



RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Aline Korki Arrabal Garcia¹, Viviane Godoy Galhardo², Lígia Fahl Fonseca³, Samira Beserra dos Santos⁴ Maria de Fátima Alves⁵

RESUMO: Complicações no pós-operatório imediato (POI) são extensivamente estudados e seus protocolos tem sido implementados na prática clínica. A sede é um dos sintomas mais incidentes e intensos no perioperatório, no entanto, é subvalorizada, submensurada, subtratada e não notificada. Fatores podem contribuir para sua incidência, como ansiedade, estresse, jejum prolongado, fármacos anestésicos, entubação orotraqueal, sangramento e desequilíbrio hidroeletrólítico contribuem para seu desencadeamento. No POI o jejum absoluto é mantido ainda por algumas horas, devido ao temor da broncoaspiração. A soma desses fatores é a sede intensa, distressante e desconfortável. A baixa temperatura tem se mostrado eficaz estratégia para mitigar a sede comparada a água em temperatura ambiente, permite a estimulação de ororeceptores sensíveis ao frio, gerando sensação de refrescância, saciedade e alívio do desconforto com baixo volume hídrico. Instrumentos de registro e controle de sinais e intercorrências são essenciais na Sala de Recuperação Anestésica (SRA), todavia, não se encontram relatos de registros intencionais do manejo da sede no POI. Para isto, foi reformulado o instrumento de registro da SRA contemplando o manejo seguro da sede, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa e Estudo sobre a Sede (GPS) em SRA de um hospital universitário de grande porte. Essa iniciativa promoveu a elaboração de um instrumento visando a identificação, mensuração, avaliação de segurança e tratamento da sede, com treinamento subsequente de toda a equipe do bloco cirúrgico. Trata-se de um relato de experiência da reformulação do instrumento de SRA, implantação e treinamento dos funcionários do bloco cirúrgico, a fim de sensibilizá-los e capacitá-los para o manejo da sede. O público alvo foram auxiliares, técnicos, enfermeiros e residentes de enfermagem perioperatória. A primeira etapa foi a introdução no instrumento de áreas para registro relacionadas à sede, identificação através de perguntas intencionais, mensuração da intensidade por escala visual analógica ou numérica, aplicação do Protocolo de Segurança do Manejo da Sede e aplicação de estratégia de alívio com intervalos periódicos. A segunda etapa consistiu na implantação e capacitação dos funcionários, ministrada pela docente e residentes de enfermagem perioperatória. O treinamento encontrou eco na experiência diária dos profissionais e identificou-se que estes reconheciam a sede como importante desconforto e distresse, no entanto, não se sentiam instrumentalizados para atuarem frente a ela.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Perioperatória; Sala de Recuperação Anestésica; Sede.

1 INTRODUÇÃO

A experiência de uma intervenção anestésico-cirúrgica leva o ser humano a desenvolver mecanismos protetores. Essas mobilizações dependem de processos somáticos e psíquicos, resultantes de estímulos com características objetivas e subjetivas da experiência (MEDEIROS; PENICHE, 2006).

Um estímulo ameaçador desencadeia alterações hormonais, ocorre uma liberação rápida de hormônios devido à descarga adrenérgica da medula da supra-renal e da noradrenalina, em fibras pós-ganglionares. Isto desencadeará sintomas como taquicardia, hipertensão arterial sistêmica, alterações respiratórias, dilatação das pupilas, aumento do fluxo sanguíneo muscular, diminuição do fluxo sanguíneo da pele, sudorese e diminuição da saliva (PENICHE; CHAVES, 2000).

O paciente cirúrgico experiencia momentos de grande tensão no pré-operatório diante de um fato muitas vezes desconhecido que é interpretado como ameaçador. Dentre os procedimentos que agravam essa ansiedade está a necessidade de preparos pré-operatórios como jejum prolongado, realização de exames diagnósticos invasivos e cancelamentos inesperados do procedimento cirúrgico.

