de Londrina – PR, percebe, trata e se sente perante um paciente com sede no perioperatório. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, realizada em 2 hospitais públicos e um privado do município de Londrina – PR. Foram entrevistados 17 funcionários, entre eles Enfermeiros e técnicos de enfermagem. A coleta de dados transcorreu entre os meses de junho e julho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas posteriormente submetidas a análise de discurso segundo referencial teórico Martins e Bicudo. Foram encontradas três categorias: Sede: um desconforto presente no POI, Manejo da sede e Sentimentos perante o paciente com sede. Como resultado pode se perceber que a sede é um sintoma presente no POI, porém não facilmente percebido, pois a maioria dos entrevistados relataram esse desconforto somente quando questionados pela pesquisadora. Alguns sinais como boca seca, ressecamento de lábios e mucosas e turgor de pele diminuído. Como fatores que levam o paciente a sentir sede os entrevistados citam o jejum e o seu tempo como fator principal. Alguns dos entrevistados não souberam responder o que leva o paciente a sentir esse desconforto. Condutas para aliviar a sede do paciente são: molhar os lábios do paciente com soro fisiológico com auxílio de gaze ou algodão. Outros não realiza o manejo devido à presença rotinas estabelecidas da unidade ou por temor de complicações. Dentre os sentimentos e dúvidas relatados encontram-se a sensação de estar de mãos atadas diante da sede do paciente, e a impossibilidade de Sentimento e dúvidas frente ao manejo da sede foram relatados pelos entrevistados, alguns deles se sentem de mão atadas frente à sede do paciente, se sentem impossibilitados de ajudar, pois não podem oferecer água. Os funcionários que optam buscar amenizar a sede do paciente sentem-se satisfeitos, pois o paciente apresenta uma melhora imediata. Conclui-se que a sede é um desconforto presente no POI, porém de difícil identificação e enfretamento pela equipe de enfermagem em SRA.

**PALAVRAS-CHAVES:** Sede, Manejo da Sede, Percepção dos profissionais

### 1 INTRODUÇÃO

Pacientes cirúrgicos relatam que a sede é um desconforto estressor apresentados por eles, em uma avaliação de 10 sintomas em 171 pacientes, a sede foi o segundo sintoma mais comum e o mais intenso (PUNTILLO et al., 2010).

Assim como a dor, a sede é uma sensação comum, altamente incidente, estudo realizado em um hospital de grande porte na região norte do Paraná com 128 pacientes, (75%) relataram a sede como desconforto (ARONI, NASCIMENTO, FONSECA, 2012).

O mecanismo fisiológico da sede esta relacionado com as alterações osmóticas e volemicas denominada de sede osmótica e sede hipovolemica respectivamente.

A sede osmótica esta relacionada com o sódio extracelular, quando a concentração de sódio extracelular fica elevada, ocorre desidratação intracelular. No hipotálamo os osmorreceptores detectam essa osmolaridade fazendo com que libere vasopressina, favorecendo a reabsorção de água. A sede hipovolemica é caracterizada pela oscilação de volumes e pressão intravascular, as alterações volemicas ativam um complexo neuro-hormonais que liberam vasopressina, corticotropina e glicocorticoide ativando consequentemente o sistema renina-angiotensina-aldosterona, com o objetivo de restabelecer a volemia (ARAI, STOTTS, PUNTILLO, 2013).

A ocorrência da sede no perioperatorio é considerada uma consequência de diversos fatores e esta relacionada com o jejum operatório, drogas utilizadas durante o procedimento anestésico e com a própria perda sanguínea durante o procedimento cirúrgico (NASCIMENTO, FONSECA, 2013).

O jejum pré-operatório foi instituído há muitos anos, no início de práticas anestésicas, para garantir o esvaziamento do conteúdo gástrico a fim de evitar complicações pulmonares como broncoaspiração (AGUILAR-NASCIMENTO, PERRONE, 2009).

