



O SILÊNCIO QUE PERMEIA A SEDE PERIOPERATÓRIA: UM ESTUDO DE CASO

Aline Korki Arrabal Garcia¹; Lígia Fahl Fonseca²; Carla Regina Lodi³; Isadora Pierotti⁴

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil, Bolsista Fundação Araucária.
alinekorki@yahoo.com.br

²Orientadora, Enfermeira, Professora Associada, Graduação, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil. ligiafahl@gmail.com

³Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Filadélfia de Londrina (UNIFIL), Londrina, PR, Brasil. carla-lodi@hotmail.com

⁴Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil, Bolsista Fundação Araucária.
isa_pierotti@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Explorar a percepção do paciente cirúrgico em relação aos motivos que o levam a não verbalizar sua sede espontaneamente aos profissionais de saúde. **Método:** relato de caso. O critério de seleção restringiu-se a: paciente cirúrgico na sala de recuperação pós-anestésica que não verbalizara a sede de modo espontâneo ao profissional de saúde, quando questionado, relatou sede de alta intensidade. Fez-se a coleta de dados por entrevista semiestruturada, gravada. **Resultados e Discussão:** O paciente, que recebeu o nome fictício de José, foi encaminhado a um hospital universitário relatando dor abdominal intensa e mantido em jejum absoluto por 40 horas após o diagnóstico de apendicite. Durante o deslocamento até o hospital, o paciente relatou sede, porém o médico reforçou a necessidade do jejum. Esse foi o único momento de verbalização deste sintoma. Quando questionado do porquê da não verbalização da sede, ainda que intensa, o paciente reafirmou a orientação da equipe sobre a necessidade de suportar esse desconforto; declarou acreditar que é papel da equipe perguntar ao paciente se está com sede e que sentir sede é um preço a ser pago para submeter-se com segurança a uma cirurgia. **Conclusão:** As orientações da equipe reforçam no paciente o mito de que nada pode ser feito em relação à intensa sede no pós-operatório, por isso ele se cala. A grande maioria dos pacientes no pós-operatório imediato silencia a respeito da sua sede. Os motivos, significados e representações desse silêncio precisam ser explorados e olhados com intencionalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Estudo de caso; Paciente Cirúrgico; Sede.

1 INTRODUÇÃO

A palavra é um meio privilegiado para conhecer(-se) e fazer(-se) conhecer. As pessoas dialogam com palavras e também com silêncio. O silêncio, assim como a palavra, tem um significado com sentidos a serem descobertos. Muitas vezes buscamos palavras que não são pronunciadas, seja porque não queremos ou não ousamos dizê-las, seja porque elas não são compreensíveis para o outro, sendo então voluntariamente retidas (MELLO, 2001).

O silêncio pode ser interpretado de maneira negativa e até mesmo pejorativa. Todavia ele pode segregar palavras interrompidas. O silêncio é; ele significa. Está presente no relacionamento entre os sujeitos (MELLO, 2001; ORLANDI 1995), em seu cotidiano, e necessita de um olhar intencional para ser decodificado pelo outro.

O silêncio carregado de sentido está presente a todo momento nas interações com o paciente cirúrgico, frequentemente submetido a situações desconfortáveis, permeadas por comunicação silenciosa da equipe e também do próprio paciente. A sede é um desses desconfortos e, embora presente na maioria dos pacientes cirúrgicos, é permeada pelo silêncio.