Dentre os estressores causados pelo jejum pré-operatório, encontra-se a sede. 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

¹ Residente em Enfermagem Perioperatória da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: alinekorki@yahoo.com.br

² Residente em Enfermagem Perioperatório da Universidade Estadual de Londrina.

³ Professora do Programa de Residência em Enfermagem Perioperatória da Universidade Estadual de Londrina.

⁴ Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

⁵ Funcionária da Unidade de Centro Cirúrgico da Universidade Estadual de Londrina



cada indivíduo. Normalmente é percebida pelo paciente através de sinais como secura na boca, garganta seca ou pela vontade consciente de beber água (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

O desejo de beber água é um complexo sistema de sinalização neuro-hormonal e iônico, desencadeado pela regulação central da tonicidade extracelular (sede osmótica) e pela necessidade de equilibrar déficits de líquidos (sede hipovolemia). A sede hipovolêmica difere da sede osmótica pelo apetite de sódio, que acompanha a reposição de líquidos e solutos. Ela acontece mediante a grande perda de líquidos, visto que, em perdas de 10% do volume plasmático a sede hipovolêmica é ativada. Em contrapartida, o aumento de 1% a 2% da osmolaridade é suficiente para ativar a sede osmótica, que ativam hormônios que acionam o córtex cerebral, levando-a a percepção da sensação de sede pelo indivíduo (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

No período perioperatório há uma confluência de fatores que contribuem decisivamente para o surgimento do sintoma sede: no pré-operatório a ansiedade, estresse e o jejum prolongado já deflagram o processo.

Tradicionalmente, o cuidado pré-operatório incluía a permanência do paciente em jejum por períodos de seis a oito horas, como forma de prevenir o risco de bronco-aspiração, principalmente durante a indução anestésica. Essa prática foi adotada quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares, e estabeleceram que o conteúdo gástrico limite seria 25 ml para garantir a prevenção de complicações pulmonares associadas ao vômito e aspiração do conteúdo gástrico (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009; MORO, 2004).

Evidências apontam, entretanto, que os pacientes permanecem em jejum por um período muito superior ao das seis a oito horas tradicionais, chegando a média de 8 a 37 horas em cirurgias eletivas e de urgências, ocasionando um aumento na resposta metabólica ao trauma cirúrgico. (ARONI, NASCIMENTO, FONSECA, 2012).

No trans-operatório a sede é intensificada pela utilização de fármacos anestésicos (opióides e os anticolinérgicos), perda sanguínea, desequilíbrio hidroeletrólítico e a entubação orotraqueal (CONCHON et al., 2015; CONCHON e FONSECA, 2014).

No pós-operatório, pelo temor da broncoaspiração, o paciente ainda permanece em jejum de sólidos e líquidos. O resultado da soma de todos esses fatores é a sede intensa, distressante e desconfortável para o paciente em POI, levando-o a recorrer a métodos de enfrentamento na tentativa de aliviar a sede.

A sede sinais e sintomas específicos ao paciente cirúrgico, como por exemplo: fome, sede, lábios rachados, boca seca, língua seca, garganta seca, dificuldade de deglutição, gosto ruim na boca, desidratação, hipoglicemia, dor de cabeça, atraso no despertar depois da anestesia, entre outros (GEBREMEDHN; NAGARATNAM, 2014; LANDSTRÖM; REHN; FRISMAN, 2009).

Apesar de um cenário onde a sede é intensa e altamente incidente, apenas 13 a 18% dos pacientes verbalizam sede espontaneamente, sendo necessária sua identificação intencional (CONCHON et al., 2015).

O manejo adequado da sede com o paciente cirúrgico constitui-se por diversas etapas e processos integrados, de fácil aplicação e que visam aliviar esse desconforto intenso com segurança.

Inicia-se com a identificação intencional por meio de uma pergunta ao paciente sobre sua sede no momento. Diante da afirmativa, será aplicada uma escala visual analógica ou escala numérica analógica, com pontuação de 0 a 10. Caso a resposta resulte em uma pontuação maior ou igual a 3, o paciente será submetido a próxima etapa do manejo da sede no POI.