As drogas utilizadas nos procedimentos anestésicos provocam o ressecamento da mucosa oral, que provoca uma reação de redução da secreção salivar ocasionando secura da boca e sensação de sede (OMOIGUI, 2001).

Durante o procedimento cirúrgico, a perda sanguínea pode variar de pequena a grande volume, sendo assim pode ocasionar a queda da pressão arterial. A queda da pressão ativa a produção de renina e reações

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Londrina



químicas a fim de normalizar todo esse processo, que resulta em um reflexo de sede para o paciente cirúrgico. (GUYTON, 2002).

Apesar de a sede ser uma sensação predominantemente intensa, ela não é avaliada, tratada e valorizada pela equipe na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Os profissionais que dão assistência aos pacientes com sede no pré-operatório ou paciente crítico, desconhecem o manejo da sede. O temor da broncoaspiração por parte dos profissionais faz com que atuem prolongando o jejum na intenção de prevenir tal complicação (NASCIMENTO, FONSECA, 2013).

O Protocolo de Segurança para o Manejo Seguro da Sede (PSMS) é um novo instrumento validado, elaborado e avaliado a confiabilidade com o objetivo de auxiliar o profissional da SRA a avaliar as condições de segurança do paciente para estratégia do manejo da sede, pois permite a identificação de pacientes aptos ou não a receberem a intervenção no pós-operatório imediato (POI) (NASCIMENTO, FONSECA, 2013).

Dentro da sua rotina de trabalho, a equipe de enfermagem é treinada para identificar desconfortos objetivos e visíveis como à dor, hipotermia, náuseas e vômitos, porém incômodos subjetivos, ou seja, que envolve aspectos individuais como a sede, passa despercebida.

Em período de grandes movimentações em SRA de grandes centros, vários pacientes são admitidos simultaneamente ocasionando assim uma observação superficial do indivíduo, conseqüentemente a equipe não percebe a sede como um desconforto real e estressante.

Além disso, muitos pacientes têm dificuldade em verbalizar a presença de sede, pois consideram que é fator inerente ao processo de jejum no perioperatorio.

Diante desse contexto, tornou-se relevante a realização desta pesquisa para compreender como a equipe de enfermagem que atua em SRA (Sala de Recuperação Anestésica) de diferentes instituições de saúde percebe, trata e se sente perante um paciente com sede no perioperatorio.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, realizados em três hospitais da região norte do Paraná. O hospital A é uma instituição pública, possui 5 salas operatórias e uma Sala de Recuperação Anestésica; Hospital B é um hospital público com 5 salas operatórias e e uma SRA e o Hospital C é um hospital privado com 6 salas operatórias e uma SRA. A população de estudo foram técnicos de enfermagem que atuam em Sala de Recuperação Anestésica (SRA).

A amostra foi constituída por 3 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem que atuam em SRA no total 17 participantes, sendo 14 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Foram enviadas cartas convites a esses hospitais para participarem da pesquisa. A seleção da amostra se deu pela voluntariedade em participar da pesquisa e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2015, através de entrevistas semi-estruturadas com as seguintes perguntas norteadoras: Quais os desconfortos que o paciente sente no pós-operatório imediato? Como você identifica que o paciente tem sede? O que leva o paciente a sentir sede? Qual a sua conduta perante o desconforto da sede do paciente? Como você se sente cuidando de um paciente cirúrgico que tem sede? As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição..

Trata-se de um subprojeto derivado do projeto-mãe “Sede do paciente cirúrgico: compreensão da problemática e elaboração de estratégias para o manejo da sede no pós-operatório” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer nº 049/2012 número CAAE: 02299412.6.0000.523.

Após serem transcritas, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo segundo Martin e Bicudo.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise das entrevistas possibilitou a formação de 3 categorias: Sede: um desconforto presente no POI, Manejando a sede, Sentimentos perante o paciente com sede.

