

Artigo Original

Domingos LL, Mendonça PB, Araújo-Monteiro GKN, Pereira EBF, Oliveira DAL, Pessoa NRC, et al.

Intensidade e desconforto da sede no pós-operatório imediato de cirurgias oncológicas: estudo transversal.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250241.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250241.pt>

Intensidade e desconforto da sede no pós-operatório imediato de cirurgias oncológicas: estudo transversal

Intensity and discomfort of thirst in the immediate postoperative period of oncological surgeries: a cross-sectional study

Intensidad y el malestar de la sed en el postoperatorio inmediato de cirugías oncológicas: un estudio transversal

Larissa de Lima Domingos^a <https://orcid.org/0000-0003-2212-1674>

Polyana Bezerra Mendonça^b <https://orcid.org/0000-0002-0497-8589>

Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro^b <https://orcid.org/0000-0002-4395-6518>

Emanuela Batista Ferreira e Pereira^b <https://orcid.org/0000-0003-4665-4379>

Diego Augusto Lopes Oliveira^b <https://orcid.org/0000-0003-1754-7275>

Natália Ramos Costa Pessoa^b <https://orcid.org/0000-0001-9206-1836>

Camilla Ribeiro Lima de Farias^b <https://orcid.org/0000-0002-4514-1013>

^a Secretaria de Saúde de Queimadas (SESAU), Queimadas-PB, Brasil

^b Universidade de Pernambuco (UPE), Recife-PE, Brasil

Como citar este artigo:

Domingos LL, Mendonça PB, Araújo-Monteiro GKN, Pereira EBF, Oliveira DAL, Pessoa NRC, et al. Intensidade e desconforto da sede no pós-operatório imediato de cirurgias oncológicas: estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250241.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250241.pt>

RESUMO

Objetivo: Verificar a intensidade da sede e os fatores demográficos e clínicos associados a esse desfecho entre pacientes oncológicos em pós-operatório imediato.

Método: Estudo transversal, realizado na Sala de Recuperação Pós-Anestésica de um hospital filantrópico na Paraíba, Brasil, com 87 pacientes submetidos a cirurgias oncológicas. Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2022, por meio da Escala Visual

Analógica, Escala Verbal Numérica e Escala de Desconforto da Sede Perioperatória, os quais foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Utilizaram-se o teste U de Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman ($p \leq 0,05$) para comparação entre a intensidade de sede, variáveis sociodemográficas e clínicas.

Resultados: A avaliação da sede por meio da Escala Visual Analógica, Escala Visual Numérica e Escala de Desconforto da Sede Perioperatória resultou em medianas de 3, 4 e 5, respectivamente, e a intensidade da sede demonstrou uma correlação inversa estatisticamente significativa com a idade ($p = 0,046$).

Conclusão: A sede no pós-operatório imediato foi frequente e apresentou correlação inversa com a idade, sendo mais intensa em pacientes mais jovens. Os achados reforçam a necessidade de avaliar e manejar a sede de forma sistemática nesse período.

Descritores: Sede; Período Pós-Operatório; Oncologia Cirúrgica.

ABSTRACT

Objective: To investigate thirst intensity and demographic and clinical factors associated with this outcome among cancer patients in the immediate postoperative period.

Method: A cross-sectional study conducted in the Post-Anesthesia Recovery Room of a philanthropic hospital in Paraíba, Brazil, with 87 patients undergoing oncological surgeries. Data were collected in July and August 2022 using the Visual Analogue Scale, Numerical Verbal Scale, and Perioperative Thirst Discomfort Scale, which were subjected to descriptive and inferential statistical analysis. The Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman's correlation ($p \leq 0.05$) were used to compare thirst intensity, sociodemographic variables, and clinical variables

Results: Thirst assessment using the Visual Analogue Scale, Numerical Visual Scale, and Perioperative Thirst Discomfort Scale resulted in medians of 3, 4, and 5, respectively, and thirst intensity showed a statistically significant inverse correlation with age ($p = 0.046$).

Conclusion: Thirst in the immediate postoperative period was frequent and inversely correlated with age, being more intense in younger patients. The findings reinforce the need to systematically assess and manage thirst during this period.

Descriptors: Thirst; Postoperative Period; Surgical Oncology.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la intensidad de la sed y los factores demográficos y clínicos asociados con este desenlace entre pacientes con cáncer en el período postoperatorio inmediato.

Método: Este estudio transversal se realizó en la Sala de Recuperación Postanestésica de un hospital filantrópico en Paraíba, Brasil, con 87 pacientes sometidos a cirugías oncológicas. Los datos se recopilaron en julio y agosto de 2022 utilizando la Escala Visual Analógica, la Escala Verbal Numérica y la Escala de Malestar de Sed Perioperatoria, las cuales se sometieron a análisis estadístico descriptivo e inferencial. Se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney, prueba Kruskal-Wallis y la correlación de Spearman ($p \leq 0,05$) para comparar la intensidad de la sed, las variables sociodemográficas y las variables clínicas.

Resultados: La evaluación de la sed mediante la Escala Visual Analógica, la Escala Visual Numérica y la Escala de Malestar de Sed Perioperatoria arrojó medianas de 3, 4 y 5, respectivamente, y la intensidad de la sed mostró una correlación inversa estadísticamente significativa con la edad ($p = 0,046$).