A sede é deflagrada tanto por fatores estressantes no pré-operatório como por intervenções no transoperatório. No pré-operatório, contribuem para este sintoma a falta de informação a respeito do procedimento anestésico-cirúrgico, a ansiedade diante do desconhecido e o jejum pré-operatório por tempo excessivamente maior que o preconizado (ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012; CONCHON; FONSECA, 2016; GOIS et al., 2012; MEDEIROS; PENICHE, 2006). Este cenário leva o





Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

centro cirúrgico conta com sete salas operatórias, sala pré-operatória, SRA, e ali se realizam, em média, 500 cirurgias mensais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, CAAE: 29069414.5.0000.5231. Foram assegurados os direitos de autonomia, confidencialidade e privacidade do participante, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, gravada e transcrita, realizada na unidade de internação do participante, o qual recebeu o nome fictício de José, para preservar-lhe o anonimato. As seguintes questões nortearam a entrevista: O que lhe foi dito a respeito do jejum e o que você entendeu? O que isso representou para você? Quando você começou a sentir sede [antes ou depois da cirurgia]? Em algum momento você disse a alguém que estava com sede? O que lhe disseram? Você se lembra de ter sentido sede na SRA? Qual foi a sensação? Você disse a alguém na SRA que estava com sede? Por que você não disse que estava com sede? Fale-me mais sobre isso.

Apesar da abrangência das questões, foram utilizadas apenas as respostas que contemplaram os aspectos dos motivos que levaram o paciente a não verbalizar de modo espontâneo a presença da sede e que auxiliaram no alcance do objetivo desta pesquisa.

Após a coleta, os dados foram transcritos, e sua ordenação ocorreu após sucessivas leituras do material coletado. A classificação e o agrupamento desses dados foram realizados com base na apreensão das verbalizações relacionadas à temática explicitada, sendo posteriormente confrontados com a literatura pertinente ao objeto do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

José, 47 anos, servente de pedreiro, residente em uma cidade de pequeno porte, com histórico prévio de cirurgia em um dos joelhos, foi encaminhado a um hospital universitário no dia 7 de novembro de 2016, relatando dor de alta intensidade na região abdominal. O médico da cidade de origem fez o primeiro exame físico e prescreveu jejum absoluto de sólidos e líquidos, após diagnosticar a dor como apendicite.

Durante o trajeto de sua cidade até o hospital universitário, o paciente disse, espontaneamente e pela primeira vez, que estava sentindo sede. Verbalizou também estar sentindo agonia por não saber o que ia acontecer. Nesse momento, o profissional que o acompanhava informou-lhe que deveria permanecer em jejum. Confirmado o diagnóstico de apendicite, os médicos prescreverem a continuidade do jejum absoluto. Na manhã do dia 9 de novembro, realizou-se com sucesso o procedimento cirúrgico, depois de José permanecer em jejum de líquidos e sólidos durante 40 horas. A entrevista foi realizada no dia 10 de novembro, após o aceite do paciente.

Quando questionado sobre o porquê de não ter verbalizado sede de modo espontâneo na SRA, o paciente apontou três motivos principais: o reforço feito pelo médico para suportar a sede, considerar que é papel da equipe questioná-lo a respeito da sede e, por fim, que sentir sede é o preço a ser pago para se ter uma cirurgia segura.

Estudos do GPS identificam uma subvalorização por parte da equipe em relação à sede: anestesiológicos, cirurgiões, equipe de enfermagem (SILVA; ARONI; FONSECA, 2016; PAVANI, FONSECA, CONCHON, 2016) consideram a sede como um desconforto de menor impacto. No entanto estudos qualitativos realizados com crianças e adultos indistintamente mostram quão distressante é para o paciente cirúrgico suportar a sede por tempo prolongado, tanto no pré quanto no pós-operatório (CAMPANA et al., 2015; DESSOTTE et al., 2016).



Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

A análise da percepção da sede vivenciada pelo paciente cirúrgico revela que sua experiência é extremamente angustiante, sobretudo no POI, quando ainda permanece em jejum. Ademais, a sede foi caracterizada como um desconforto até mesmo superior à fome, chegando a ser relatado como um sentimento extremo associado à loucura e à morte, pela impossibilidade de beber água (SILVA; ARONI; FONSECA, 2016).

Técnicos de enfermagem de unidades de internação também demonstram atitudes pouco flexíveis em relação ao paciente com sede. Alegam que seguem a prescrição médica e temem qualquer conduta que confronte o que foi prescrito, não considerando ações para reduzir o intenso desconforto causado pela sede. O desconhecimento por parte da equipe de enfermagem a respeito de estratégias efetivas para o alívio da sede sem colocar em risco o paciente contribui para perpetuar esse quadro (PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016).

