

## Prevalência das características definidoras da proposição diagnóstica de enfermagem de sede perioperatória

*Prevalence of defining characteristics of the proposed nursing diagnosis of perioperative thirst*

*Prevalencia de características definitorias de la propuesta diagnóstica de enfermería de sed perioperatoria*

Luisa Arietti Andriotti<sup>1</sup>; Ligia Fahl Fonseca<sup>1</sup>; Leonel Alves do Nascimento<sup>1</sup>;  
Maria Eduarda Sodrê Franco<sup>1</sup>; Hosana Cristina Ferreira Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a prevalência das características definidoras da proposição diagnóstica sede perioperatória, comparando-as no período pré e pós-operatório imediato. **Método:** estudo quantitativo realizado em um hospital universitário de grande porte no norte do Paraná, no período de dezembro de 2019 à janeiro de 2020, com 150 pacientes. **Resultados:** A média do tempo de jejum foi de 13 horas ( $\pm 5,11$ ). Apresentaram sede no pré-operatório 69,3% dos pacientes e 81,3% no pós-operatório; intensidade média de 4,62 ( $\pm 3,6$ ) e 5,67 ( $\pm 3,53$ ). A característica definidora mais relatada nos dois períodos foi boca seca (75,3%-86,7%), seguida por lábios ressecados (71,3%-82,7%); vontade de beber água (64%-72,7%); constante deglutição de saliva (62,7%-70%); garganta seca (58%-72%); saliva grossa (48,7%-53,4%); língua grossa (46%-54,7%); gosto ruim na boca (41%-46%); relato do cuidador (0,7%-0%). **Conclusão:** houve alta prevalência e intensidade da sede em ambos os períodos avaliados; cinco das nove características definidoras apresentaram diferença significativa entre os dois momentos avaliados.

**Descritores:** Enfermagem Perioperatória; Assistência Perioperatória; Sede; Diagnóstico de Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the prevalence of defining characteristics of the proposed diagnosis perioperative thirst, as compared between the pre- and immediate postoperative period. **Method:** this quantitative study was conducted with 150 patients at a large university hospital in northern Paraná, from December 2019 to January 2020. **Results:** mean fasting time was 13 hours ( $\pm 5,11$ ). 69.3% of the patients presented thirst preoperatively and 81.3%, in the postoperative period; mean intensity was 4.62 ( $\pm 3,6$ ) and 5.67 ( $\pm 3,53$ ). The most frequently reported defining characteristic in both periods was dry mouth (75.3%- 86.7%), followed by dry lips (71.3%-82.7%); desire to drink water (64%-72.7%); constant swallowing of saliva (62.7%-70%); dry throat (58%-72%); thick saliva (48.7%-53.4%); thick tongue (46%-54.7%); bad taste in the mouth (41%-46%); caregiver's report (0.7%-0%). **Conclusion:** prevalence and intensity of thirst were high in both periods evaluated; five of the nine defining characteristics differed significantly between the periods.

**Descriptors:** Perioperative Nursing; Perioperative Care; Thirst; Nursing Diagnosis.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la prevalencia de las características definitorias de la propuesta diagnóstica sed perioperatoria, comparándolas en el periodo pre y postoperatorio inmediato. Método: estudio cuantitativo realizado em un hospital universitario de gran porte en el norte de Paraná, de diciembre de 2019 a enero de 2020 junto a 150 pacientes. **Resultados:** el tiempo medio de ayunas fue de 13 horas ( $\pm 5,11$ ). El 69,3% de los pacientes presentó sed en el preoperatorio y el 81,3% en el postoperatorio; la intensidad media fue de 4,62 ( $\pm 3,6$ ) y 5,67 ( $\pm 3,53$ ). La característica definitoria notificada con mayor frecuencia en ambos períodos fue boca seca (75,3%-86,7%), seguida de labios ressecos (71,3% - 82,7%); deseo de tomar agua (64% - 72,7%); deglución constante de saliva (62,7%-70%); garganta seca (58%-72%); saliva espesa (48,7%-53,4%); lengua gruesa (46%-54,7%); sabor desagradable en la boca (41%-46%); informe del cuidador (0,7%-0%) **Conclusión:** hubo alta prevalencia e intensidad de sed en ambos periodos evaluados; cinco de las nueve características definitorias mostraron una diferencia significativa entre los dos momentos evaluados.