Conclusión: La sed en el postoperatorio inmediato fue frecuente y presentó una correlación inversa con la edad, siendo más intensa en los pacientes más jóvenes. Los hallazgos refuerzan la necesidad de evaluar y gestionar sistemáticamente la sed durante este período.

Descriptores: Sed; Periodo Posoperatorio; Oncologia Quirúrgica.

INTRODUÇÃO

A sede é definida como um sintoma subjetivo caracterizado por um desconforto que induz o indivíduo a uma intensa necessidade de ingerir água. A regulação desse sintoma envolve mecanismos como a tonicidade celular e a diminuição do fluido extracelular, sinalizadas pelo sistema neuro-hormonal, configurando-se como uma das sensações de desconforto mais recorrentes no período pós-operatório imediato (POI)⁽¹⁾.

Pode ser identificada e classificada por meio de sinais e sintomas como lábios ressecados, boca seca, paladar desagradável, língua e saliva grossa, além da vontade consciente de beber água. Recomenda-se que sua identificação seja realizada considerando os critérios de avaliação, como a percepção da intensidade e frequência, e o desconforto provocado pela sede, integrando a prática clínica⁽¹⁾, e que especial atenção seja oferecida aos pacientes submetidos a cirurgias oncológicas, já expostos a maiores riscos metabólicos⁽²⁾.

Diversos fatores externos e internos influenciam a sensação complexa da sede, incluindo a homeostase dos fluidos corporais, as alterações de produção salivar do sistema nervoso simpático e parassimpático, o estresse psicológico e as sensações viscerais⁽³⁾. São fatores marcadamente afetados no contexto cirúrgico, e estudos que avaliaram a sede no pós-operatório apresentam como fatores contribuintes sexo, medicamento anestésico utilizado e tipo de cirurgia⁽⁴⁾.

Em virtude de sua natureza subjetiva e multifatorial, torna-se imperativo avaliar a sede em sua totalidade, abrangendo dimensões como incidência, frequência e desconforto. A avaliação e mensuração da prevalência podem ser realizadas por meio de instrumentos como a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Verbal Numérica (EVN) e a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP)^(5,6).

A avaliação das dimensões da sede visa possibilitar ações dos profissionais de saúde direcionadas ao seu manejo e alívio, como o uso de goma de mascar, estímulos orais frios, água em temperatura ambiente e hidratante oral⁽⁷⁻¹⁰⁾. Entretanto, a assistência limitada a esse fenômeno representa um desafio para a equipe clínica, especialmente para os enfermeiros, que acompanham o paciente em cada etapa do período perioperatório. Isso ressalta a importância de uma avaliação precisa e da busca por intervenções que atendam às necessidades dos pacientes⁽¹¹⁾.

A mensuração da sede no POI de pacientes submetidos a cirurgias, especialmente as oncológicas, é de grande importância, uma vez que pode guiar intervenções na assistência durante a recuperação cirúrgica. Os pacientes referem ter percebido maior qualidade no atendimento e alívio dos sintomas^(9,10). Outros determinantes da sensação de sede em

pacientes oncológicos podem ser desidratação, hiperosmolaridade, uso de opioides, respiração bucal, vômitos e estomatite⁽¹²⁾.

Os fatores associados à sede no período pós-operatório necessitam de compreensão para melhor planejamento do cuidado de enfermagem, especialmente em pacientes oncológicos, cuja expectativa pela continuidade da vida já pode ter sido afetada, gerando sentimentos de desfecho de cuidado negativo, medo, morte e angústia espiritual⁽¹³⁾. Compreender os aspectos fisiológicos, emocionais e ambientais que influenciam a manifestação da sede possibilita ao enfermeiro elaborar um plano de cuidados direcionado, com estratégias de alívio adequadas à realidade de cada paciente. Esse olhar ampliado favorece uma abordagem humanizada e proativa, contribuindo para a melhora do conforto, da satisfação e da recuperação pós-cirúrgica⁽⁵⁾.

A prevalência da sede é considerada um desafio para a equipe multidisciplinar e um indicador de qualidade da assistência pós-cirúrgica. Diante desse cenário, o estudo se propôs a responder à seguinte pergunta de pesquisa: Qual é a intensidade da sede, e quais fatores demográficos e clínicos estão associados a esse desfecho em pacientes oncológicos no POI? Assim, o objetivo foi verificar a intensidade da sede e os fatores demográficos e clínicos associados a esse desfecho entre pacientes oncológicos em POI.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa, conduzido no período de julho a agosto de 2022 em uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) de uma instituição de saúde assistencial localizada em Campina Grande, município do estado da Paraíba, Brasil.

O cálculo do tamanho amostral foi baseado no número de procedimentos cirúrgicos oncológicos realizados no local do estudo (152 cirurgias/trimestre). Utilizou-se a calculadora do Epi Info[®], adotando um nível de confiança de 95% e margem de erro igual a 7%, resultando na necessidade de avaliar 87 pacientes para obtenção de uma amostra representativa.

Optou-se por utilizar o número de procedimentos cirúrgicos oncológicos realizados no primeiro trimestre de 2022, em vez do total anual de 2021, devido ao impacto da pandemia de COVID-19 sobre a produção cirúrgica, de modo a refletir de forma mais fidedigna a retomada do fluxo cirúrgico e, portanto, oferecer uma base mais robusta e adequada para o cálculo amostral. O ano de 2021 apresentou uma redução significativa no volume de cirurgias

decorrente da suspensão e do escalonamento de procedimentos eletivos, o que tornaria a estimativa não representativa da rotina assistencial do serviço.

Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, em POI de cirurgias oncológicas (primeiras 24 horas após o procedimento), conscientes, acordados e colaborativos. Foram excluídos pacientes em ventilação mecânica não espontânea e com sequelas cognitivas ou visuais graves, por não possuírem condições clínicas que garantissem comunicação eficaz, compreensão adequada das instruções ou resposta fidedigna aos instrumentos de avaliação das dimensões da sede utilizados. A aplicação das escalas requer interação consciente, julgamento subjetivo e capacidade de manifestação verbal ou visual, o que seria inviável e, potencialmente, gerador de desconforto ou interpretação equivocada nesses grupos.

Os procedimentos de coleta de dados foram norteados por instrumentos validados. A EVN e a EVA registram a presença de sede e a sua intensidade em valores numéricos de 0 a 10, em que 0 indica ausência de sede, e 10 corresponde ao maior nível de sede^(5,6).

A EDESP contém itens avaliados por meios de uma classificação do tipo Likert de três pontos, resultando em uma pontuação total de 0 a 14, em que 14 pontos correspondem à maior intensidade de sede. A EDESP analisa o desconforto da sede através da avaliação quanto à boca e garganta secas, lábios ressecados, língua e saliva grossas, gosto ruim na boca, e vontade de beber água^(5,14).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas distintas e subsequentes. Na primeira etapa, ocorreu a visita pré-operatória aos pacientes, na qual foi aplicado formulário semiestruturado, que contemplou informações para o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes. Durante a etapa da visita pré-operatória, a anuência dos participantes foi obtida mediante apresentação e leitura assistida do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em linguagem acessível e compatível com o nível de compreensão dos sujeitos da pesquisa.

Para a caracterização do perfil dos entrevistados, foram avaliadas as seguintes variáveis sociodemográficas: cor da pele (classificada em branco e não branco); idade (em anos); sexo biológico (masculino ou feminino); escolaridade (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior); situação conjugal (com ou sem companheiro); e local de moradia (cidade de origem).

As variáveis clínicas foram coletadas a partir de informações do livro de registro de procedimentos cirúrgicos do setor, sendo analisados a presença de comorbidades (sim/não), o

tipo de cirurgia realizada (cabeça, pescoço e partes moles/sistemas gastrointestinal e geniturinário/mamas/anexos) e o tempo do procedimento (em minutos).

A segunda etapa consistiu na aplicação da EVN, EVA e EDESP, com coleta de dados na SRPA no POI. Previamente à aplicação dos instrumentos de coleta de dados, foi realizada orientação detalhada aos participantes sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, garantindo-se a compreensão plena dos aspectos envolvidos no estudo. Foram garantidos aos participantes liberdade de não participar da pesquisa ou dela desistir, privacidade, confidencialidade e anonimato.

A fim de reduzir fatores de confundimento para avaliação da sede relacionados ao ambiente, foi garantido que a coleta de dados ocorresse no mesmo local para todos os participantes, com temperatura que variou entre 20 e 24°, conforme Resolução da Diretoria Colegiada nº 50⁽¹⁵⁾.

Para a análise de dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*[®]. Inicialmente, foi realizada análise descritiva da amostra utilizando média, mediana, intervalo interquartil, desvio padrão, e valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas. Para as variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa. A comparação entre os níveis de sede medidos pela EVA, AVN e EDESP e as variáveis categóricas foi realizada a partir da aplicação do teste U de Mann-Whitney e do teste de Kruskal-Wallis. Para a verificação da correlação entre os níveis de sede e as variáveis contínuas, foi aplicado o teste de correlação de Spearman. A escolha do teste U de Mann-Whitney, do teste de Kruskal-Wallis e da correlação de Spearman se deveu à evidência de distribuição não normal dos escores de sede obtidos pela EVA, AVN e EDESP. Para todos os testes, adotou-se o valor de p de 0,05.

O estudo seguiu as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁶⁾, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 5.478.930. Todos os pacientes foram convidados e, após o aceite, assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Foram avaliados 87 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos oncológicos, e 56,3% foram do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta as variáveis de caracterização da amostra. Quanto ao procedimento anestésico, predominou a anestesia geral (78,2%).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas e clínicas

categóricas (n=87). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022

	N	%
Sexo		
Masculino	49	56,3
Feminino	38	43,7
Procedência		
Campina Grande	30	34,5
Cidades circunvizinhas	57	65,5
Raça		
Branco	38	43,7
Preto	10	11,5
Pardo	39	44,8
Situação conjugal		
Com companheiro (a)	45	51,7
Sem companheiro (a)	42	48,3
Nível de escolaridade		
Ensino fundamental	61	70,1
Ensino médio	15	17,2
Ensino superior	11	12,6
Comorbidades		
Sim	35	40,2
Não	52	59,8
Tipo de cirurgia		
Cabeça, pescoço e partes moles	40	46
Sistema gastrointestinal e geniturinário	31	35,6
Mastectomia	13	14,9
Anexos	2	2,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O tempo do procedimento cirúrgico teve mediana igual a 53,5, com variação entre 15 e 200 minutos, e a EVA, a EVN e a EDESP apresentaram mediana de escore igual a 3, 4 e 5, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo escalas para avaliação da sede e variáveis sociodemográficas e clínicas contínuas. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022

Variável	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Valor de p***
Idade*	59,95	62	15,31	23	93	0,164
Tempo do procedimento**	63,58	53,5	39,63	15	200	<0,001
EVA	3,33	3	2,62	0	10	<0,001
EVN	3,95	4	3,06	0	10	0,001
EDESP	5,1	5	3,68	0	14	0,005

Legenda: *Em anos; **Em minutos; ***Teste de Kolmogorov-Smirnov; EVA - Escala Visual Analógica; EVN - Escala Visual Numérica; EDESP - Escala de Desconforto da

Sede Perioperatória.

