

Artigo Original

Acurácia das características definidoras do proposto diagnóstico de enfermagem sede perioperatória em pacientes oncológicos cirúrgicos

Accuracy of the defining characteristics of the proposed perioperative thirst nursing diagnosis in surgical oncology patients

Precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería de sed perioperatoria propuesto en pacientes de oncología quirúrgica

Rafaela Vieira Jorge
rafaela.vieira@uel.br

 <https://orcid.org/0000-0003-1902-6203>

Revista de Pesquisa Cuidado é
Fundamental Online vol. 18 14523 2026

Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro
Brasil

Recepción: 30 Noviembre 2025
Aprobación: 04 Febrero 2026

Resumo: **Objetivo:** verificar a validade clínica da proposição de um novo diagnóstico de enfermagem denominado sede perioperatória, com base na acurácia diagnóstica de seus indicadores clínicos em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e pós-operatório imediato. **Metodologia:** estudo transversal, realizado em hospital de referência em oncologia no norte do Paraná, com 150 pacientes. A análise de Classe Latente foi utilizada para avaliar variáveis categóricas para detectar homogeneidade latente do diagnóstico proposto. **Resultados:** as características definidoras com maior sensibilidade no pré foram garganta seca, saliva grossa, língua grossa, constante deglutição de saliva e gosto ruim na boca; no pós-operatório garganta seca, lábios ressecados, língua grossa e vontade de beber água. Apresentaram maior especificidade no pré língua grossa e vontade de beber água; no pós foram saliva grossa, língua grossa, constante deglutição de saliva e gosto ruim na boca. **Conclusão:** as características definidoras são sensíveis e específicas para representar a presença do diagnóstico proposto.

Palavras-chave: Oncologia cirúrgica, Assistência perioperatória, Sede, Diagnóstico de enfermagem.

Abstract: **Objective:** to verify the clinical validity of proposing a new nursing diagnosis called perioperative thirst, based on the diagnostic accuracy of its clinical indicators in surgical oncology patients in the immediate preoperative and postoperative periods. **Methodology:** cross-sectional study conducted at a leading oncology hospital in northern Paraná, involving 150 patients. Latent class analysis was used to evaluate categorical variables in order to detect latent homogeneity in the proposed diagnosis. **Results:** the defining characteristics with the highest sensitivity in the preoperative period were dry throat, thick saliva, thick tongue, constant swallowing of saliva, and bad taste in the mouth; in the postoperative period, dry throat, dry lips, thick tongue, and desire to drink water. The most specific characteristics in the preoperative period were thick tongue and desire to drink water; in the postoperative period, they were thick saliva, thick tongue, constant swallowing of saliva, and bad taste in the mouth. **Conclusion:** the defining characteristics are sensitive and specific to represent the presence of the proposed diagnosis.

Keywords: Surgical oncology, Perioperative care, Thirst, Nursing diagnosis.

Resumen: Objetivo: verificar la validez clínica de la propuesta de un nuevo diagnóstico de enfermería denominado sedación perioperatoria, basándose en la precisión diagnóstica de sus indicadores clínicos en pacientes oncológicos quirúrgicos en el pre y postoperatorio inmediato. **Metodología:** estudio transversal, realizado en un hospital de referencia en oncología en el norte de Paraná, con 150 pacientes. Se utilizó el análisis de clase latente para evaluar variables categóricas con el fin de detectar la homogeneidad latente del diagnóstico propuesto. **Resultados:** las características definitorias con mayor sensibilidad en el preoperatorio fueron sequedad de garganta, saliva espesa, lengua gruesa, deglución constante de saliva y mal sabor de boca; en el postoperatorio, sequedad de garganta, labios resacos, lengua gruesa y ganas de beber agua. Presentaron mayor especificidad en el preoperatorio lengua gruesa y ganas de beber agua; en el postoperatorio fueron saliva espesa, lengua gruesa, deglución constante de saliva y mal sabor de boca. **Conclusión:** las características definitorias son sensibles y específicas para representar la presencia del diagnóstico propuesto.

Palabras clave: Oncología quirúrgica, Asistencia perioperatoria, Sedación, Diagnóstico de enfermería.

PREVIEW VERSION

INTRODUÇÃO

A utilização do Processo de Enfermagem possibilita ao enfermeiro prestar um cuidado individualizado, sistematizado e de elevada qualidade. Um de seus componentes centrais é o diagnóstico de enfermagem, definido pela NANDA Internacional (NANDA-I) como uma terminologia padronizada que categoriza e orienta a avaliação clínica realizada pelo enfermeiro (NANDA-I, 2024).¹ Tal ferramenta é fundamental para a prática clínica, pois subsidia o raciocínio clínico e o julgamento crítico na identificação e análise de problemas de saúde, além de fundamentar as decisões assistenciais com base nas necessidades reais dos pacientes.²⁻³

Um relevante componente do diagnóstico de enfermagem diz respeito às populações em risco, que consistem num grupo de pessoas que compartilham características sociodemográficas, de saúde, história, exposição a eventos que faz que cada membro seja suscetível a uma resposta humana particular.¹ Os pacientes cirúrgicos são considerados, por diversos fatores a que são expostos, população de risco para desenvolvimento da sede perioperatória. No entanto, a sede é uma resposta humana ainda não contemplada como Diagnóstico de Enfermagem (DE) pela NANDA-I 2024-2026.⁴⁻¹

A sede se apresenta como uma resposta humana multifatorial, complexa, de regulação neuronal e hormonal, além de integrar aspectos culturais, emocionais e ambientais.⁵ É o segundo desconforto mais frequente no pós-operatório imediato (POI), apresentando elevada prevalência, além de influenciar de maneira negativa a experiência cirúrgica.⁶ O paciente oncológico cirúrgico, por sua vez, apresenta fatores agravantes relacionados ao seu cenário diagnóstico e terapêutico, como a ansiedade, necessidade de múltiplos procedimentos cirúrgicos, além da radioterapia e ou quimioterapia, potencializando tanto a gênese como a intensidade e desconforto da sede não tratada.