O próximo passo do manejo é a avaliação da segurança, pela utilização de um Protocolo de Manejo Seguro da Sede (PSMS), desenvolvido e validado, que permite a identificação de pacientes aptos ou não a receberem a intervenção, mesmo em POI. O PSMS avalia os seguintes critérios de segurança: nível de consciência, presença de reflexos protetores de vias aéreas (tosse, deglutição) e ausência de náuseas e vômitos (NASCIMENTO E FONSECA, 2014).

A etapa seguinte é a utilização de métodos de alívio que sejam eficazes e ao mesmo tempo confirmam segurança ao paciente em fase de recuperação anestésica.

A baixa temperatura tem se mostrado estratégia eficaz para mitigar a sede comparada a água em temperatura ambiente. Permite a estimulação de ororeceptores denominados *Transient Receptor Potential 8 (TRPM8)* sensíveis ao frio e ao mentol, gerando sensação de refrescância, saciedade, facilitando o alívio do desconforto causado pela necessidade de ingestão de líquidos em grandes quantidades (ECCLES et. al, 2013; ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005).

O picolé de gelo apresentou-se como abordagem inédita como estratégia para minorar a sede, conferindo alívio com baixo volume de líquido, configurando-se em uma estratégia segura para o manejo da sede no POI. Com a utilização da estratégia em questão o paciente é quem tem o controle sobre a intensidade do frio em sua boca, resultando em uma maior humanização no cuidado do paciente com sede (CONCHON et al., 2015; CONCHON e FONSECA, 2014).

Instrumentos de registro e controle de sinais e intercorrências são essenciais na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Encontram-se inseridos na prática das instituições de saúde instrumentos contendo escalas de avaliação de pacientes adultos, infantis ou submetidos a cirurgias ambulatoriais. Não se encontram, todavia, relatos de registros intencionais do manejo da sede no POI.

Na Universidade Estadual de Londrina foi criado um Grupo de Estudo e Pesquisa sobre a Sede (GPS), objetivando o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática da sede, visando a valorização do sintoma e a



implantação do manejo da sede em todas as suas etapas. O GPS é constituído por docentes, mestrandos, residentes e graduandos em enfermagem.

A exemplo de outras instituições de saúde nacionais e internacionais, no hospital de atuação do grupo, mesmo sendo uma instituição de referência e considerada de alta complexidade, não existia avaliação, mensuração, avaliação de segurança e tratamento do sintoma sede no POI.

Diante deste contexto, membros do GPS se propuseram a reformular e implantar o instrumento de registro da SRA no bloco cirúrgico, trazendo o manejo da sede para a prática clínica, com participação e envolvimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência da reformulação do instrumento utilizado na SRA, incluindo o manejo da sede em todas as suas etapas: identificação, mensuração, avaliação de critérios de segurança através do Protocolo de Manejo Seguro da Sede e estratégias de alívio (picolé de gelo). A seguir foram realizados treinamentos dos funcionários do bloco cirúrgico, a fim de sensibilizá-los e capacitá-los para o manejo da sede nos pacientes em POI na SRA. O público alvo dos treinamentos foram auxiliares, técnicos, enfermeiros e residentes de enfermagem perioperatória de todos os turnos, perfazendo um total de 63 participantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Etapa 1 – Elaboração do instrumento

O instrumento da SRA foi reformulado com a introdução de áreas de registro relacionadas à mensuração da sede a cada 15 minutos, conforme protocolo já instaurado de verificação de sinais vitais, contendo:

A- Identificação da sede através de perguntas intencionais: O senhor está com sede? Mediante resposta positiva passava-se à mensuração da intensidade.

B- Mensuração da intensidade através de escala visual analógica ou numérica analógica (figura 1). 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).