No que se refere à EDESP, foram avaliados os atributos relacionados à percepção da sede, como boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca e vontade de beber água. A vontade de beber água foi o sintoma que gerou maior desconforto, com 24,1% (n = 21) dos participantes relatando muito incômodo (Tabela 3).

Tabela 3 - Parâmetros avaliados de pacientes no pós-operatório imediato de cirurgias oncológicas de acordo com a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (n=87). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022

Variáveis	N	%
Paciente está com sede		
Sim	40	46
Não	47	54
Queixa espontânea		
Sim	10	11,5
Não	77	88,5
Boca seca		
Nada incomodado (a)	24	27,6
Um pouco incomodado (a)	44	50,6
Muito incomodado (a)	19	21,8
Lábios ressecados		
Nada incomodado (a)	30	34,5
Um pouco incomodado (a)	45	51,7
Muito incomodado (a)	12	13,8
Língua grossa		
Nada incomodado (a)	58	66,7
Um pouco incomodado (a)	20	23,0
Muito incomodado (a)	9	10,3
Saliva grossa		
Nada incomodado (a)	38	43,7
Um pouco incomodado (a)	35	40,2
Muito incomodado (a)	14	16,1
Garganta seca		
Nada incomodado (a)	33	37,9
Um pouco incomodado (a)	38	43,7
Muito incomodado (a)	16	18,4
Gosto ruim na boca		
Nada incomodado (a)	47	54,0
Um pouco incomodado (a)	33	37,9
Muito incomodado (a)	7	8,0
Vontade de beber água		
Nada incomodado (a)	34	39,1
Um pouco incomodado (a)	32	36,8
Muito incomodado (a)	21	24,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A análise da correlação entre os níveis de sede avaliados pela EVA, EVN e EDESP, a idade e o tempo de duração do procedimento cirúrgico revelou uma correlação inversa significativa entre a idade e os escores da EVN. Isso indica que, quanto menor o escore da EVN (refletindo menor intensidade de sede), maior a idade dos participantes, e o contrário também se verifica ($r = -0,215$; $p = 0,046$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlação entre os níveis de sede medidos pela Escala Visual Analógica, Escala Verbal Numérica e Escala de Desconforto da Sede Perioperatória, idade e tempo de duração do procedimento cirúrgico na amostra analisada. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022

Variável	Idade	Duração do procedimento		
	Coeficiente de correlação	de Valor de p	Coeficiente de correlação	de Valor de p*
EVA	-0,172	0,110	0,049	0,676
EVN	-0,215	0,046	-0,013	0,912
EDESP	-0,132	0,224	0,088	0,454

Legenda: *Teste de correlação de Spearman; EVA - Escala Visual Analógica; EVN - Escala Visual Numérica; EDESP - Escala de Desconforto da Sede Perioperatória.

Já na comparação entre os níveis de sede e as variáveis sociodemográficas e clínicas categóricas avaliadas, não foram identificadas relações com significância estatística (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação entre os níveis de sede medidos pela Escala Visual Analógica, Escala Verbal Numérica e Escala de Desconforto da Sede Perioperatória e as variáveis sociodemográficas e clínicas categóricas da amostra analisada. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2022

Variáveis	EVA	EVN	EDESP
	Mediana (intervalo interquartil)	Mediana (intervalo interquartil)	Mediana (intervalo interquartil)
Sexo			
Feminino	3 (2-5)	4 (1-6)	5 (2-8)
Masculino	2 (1-5)	4 (2-5)	4 (2-7)
Valor de p*	0,475	0,990	0,467
Situação conjugal			
Com companheiro (a)	3 (1-5)	4 (1-6)	4 (3-7)
Sem companheiro (a)	4 (2-5)	4 (2-5)	5 (2-7)
Valor de p*	0,289	0,599	0,942
Comorbidades			
Sim	3 (1-5)	4 (2-5)	4 (2-7)

Não	4 (2-5)	4 (1-6)	5 (2-7)
Valor de p*	0,331	0,56	0,951
Tipo de cirurgia			
Cabeça, pescoço e partes moles	3 (1-5)	4 (2-5)	4 (2-7)
Sistema Gastrointestinal e geniturinário	3 (1-7)	3 (0-6)	4 (2-7)
Mastectomia	3 (2-4)	5 (2-7)	5 (4-6)
Anexos	4 (3-5)	4 (3-4)	5 (4-5)
Valor de p**	0,707	0,677	0,869

Legenda: *Teste de comparação de Mann-Whitney; **Teste de comparação de Kruskal Wallis; EVA - Escala Visual Analógica; EVN - Escala Visual Numérica; EDESP - Escala de Desconforto da Sede Perioperatória.