Fundamentado no risco que o paciente cirúrgico apresenta para desenvolver sede no período perioperatório e na relevância do DE para o planejamento e execução de um cuidado mais efetivo e adequado ao que tange o papel do enfermeiro, elaborou-se uma proposição da sede perioperatória como DE, submetida a avaliação da NANDA-I ainda em processo de avaliação.⁴⁻⁶

Três artigos foram encontrados na literatura acerca da proposição de DE de Sede Perioperatória. Esses estudos contemplam o trajeto de análise de conceito e validação de conteúdo e resultam nas definições conceituais e operacionais de nove Características Definidoras (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.³⁻⁶

A despeito do paciente oncológico ser submetido com frequência a procedimentos cirúrgicos e, portanto, estar suscetível ao desencadeamento da sede, os cuidados no período perioperatório relacionados a assistência de enfermagem permanecem voltados à monitorização de intercorrências.⁷ Considerando que a sede é uma resposta humana perioperatória de elevada prevalência, intensidade, desconforto e frequentemente observada pela equipe de enfermagem, é relevante que seu manejo seja padronizado e inserido no processo de cuidar nesse período. Incluí-la na taxonomia diagnóstica de enfermagem permitirá que a sede do paciente cirúrgico seja identificada e, portanto, tratada.³

Não foram encontrados estudos anteriores sobre a acurácia do Diagnóstico de Enfermagem Sede Perioperatória proposto em pacientes cirúrgicos oncológicos. A acurácia diagnóstica se refere a capacidade de discriminar estados alternativos de saúde, diferenciando corretamente os indivíduos com e sem um DE.¹

Esse estudo pretende ampliar a validade externa da proposição diagnóstica Sede perioperatória na população específica de pacientes cirúrgicos oncológicos, destacando evidências científicas que justificam a inclusão destes pacientes como “populações de risco” desse DE. Ademais, fornece ao enfermeiro evidências que facilitam a inferência do DE sede perioperatória, possibilitando tomada de decisão segura e eficaz que atenda as reais necessidades desses pacientes.¹

Diante do exposto, surge o questionamento: Quais são as CD que melhor predizem o DE Sede Perioperatória proposto em pacientes oncológicos cirúrgicos? O objetivo do estudo foi verificar a validade clínica da proposição de um novo diagnóstico de enfermagem denominado sede perioperatória, com base na acurácia diagnóstica de seus indicadores clínicos em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e pós-operatório imediato.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal para a avaliação da acurácia diagnóstica. A acurácia diagnóstica se refere à capacidade de discriminar estados alternativos de saúde, diferenciando corretamente os indivíduos com e sem um determinado diagnóstico de enfermagem.¹

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital referência para o tratamento oncológico, localizado no norte do Paraná. O hospital conta com um centro cirúrgico que realiza cirurgias eletivas e de emergência, sendo composto por sala pré cirúrgica, seis salas de

cirurgia e seis leitos em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). A coleta de dados foi realizada entre abril e julho de 2023.

A população do estudo foi constituída por pacientes com câncer submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos. Os critérios de inclusão foram apresentar idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, estarem conscientes e orientados, não estar em desconforto intenso de dor e apresentar condições clínicas para se comunicar. Como critério de não inclusão foram possuir acometimento oncológico em cavidade oral, necessitar de transferência para unidade de terapia intensiva (UTI) em uso de ventilação mecânica ou evoluir a óbito durante o procedimento cirúrgico.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com o número - 66468322.4.0000.5231. Todos os participantes da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) após o esclarecimento dos objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa. Adotaram-se os critérios do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para relatar o presente estudo.

As variáveis sociodemográficas foram: idade, sexo, cor da pele autorreferida, escolaridade, peso, altura. Consideraram-se variáveis referentes ao procedimento cirúrgico e sede: especialidade cirúrgica, tempo de jejum, sangramento informado na descrição operatória pelo cirurgião e anestesiológico, mensuração da intensidade da sede por escala verbal numérica (EVN) (zero, sem sede a dez, pior sede possível). O desconforto da sede foi avaliado pela Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESCP), instrumento construído e validado para a população brasileira, com sete itens relacionados à sede, resultando em um escore de intensidade de zero a 14 (zero, nada incomodado e 14 pior incomodo possível).⁸

O roteiro de coleta de dados contemplou dados de caracterização social e demográfica, dados clínicos, do procedimento anestésico-cirúrgico e informações sobre os componentes do DE. O DE Sede Perioperatória possui nove CD: boca seca, garganta seca, lábios secos, saliva grossa, língua grossa, deglutição constante de saliva, vontade de beber água, gosto ruim na boca e relato do cuidador. Os Fatores relacionados (FR) a sede são: jejum no pré e no POI, respiração oral, desidratação, hipovolemia, perda insensível de hidratação pela respiração, boca seca, hábito de beber água, temperatura ambiente elevada. As Condições associadas (CA) são: intubação, uso de anticolinérgicos muscarínicos e nicotínicos e restrição hídrica.