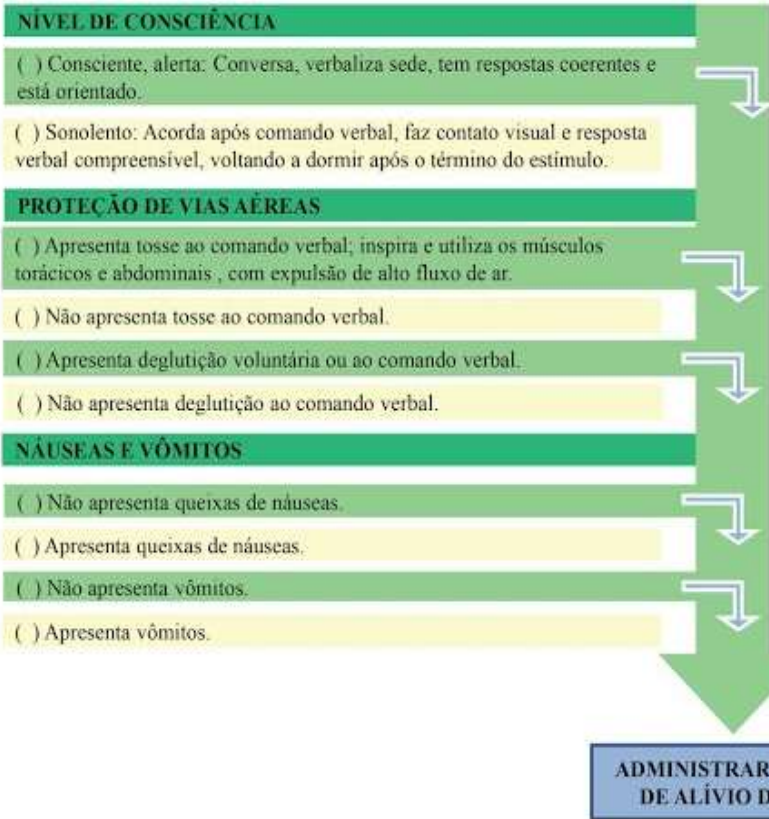
Figura 1 – Escala Visual Analógica e/ou Numérica Analógica

Fonte: Arai et al., 2014

C- Aplicação do Protocolo de Segurança do Manejo da Sede (PSMS) (figura 2), através do qual são avaliados: nível de consciência, proteção de vias aéreas, náuseas e vômitos.



Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-Operatório Imediato (PSMS)
Em presença de sede, realizar avaliação clínica seguindo os itens abaixo:



Procedimentos Operacionais
Procedimentos a serem realizados para avaliar cada item do PSMS

- 1. Observar se o paciente está acordado.
 - 2. Questionar se ele apresenta sede.
 - 3. Perguntar:
- Qual é seu nome? Onde você está?
 - 4. Aguardar 15 segundos sem estimular o paciente, observando se não volta a dormir.
- 1. Posicionar as mãos no abdome e tórax do paciente.
 - 2. Solicitar que o paciente tussa.
 - 3. Avaliar utilização dos músculos abdominais e torácicos durante a tosse.
 - 4. Observar a expulsão de alto fluxo de ar.
- 1. Solicitar que o paciente degluta.
 - 2. Verificar se ele consegue obedecer ao comando.
 - 3. Observar a elevação da laringe durante a deglutição.
- 1. Questionar o paciente sobre a presença de náusea.
- 1. Questionar o paciente e observar a presença de vômito.
- 1. Elevar a cabeceira do paciente.
 - 2. Administrar o método de alívio da sede.

Figura 2 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede
Fonte: Nascimento e Fonseca, 2014

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, 2014).

O PSMS foi validado em relação a seu conteúdo, utilizando-se a técnica Delphi em duas rodadas alcançando concordância de 93 a 97% entre os juízes. A fidedignidade do PSMS foi avaliada tanto por enfermeiros como por técnicos de enfermagem, atingindo índice kappa quase perfeitos (1 e 0,853 respectivamente) (NASCIMENTO e FONSECA, 2014).