DISCUSSÃO

A sede representa um fenômeno multifatorial e complexo, influenciado por mecanismos fisiológicos e neuroendócrinos⁽¹⁾. A identificação dessa prevalência reforça a necessidade de compreender a sede não apenas como uma manifestação de desidratação, mas como um sintoma que afeta diretamente o conforto e a experiência de recuperação do paciente⁽⁴⁾.

Estudo sobre cirurgias gerais e ortopédicas demonstrou percentuais de prevalência da sede no pós-operatório superiores a 80%⁽¹⁷⁾. Entre pacientes submetidos à cirurgia oncológica, a sede tende a se manifestar como um sintoma frequente, influenciado tanto pelo comprometimento clínico decorrente da doença quanto pela realização de procedimentos invasivos e pela exposição a períodos prolongados de jejum. Além disso, fatores como desidratação, hiperosmolaridade, uso de opioides, respiração bucal, episódios de vômito e estomatite também podem atuar como determinantes da sensação de sede nesse grupo^(9,10).

A utilização de diferentes escalas (EVA, EVN e EDESP) para mensurar a sede, abrangendo percepções distintas, demonstra uma tendência crescente na avaliação desse sintoma, sendo um método prático e amplamente utilizado^(1,8).

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

A sub-avaliação e o manejo inadequado da sede na prática clínica representam um desafio na assistência perioperatória, estendendo-se para além do contexto específico deste estudo. Observa-se que a avaliação da sede raramente é conduzida de forma intencional e sistematizada, com registros escassos ou inexistentes. Quando a sede é avaliada, a atenção se

concentra predominantemente em sua intensidade, negligenciando outras dimensões cruciais, como prevalência, incidência, frequência, duração e desconforto.

Essa lacuna é corroborada por evidências nacionais e internacionais, como a falta de reconhecimento e de cuidado sistemático da sede entre enfermeiros no Japão, revelando uma tendência global de despriorização desse sintoma⁽¹⁸⁾. Similarmente, estudos nacionais apontam para a inexistência de uma rotina padronizada de mensuração da sede em SRPA, muitas vezes em decorrência da percepção de que a sede é um sofrimento “comum” e “esperado” no pós-operatório⁽¹⁷⁾.

No que se refere ao uso da EDESP na prática clínica, observa-se a possibilidade de mensuração da intensidade e do desconforto da sede, o que pode facilitar a identificação do sintoma e a implementação de intervenções para promover o conforto do paciente⁽¹⁴⁾.

Os desconfortos mais prevalentes foram lábios ressecados e boca seca, indicando a relevância desses atributos na experiência da sede. A percepção da sede, portanto, não se restringe à resposta verbal do paciente, mas engloba atributos como boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca e vontade de beber água, que compõem a escala utilizada⁽¹⁴⁾.

A alta prevalência de boca seca observada neste estudo é consistente com achados da literatura⁽¹⁾, que apontam para esse sintoma como um dos mais expressivos na dimensionalidade da sede. Os atributos avaliados na EDESP demonstram utilidade na ampliação da mensuração da sede e na determinação de sua intensidade, sendo uma ferramenta útil, devido à sua abrangência e facilidade de uso⁽¹⁴⁾, permitindo a avaliação objetiva de sintomas subjetivos.

A sede é um sintoma, em geral negligenciado no cuidado, visto como esperado e menos grave. Em contraponto, gera desconforto significativo e impacto adicional em pacientes oncológicos, no qual o contexto multidimensional está fragilizado pelo diagnóstico oncológico. A mensuração da sede nesses pacientes viabiliza a elaboração de ações específicas de enfermagem para aliviar o desconforto associado ao sintoma.

Neste estudo, observou-se que os pacientes com idades maiores tendem a apresentar menores níveis de sede medidos pela EVN. Esse é um achado esperado diante das alterações fisiológicas do envelhecimento, quando a alteração na percepção da sede pode ocorrer, principalmente, pelo aumento da osmolalidade basal no sangue e redução de resposta dos osmorreceptores às alterações de osmolalidade. Além disso, podem ocorrer alterações comportamentais e cognitivas, alterações nas papilas gustativas e hipossalivação, capacidade reduzida em excretar uma carga de água, e alterações neuroendócrinas. Para esses pacientes,

impera uma avaliação minuciosa dos achados físicos relacionados à sede, prevenindo, inclusive, o risco de eventos associados à desidratação^(19,20).

Embora nosso estudo tenha encontrado uma correlação inversa da sede com a idade ($p=0,046$), sem associações significativas com outras características sociodemográficas ou clínicas, outros estudos apontam que o sexo, medicações anestésicas e tipo de cirurgia são fatores estatisticamente associados à sede pós-operatória em uma perspectiva mais ampla⁽⁴⁾.

Apesar de os resultados deste estudo não demonstrarem uma associação estatística na comparação dos níveis de sede e o tempo da cirurgia, verifica-se que tempos cirúrgicos mais longos podem estar associados a um maior risco de complicações e prolongamento do tempo de jejum no POI, o que pode contribuir para a ocorrência da sede⁽²¹⁾. Acredita-se que fatores como controle inadequado do sangramento, infusão de líquidos e utilização de medicações também possam influenciar a sede⁽²²⁾.