Este roteiro foi submetido a um pré-teste, com 10 pacientes, avaliando se o instrumento apresentava sequência lógica de aplicação e se o preenchimento de todos os itens era factível de resposta. O pré-teste não resultou em nenhuma alteração significativa, sendo os dados incluídos na amostra final.

A coleta de dados foi concretizada pelo pesquisador principal e duas alunas de graduação em enfermagem. Realizou-se treinamento pelo pesquisador principal, contemplando informações sobre a sede perioperatória, fatores relacionados, condições associadas, CD, definições conceituais e operacionais, assim como pesquisas de acurácia diagnóstica. Após esse treinamento, todos os responsáveis pela coleta de dados utilizaram o instrumento de coleta e, juntamente com o pesquisador principal, realizaram cinco avaliações antes de iniciarem a coleta individual. Esses procedimentos permitiram a calibração na coleta de dados e a diminuição de dúvidas relacionadas a essa etapa.

A coleta de dados foi realizada com o mesmo paciente em dois momentos distintos: no primeiro momento, no período pré-operatório, na sala de pré-operatória, após o aceite e assinatura do TCLE; no segundo momento, no POI, na SRPA.

Em ambos os momentos da coleta de dados, o paciente era avaliado quanto a seu nível de orientação em tempo e espaço, por meio dos itens de Orientação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Qual seu nome? Onde o(a) senhor(a) está neste momento? Que dia é hoje? Qual cirurgia o(a) senhor(a) realizou?.

No POI, caso o paciente estivesse inconsciente, sonolento ou desorientado, a avaliação era adiada para os próximos 15 minutos, até que as condições de orientação fossem adequadas. Após a coleta de dados, o manejo da sede do paciente era realizado conforme a prática da instituição.

Para o cálculo amostral, foi considerado o número de CD, multiplicado pelo número mínimo de pacientes necessário para cada uma dessas características, ou seja, cinco a 30 pacientes deveriam ser selecionados para cada uma das CD. Essa estratégia é utilizada para determinar o tamanho da amostra em estudos de acurácia diagnóstica baseados na análise de classe latente. Optou-se por um total de 16 pacientes para cada uma das nove CD, sendo que o tamanho final da amostra foi de 150 pacientes. A amostragem foi não probabilística consecutiva.

Os dados foram tabulados em duas planilhas do *Microsoft Excel* 2016 e a qualidade da digitação dos dados foi avaliada pela comparação das duas planilhas utilizando a ferramenta específica do programa SPSS versão 23. Os dados conflitantes foram corrigidos pela observação nos roteiros de pesquisa utilizados. Outros dois programas de análise estatística foram utilizados: Jamovi Versão 2.4 e o R Core Versão 4.1.

A análise e apresentação dos dados categóricos contou com as frequências absolutas, relativas e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para as variáveis contínuas utilizou-se as medidas de posição (média e mediana), assim como suas medidas de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartilico). Para verificar a adesão da normalidade da distribuição, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk.

Foram elaborados dois modelos de classe latente (pré e POI), essa é uma técnica estatística que utiliza respostas a variáveis categóricas para detectar homogeneidade latente em amostras.¹⁰⁻¹¹⁻¹² Essa técnica pode ser empregada quando não existe um padrão de referência perfeito, onde uma variável não observada diretamente (DE) pode ser associada a um conjunto de variáveis observadas (CD).

As CD foram avaliadas de forma dicotômica pela sua presença (sim e não). A CD “Relato do Cuidador” não foi observada em nenhum dos pacientes coletados e deste modo, não foi incluída nos modelos. Para a escolha do número de classes latentes, observou-se que a proposição DE Sede Perioperatória é uma variável latente com dois níveis (presente ou ausente), sendo assim, definidas para os modelos duas classes latentes. Para verificar se as mudanças nas CD nos dois momentos (pré e pós-operatório) foram significativas aplicou-se o Teste de McNemar.

Para a inclusão e exclusão das CD nos modelos, observou-se os seguintes indicadores de qualidade: *Akaike Information Criterion* (AIC) e *Bayesian Information Criterion* (BIC) (quanto menor, melhor), entropia (valores mais próximos a um são desejáveis), razão de verossimilhança e χ^2 (um resultado não significativo indica uma boa aderência dos dados ao modelo) (Weller, 2020). Calcularam-se medidas de sensibilidade e especificidade para cada CD, sendo indicadas como características clinicamente sensíveis e específicas as CD cujos valores inferiores do intervalo de confiança fossem superiores a 50%.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 150 pacientes, dos quais 110 (73,3%) eram do sexo feminino e 118 brancos (78,7%). A idade média dos pacientes foi 57,53 anos ($\pm 13,91$). Os pacientes possuíam em sua maioria escolaridade de nível fundamental 86 (27,3%). As principais clínicas cirúrgicas foram ginecologia e mastologia 73 (48,7%), aparelho digestivo 36 (24%) e ortopedia 15 (10,0%). O tempo médio de jejum para alimentos sólidos foi de 15,4 horas ($\pm 6,3$), seguido por 14,5 horas ($\pm 6,4$) para líquidos; 13,3% dos pacientes haviam realizado ao menos uma sessão de radioterapia e 18,7% submetidos a sessão de quimioterapia. Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo (n = 150). Brasil, 2024