Escala Numérica Dor/Sede		LEVE		MODERADA		INTENSA						
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protocolo de Manejo Seguro da Sede (PSMS)												
Hora	Intensidade	N.consciência	Tosse	Deglutição	Náuseas/vômito	Estratégia						
__: __		(Ap)	(Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap)	(Rep)	(Ap)	(Rep)	(Ap)	(Rep)	Qual: (Sim) (Não)
__: __		(Ap)	(Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap)	(Rep)	(Ap)	(Rep)	(Ap)	(Rep)	Qual: (Sim) (Não)
__: __		(Ap)	(Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap) (Rep)	(Ap)	(Rep)	(Ap)	(Rep)	(Ap)	(Rep)	Qual: (Sim) (Não)
OBS:												

Figura 3- Instrumento de registro Manejo da Sede SRA
Fonte: do autor

D- Estratégia para alívio da sede: O picolé de gelo é constituído de um volume 10 ml de água mineral, confeccionado em um molde de silicone com uma haste para que o paciente possa colocar e retirar da boca no



momento que preferir. A fabricação deste é de responsabilidade do funcionário do setor, sendo armazenado em freezer na própria SRA.



Figura 4 – Preparação do Picolé de Gelo
Fonte: do autor



Figura 5 – Picolé de Gelo
Fonte: do autor

Etapa 2- implantação e capacitação

A capacitação sobre o manejo da sede foi ministrada pela docente e residentes de enfermagem perioperatória compreendendo os seguintes temas: implantação e importância da SRA; estágios da anestesia; assistência de enfermagem na SRA; complicações pós-operatórias; escalas de alta; sede no POI (definições, incidência, escalas de avaliação, aplicação do protocolo de manejo seguro da sede, estratégias eficazes para minorar a sede, evidenciada por pesquisas científicas recentes).

Este treinamento objetivou alcançar o maior número de funcionários do bloco cirúrgico, sendo apresentadas de forma motivacional, dinâmica e ativa. Buscou-se a sensibilização da equipe para o tema sede perioperatória para a humanização no cuidado ao paciente cirúrgico.





Figura 6: Aplicação do Manejo da Sede em SRA

Fonte: do autor

A sede perioperatória pode ser considerada não só como um desconforto, mas como um sintoma. De acordo com a Teoria de Manejo de Sintomas, um sintoma é "uma experiência subjetiva que reflete alterações no funcionamento biofísico, sensações, ou na cognição de um indivíduo". A sede, assim como a dor, é um sintoma subjetivo e apresenta um limiar que varia de acordo com cada indivíduo e com a experiência que está vivenciando (CONCHON et al., 2015).

Baseados em estudos encontrados na literatura e com a experiência acumulada pelo Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, observamos que os efeitos da sede perioperatória sobre o paciente são deletérios e insuficientemente valorizados. Investigações qualitativas quanto ao significado da experiência da sede para o paciente, conduzidas pelo GPS, desvelam que, em muitas situações, ela é mais difícil de ser enfrentada que a própria dor. Paradoxalmente, somente 18% dos pacientes que sentem sede a referem espontaneamente no perioperatório, pelo temor de que sua cirurgia seja suspensa ou que ocorram complicações.

As instituições possuem protocolos para o tratamento de complicações comuns no POI como a dor, náuseas e vômitos, hipotermia, mas não para sede – considerada pela equipe como um preço inevitável a ser pago para que o perioperatório transcorra sem intercorrências (LANDSTRÖM; REHN; FRISMAN, 2009). Dessa forma, a equipe cirúrgica usualmente não identifica esse sintoma, nem conhece os critérios de segurança para administração de estratégias eficazes e seguras de manejo devido à cultura de seguir protocolos de jejum inquebráveis que não são baseados em evidências.

O relato de experiência apresentado neste estudo apresenta uma iniciativa inédita, até onde podemos identificar, da implantação do Manejo da Sede no POI em uma Sala de Recuperação Anestésica.

Todos os pacientes cirúrgicos são intencionalmente questionados sobre a presença e intensidade da sede. Em seguida, são avaliados pelo Protocolo de Segurança no Manejo da Sede (PSMS) quanto ao alcance dos critérios de segurança (NASCIMENTO e FONSECA, 2014). O GPS levantou que após 30 minutos de entrada na SRA, 69,8% dos pacientes são aprovados e se tornam elegíveis para receber o método de alívio. Após aprovação, recebem o picolé de gelo, que tem-se mostrado como uma alternativa mais eficaz que a água em temperatura ambiente para mitigar a sede, por desencadear a ativação dos receptores orofaríngeos TRPM8 que estão diretamente ligados às regiões cerebrais de controle da sede (ECCLES et. al, 2013).

Diversos pontos positivos foram identificados após o processo de implantação do Manejo da Sede. O treinamento encontrou eco na experiência diária dos profissionais de enfermagem que trouxeram relatos sobre a sede em paciente no POI dentro da SRA. Dessa forma, o tema e problema tiveram relevância para sua atividade prática. Adicionalmente, identificou-se que anteriormente ao treinamento, embora reconhecessem a sede como importante desconforto, não se sentiam instrumentalizados para atuarem frente a esse sintoma.

A introdução de inovações dentro de uma cultura institucional passa por diversas etapas. Estas incluem desde reações de desconfiança e rejeição ao novo processo, até sua incorporação ao processo de trabalho. Dentre as fragilidades da implantação do manejo da sede, identificou-se a necessidade da realização de várias aproximações para a sensibilização e absorção na prática do protocolo de manejo em todas suas etapas. Fica clara a importância do planejamento e manutenção de treinamentos continuados visando promover a qualidade de todo o processo.

4 CONCLUSÃO

A reformulação do instrumento da SRA, com a implantação do protocolo de manejo seguro da sede, visou suprir a necessidade de minorar este desconforto tão incidente no POI. Após 6 meses de implantação, avaliou-se a adesão dos funcionários da enfermagem como muito boa.

O feed-back mais positivo, no entanto, vem dos próprios pacientes que avaliam a experiência como extremamente prazerosa e aliviadora, inclusive solicitando o picolé em cirurgias subsequentes.

A iniciativa da implantação do manejo seguro da sede no POI incorporado à prática clínica e ao processo assistencial em uma Sala de Recuperação Anestésica chama a atenção por seu ineditismo. Proporcionou grandes mudanças para a valorização da sede enquanto um sintoma que merece ser avaliado, mensurado e tratado no POI.

Este é um desafio que pode ser estendido a outras instituições de saúde na busca de assistência qualificada e humanizada para seus pacientes.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; 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**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 350-352, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a14v36n4.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.



ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 22, n. 4, p. 328-335, 2013. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/4/328.full.pdf+html>>. Acesso em 10 set 2014.

ARONI, P.; NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 530-536, 2012.

CONCHON, M. F.; FONSECA, L. F. Eficácia de gelo e água no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1435-1440, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5839/pdf_5167>. Acesso em: 10 out. 2014.

CONCHON, M. F.; Nascimento, L. A.; Fonseca, L. F.; Aroni, P. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo dos Sintomas; *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2015 20 fev]; 49(1):122-28. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0122.pdf.

ECCLES, R. et al. Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite*, London, v. 71, p. 357-360, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666313003930>>. Acesso em 15 set. 2014.

GEBREMEDHN, E. G, NAGARATNAM, V. B. Audit on perioperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. **World Journal of Surgery**, New York, v. 38, n. 9, p. 2200-2204, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4124256/pdf/268_2014_Article_2582.pdf>. Acesso em: 05 out. 2014.

LANDSTRÖN, 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 Critical Care Nursing**, Edinburgh, v. 25, n. 3, p. 133-139, 2009.

LEIPER, J. B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. (Ed.). **Encyclopedia of human nutrition**. Oxford: Elsevier, 2005. v. 2.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influencia da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 86-92, 2006.

MORO, E. T. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 54, n. 2, p. 261-275, 2004.

NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. Sede do paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede; *Rev Enferm UFPE on line*. 2013; 7(3 esp):1055-8. http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3920/pdf_2329

PENICHE, A. C. G.; CHAVES, E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 45-50, 2000.

PUNTILLO, K.; ARAI, S.; STOTTS, N.; NELSON, J. E. A randomized clinical trail of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients; *Intensive Care Med* [Internat]. 2014; [cited 2015 Jan 10];40(9):1295-302. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24894026>.