Na categoria Sede: um desconforto presente os entrevistados identifica que a sede apresenta-se como desconforto no POI, porém a maioria (11 de 17) dos entrevistados somente relataram esse desconforto a partir do questionamento feito pela pesquisadora.

Na segunda categoria: Manejando a sede os entrevistados referem que o próprio paciente verbaliza que esta com sede. E como sintoma os entrevistados reconhecem a sede através de sinais como: boca seca, lábios ressecados, mucosa ressecada, turgor de pele diminuído, saliva grossa, garganta seca. Ainda referem que o paciente tenta juntar saliva, e que fica passando a língua nos lábios como forma de amenizar o ressecamento dos lábios.

Como causa da sede, a maior parte dos entrevistados citam o jejum juntamente com as perdas sanguíneas e medicamentos, anestésias e tipo de cirurgia. Segundo eles propiciam o aparecimento dos sintomas. Drogas utilizadas em procedimentos anestésico provocam ressecamento da mucosa oral, ocasionando secura ra da boca (OMOIGUI, 2001). Perdas sanguíneas pode resultar em um reflexo de sede pelo paciente devido a queda



da pressão arterial que ativa a produção de renina e angiotensina II afim de normalizar todo o ciclo (GUYTON, 2002).

Dois dos entrevistados não souberam responder o que poderia levar o paciente a sentir sede.

Algumas estratégias são utilizadas a fim de diminuir a sede do paciente, condutas como molhar os lábios do paciente com água, soro e água destilada, com o auxílio de gaze ou algodão. Outras estratégias também são utilizadas como dar um pouco de água cerca de 10 ml ao paciente, outros pingam um pouquinho de água nos lábios do paciente.

Observe-se que em muitos casos, água não é oferecida ao paciente seja por existir protocolo na unidade estabelecendo que não é permitido dar água ou seja por pelo temor de risco de broncoaspiração, nesse caso o funcionário orienta o paciente que ele não pode beber água no momento.

Os critérios estabelecidos para que o paciente receba água no POI, o paciente deve estar acordado, sem náuseas e vômitos, outros funcionários preferem comunicar o anestesista que o paciente está com sede.

Na terceira categoria: Sentimentos perante a sede do paciente, os entrevistados relataram que se sentem de mão atadas, e que se sentem impossibilitados em ajudar o paciente.

O profissional teme em realizar o manejo devido às complicações que o paciente pode apresentar. Outros relataram que tentam resolver o problema, e que se sentem satisfeitos por tentar amenizar esse desconforto.

#### 4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a sede é um desconforto presente no POI, porém é um desconforto subvalorizado pela equipe de enfermagem.

Os funcionários são treinados para identificar desconfortos visíveis como dor, náuseas e vômitos e hipotermia, no entanto desconfortos subjetivos, ou seja, que envolve aspectos individuais como a sede passa despercebida.

Existe um temor pelos funcionários acerca do manejo da sede no POI, devido ao temor da broncoaspiração e outras complicações. É necessário que as equipes de enfermagem das diversas instituições onde foram realizadas o estudo passem por um treinamento referente ao tema para que se atente para esse desconforto tão presente.

#### REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, JE.; PERRONE, F.; PRADO, L, I, A. Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência?. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 36, n. 4, p. 350-352, 2009.

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.

ARONI, P.; NASCIMENTO, L, A.; FONSECA, LF. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 4, p. 530-6, 2012.

GUYTON, H.; Tratado de Fisiologia Médica. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002.

NASCIMENTO L,A.; FONSECA LF. Sede no paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede. J Nurs UFPE. 2013

OMOIGUI, S; Manual de drogas usadas em anestésias, 2ª ed., São Paulo Santos 2001.

PUNTILLO, KA; et al., Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. Critical care medicine, v. 38, n. 11, p. 2155, 2010

MARTINS, J; BICUDO, M.A.V.; A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/ EDUC, 1989.

NASCIMENTO L,A.; FONSECA LF. Sede no paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede. J Nurs UFPE. 2013