Variáveis	n	%	IC [†] 95%		
Sexo					
Feminino	110	73,3	65,7-79,7		
Masculino	40	26,7	20,2-34,2		
Cor da Pele					
Branca	118	78,7	71,4-84,4		
Pardo	17	11,3	07,2-17,4		
Negra	15	10,0	06,1-15,8		
Clínica Cirúrgica					
Aparelho Digestivo	36	24,0	17,8-31,4		
Ortopédica	15	10,0	06,1-18,8		
Urológica	12	08,0	04,6-13,4		
Ginecológica e Mastologia	73	48,7	40,8-56,6		
Cabeça e Pescoço	14	09,3	05,6-15,0		
Escolaridade					
Sem escolaridade	05	03,3	01,4-07,5		
Fundamental	86	27,3	49,3-64,9		
Médio	34	22,7	16,7-30,0		
Superior	25	16,7	11,5-23,4		
Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	IIQ [‡]	Valor p*
Idade (Anos)	57,5	13,9	57,0	19,8	0,989
Peso (kg)	71,8	14,5	71,0	17,0	0,044
Altura (cm)	163	9,3	162	11,0	0,034
Tempo de jejum sólidos (horas)	15,4	6,3	15,0	06,0	<0,001
Tempo de jejum líquidos (horas)	14,5	6,4	14,0	06,0	<0,001
Tempo de procedimento (minutos)	59,2	45,9	49,0	53,3	<0,001

o próprio autor.

Todas as CD foram identificadas nos dois períodos estudados, e a mudança entre os dois períodos estudados foram significativas (0,05). A proporção das CDs presentes no pós-operatório apresentaram uma elevação expressiva em relação ao pré. A CD Relato do cuidador não foi observada em nenhum dos períodos avaliados. A mudança na ocorrência dos FR nos dois momentos foi significativa, com exceção no FR Hipovolemia e Hábito de beber água. O fator relacionado Jejum pré e pós-operatório foi observado em todas as avaliações, já o FR Temperatura do ambiente elevada não foi observada em ambos os períodos avaliados. A distribuição das CDs é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2

Componentes da proposição do Diagnóstico de Enfermagem Sede Perioperatória no pré e pós-operatório imediato, de acordo com a população em estudo (n = 150). Londrina, Paraná, Brasil, 2024

Características Definidoras	Pré-operatório			Pós-Operatório Imediato			p-valor*
	n	%	IC* 95%	n	%	IC* 95%	
Boca seca	110	73,3	65,7 - 79,7	132	88,0	81,8 - 92,2	<0,001
Lábios ressecados	73	48,7	40,8 - 56,6	122	81,3	74,3 - 86,7	<0,001
Vontade de beber água	119	79,3	72,2 - 85,0	134	89,3	83,3 - 93,3	0,001
Constante deglutição de saliva	16	10,7	06,8 - 16,6	66	44,0	36,3 - 51,9	<0,001
Garganta seca	47	33,1	24,4 - 39,1	115	76,7	69,2 - 82,7	<0,001
Saliva grossa	73	48,7	40,8 - 56,6	117	78,0	70,7 - 83,8	<0,001
Língua grossa	72	48,0	40,15 - 55,9	111	74,0	66,4 - 80,3	<0,001
Gosto ruim na boca	35	23,3	17,3 - 30,7	48	32	25,0 - 39,8	0,033
Fatores Relacionados	Pré-operatório			Pós-Operatório Imediato			p-valor*
	n	%	IC* 95%	n	%	IC* 95%	
Respiração oral	04	02,7	01,0 - 06,6	14	09,3	05,6 - 15,0	0,008
Desidratação	18	12,0	07,7 - 18,2	26	17,3	12,1 - 24,2	0,021
Perda insensível de hidratação pela respiração	01	0,7	00,1 - 03,7	09	06,0	03,9 - 11,0	0,011
Hipovolemia	01	0,7	00,1 - 03,7	02	01,3	00,3 - 04,7	0,564
Boca Seca	110	73,3	65,7 - 79,7	132	88,0	81,8 - 92,2	<0,001
Hábito de beber água	52	34,7	27,5 - 42,6	52	34,7	27,5 - 42,6	0,197
Condições Associadas	Pré-operatório			Pós-Operatório Imediato			p-valor*
	n	%	IC* 95%	n	%	IC* 95%	
Restrição Hídrica	141	94,0	88,9 - 96,8	149	97,3	96,3 - 99,8	0,096
Utilização de anticolinérgicos	19	12,7	08,2 - 18,9	18	12,0	07,7 - 18,2	0,317
Intubação	-	-	-	109	72,7	65,0 - 79,2	<0,001

o próprio autor.

*Teste de McNemar. Fonte: o próprio autor.

A Tabela 3 apresenta os modelos de classes latentes das CDs ajustadas para o pré-operatório e o POI. Permaneceram no modelo para o pré-operatório seis CDs, sendo que Língua grossa e Vontade de beber água apresentaram melhores valores de acurácia. Já no POI, sete CDs se mantiveram. A CD Boca seca não foi incluída em nenhum dos modelos, visto que não apresentava valores de acurácia adequados.

No modelo ajustado para as CDs da proposição do DE Sede Perioperatória para o POI, a CD Língua grossa apresentou melhor acurácia, com valores de sensibilidade e especificidade elevados. As CDs Garganta seca, Lábios ressecados, Língua grossa e Vontade de beber água apresentaram melhores valores de sensibilidade.