Também não foi evidenciada associação estatística significativa entre o tipo da cirurgia e os níveis de sede. No entanto, observa-se que os tipos cirúrgicos podem determinar os períodos necessários de jejum, o que pode refletir na sede pós-operatória. O tempo médio de jejum realizado em cirurgias do aparelho digestivo ou parede abdominal tem sido relatado como superior ao prescrito na literatura, o que pode levar a implicações na sede no POI⁽²⁾. Em ensaio clínico randomizado realizado no sul do país, o tempo médio de jejum encontrado foi de 12,80, para sólidos, e 11,35, para líquidos, período muito superior às horas para líquidos sem resíduos recomendadas pela *American Society of Anesthesiologists*⁽²³⁾.

O jejum prolongado tem sido associado à ocorrência de sede no POI. Estudos têm demonstrado que o tempo médio de jejum frequentemente excede o período prescrito^(21,23). Os atrasos cirúrgicos são comuns nas instituições, e os agendamentos do período da tarde em geral são os mais impactados pelos imprevistos do dia. Um protocolo institucional de orientação para o jejum no pré-operatório será a base para minimizar um sofrimento evitável do paciente, com maior tempo de restrição à ingesta hídrica e maior desconforto. Protocolos com uma janela maior, além da indicada fisiologicamente de acordo com o tipo de cirurgia, não favorecem a segurança, expondo-o, adicionalmente, a um maior risco do evento sede.

Diante dessa constatação, torna-se relevante padronizar o tempo de jejum prescrito, evitando seu prolongamento, além de buscar estratégias para reduzir tal período, como a administração de suplementos. A utilização de suplementos tem demonstrado potencial para promover a saciedade e o conforto do paciente, minimizando o estresse durante o período perioperatório⁽³⁾.

A percepção da equipe de enfermagem sobre a sede e seu manejo também se mostra relevante. Esse manejo pode ser auxiliado pela aplicação do Processo de Enfermagem e pelo uso de taxonomias internacionais, como a *North American Nursing Diagnosis Association-International* (2024-2026), a qual avalia o fenômeno da sede por meio do diagnóstico de enfermagem (DE) “Autogestão ineficaz da boca seca”, definido como o manejo insatisfatório de regime terapêutico, consequências e mudanças no estilo de vida associados à redução da secreção salivar⁽²⁴⁾.

Apesar do destaque para o DE como um elemento crucial para a implementação de uma assistência especializada e da relevância clínica da sede no pós-operatório, observa-se que as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos não configuram como população de risco para presença do DE, e os seus indicadores clínicos não contemplam situações específicas do fenômeno da sede no pós-operatório, de maneira que pode ser necessária a sua revisão a partir da validação de conteúdo e clínica neste público. Nesse cenário, algumas pesquisas já estão caminhando para a elaboração de novo conceito de sede perioperatória a ser trabalhado entre os DEs⁽²²⁾.

Outra importante taxonomia que pode guiar a prescrição de atividades de enfermagem direcionada para os diagnósticos evidenciados pelo enfermeiro é a *Nursing Interventions Classification*. No entanto, a despeito da sua contribuição na assistência clínica, observa-se a carência de intervenções de enfermagem com o foco específico no manejo da sede⁽²⁵⁾. Dessa forma, sugerem-se estudos que avaliem o impacto de atividades para monitorizar e mitigar a sede na gestão efetiva.

A inexistência de uma rotina de mensuração da sede nas salas de recuperação pós-anestésicas, a dificuldade em identificar os sinais e sintomas relacionados, a crença de que a sede é um sofrimento comum e a falta de registro documental das medidas de alívio da sede podem interferir na qualidade da assistência prestada⁽¹⁸⁾. A inserção de protocolos para o manejo da sede, com critérios de avaliação bem definidos, pode mover a atitude cotidiana do enfermeiro de não orientar a ingesta hídrica por receio de outras complicações como a broncoaspiração, facilitando a administração de estratégias de alívio⁽¹⁸⁾. No entanto, sua elaboração ainda representa um desafio para as equipes, especialmente quanto à identificação dos fatores que dificultam sua consolidação.

A implementação de medidas para o alívio desse sintoma, como o uso de picolé de gelo, tem demonstrado potencial para reduzir o desconforto dos pacientes no POI. A administração de pequenas doses de água em temperatura ambiente ou lascas de gelo também tem apresentado resultados satisfatórios na mitigação da sede^(7,18,20).

Em suma, a atuação da equipe de enfermagem na identificação e mensuração da sede, na avaliação clínica do paciente e na promoção de medidas de conforto é fundamental para garantir uma assistência qualificada e humanizada, atendendo a uma necessidade vital prioritária.

Não obstante, o estudo apresenta limitações relacionadas à amostra utilizada, proveniente de uma única instituição, o que restringe a generalização dos achados para outras populações e contextos.

Os resultados do presente estudo indicaram uma maior representatividade entre os pacientes que realizaram cirurgias de cabeça, pescoço e partes moles. A neoplasia de partes moles é um grupo heterogêneo de tumores mesenquimais raros, sendo os mais comuns os lipossarcomas e sarcomas sinovial, representando uma das neoplasias malignas em adultos⁽²⁶⁾. A maior parte desses sarcomas ocorre em pessoas maiores de 65 anos, como no estudo em questão, evidenciando-se a maioria dos pacientes com mais de 60 anos⁽²⁷⁾. Ademais, a prevalência de neoplasias de cabeça e pescoço e sistema digestório reflete a vulnerabilidade desses sistemas a riscos e alterações metabólicas⁽²⁸⁾.