**Descritores:** Enfermería Perioperatoria; Atención Perioperativa; Sed; Diagnóstico de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A sede é um sintoma subjetivo e complexo que resulta em intenso desconforto e sofrimento no perioperatório. Fenômeno comum, tem prevalência de até 75% em adultos<sup>1,2</sup> e 59% em crianças<sup>1</sup>, alcançando até mesmo 97,5% em pacientes bariátricos<sup>3</sup>. Diversos fatores a influenciam, como tempo de jejum pré-operatório, perda de volume sanguíneo, necessidade de intubação, ansiedade, entre outros<sup>4,5</sup>.

Esse sintoma é o segundo desconforto mais frequente no pós-operatório imediato (POI)<sup>2</sup> e influência negativamente a experiência cirúrgica, potencializando o distresse enfrentado pelo paciente<sup>6</sup>. Mesmo assim, a sede não é contemplada como Diagnóstico de Enfermagem (DE) pela NANDA Internacional (NANDA-I) 2018-2020<sup>7</sup>.

Por meio do DE, o enfermeiro pode determinar a presença de uma condição de saúde e agir da maneira mais apropriada, beneficiando o indivíduo, um grupo ou uma comunidade. Para identificar o DE, observam-se as características definidoras (CD), representadas por um conjunto de sinais e sintomas associados à condição clínica<sup>7</sup>.

Na taxonomia NANDA-I, não há o diagnóstico de sede, somente os DE “261 – Risco de boca seca” e “195 – Risco de desequilíbrio hidroeletrólítico”<sup>7</sup>. A sede, porém, diferencia-se desses diagnósticos, pois se apresenta como um sintoma multifatorial, complexo, de regulação neuronal e hormonal, além de integrar aspectos culturais, emocionais e ambientais<sup>4,8</sup>. A proposição do DE sede perioperatória é necessária para aprimorar a identificação desse sintoma e a conduta do profissional enfermeiro perante um DE tão prevalente e gerador de intenso desconforto, possibilitando a prescrição de medidas para o alívio da sede.

Recentes avanços no estudo da sede perioperatória culminaram no desenvolvimento da proposição do DE sede perioperatória, assim como sua análise de conceito e validação de conteúdo resultando nas definições conceituais e operacionais de nove CD: boca seca, garganta seca, saliva grossa, língua grossa, lábios ressecados, constante deglutição de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador<sup>9,10</sup>.

É necessário aprimorar as evidências que dão suporte teórico e prático para os DE existentes, assim como para as novas proposições. Para tanto, a acurácia identifica a exatidão dos resultados que um instrumento de medição apresenta com seu valor de referência real. Quanto mais acurados forem os atributos que compõem o DE, melhor o enfermeiro o utilizará no desenvolvimento do raciocínio clínico e na assistência ao paciente<sup>9</sup>.

Estudos apontam que o paciente é competente para identificar características que indicam a presença de sede no período perioperatório<sup>11</sup>. Entre elas, estão: boca seca, garganta seca, lábios ressecados, saliva grossa, dificuldade para deglutir, língua grossa, mau hálito, constante deglutição da saliva, comportamento de busca por água, vontade de beber água, boca amarga, boca áspera, gosto ruim na boca e queimação na garganta<sup>1,12,13</sup>. A pergunta que motivou a realização deste estudo é: Qual a frequência das CD e as mudanças ocorridas no POI quando comparadas com o pré-operatório?

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência das CD da proposição diagnóstica sede perioperatória, comparando-as no período pré-operatório e POI.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado em um hospital universitário de grande porte no interior do estado do Paraná. Formou-se amostra por conveniência, de modo consecutivo. O cálculo amostral seguiu recomendações para estudos de acurácia diagnóstica, segundo as quais indicam-se de cinco a 30 pacientes para cada indicador clínico, consistindo em uma relação de 16 indivíduos para cada uma das nove CD, num total de 144, acrescido de seis pacientes, resultando em 150 pacientes. Esses pacientes foram abordados ao chegarem na sala de pré-operatório e novamente na sala de recuperação anestésica<sup>14</sup>. Os critérios de inclusão incluíram paciente com idade superior a 12 anos; sem dificuldade de comunicação; consciente e orientado no tempo/espaço; em procedimento cirúrgico eletivo ou de urgência/emergência, ambulatorial e internado no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020.

Organizou-se o roteiro de coleta a partir de informações contidas no prontuário: informações sociodemográficas; aspectos anestésicos cirúrgicos; presença e intensidade da sede; presença ou ausência das CD no pré e pós-operatório.

A Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP) avalia sete desconfortos atribuídos à sede: boca seca, lábios ressecados, garganta seca, língua grossa, saliva grossa, gosto ruim na boca e vontade de beber água. Sua pontuação varia de zero a 14, e zero representa nenhum desconforto do paciente e 14, extremo desconforto<sup>15</sup>.

Os pesquisadores convidavam os pacientes na sala de pré-operatório a participarem do estudo; ao aceitarem, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No POI, na sala de recuperação anestésica, avaliava-se a presença ou ausência das CD. Considerava-se presença de sede com base no relato positivo do paciente diante da pergunta do avaliador.

A coleta foi realizada por integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, constituído pela pesquisadora, dois enfermeiros e dois acadêmicos do curso de graduação em enfermagem. Os avaliadores receberam capacitação em relação ao DE, a respeito de como as características da sede perioperatória se manifestam, do roteiro de coleta e da estratégia de abordagem do paciente.

Os dados foram duplamente digitados, tabulados e analisados com o auxílio dos programas Microsoft Excel® (2016) e IBM *Statistical Package for Social Sciences*®, versão 23. A análise descritiva dos dados para variáveis categorizadas ocorreu por frequências absolutas e relativas, com intervalos de confiança de 95%. Para variáveis quantitativas, utilizaram-se as medidas de tendência central e de dispersão. Verificou-se a aderência à distribuição normal das variáveis quantitativas com o teste de Shapiro-Wilk. Para comparar as proporções de ocorrência das

CD antes e depois do procedimento cirúrgico, utilizou-se o teste exato de McNemar com o valor de significância de 0,05.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 150 pacientes. Os dados sociodemográficos são apresentados na tabela 1.

**TABELA 1:** Dados sociodemográficos dos pacientes avaliados (n=150). Londrina (PR), Brasil, 2020

Variáveis	n (%)	IC95%
Sexo		
Masculino	61 (40,7)	32,8-48,9
Feminino	89 (59,3)	51,0-67,1
Modalidade de agendamento		
Eletiva	98 (65,3)	57,0-72,7
Urgência	52 (34,7)	27,2-42,9
Classificação		
ASA 1	55 (36,7)	29,0-44,9
ASA 2	88 (58,7)	50,3-66,5
ASA 3	5 (3,3)	1,2-8,0
Ausente	2 (1,3)	0,2-5,2
Sangramento intraoperatório		
Pequeno	123 (82,0)	74,7-87,6
Médio	23 (15,3)	10,1-22,3
Grande	3 (2,0)	0,5-6,1
Ausente	1 (0,7)	0,00-4,2

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ASA: *American Society of Anesthesiologists*.

Observaram-se: predomínio do sexo feminino (59,3%), com média de idade de 43,1 anos ( $\pm 18,5$ ), variando de 13 a 85 anos; cor da pele branca (56%); escolaridade de nível Fundamental completo ou incompleto (47,3%) e cirurgias eletivas (65,3%).

O tempo médio de jejum para líquidos no período pré-operatório é apresentado na tabela 2.

**TABELA 2:** Tempo de jejum pré-operatório, intensidade da sede e Escala de Desconforto da Sede Perioperatória no pré-operatório. Londrina (PR), Brasil, 2020.

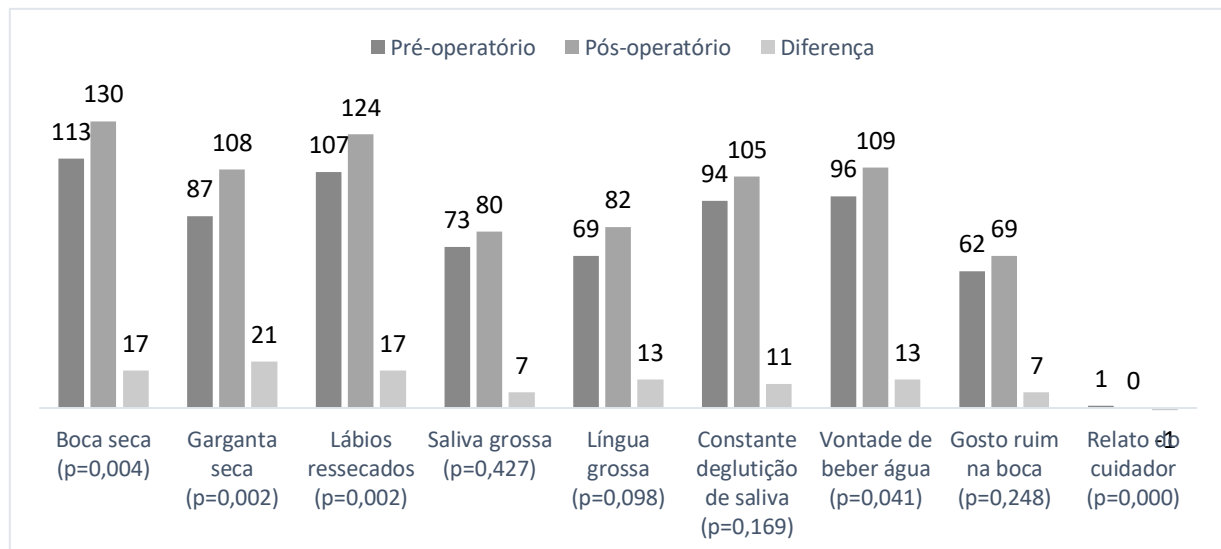
Variáveis	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor de p*
Idade (anos)	43,10	18,50	41,50	33,00	<0,000
Tempo de jejum (hr:min)	13:10	5:11	12:50	5:52	<0,000
Intensidade da sede	04,62	03,60	05,00	08,00	<0,000
Desconforto da sede (EDESP)	04,88	03,90	04,00	14,00	<0,000

\*Teste de Shapiro-Wilk.

DP: desvio padrão; IIQ: intervalo interquartil; hr: hora; min: minutos; EDESP: Escala de Desconforto da Sede Perioperatória.

A sede esteve presente em 69,3% dos pacientes no período pré-operatório e em 81,3% no POI.

A distribuição das CD nos períodos pré-operatório e POI está descrita na figura 1.



\*Teste de McNemar.

**FIGURA 1:** Incidência das características definidoras da proposição do Diagnóstico de Enfermagem sede perioperatória nos momentos pré e pós-operatório. Londrina (PR), Brasil, 2020.

As clínicas com maior representatividade foram ginecologia (26%), ortopedia (20%), urologia (18,7%) e oftalmologia (12,7%).

As CD apresentadas são demonstradas na tabela 3.

**TABELA 3:** Presença das características definidoras da proposição diagnóstica sede perioperatória nos períodos pré e pós-operatório. Londrina (PR), Brasil, 2020.

Características definidoras		Pré-operatório n (%)		Pós-operatório n (%)	
		Presente	Ausente	Presente	Ausente
Boca seca	Presente	96 (64,0)	17 (11,3)	115 (76,7)	16 (10,7)
	Ausente	8 (5,3)	29 (19,3)	7 (4,7)	12 (8,0)
Vontade de beber água	Presente	86 (57,3)	10 (6,7)	110 (73,3)	14 (9,3)
	Ausente	18 (12,0)	36 (24,0)	12 (8,0)	14 (9,3)
Lábios ressecados	Presente	85 (56,7)	22 (14,7)	104 (69,3)	5 (3,3)
	Ausente	19 (12,7)	24 (16,0)	18 (12,0)	23 (15,3)
Constante deglutição de saliva	Presente	79 (52,7)	15 (10,0)	98 (65,3)	10 (6,7)
	Ausente	25 (16,7)	31 (20,7)	24 (16,0)	18 (12,0)
Garganta seca	Presente	73 (48,7)	14 (9,3)	90 (60,0)	15 (10,0)
	Ausente	31 (20,7)	32 (21,3)	32 (21,3)	13 (8,7)
Saliva grossa	Presente	63 (42,0)	10 (6,7)	78 (52,0)	3 (2,0)
	Ausente	41 (27,3)	36 (24,0)	44 (29,3)	25 (16,7)
Língua grossa	Presente	60 (40,0)	09 (6,0)	72 (48,0)	10 (6,7)
	Ausente	44 (29,3)	37 (24,7)	50 (33,3)	18 (12,0)
Gosto ruim na boca	Presente	54 (36,0)	08 (5,3)	67 (44,7)	02 (1,3)
	Ausente	50 (33,3)	38 (25,3)	55 (36,7)	26 (17,3)
Relato do cuidador	Presente	1 (0,7)	-	-	-
	Ausente	103 (68,7)	46 (30,7)	122 (81,3)	28,0 (18,7)

As CD manifestadas com maior frequência no período pré-operatório associadas à presença de sede foram boca seca (64%) e vontade de beber água (57,3%), enquanto no POI foram boca seca (76,5%) e lábios ressecados (73,3%).

## DISCUSSÃO

A relevância deste estudo esteve em avaliar a presença de sede e suas CD perioperatórias nos mesmos pacientes, tornando possível a análise das frequências nesses períodos. Esta é uma abordagem inédita no estudo da sede perioperatória, permitindo a identificação de mudanças nas CD após a ocorrência do ato anestésico-cirúrgico.

A média de horas de jejum no período pré-operatório foi de 13 horas e 10 minutos ( $\pm 5,11$ ), período maior do que o recomendado pela *American Society of Anesthesiologists* (ASA), que é de 2 horas para líquidos claros<sup>15,16</sup> e semelhante a outros estudos com tempo médio de jejum de 15 horas ( $\pm 6,30$ )<sup>1</sup>. O extenso período em jejum influencia no desconforto experienciado, uma vez que a ausência de ingestão de líquidos gera aumento da osmolaridade sérica, ativação de receptores não homeostáticos e, conseqüentemente, elevação da sede<sup>17,18</sup>.

A sede apresentou alta prevalência, aumentando de 69,3%, no período pré-operatório, para 81,3%, no POI. Os números ressaltam a relevância do estudo e se mostram semelhantes a achados na literatura, que apresentam prevalências de 78% no POI<sup>18</sup>.

A média de intensidade de sede aumentou de 4,62 ( $\pm 3,6$ ) para 5,67 ( $\pm 3,5$ ) no POI; de modo semelhante, a pontuação média da EDESP foi de 4,88 ( $\pm 3,9$ ) para 6,45 ( $\pm 4,2$ ). Estudos apontam que a média de intensidade da EDESP no POI foi de 5,0 ( $\pm 3,4$ )<sup>19,20</sup> – pontuações que não diferem dos valores desta pesquisa. A mudança nos valores de intensidade, mensurados pela EDESP, reflete que fatores intraoperatórios agravam esses desconfortos no POI. Olhar com intencionalidade o desconforto gerado pela sede deve ser prioridade para a assistência de enfermagem<sup>21</sup>.

No pré-operatório, as CD que apresentaram maior frequência foram boca seca, lábios ressecados, vontade de beber água e constante deglutição de saliva. No POI, foram boca seca, lábios ressecados, vontade de beber água e garganta seca.

Observou-se, no POI, aumento significativo ( $p < 0,005$ ) das CD boca seca (64% a 76,5%), garganta seca (48,7% a 65,3%), lábios ressecados (56,7% a 73,3%), vontade de beber água (56,7% a 73,3%) e relato do cuidador (0,07% a 0%). Apesar de as CD gosto ruim na boca e língua grossa não terem apresentado mudança significativa, mas registrarem menor frequência nos relatos dos pacientes (46% e 54,7%), pesquisa semelhante apresentou frequências de 68,4% e 57,4%, respectivamente<sup>17</sup>.

Diversos fatores podem afetar e agravar a sede de um período operatório para o outro e mesmo durante o procedimento anestésico-cirúrgico, em que o paciente deixa de produzir a mesma quantidade de saliva. Em casos de anestesia geral em que haja necessidade de intubação, o paciente permanece um período com a boca aberta, o que influencia o ressecamento da cavidade oral, em razão da evaporação de saliva. A baixa temperatura da sala operatória é outro fator que causa o ressecamento da cavidade oral<sup>19-23</sup>. O uso de anticolinérgicos e opioides diminui a secreção de saliva<sup>18,22,23</sup>. Esses fatores intensificam a sensação de boca e garganta secas e de lábios ressecados e intensificam a vontade de beber água. A constante deglutição de saliva é, portanto, uma resposta a esses estímulos, buscando aliviar e amenizar essas sensações<sup>19</sup>.

Há também outros fatores que justificam e influenciam a presença da sede, como tempo de jejum, ansiedade, hábito de beber água, complexidade do procedimento cirúrgico e quantidade de sangramento intraoperatório<sup>4</sup>. A CD garganta seca foi a que apresentou maior aumento no POI quando comparada com o pré-operatório. Os fatores citados podem explicar essa diferença<sup>20</sup>.

A CD boca seca apresentou alta frequência, já que 75,3% dos pacientes a relataram no período pré-operatório, e 64% deles a associaram à presença de sede. No POI, 86,7% dos pacientes relataram essa CD, e 76,5% deles a associaram à presença de sede – fato observado por 85,7% dos pacientes no POI<sup>18</sup>. A explicação para a mudança significativa na proporção dessa CD nos dois períodos analisados pode ser a mesma já mencionada, o que potencializa a teoria sobre os fatores que agravam a ocorrência da sede e das CD<sup>18,20</sup>.

No pré-operatório, 86 (57,3%) pacientes relataram ter sede, referindo vontade de beber água. Houve mudança significativa nos dois períodos, quando 104 (69,3%) apresentaram a CD relacionada à sede. O aumento da frequência pode ser atribuído ao tempo em jejum, fator que responde pela desidratação osmótica do paciente e pelas sensações de boca seca e garganta seca, as quais geram a vontade de ingerir líquidos para saciar a sede e aliviar seu desconforto.

A CD lábios ressecados apresenta a segunda maior frequência e presença em pacientes que tiveram sede no POI (73,3%) e a terceira no pré-operatório (56,7%) — dados semelhantes aos de outra pesquisa, em que essa CD apresentou 78,5% de incidência e foi a quarta maior frequência<sup>17</sup>. O aumento na incidência de um período para o outro se deve a motivos como desidratação, longo período de jejum, procedimento anestésico-cirúrgico e baixa temperatura na sala operatória. Todos eles ocasionam tanto ressecamento da boca quanto dos lábios<sup>22</sup>.

A proposição do DE sede perioperatória é recente, e a escassez de estudos semelhantes que avaliassem e comparassem as CD na experiência cirúrgica limitou a comparação na discussão dos resultados da pesquisa. Tal restrição motiva novas pesquisas, para melhorar o entendimento dos achados deste estudo.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram avaliar a prevalência das características definidoras relacionadas à proposição diagnóstica de sede perioperatória e compará-las no pré e no pós-operatório. Evidenciou-se que as nove características definidoras (boca seca, garganta seca, vontade de beber água, constante deglutição de saliva, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, gosto ruim na boca e relato do cuidador) apresentaram alta frequência em ambos os períodos e sofreram aumento do pré-operatório para o pós-operatório imediato, denotando que as condições impostas aos pacientes durante o intraoperatório interferem na presença e na percepção da sede.

Tendo em vista a alta prevalência das características definidoras e seu aumento de um período cirúrgico para outro, tornam-se evidentes a gravidade da sede e a necessidade de que os profissionais de saúde a reconheçam e valorizem como um sintoma de desconforto do paciente. Ressalta-se também a necessidade da proposição da característica definidora sede perioperatória para que a assistência ao paciente seja sistemática, e os enfermeiros que atuam nessa área a observem amplamente.

A partir das evidências apresentadas neste estudo, espera-se que, futuramente, a construção do Diagnóstico de Enfermagem seja efetivada, tendo em vista a fundamentação de sua necessidade e sua importância para o paciente. A indexação desse diagnóstico na taxonomia incrementará as práticas clínicas, assim como o ensino e pesquisa em enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Pierotti I, Nakaya TG, Garcia AK, Nascimento LA, Conchon MF, Fonseca LF. A Thirst and fasting time assessment in surgical patients. *Rev Baiana Enferm.* 2018 [cited Sep 12 2022]; 32:e27679. DOI: <http://doi.org/10.18471/rbe.v32.27679>.
2. Silva RP, Rampazzo AR, Nascimento LA, Fonseca LF. Discomfort patients expect and experience in the immediate postoperative period. *Rev Baiana Enferm.* 2018 [cited Sep 12 2022]; 32:e26070. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26070>.
3. Serato VM, Fonseca LF, Birolim MM, Rosseto EG, Mai LD, Garcia AK. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm.* 2019 [cited Sep 12 2022]; 72(3):600-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>.
4. Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2015 [cited Sep 12 2022]; 49(1):122-8. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>.
5. Nascimento LA, Garcia AK, Conchon MF, Aroni P, Pierotti I, Martins PR, et al. Advances in the management of perioperative patients' thirst. *AORN J.* 2020 [cited Sep 12 2022]; 111(2):165-79. DOI: <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>.
6. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Thirst in surgical patients: perceptions of the nursing team in inpatient units. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2016;10(9):3352-60. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11416/13200>.
7. Herdman TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2021/2023.* 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
8. Armstrong LE, Kavouras SA. Thirst and drinking paradigms: Evolution from single factor effects to brainwide dynamic networks. *Nutrients.* 2019 [cited Sep 12 2022]; 11(12):2864. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu11122864>.
9. Nascimento LA, Garcia AK, Conchon MF, Lopes MV, Fonseca LF. Concept analysis of Perioperative Thirst for the development of a new nursing diagnosis. *Rev Bras Enferm.* 2021 [cited Sep 12 2022]; 74(1):e202000065. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>.
10. Carvalho EC, Cruz DA, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013 [cited Sep 12 2022]; 66(spe):134-41. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>.
11. Nascimento LA, Lopes MV, Fonseca LF. Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative thirst. *Int J Nurs Knowl.* 2021 [cited Sep 12 2022]. DOI: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>.
12. Silva LC, Aroni P, Fonseca LF. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Rev SOBECC.* 2016 [cited Sep 12 2022]; 21(2):75. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>.
13. Conway A, Chang K, Bittner M, Phan D, Kamboj N, Parotto M, et al. Validating the peri-operative thirst discomfort scale measuring thirst discomfort prior to procedures. *J Radiol Nurs.* 2020; 40(1):6-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.10.006>.
14. Swason SA, Lindenberg K, Bauer S, Crosby RD. A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. *Int J Eat Disord.* 2012 [cited Sep 12 2022]; 45(5):677-84. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20958>.
15. Nascimento LA, Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AK, Pierotti I, Serato VM, et al. Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. *Rev SOBECC.* 2019 [cited Sep 12 2022]; 24(2):85-90. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/477>.

16. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*. 2017 [cited Sep 12 2022]; 126(3):376-93. DOI: <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>.
17. Rızalar S, Yıldıırım A, Topçu SY. Investigation of fasting and thirst levels of surgical patients in preoperative and postoperative periods. 2019 [cited Sep 12 2022]; 1(2):32-36. DOI: <https://doi.org/10.33308/2687248X.201912153>.
18. Carroll HA. Redefining thirst: A conceptual four-compartment model characterising types of thirst, and their underlying mechanisms and interactions. *NutriXiv*. 2020 [cited Sep 12 2022]; 1-47. DOI: <https://doi.org/10.31232/osf.io/q7gvd>.
19. Oliveira LD, Nascimento SF, Farias CR. Evaluation of thirst dimensions in orthopedic surgical patients. *Rev SOBECC*. 2020 [cited Sep 12 2022]; 25(2):99–104. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/571>.
20. Maldonado RN, Conchon MF, Birolim MM, Fonseca LF. Thirst of the orthopedic surgical patient in the immediate postoperative. *Rev Baiana Enferm*. 2020 [cited Sep 12 2022]; 34:e34533. DOI: <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34533>.
21. Gebremedhn EG, Nagaratnam VB. Audit on Preoperative Fasting of Elective Surgical Patients in an African Academic Medical Center. *World J Surg*. 2014 [cited Sep 12 2022]; 38(9):2200-4. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00268-014-2582-3>
22. Gul A, Andsoy II, Ozkaya B. Preoperative Fasting and Patients' Discomfort. *Indian J Surg*. 2017 [cited Sep 12 2022]; 80(2):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12262-017-1657-4>.
23. Lee CW, Liu ST, Cheng YJ, Chiu CT, Hsu YF, Chao A. Prevalence, risk factors and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. *Sci Rep*. 2020 [cited Sep 12 2022]; 10:16183. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73235-5>.