Os melhores indicadores de especificidade foram para as CDs Língua grossa, Saliva grossa, Constante deglutição de saliva e Gosto ruim na boca. Observa-se que as CDs Garganta seca e Língua grossa apresentaram novamente valores elevados de sensibilidade, indicando que essas CDs estão relacionadas à presença de sede no paciente também no POI.

Tabela 3

Accuracy of the defining characteristics of the proposed perioperative thirst nursing diagnosis in surgical oncology patients

Pré-Operatório Imediato	Sensibilidade (IC[†] 95%)	Especificidade (IC[†] 95%)
Garganta seca	0,7500 (0,6364 - 0,8372) ¹	0,3977 (0,2815 - 0,5268)
Saliva grossa	0,8984 (0,6182 - 0,9797) ¹	0,9997 (0,0000 - 1,0000)
Língua grossa	0,8430 (0,7429 - 0,9090) ¹	0,9103 (0,5681 - 0,9874) ²
Constante deglutição de saliva	0,9349 (0,8536 - 0,9725) ¹	0,1621 (0,0889 - 0,2774)
Vontade de beber água	0,2194 (0,1420 - 0,3232)	0,8103 (0,6905 - 0,8910) ²
Gosto ruim na boca	0,9002 (0,8135 - 0,9492) ¹	0,4113 (0,2830 - 0,5529)
Indicadores de qualidade do modelo: Prevalência: 42,9%; Entropia: 0,86; G ² : 53,8; G ² p: 0,331; χ^2 :60; χ^2 p: 0,156; gl 50		
Pós-Operatório Imediato	Sensibilidade (IC[†] 95%)	Especificidade (IC[†] 95%)
Garganta seca	0,8501 (0,7653 - 0,9080) ¹	0,4385 (0,2864 - 0,6030)
Lábios ressecados	0,8528 (0,7698 - 0,9093) ¹	0,2837 (0,1653 - 0,4419)
Saliva grossa	0,9998 (0,0000 - 1,0000)	0,7602 (0,5176 - 0,9035) ²
Língua grossa	0,9756 (0,7261 - 0,9983) ¹	0,8389 (0,6622 - 0,9326) ²
Constante deglutição de saliva	0,5356 (0,4352 - 0,6333)	0,7950 (0,6424 - 0,8933) ²
Vontade de beber água	0,8911 (0,8144 - 0,9385) ¹	0,1014 (0,0383 - 0,2422)
Gosto ruim na boca	0,4134 (0,3219 - 0,5112)	0,9094 (0,7533 - 0,9706) ²
Indicadores de qualidade do modelo: Prevalência: 71%; Entropia: 0,85; G ² :83,6; G ² p: 0,979; χ^2 :94,3; χ^2 p: 0,885; gl 112		

o próprio autor.

Quanto As características definidoras Garganta seca, Saliva grossa, Constante deglutição de saliva e Vontade de beber água, foram presentes nos períodos pré e pós-operatório e se apresentaram mais elevadas no período pós-operatório em relação ao pré, ilustrados na figura 1.

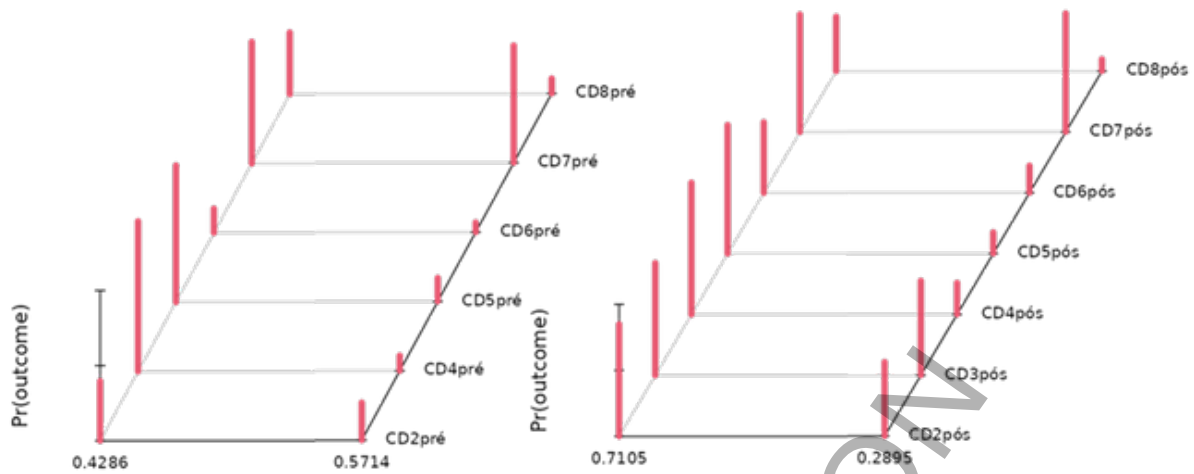


Figura 1 Accuracy of the defining characteristics of the proposed perioperative thirst nursing diagnosis in surgical oncology patients
 Gráfico das distribuições de probabilidades de classes dos modelos de Análise de Classe Latente no pré e pós-operatório imediato (n = 150). Londrina, Paraná, Brasil, 2023
 o próprio autor.