Quanto ao procedimento anestésico, predominou a anestesia geral (n = 68; 78,2%). Esse resultado está em consonância com outros estudos, que indicam a anestesia geral como um procedimento frequentemente associado a complicações no POI⁽²⁹⁾. A anestesia geral, ao induzir inconsciência e bloquear o estímulo doloroso, pode levar a um maior tempo de jejum e a sinais e sintomas relacionados à sede, como irritação na garganta e boca seca⁽³⁰⁾.

Com relação à presença de comorbidades, a maior parte dos participantes não apresentou essa condição, em contraste com dados da literatura, que indicam maior prevalência de pacientes cirúrgicos com comorbidades, o que pode aumentar o risco de complicações e prolongar o tempo cirúrgico⁽³⁰⁾.

Ante o exposto, torna-se imperativa a identificação da sede pós-operatória, a fim de planejar a implementação de medidas e estratégias de alívio, como o uso de goma de mascar mentolada, cubos de gelo, água em temperatura ambiente, e hidratante oral para mitigar o desconforto e prevenir a ocorrência da sede em pacientes cirúrgicos oncológicos. A implementação de protocolos de avaliação e de manejo da sede na prática clínica são potenciais para uma melhoria substancial na qualidade da assistência a esses pacientes promovida pela equipe multiprofissional, resultando em uma melhor experiência para o paciente.

O desenvolvimento de estudos de validação do DE “Autogestão da boca seca” no público de pacientes oncológicos submetidos a procedimentos cirúrgicos pode permitir um

diagnóstico acurado desse fenômeno entre esses indivíduos. A consideração dos fatores ambientais como possíveis confundidores é fundamental para um entendimento mais preciso. Neste estudo, destaca-se o controle dessas variáveis, assegurando que todas as coletas fossem realizadas no mesmo local, sob a mesma temperatura ambiente e após o mesmo período de jejum.

Além disso, destaca-se que este estudo constitui uma investigação inicial sobre a avaliação da intensidade da sede. Torna-se necessário que futuras pesquisas, especialmente de caráter experimental e longitudinal, sejam conduzidas para identificar fatores preditores por meio de análises multifatoriais, estabelecer possíveis relações de causalidade, detectar outros fatores de confundimento e avaliar a eficácia de diferentes intervenções destinadas ao manejo da sede. Ademais, investigações focadas em subgrupos específicos de pacientes, estratificados por tipo de câncer, comorbidades ou regimes terapêuticos, poderão contribuir para o desenvolvimento de intervenções personalizadas e otimizadas.

CONCLUSÃO

A sede no período POI foi um sintoma frequente entre os participantes, apresentando correlação inversamente proporcional com a idade. Isso significa que quanto menor o escore na escala (indicando menor intensidade de sede), maior a idade dos indivíduos.

A utilização de diferentes instrumentos na mensuração da sede possibilitou a avaliação diante de diferentes aspectos, contemplando variáveis subjetivas e ampla possibilidade de identificação do sintoma, que se apresenta com um caráter complexo e individual.

Elementos clínicos como o jejum, anestesia e tipo de procedimento cirúrgico são relevantes a serem considerados na prática assistencial, e a atuação da enfermagem deve ser central na identificação precoce da sede, implementação de intervenções de alívio e promoção do conforto.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento LA, Conchon MF, Garcia AKA, Lopes MVO, Fonseca LF. Clinical validation of the nursing diagnostic proposition perioperative thirst. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2023;31:e3975. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6621.3975>
2. Weimann A, Bezmarevic M, Braga M, Correia MITD, Funk-Debleds P. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery: update 2025. *Clin Nutr*. 2025;53:222–61. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2025.08.029>
3. Hiyama TY. Understanding of thirst in medical science. *Yonago Acta Med*. 2025;68(1):1-11. <https://doi.org/10.33160/yam.2025.02.001>

4. Gan HY, Liu HC, Huang HP, He M. The prevalence and risk factors for postoperative thirst: a systematic review and meta-analysis. *J Perianesth Nurs*. 2024;39(6):1062-8. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.01.026>
5. İşeri Ö, Yücel S, Abdulazeez OQA. The impact of postoperative thirst and pain on surgical patients' comfort. *J Perianesth Nurs*. 2025;40(6):1578-83. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2025.03.011>
6. Zeng Z, Lu X, Sun Y, Xiao Z. Exploring thirst incidence and risk factors in patients undergoing general anesthesia after extubation based on ERAS principles: a cross sectional study. *BMC Anesthesiol*. 2024;24(1):287. <https://doi.org/10.1186/s12871-024-02676-6>
7. Chen X, Chang C, Yuan X, Yang J, Li K. Efficacy and safety of preoperative chewing gum for undergoing elective surgery: a meta-analysis of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2023;32(15-16):4295-4310. <https://doi.org/10.1111/jocn.16604>
8. Tsai HY, Chao A, Hsiao WL. The effectiveness of cold oral stimuli in quenching postoperative thirst: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;75:103359. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103359>
9. Liu F, Zhang L, Li Y, Li M, Fan Y, Guan R, Niu J. The effectiveness of individualized thirst management in patients with postoperative thirst for gastric cancer. *Support Care Cancer*. 2025;33(11):982. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-10067-x>
10. Ali F, Ashraf A, Parvaiz MA. Pre-operative 'Thirst Assessment and Management in Cancer Patients in Tertiary Care Centre in Lahore. *Oncol Cancer Case Rep* [Internet]. 2023[cited 2025 Mar 14];9(1):1-5. Available from: <https://www.iomcworld.org/open-access/preoperative-thirst-assessment-and-management-in-cancer-patients-in-tertiary-care-centre-in-lahore-96945.html>
11. Özsoy H, Söylemez GK. Patients' experiences of thirst in the perioperative period: a phenomenological study. *BMC Surg*. 2025;25(1):441. <https://doi.org/10.1186/s12893-025-03174-3>
12. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2001;9(3):177-86. <https://doi.org/10.1007/s005200000205>
13. Wakiuchi J, Oliveira DC, Marcon SS, Oliveira MLF, Sales CA. Meanings and dimensions of cancer by sick people: a structural analysis of social representations. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03504. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018023203504>
14. Martins RM, Fonseca LF, Rossetto EG, Mai LD. Elaboração e validação de escala de desconforto da sede perioperatória. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51(0):1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016029003240>
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. 2002[cited 2025 Mar 14]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html
16. Ministério de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2012[cited 2025 Mar 14]; Seção 1. Available from:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>