Outro fator que o paciente apresentou para justificar o silêncio a respeito da sede é que, no seu modo de ver, os profissionais de saúde têm a função de perguntar ao paciente se sente algum desconforto e tomar as devidas condutas para minorá-lo. Todavia a inexistência de protocolos para mensuração da sede e manejo adequado deste sintoma na prática clínica dificulta a atuação dos profissionais de enfermagem (SILVA; ARONI; FONSECA, 2016). Além disso, a percepção dos funcionários sobre a sede do paciente cirúrgico ainda é muito limitada. Apenas quando questionados a mencionam, e ainda assim como um desconforto sem grande relevância (PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016).

O paciente deste estudo de caso declara, por fim, em seu relato, que sentir sede por causa do jejum é um preço a ser pago para que a sua cirurgia ocorra de forma segura. Refere-se, com certeza, ao temor da broncoaspiração do conteúdo gástrico. No entanto a redução do jejum é tida como benéfica, por diminuir a resposta metabólica à resistência insulínica, aumentar o pH gástrico, diminuir o estresse cirúrgico, melhorar o bem-estar, evitar a desidratação e a sede, pois o organismo dos indivíduos em jejum pré-operatório consome a água armazenada, já que as reações orgânicas não são interrompidas (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009; CHON; MA; PRICE, 2017; MORO, 2004; SMITH et al., 2011).

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) recomenda que o jejum pré-operatório seja de duas horas para líquidos sem resíduos, como chás, cafés, sucos sem polpas de frutas e bebidas ricas em carboidrato, de seis horas para refeições leves e de oito horas para refeições completas (FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015; SMITH et al., 2011). Observa-se, porém, que os pacientes permanecem em jejum absoluto por um período muito superior ao das oito horas tradicionais, chegando a patamares de 37 horas em cirurgias eletivas e de urgências, como ocorreu com o paciente entrevistado. Essa realidade ocorre particularmente em hospitais públicos do país, visto que, por motivos culturais, os pacientes iniciam o jejum após a meia-noite e assim permanecem sendo interrompido e reiniciado até o horário do procedimento cirúrgico. Dessa forma, o tempo de jejum do paciente é condicionado ao horário da cirurgia e não às suas necessidades fisiológicas (CHON; MA; PRICE, 2017; CONCHON; FONSECA, 2017). Isto ocasiona aumento na resposta metabólica ao trauma cirúrgico, alterações emocionais, desidratação e ressecamento da cavidade oral. Esse quadro desencadeia e intensifica o desconforto da sede no período perioperatório (ARONI; NASCIMENTO; FONSECA, 2012; LUDWIG et al., 2013; MORO, 2004; NASCIMENTO; FONSECA; GARCIA, 2014).

Como consequência do jejum prolongado, o estresse do paciente no pré-operatório é exacerbado, e a própria sede se configura como um mecanismo de elevação do estresse já instalado (CONCHON et al., 2015).

A falta de estratégias que amenizem a sede dos pacientes está ligada, muitas vezes, com a prática cultural da instituição, revelada pelas atitudes dos funcionários. A cultura do jejum ininterrupto



é muito forte e predominante. Com frequência o paciente não verbaliza a sede, e os funcionários, mesmo percebendo os sinais deste desconforto, nada fazem para aliviar. Por outro lado, quando tentam não ignorar tal sintoma, lançam mão de práticas sem evidência científica, como o uso de algodão e gazes umedecidas, sem eficácia comprovada (PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016).

Pesquisas recentes evidenciam que a utilização de temperaturas frias mentoladas é eficaz e diminui consideravelmente a sede, ao ativar os receptores orofaríngeos denominados *Transient Receptor Potential Melastatin8* (TRPM8), sensíveis ao frio e a substâncias mentoladas, além de melhorar significativamente o ressecamento da cavidade oral, boca e lábios (CONCHON; FONSECA, 2017). Isto ocorre por meio de três neurônios que se projetam na região cingulada no córtex cerebral, denominada região de 3-1-2 de Brodmann. Esta região responde pela saciedade da sede. Com a utilização de temperaturas frias na cavidade oral, ativa-se o TRPM8, produzindo a sensação de saciedade e conforto. Esse achado clínico é extremamente importante, pois permite a adoção de medidas que atenuam a sede de pacientes entubados, renais crônicos e no perioperatório, sem a ingestão de grandes quantidades de água (GARCIA et al., 2016).

Em uma revisão integrativa se observou que o uso de baixas temperaturas se mostrou eficaz comparado ao uso de água em temperatura ambiente. Além disso, a estratégia de estimulação salivar por meio da goma de mascar age em locais responsáveis pela estimulação mecânica das glândulas salivares por meio da mastigação, diminuindo a sede. A ingestão precoce de líquidos no POI também se revelou segura e eficiente ao minorar o desconforto orofaríngeo e capaz de produzir satisfação na recuperação dos pacientes (GARCIA et al., 2016). O uso de um pacote de medidas mentoladas, com temperatura fria, mostrou-se mais efetivo para a diminuição da sede e seu desconforto em pacientes de unidade de terapia intensiva (PUNTILLO et al., 2014).

É importante ressaltar que, na maioria das vezes, identifica-se a sede apenas quando há verbalização do sintoma pelo paciente. O discurso do cumprimento fiel e inquebrável do jejum tanto no pré como no pós-operatório é tão difundido e ressaltado no ambiente hospitalar que faz com que o paciente acabe não relatando o que realmente está sentindo (PAVANI; FONSECA; CONCHON, 2016). Ao não se questionar o paciente sobre a sede, perpetua-se o silêncio que ronda esse sintoma no paciente cirúrgico e a ilusão de que, pelo fato de o paciente não expressara sede com palavras, este desconforto não existe. A equipe, porém, deve compreender que há outras maneiras de se comunicar, pois o próprio silêncio é carregado de sentido: ele significa, ele diz com o não dito (ORLANDI, 1995).

Além dos sinais associados à presença de sede que permitem sua identificação pela equipe, por exemplo, a boca seca (MARTINS et al., 2017), o silêncio pode estar acompanhado de sinais físicos, como o olhar, movimentação das mãos, balançar da cabeça (MELLO, 2001). É importante que a equipe saiba compreender essa forma de linguagem não verbal do paciente, pois a todo momento ele se comunica. Há verbalização a partir do silêncio (ORLANDI, 1995).

Outros estudos deverão ser realizados com o objetivo de desvelar os diversos fatores que levam o paciente a calar-se diante de um desconforto tão prevalente e estressante no período perioperatório. No entanto, este estudo de caso permite um vislumbre para os profissionais da saúde quanto ao significado do silêncio que permeia a sede do paciente cirúrgico como uma forma de comunicação.

5 CONCLUSÃO

O silêncio como forma de comunicação não é o vazio nem é sem sentido. Pelo contrário, é indício de um significado maior. Compreende-se, portanto que o silêncio, a não verbalização do paciente com sede, deva ser considerado como um horizonte, um sinalizador de significados, e não



Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

como falta. O silêncio autoimposto pelo paciente deste relato em relação à sede, mesmo estando em grande desconforto com este sintoma, é identificado na grande maioria dos pacientes no POI. Seus motivos, significados e representações precisam ser explorados e olhados com intencionalidade.

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.
- ARONI, P.; NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. Acta Paul Enferm [Internet]. [citado 19 jun. 2015]; v.25, n.4, p.530-6,2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400008>>.
- CAMPANA, M. C.; FONSECA, L. F.; LOPES, D. F. M.; MARTINS, P. R. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. Rev Rene. v.16, n.6, p.799-808, 2015.
- CHON, T; MA, A; MUN-PRICE, C. Perioperative Fasting and the Patient Experience. Cureus 9(5): e1272. DOI 10.7759/cureus.1272, (May 24, 2017)
- CONCHON, M. F.; FONSECA, L. F. Efficacy of an Ice Popsicle on Thirst Management in the Immediate Postoperative Period: A Randomized Clinical Trial. J. Peri Anesthesia Nurs. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009> (2016).
- CONCHON, M. F.; do NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F.; ARONI, P. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. Ver Esc Enferm USP [Internet] [citado 1 ago. 2015]; v.49, n.1, p.122-8, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0122.pdf
- DESSOTTE, C. A. M.; RODRIGUES, H. F.; FURUYA, R. K.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S. Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. Rev Bras Enferm. v.69, n.4, p.694-703, 2016.
- DODD, M.; JANSON, S.; FACIONE, N.; FAUCETT, J.; FROELICHER, E. S.; HUMPHREYS, J. et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs [Internet] [citado 20 jun. 2015]; v.33, n.5, p.668-76, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697>
- FRANCISCO, S.C.; BATISTA, S.T.; PENA, G.G. Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatório. ABCD Arq Bras Cir Dig. v.28, n.4, p.250-254, 2015. DOI: /10.1590/S0102-6720201500040008
- GARCIA, A. K. A.; FONSECA, L. F.; ARONI, P.; GALVÃO, C. M. Strategies for thirst relief: integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1148-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>



Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

GEBREMEDHN, E. G.; NAGARATNAM, V. B. Audit on perioperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World Journal of Surgery*.v.38, n.9, p.2200-2204, 2014.

GOIS, L. et al. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. *Investigación y Educación en Enfermería, Medellín*, v. 30, n. 3, p. 312-319, 2012.

JAYWANT, S. S.; PAI, A. V. A comparative study of pain measurement scales in acute burn patients. *The Indian Journal of Occupational Therapy*. v.35, n.3, p.13-17, 2003.

JENSEN, M. P. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *The Journal of Pain*. v.4, n.1, p.2- 21, 2003.

LANDSTRÖM, 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 Crit Care Nurs*.v.25, n.3, p.133-9, 2009

LUDWIG, R.B.; PALUDO, J.; FERNANDES, D.; SCHERER, F. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? *ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54-58, jan-mar. 2013.

MARTINS, P. R.; FONSECA, L. F.; ROSSETTO, E. G.; MAI, L. D. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP*. v.51, p.e03240, 2017.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016029003240>

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. The influence of anxiety incoping strategies used during the pre-operative period. *Rev Esc Enferm USP [Internet]* [cited 2014 Fev 20]; v.40, n.1, p.86-92, 2006. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a11v40n1.pdf>

MELLO, R. Intersubjetividade e enunciação. MARI, H. et al. (Orgs.) *Análise do discurso: fundamentos e práticas*. Belo Horizonte: NAD/FALE/UFMG, p. 227-238, 2001.

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.; GARCIA, A. C. K. A. Deferral of Surgery: the Perspective of the Medical Resident in Surgical Clinics. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. v. 38, n. 2, p. 205 – 212, 2014.

ORLANDI, E. P. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 3. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 1995.

PAVANI, M. M.; FONSECA, L. F.; CONCHON, M. F. Sede no paciente cirúrgico: percepções da equipe de enfermagem nas unidades de internação. *Rev. Enferm. UFPE online.*, Recife, v.10, n.9, p.3352-60,set.,2016.



Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

PUNTILLO, K. A. et al. A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. Intensive Care Medicine, Berlin, 2014. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-014-3339z>. Acesso em: 01ago. 2017.

SMITH, I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. European Journal of Anaesthesiology, Oxford. v. 28, n. 8, p. 556-569, 2011.

SILVA, L. C. J. R.; ARONI, P.; FONSECA, L. F. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. Rev. SOBECC, São Paulo. Abr./Jun. v.21, n.2, p.75-81, 2016.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e método. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.