DISCUSSÃO

O ineditismo do presente estudo evidencia-se pela análise da acurácia das CDs da proposição de um novo DE Sede Perioperatória em pacientes oncológicos cirúrgicos no pré e POI. Avaliar o mesmo paciente antes e após seu procedimento cirúrgico permitiu uma maior compreensão de como os atributos resultantes se comportam e a possibilidade de comparar a presença e ausência dessas CD nos dois momentos. Os resultados apresentam a elaboração de dois modelos com as CDs com alta sensibilidade e especificidade e ampliam a validade externa desta proposição diagnóstica em pacientes cirúrgicos oncológicos.⁶

As características definidoras (CDs) correspondem a sinais e sintomas observáveis que indicam a presença de um diagnóstico de enfermagem, atuando como evidências clínicas essenciais para sua identificação e formulação.¹ Os pacientes cirúrgicos, com muita frequência, não verbalizam espontaneamente que estão com sede, muito embora sintam desconforto intenso quando a experienciam.¹²⁻¹³⁻¹⁴ Poder observar CDs da sede no paciente oncológico, permite identificação mais ampla de um sintoma multifatorial nem sempre valorizado pela equipe.

Estudo realizado para validação clínica da proposição do DE Sede Perioperatória em dois momentos (pré e POI), realizado com 150 pacientes cirúrgicos, obteve como CD com melhores valores de acurácia Garganta seca e Constante deglutição de saliva, destoando do atual estudo em que demonstrou melhores valores de acurácia para a

CD Língua grossa, no período pré e POI na população estudada. No entanto, em relação ao mesmo estudo, algumas das CD que apresentaram melhores valores de sensibilidade corroboram os resultados do presente estudo, sendo estas Garganta seca e Vontade de beber água. Demonstrou ainda os melhores indicadores de especificidade que vão ao encontro do identificado no presente estudo (Língua grossa e Saliva grossa).⁶

Duas CDs apresentaram frequências superiores a 50% no pré-operatório, sendo as CDs Boca seca e Vontade de beber água as mais incidentes. No POI, seis das nove CDs apresentaram incidência maior que 50%, destacando-se novamente a CD Boca seca e Vontade de beber água como as mais prevalentes. As CDs referentes à sede perioperatória são relevantes, visto que estão associadas à percepção da intensidade e ao desconforto da sede no paciente, percebidas também como sinais e sintomas que representam a sede no paciente cirúrgico.⁸⁻⁶

deixam A boca seca foi associada ao desconforto do paciente cirúrgico, apresentando elevada prevalência (69,2% a 87,3%) no POI. Essa CD refere-se ao ressecamento da mucosa oral ou falta de umidade na cavidade oral, provocada pela diminuição ou ausência da produção de saliva pelas glândulas salivares. A percepção de boca seca é um dos atributos mais frequentemente associados a sede.⁵⁻¹⁵⁻¹⁶

Algumas reações emocionais como medo e ansiedade também são geradas a partir da experiência cirúrgica, em consequência, pode ocorrer a inibição da produção de saliva pelas glândulas salivares, dando origem ao ressecamento da mucosa oral e região orofaríngea.⁵⁻¹⁷ Em se tratando de pacientes com câncer, alguns estudos demonstram que podem apresentar sintomas de ansiedade e depressão desde a fase diagnóstica da doença, tais repercussões podem estar associadas a duração das internações, procedimentos, adesão ao tratamento, qualidade de vida, prognóstico e sobrevida à doença.¹⁸

Portanto, o paciente com câncer submetido a procedimento cirúrgico, pode se apresentar ansioso por diversos e complexos fatores, o que o expõe mais uma vez como população de risco para desenvolvimento da sede perioperatória, visto que as áreas ativadas pelas emoções, são as mesmas ativadas na sede.⁵

O item Boca seca foi retirado das CDs, pois, apesar de essa característica ser a mais frequente na amostra estudada, ela está ligada significativamente a fatores causadores de sede, assumindo caráter etiológico. A boca seca é um importante estímulo para a ingestão de líquidos, sendo ela provocada por estados de desidratação, ações de medicamentos, permanência de abertura de cavidade oral durante a intubação, entre outros.¹⁹

Uma hipótese levantada para a boca seca não ter apresentado um bom ajuste nos modelos, diz respeito à interpretação do paciente. O

paciente pode interpretar que a boca seca corresponde a todo o conjunto de estruturas presentes na cavidade oral. As CDs Lábios ressecados, Garganta seca, Saliva grossa e Língua grossa se apresentaram em mais de 50% dos pacientes no pré e no POI. Essas características estão relacionadas à diminuição da umidade da cavidade oral e podem fazer sobreposição com a característica boca seca na identificação pelo próprio paciente.

A Constante deglutição de saliva demonstrou neste estudo uma elevada sensibilidade no período pré-operatório bem como elevada especificidade no POI, além de estar presente em 10,7% dos pacientes do pré-operatório e em 44,0% do POI, com um aumento expressivo em relação aos períodos. A deglutição de saliva é uma das principais estratégias utilizadas pelo paciente como tentativa de aliviar a sede, podendo ser realizada por meio da administração de componentes artificiais ou estimulada mecanicamente e quimicamente por gomas de mascar.²⁰⁻²¹⁻²² Explica-se por meio da neurofisiologia da sede, movimentos de deglutição (protusão da língua, sensações provenientes da língua e deglutição) estão associados ao alívio da sede, por mecanismos antecipatórios relacionados à saciedade pré absorptiva.⁵

A CD Gosto ruim na boca demonstrou neste estudo uma elevada sensibilidade no período pré-operatório bem como elevada especificidade no POI, além de estar presente em 23,3% dos pacientes do pré-operatório e em 32,0% do POI, com um aumento expressivo em relação aos períodos. Esta CD refere-se ao gosto desagradável no paladar, pode estar relacionada ao tempo de jejum pré-operatório, ou à utilização de medicações durante o procedimento no período intraoperatório. A sensação de gosto ruim na boca é relatada com frequência pelo paciente cirúrgico e associada à presença de sede.²³⁻²⁴⁻¹⁵

O aumento expressivo das CD apresentadas pelos pacientes no POI em relação ao pré-operatório, podem ser explicadas por fatores a que o paciente cirúrgico é exposto durante o período intraoperatório como uso de medicações específicas, perda sanguínea e intubação orotraqueal no intraoperatório, além do jejum que se estende ao POI.¹¹

Em consonância com achados de estudos prévios, observou-se um tempo prolongado de jejum no pré-operatório e no pós-operatório imediato.²³⁻²⁵⁻²⁴ O jejum compõe as orientações pré-cirúrgicas, com o objetivo de garantir a segurança do procedimento anestésico-cirúrgico. A recomendação é de duas horas para líquidos claros, com evidências demonstrando melhoria na experiência do paciente e diminuição de desconfortos, incluindo a sede.²⁶ Apesar disso, o tempo de jejum pré-operatório praticado é mais elevado que o recomendado.

A restrição hídrica se apresentou como CA com elevada prevalência tanto no pré (94%) quanto no POI (97,3%) no presente estudo. Tal resultado está relacionado ao tempo de jejum elevado para líquidos (14,5 horas), também evidenciado no atual estudo.

As CA se referem a diagnósticos médicos, procedimentos cirúrgicos, prescrição de agentes farmacêuticos que não são modificáveis de forma independente pelo profissional enfermeiro (NANDA-I). As CAs Utilização de anticolinérgicos e Intubação estão associadas significativamente à presença de sede, e corroborado pelos sinais de ressecamento de estruturas da cavidade oral.²⁷⁻¹⁵⁻⁶

No presente estudo, a Intubação foi evidenciada como CA prevalente no POI (72,7%), este fato pode ser explicado pela técnica anestésica utilizada com mais frequência (geral 69%) neste estudo. Em estudo realizado na Etiópia cujo objetivo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à sede pós-operatória em pacientes cirúrgicos, o resultado em relação a técnica anestésica utilizada foi semelhante, com realização de anestesia geral em 69,3% dos pacientes.²⁸

Estudo que identificou os fatores de risco para a sede pós-operatória observou que o uso de glycopyrrolate, medicamento anticolinérgico foi o principal fator de risco para a sede moderada a severa no POI na SRPA (71,7% contra 66,4%, $p = 0,047$; odds ratio ajustado: 1,46, $p = 0,013$). O estudo citado demonstra que anticolinérgicos estão relacionados à presença e a alta intensidade de sede em pacientes no POI.²⁷ No atual estudo, a utilização de anticolinérgico foi evidenciado como CA em 12% dos pacientes.

Como limitação do estudo, as análises de acurácia correspondem à população de um hospital-escola público na região Sul do Brasil, restringindo generalizações. Sugerem-se novos estudos para comparação com os resultados apresentados na presente pesquisa. Reitera-se a relevância de se investigar essa proposição diagnóstica em outros cenários que assistem pacientes cirúrgicos, assim como pacientes cirúrgicos pediátricos.

A sensibilidade e especificidade das CD encontradas no atual estudo demonstram que o diagnóstico de enfermagem de sede perioperatória proposto reflete a sede dos pacientes oncológicos cirúrgicos nos períodos propostos. Deste modo, as CD que apresentam maior sensibilidade ou especificidade representam melhor a presença do DE, ou seja, contribuem com um peso maior na variável latente que é a sede.

CONCLUSÃO

As CDS com maior acurácia, ou seja, que melhor predizem o DE Sede Perioperatória proposto em pacientes oncológicos em pré e pós-operatório são saliva grossa e língua grossa.

Considerando a elevada prevalência das CDs e seu aumento expressivo do período pré para o POI, demonstrando que estas são efetivas para representar a sede do paciente oncológico cirúrgico, torna-se evidente a necessidade de valorização de um sintoma tão relevante na assistência perioperatória. O diagnóstico de enfermagem proposto poderá nortear a assistência de enfermagem ao que tange a sede, implementando-a nas práticas clínicas, de ensino e pesquisa em enfermagem.

PREVIEW VERSION

REFERÊNCIAS

1. NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2024–2026. 13ª ed. Nova York; Stuttgart; Delhi; Rio de Janeiro: NANDA International; 2024.
2. Damasceno JR, et al. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem hipotermia em pacientes em hemodiálise. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2022 [acesso em 4 de fevereiro 2026];75(4):e20210620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0620>.
3. Nascimento LA, Lopes MVO, Fonseca LF. Desenvolvimento e validação de um novo diagnóstico de enfermagem: sede perioperatória. *Int J Nurs Knowl.* [Internet]. 2021 [acesso em 4 de fevereiro 2026];32(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>.
4. Andriotti LA, Fonseca LF, Nascimento LA, Franco MES, Ramos HCF. Prevalência das características definidoras da proposição diagnóstica de enfermagem de sede perioperatória. *Rev Enferm UERJ.* [Internet]. 2022 [acesso em 4 de fevereiro 2026];30(1):e62764. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62764>.
5. Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Uchôa ET, Fonseca LF. Saciedade pré-absortiva: relevância dos mecanismos antecipatórios para a assistência ao paciente com sede. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2024 [acesso em 4 de fevereiro 2026];33:e20230357. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0357pt>.
6. Nascimento LA, et al. Validação clínica da proposição diagnóstica de enfermagem sede perioperatória. *Rev Latino-Am Enfermagem.* [Internet]. 2023 [acesso em 4 de fevereiro 2026];31:e3976. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6621.3976>.
7. Cesário JMS. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico submetido à anestesia. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2021 [acesso em 4 de fevereiro 2026];10(5):e31310514798. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14798>.
8. Martins PR, et al. Elaboração e validação de escala de desconforto da sede perioperatória. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2017 [acesso em 4 de fevereiro 2026];51:e03240. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016029003240>.
9. Weller BE, Bowen NK, Faubert SJ. Latent class analysis: a guide to best practice. *J Black Psychol.* [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 4];46(4). Available from: <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>.

10. Linzer DA, Lewis JB. poLCA: an R package for polytomous variable latent class analysis. *J Stat Softw.* [Internet]. 2011 [cited 2026 Feb 4];42(10). Available from: <https://doi.org/10.18637/jss.v042.i10>.
11. Seol H. snowRMM: Rasch mixture, LCA, and test equating analysis. Version 5.6.2 [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 4]. Available from: <https://github.com/hyunsooseol/snowRMM>.
12. Nascimento LA, et al. Advances in the management of perioperative patients' thirst. *AORN J.* [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 4]. Available from: <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>.
13. Piccoli C, et al. Avaliação da intensidade e do desconforto da sede de pacientes em pós-operatório imediato. *Rev Enferm UFSM.* [Internet]. 2023 [acesso em 4 de fevereiro 2026];13:e28. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769274281>.
14. Mendes LMP, Matos VCA. Reações emocionais e comportamentais em pacientes cirúrgicos no pré-operatório: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2023 [acesso em 4 de fevereiro 2026];12(4):e3912440937. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40937>.
15. Nascimento LA, et al. Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. *Rev SOBECC.* [Internet]. 2019 [acesso em 4 de fevereiro 2026];24(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020006>.
16. Maldonado RN, Conchon MF, Birolim MM, Fonseca LF. Sede do paciente cirúrgico ortopédico no pós-operatório imediato. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 4 de fevereiro 2026];34:e34533. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34533>.
17. Teixeira GL, Marques DG, Santos EA, Hortense P, Napoleão AA, Carvalho EC, et al. Efeitos mediadores do medo e ansiedade pré-operatórios na intensidade da dor pós-operatória. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2024 [acesso em 4 de fevereiro 2026];37:eAPE02305. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00002305>.
18. Wakiuchi J, et al. Sentidos e dimensões do câncer por pessoas adoecidas: análise estrutural das representações sociais. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2020 [acesso em 4 de fevereiro 2026];54:e03504. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018023203504>.
19. Armstrong LE, Kavouras SA. Thirst and drinking paradigms: evolution from single factor effects to brainwide dynamic networks. *Nutrients.* [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 4];11:2864. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu11122864>.

20. Garcia AKA, et al. Agradabilidade do pacote mentolado no alívio da sede no pós-operatório imediato. *Rev Eletronica Acervo Saude*. [Internet]. 2018 [acesso em 4 de fevereiro 2026];10(5). Disponível em: https://doi.org/10.25248/REAS418_2018.
21. Garcia AKA, et al. Goma de mascar mentolada no manejo da sede pré-operatória: ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2019 [acesso em 4 de fevereiro 2026];27:e3180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3070.3180>.
22. Silva TTM, Dantas JKS, Araújo SCM, Silva SO, Dantas DV, Dantas RAN. Strategies for thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 4];75(4):e20220154. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154pt>.
23. Pinto ACS, Ferreira RS, Gomes PM, et al. Avaliação dos efeitos do jejum prolongado no pré e pós-operatórios. *Rev Fun Care Online*. [Internet]. 2021 [acesso em 4 de fevereiro 2026];13. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9057>.
24. 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*. [Internet]. 2022 [acesso em 4 de fevereiro 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38657>.
25. Miola TM, et al. Benefícios da abreviação de jejum pré-operatório em pacientes oncológicos cirúrgicos. *J Health Sci Inst*. [Internet]. 2021 [acesso em 4 de fevereiro 2026];39(3). Disponível em: https://repositorio.unip.br/wpcontent/uploads/tainacanitems/34088/82621/04V39_n3_2021_p176a180.pdf.
26. Marsman M, Kappen TH, Vernooij L, Hout E, Waes J, Klej W. Association of a liberal fasting policy of clear fluids before surgery with fasting duration and patient well-being and safety. *JAMA Surg*. [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 4];158(3). Available from: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.5867>.
27. Lee CW, et al. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate to severe thirst in the post anesthesia care unit. *Sci Rep*. [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 4];10:16183. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73235-5>.
28. Belete KG, et al. Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. *J Patient Rep Outcomes*. [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 4];6:69. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00476-5>.

Notas de autor

rafaela.vieira@uel.br

Información adicional

redalyc-journal-id: 5057

PREVIEW VERSION



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505783104069>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Rafaela Vieira Jorge

Acurácia das características definidoras do proposto diagnóstico de enfermagem sede perioperatória em pacientes oncológicos cirúrgicos

Accuracy of the defining characteristics of the proposed perioperative thirst nursing diagnosis in surgical oncology patients

Precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería de sed perioperatoria propuesto en pacientes de oncología quirúrgica

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

vol. 18, 14523, 2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

rpcfo@unirio.br

ISSN-E: 2175-5361

DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14523>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.