17. Carvalho IP, Garcia AKA, Conchon MF, Nascimento LA, Santos RP, Fonseca LF. Implementação do Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato norteadada pela Tradução e Intercâmbio do Conhecimento. *Rev Gaúcha Enferm.* 2025;46:e20240119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240119.pt>
18. Hanashiro M, Fukuda M, Akase T. Nurses' Recognition and Care of Thirst in Perioperative Patients in Japan. *Cureus.* 2024;16(12):e76624. <https://doi.org/10.7759/cureus.76624>
19. Hydration Status in Older Adults: Current Knowledge and Future Challenges. *Nutrients* 2023, 15, 2609. <https://doi.org/10.3390/nu15112609>
20. Alves LSM, Munduri JMS, Mattos MCO, Stefani CM, Dame-Teixeira N. Changes in taste perception in elderly population and its potential impact on oralhealth: a systematic review with meta-analysis. *Front Oral Health* 2024;5:1517913. <https://doi.org/10.3389/froh.2024.1517913>
21. Tofani V, Milhorini CR, Paladini GM, Gaspar LO, Garcia AKA, Pierotti I, et al. Jejum pós-operatório prolongado: um problema negligenciado. *REME Rev Min Enferm.* 2022;26:e1386. <https://doi.org/10.35699/23169389.2022.386571>
22. Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Lopes MVO, Fonseca LF. Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20200065. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>
23. Oliveira CB, Garcia AKA, Nascimento LA, Conchon MF, Furuya RK, Rodrigues R, et al. Effects of carbohydrate use on preoperative thirst: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5):e20210355. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0355>
24. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, organizadoras. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2024-2026. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.
25. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, organizadores. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2021.
26. Tanriverdi O, Yildiz A. Current molecular and therapeutic advances in liposarcoma, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, synovial sarcoma, and angiosarcoma. *J Oncol Pharm Pract.* 2022 Apr;28(3):635-45. <https://doi.org/10.1177/10781552211073139>
27. Voltan K, Baptista AM, Etchebehere M. Sarcomas de partes moles nos membros, mais comuns e tão graves quanto os sarcomas ósseos. *Rev Bras Ortop (São Paulo)* 2021;56:419–24. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712136>
28. Arends J. Malnutrition in cancer patients: causes, consequences and treatment options. *Eur J Surg Oncol.* 2024;50(5):107074. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2023.107074>
29. Qin M, Tian W, Liu W, Liao C, Luo J, Song J. Early oral hydration on demand in postanesthesia care unit effectively relieves postoperative thirst in patients after gynecological laparoscopy: a prospective randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol.* 2024;24:297. <https://doi.org/10.1186/s12871-024-02686-4>
30. Jafarzadeh A, Hadavi M, Hassanshahi G, Rezaeian M, Vazirinejad R. Anestésicos gerais em citocinas do sistema imunológico: um artigo de revisão narrativa. *Anesth Pain Med* 2020;10. <https://doi.org/10.5812/aapm.103033>

Disponibilidade de Dados

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente

Contribuição de Autoria

Administração de projeto: Larissa de Lima Domingos.

Análise formal: Larissa de Lima Domingos; Natália Ramos Costa Pessoa; Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Conceituação: Larissa de Lima Domingos; Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Curadoria de dados: Larissa de Lima Domingos; Natália Ramos Costa Pessoa; Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Escrita – rascunho original: Larissa de Lima Domingos; Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro; Emanuela Batista Ferreira e Pereira; Diego Augusto Lopes Oliveira; Natália Ramos Costa Pessoa; Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Escrita – revisão e edição: Larissa de Lima Domingos; Polyana Bezerra Mendonça; Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro; Emanuela Batista Ferreira e Pereira; Diego Augusto Lopes Oliveira; Natália Ramos Costa Pessoa; Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Investigação: Larissa de Lima Domingos.

Metodologia: Larissa de Lima Domingos; Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Recursos: Larissa de Lima Domingos.

Supervisão: Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Validação: Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Visualização: Larissa de Lima Domingos; Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro; Emanuela Batista Ferreira e Pereira; Diego Augusto Lopes Oliveira; Natália Ramos Costa Pessoa; Camilla Ribeiro Lima de Farias.

Conflito de Interesse

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Endereço para Correspondência

Polyana Bezerra Mendonça

polybmendonca@gmail.com

Recebido: 03.07.2025

Aprovado: 08.01.2026

Editor associado:

Fernanda Soares Pessanha

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira