

Sede em pacientes cirúrgicos queimados e seus fatores associados: Estudo transversal analítico

Thirst in burned surgical patients and its associated factors: An analytical cross-sectional study

Sed en pacientes quirúrgicos quemados y sus factores asociados: Estudio transversal analítico

Rafael Alexandre Biz, Laura Vicentim Berbert, Leonel Alves do Nascimento, Isadora Pierotti Carvalho, Aline Korki Arrabal Garcia, Marília Ferrari Conchon, Lígia Fahl Fonseca

RESUMO

Objetivo: Avaliar intensidade, desconforto, características definidoras da sede e sinais de hidratação oral em pacientes queimados. **Método:** Estudo transversal analítico realizado com 61 pacientes em pré-operatório de cirurgias, exames e balneoterapias em Centro de Tratamento de Queimados no sul do Brasil. Análise das variáveis dependentes – intensidade (Escala Verbal Numérica), desconforto (Escala de Desconforto da Sede Perioperatória) e características definidoras da sede e sinais de hidratação da *Objective Oral Mucosa Scale* – se deu de forma descritiva e a correlação entre elas foi pelo Coeficiente de Correlação de Spearman (ρ), com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Pacientes apresentaram escore mediano de 5 e 10 pontos para intensidade e desconforto da sede, respectivamente. Predominou o escore 2 (75,4%) na *Objective Oral Mucosa Scale* (lábios ressecados e boca hidratada). Características definidoras prevalentes foram vontade de beber água (77%), deglutição constante de saliva e lábios ressecados (67,2%), saliva grossa (50,8%), gosto ruim na boca (44,3%), garganta seca (37,7%) e língua grossa (36,1%). Houve correlação positiva e moderada entre intensidade de sede e as escalas. **Conclusões:** A sede no paciente cirúrgico queimado gera intenso desconforto e pode ser identificada por meio de características como vontade de beber água, deglutição constante de saliva, lábios ressecados, saliva grossa, gosto ruim na boca, garganta seca e língua grossa. A existência de correlações estatisticamente significantes entre suas variáveis dependentes reforça a relevância de estudos sobre a sede não homeostática nessa população e sustenta a importância da implantação e sustentabilidade do Manejo da Sede em Centros de Tratamento de Queimados.

DESCRIPTORES: Sede. Queimaduras. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Perioperatória. Unidades de Queimados.

ABSTRACT

Objective: To assess the intensity, discomfort, defining characteristics of thirst, and signs of oral hydration in burn patients. **Methods:** An analytical cross-sectional study conducted with 61 preoperative patients undergoing surgeries, examinations, and balneotherapy at a Burn Treatment Center in southern Brazil. The dependent variables—intensity (Numeric Verbal Scale), discomfort (Perioperative Thirst Discomfort Scale), defining characteristics of thirst, and signs of hydration from the *Objective Oral Mucosa Scale*—were analyzed descriptively. The correlation between them was assessed using Spearman's Correlation Coefficient (ρ), with a 95% confidence interval. **Results:** Patients had a median score of 5 and 10 points for thirst intensity and discomfort, respectively. Score 2 (75.4%) predominated on the *Objective Oral Mucosa Scale* (dry lips and hydrated mouth). The most prevalent defining characteristics were the desire to drink water (77%), constant swallowing of saliva and dry lips (67.2%), thick saliva (50.8%), bad taste in the mouth (44.3%), dry throat (37.7%), and thick tongue (36.1%). A positive and moderate correlation was found between thirst intensity and the scales. **Conclusions:** Thirst in burned surgical patients causes intense discomfort and can be identified through characteristics such as the desire to drink water, constant swallowing of saliva, dry lips, thick saliva, bad taste in the mouth, dry throat, and thick tongue. The existence of statistically significant correlations among its dependent variables reinforces the relevance of studies on non-homeostatic thirst in this population and supports the importance of implementing and sustaining Thirst Management in Burn Treatment Centers.

KEYWORDS: Thirst. Burns. Nursing Care. Perioperative Nursing. Burn Units.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la intensidad, el malestar, las características definitorias de la sed y los signos de hidratación oral en pacientes quemados. **Método:** Estudio transversal analítico con 61 pacientes en el preoperatorio de cirugías, exámenes y balneoterapias en un Centro de Tratamiento de Quemados en el sur de Brasil. Las variables dependientes – intensidad (Escala Verbal Numérica), malestar (Escala de Malestar por Sed Perioperatoria), características definitorias de la sed y signos de hidratación según la *Objective Oral Mucosa Scale* – fueron analizadas de forma descriptiva, y la correlación entre ellas se

evaluó mediante el coeficiente de Spearman (ρ), con intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** Los pacientes presentaron puntuación mediana de 5 y 10 puntos para intensidad y malestar de la sed, respectivamente. Predominó el puntaje 2 (75,4%) en la *Objective Oral Mucosa Scale* (labios secos y boca hidratada). Las características definitorias más frecuentes fueron deseo de beber agua (77%), deglución constante de saliva y labios secos (67,2%), saliva espesa (50,8%), mal sabor bucal (44,3%), garganta seca (37,7%) y lengua gruesa (36,1%). Se identificó correlación positiva y moderada entre las variables. **Conclusiones:** La sed en pacientes quirúrgicos quemados genera gran malestar y puede identificarse mediante características como deseo de beber agua, deglución constante de saliva, labios secos, saliva espesa, mal sabor bucal, garganta seca y lengua gruesa. Las correlaciones significativas refuerzan la importancia de estudiar la sed no homeostática y de implementar el Manejo de la Sed en Centros de Tratamiento de Quemados.

PALABRAS CLAVE: Sed. Quemaduras. Atención de Enfermería. Enfermería Perioperatoria. Unidades de Quemados.

INTRODUÇÃO

A sede é definida como uma experiência sensorial, fisiológica e subjetiva que se refere ao desejo de ingerir água visando restabelecer a homeostase dos líquidos corporais, gerando intenso desconforto quando não atendida¹. É sinalizada por um sistema neuro-hormonal e comportamental com participação de mecanismos homeostáticos e não homeostáticos na gênese e saciedade da sede².

A sede homeostática é uma resposta fisiológica que envolve múltiplos sistemas de órgãos, mantendo pontos de ajuste de osmolaridade, iônicos, hormonais e sinais intra e extracelulares, volume e pressão sanguínea. Esse conjunto de fenômenos é integrado pelo cérebro, especialmente pelo hipotálamo, enviando sinais para a liberação de hormônios, como a vasopressina e angiotensina II e estimulando a ingestão de líquidos. Em contrapartida, a sede não homeostática é influenciada por estímulos orofaríngeos, além de sabor e temperatura de um líquido, xerostomia, distensão gástrica, conteúdo, horário, hábito e preferência alimentar².

O paciente queimado no período perioperatório possui inúmeros desconfortos, como dor, náuseas, vômitos e hipotermia, que são facilmente identificados e tratados³. A sede, por sua vez, é multifatorial e evidenciada como um dos desconfortos mais intensos e prevalentes até mesmo que a fome e dor. Pode acarretar o aumento da ansiedade, desidratação, irritabilidade, fraqueza e desespero⁴. Entretanto, ainda é subtratada na prática clínica de pacientes cirúrgicos queimados, que possuem muitos fatores de risco para desenvolver sede.

A própria fisiopatologia da queimadura pode acarretar hipovolemia, além dos frequentes períodos de jejum prolongado para realização de múltiplos procedimentos cirúrgicos como desbridamentos e enxertos, troca de curativos sob sedação e balneoterapias. Outros pontos de destaque que contribuem para a sede nesses pacientes são a necessidade frequente do uso de medicamentos como os opioides e anticolinérgicos, além da intubação orotraqueal durante o ato anestésico-cirúrgico^{3,5,6}.

A sede pode ser identificada não somente pela intensidade autorrelatada, mas por outros parâmetros. As características definidoras da sede como lábios ressecados, vontade de beber água, constante deglutição de saliva, garganta seca, saliva grossa,

língua grossa, gosto ruim na boca e relato do cuidador permitem assegurar determinado diagnóstico por meio de sinais e sintomas¹.

A intensidade, por sua vez, pode ser mensurada por meio da Escala Visual Analógica (EVA) ou Escala Verbal Numérica (EVN), que traduzem a percepção do paciente, assim como na avaliação de sintomas subjetivos como a dor.

Na perspectiva do desconforto, a sede pode ser mensurada por meio da Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP), que considera sete atributos que podem ser pontuados de 0 a 2, gerando um escore final de 0 a 14⁶.

Uma escala fotográfica desenvolvida por pesquisadores chineses, denominada *Objective Oral Mucosa Scale*, contribui para a mensuração da hidratação da mucosa oral de pacientes em cuidados intensivos. Ela permite a mensuração da hidratação da mucosa oral a partir de imagens⁷.

Apesar de haver evidências que subsidiem a identificação, mensuração, avaliação de segurança e aplicação de estratégias efetivas para o alívio da sede⁴, esse sintoma ainda é prevalente, subvalorizado, submensurado e subtratado nas realidades de saúde que atendem pacientes cirúrgicos⁶, particularmente em Centros de Tratamentos de Queimados (CTQ). A fisiopatologia da queimadura, associada ao estresse e às múltiplas intervenções em que o paciente queimado é submetido, deflagra a sede. Apesar desta evidência, pesquisas sobre este sintoma nessa população são escassas na literatura, o que justifica a relevância do presente estudo.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar intensidade, desconforto, características definidoras da sede e sinais de hidratação oral em pacientes queimados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) no sul do Brasil que atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço presta assistência a pacientes queimados de todas as faixas etárias, tem disponibilidade de 10 leitos de enfermaria, seis leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), duas salas cirúrgicas, uma sala para balneoterapias e uma sala para terapia hiperbárica.

A população deste estudo foi composta por pacientes queimados, internados no CTQ em UTI e enfermarias, com

idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, conscientes e orientados, que não estiveram em desconforto intenso de dor e que apresentaram condições clínicas de compreender os objetivos da pesquisa e, após a concordância, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi não probabilística e a coleta de dados ocorreu nos meses de setembro de 2022 a outubro de 2023. O roteiro de coleta de dados foi constituído por: Informações de identificação – iniciais do nome de registro ou social, idade e sexo/identidade de gênero; Dados referentes à queimadura e o caso clínico – dias de internação, quantidade de procedimentos até o momento da entrevista, tempo de jejum, motivo do jejum, medicamentos utilizados, presença de sede, início da sede, intensidade da sede, características definidoras da sede referidas pelo paciente, desconforto da sede e sinais de sede pela *Objective Oral Mucosa Scale*^{6,7}.

A intensidade da sede foi mensurada por meio de Escala Verbal Numérica (EVN) com variação de 0 a 10, sendo 0 nada de sede e 10 a pior sede possível.

Para mensurar o desconforto da sede, foi utilizada a Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESP). A escala aborda sete atributos da sede: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca e vontade de beber água. O paciente é questionado a respeito de cada atributo, sendo estipulada uma pontuação: 0 = nada incomodado, 1 = pouco incomodado, 2 = muito incomodado. A pontuação final pode variar de 0 a 14, sendo que de 1 a 4 = desconforto leve, 5 a 9 = desconforto moderado e 10 a 14 = desconforto intenso⁶.

A escala *Objective Oral Mucosa Scale* foi utilizada para identificar o nível de hidratação da mucosa oral do paciente. Esta é composta por quatro escores, sendo: escore 1 (lábios e boca hidratados), escore 2 (lábios ressecados e boca hidratada), escore 3 (lábios e bocas ressecados) e escore 4 (lábios rachados e boca seca)⁷.

Foram avaliadas ainda as características definidoras do diagnóstico de enfermagem proposto – Sede Perioperatória: lábios ressecados, saliva grossa, língua grossa, vontade de beber água, garganta seca, constante deglutição de saliva, gosto ruim na boca e relato do cuidador¹.

Foram abordados pacientes queimados no período pré-operatório, internados em leitos de UTI e enfermaria do CTQ-HU, que atenderam aos critérios de elegibilidade. Os dados clínicos foram coletados a partir dos prontuários destes pacientes.

As variáveis dependentes do estudo foram: intensidade da sede, desconforto da sede, sinais de hidratação da *Objective Oral Mucosa Scale* e características definidoras da sede. As variáveis independentes foram os dados sociais e clínicos como sexo, idade, tempo e motivo de internação, tempo de restrição hídrica via oral e uso de medicações.

Os dados foram estruturados em planilha do Excel, validados por dupla digitação e posteriormente analisados por meio do

programa Jamovi 2.3.21. Para análise de dados, utilizou-se análise descritiva com apresentação das variáveis em frequências absolutas e relativas, assim como medidas de tendência central e de dispersão. Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para avaliar se os dados aderiram à normalidade.

Para análise dos dados, foram utilizados testes não paramétricos, em razão da distribuição anormal da amostra, evidenciada pelo Teste de Shapiro-Wilk. Dessa forma, para analisar a correlação entre as variáveis intensidade da sede, EDESP e *Objective Oral Mucosa Scale* foi aplicado o Coeficiente de Correlação de Spearman (ρ), com intervalo de confiança (IC) de 95%. O Coeficiente de Correlação de Spearman teve sua força de correlação interpretada da seguinte maneira: fraca ou pequena (valores observados entre 0,1 e 0,3 ou -0,1 e -0,3); moderada ou média (valores observados entre 0,3 e 0,5 ou -0,3 e -0,5) e forte (valores observados entre 0,5 e 1,0 ou -0,5 e -1,0)⁸.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (parecer 5.831.752 e CAAE: 65456622.2.0000.5231). Foram respeitados todos os princípios éticos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O estudo contou com 61 participantes, sendo que predominaram homens (54,1%), internados por acidente doméstico (52,5%) com queimadura de 2º grau (50,8%), por fogo (44,3%). Os pacientes foram submetidos a 5,89 procedimentos em média ($dp=8,45$), com predomínio de balneoterapia (54,1%), tempo médio de jejum de líquidos e sólidos de 11 horas e 32 min ($dp=2$ horas e 36 min). A medicação mais utilizada nesses pacientes foi morfina (90,2%), como evidenciado na Tabela 1.

A sede foi relatada por 40 (65,6%) dos 61 pacientes entrevistados. A média de intensidade da sede entre os pacientes foi de 5,74 e houve predomínio de pacientes com escore 2 (75,4%) (lábios ressecados e boca hidratada) na *Objective Oral Mucosa Scale*. No que se refere ao desconforto da sede, mensurado pela EDESP, a variável de destaque foi "muito incomodado(a)" no atributo "tenho vontade de beber água", com 41 participantes (67,2%), como demonstrado na Tabela 2.

Foi encontrada correlação moderada, entre as variáveis intensidade de sede e EDESP ($Rho=0,473$), *Objective Oral Mucosa Scale* e Intensidade de sede ($Rho=0,404$) e a *Objective Oral Mucosa Scale* com a EDESP ($Rho=0,475$), conforme a Tabela 3.

As características definidoras da sede que predominaram foram: vontade de beber água 47 (77%) dos 61 pacientes entrevistados, constante deglutição de saliva e lábios ressecados, ambas relatadas por 41 (67,2%) dos 61 pacientes entrevistados, de acordo com a Tabela 4.

TABELA 1
Dados demográficos e clínicos dos participantes do estudo (n=61). Londrina, PR, 2024.

Variáveis	N	%	
Sexo			
Masculino		33	54,1
Feminino		28	45,9
Motivo da queimadura			
Acidente doméstico		32	52,5
Criminal		3	4,9
Acidente de trabalho		15	24,6
Acidente automobilístico		5	8,2
Tentativa de autoextermínio		2	3,3
Outros		4	6,6
Profundidade da queimadura			
2º Grau		31	50,8
3º Grau		30	49,2
Tipo de queimadura			
Queimadura por fogo		27	44,3
Queimadura elétrica		12	19,7
Explosão		7	11,5
Queimadura por superfície de contato/atrito		5	8,2
Escaldadura		10	16,4
Motivos do jejum			
Balneoterapia		33	54,1
Centro cirúrgico		26	42,6
Exames		2	3,3
Medicações		Sim (%)	Não (%)
Opioides		90,2	9,8
Antidepressivos		14,8	85,2
Anticolinérgicos		0	100
Anti-hipertensivo		18	82
Antipsicótico		18	82
Variáveis Contínuas	Média (±)	Mediana (Min-Max)	p-valor*
Idade	43,9 (17,4)	42 (18-79)	0,007
Tempo de jejum total (Minutos) – n: 58**	692 (156)	690 (270-1060)	0,256
Quantidade de procedimentos até o momento da entrevista	5,89 (8,45)	3 (0-50)	<0,01

*p-valor referente ao teste de normalidade Shapiro-Wilk.

Fonte: Elaborado pelos autores.

**Houve três pacientes que apresentaram tempos de jejum excessivos (180 minutos - 2880 minutos) e por serem considerados outliers, foram suprimidos da análise da variável tempo de jejum.

TABELA 2
Intensidade, desconforto da sede (EDESC) e *Objective Oral Mucosa Scale* nos participantes do estudo (n=61). Londrina, PR, 2024.

Variáveis		Mediana (min-máx)	
Intensidade da sede		5 (1-10)	
Objective Oral Mucosa Scale	N	%	
Escore 1	00	0,0	
Escore 2	46	75,4	
Escore 3	15	24,6	
Escore 4	00	0,0	
Pontuação da EDESP		Mediana (min-máx) 10 (0-14)	
EDESP	Muito incomodado n (%)	Um pouco incomodado n (%)	Nada incomodado n (%)
Minha boca está seca	26 (42,6)	25 (41,0)	10 (16,4)
Meus lábios estão ressecados	29 (47,5)	24 (39,3)	8 (13,1)
Minha língua está grossa	17 (27,9)	18 (29,5)	26 (42,6)
Minha saliva está grossa	17 (27,9)	24 (39,3)	20 (32,8)
Minha garganta está seca	33 (54,1)	16 (26,2)	12 (19,7)
Sinto um gosto ruim na boca	31 (50,8)	9 (14,8)	21 (34,4)
Tenho vontade de beber água	41 (67,2)	16 (26,2)	4 (6,6)

Fonte: Elaborado pelos autores.

TABELA 3
Correlação das variáveis intensidade da sede, Escala de Desconforto da Sede Perioperatória, tempo de jejum e *Objective Oral Mucosa Scale* (n=61). Londrina, PR, 2024.

	Intensidade da sede	Pontuação final da EDESC	Tempo de jejum	<i>Objective Oral Mucosa Scale</i>
Intensidade da sede	Rho de Spearman	—		
	GI	—		
	p-value	—		
Pontuação final da EDESC	Rho de Spearman	0.473***	—	
	GI	59	—	
	p-value	< .001	—	
Tempo de jejum	Rho de Spearman	0.099	0.123	—
	GI	56	56	—
	p-value	0.458	0.356	—
<i>Objective Oral Mucosa Scale</i>	Rho de Spearman	0.404**	0.475 ***	0.159
	GI	59	59	56
	p-value	0.001	< .001	0.234

Correlação de Spearman: ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: Elaborado pelos autores.

TABELA 4
Características definidoras da sede (n=61). Londrina, PR, 2024.

Características definidoras	Sim n (%)	Não n (%)
Garganta seca	23 (37,7)	38 (62,3)
Lábios ressecados	41 (67,2)	20 (32,8)
Saliva grossa	31 (50,8)	30 (49,2)
Língua grossa	22 (36,1)	39 (63,9)
Constante deglutição de saliva	41 (67,2)	20 (32,8)
Vontade de beber água	47 (77,0)	14 (23,0)
Gosto ruim na boca	27 (44,3)	34 (55,7)
Relato do cuidador	3 (4,9)	58 (95,1)

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A relevância deste estudo encontra-se em evidenciar o sintoma sede frequentemente subestimado, mas comum em pacientes queimados. Além de explorar a intensidade do sintoma, a pesquisa explorou a pluralidade da sede ao avaliar diversas facetas pelas quais o sintoma se expressa como as características que o definem, somadas aos desconfortos que gera e os sinais de hidratação oral que o paciente queimado com sede apresenta. A reunião dessas diversas formas de mensuração da sede permitiu uma análise ampla e detalhada do sintoma, contribuindo para um entendimento completo sobre o impacto da sede na recuperação dos pacientes queimados ao reforçar a necessidade de sua valorização no contexto clínico.

Com relação ao gênero dos pacientes acometidos por queimaduras, o sexo masculino foi o mais afetado. Isso pode estar relacionado ao fato de que os homens estão mais inseridos no mercado de trabalho, em funções operacionais e industriais, e pode ainda refletir medidas inadequadas de proteção no local de trabalho. Em um estudo epidemiológico realizado no oeste do Paraná, revela-se dados semelhantes ao acidente de trabalho, em que 85,6% dos acometidos foram do sexo masculino, com as ocupações mais prevalentes de empregado doméstico nos serviços gerais, pedreiro e alimentador de linha de produção⁹.

No que se refere à epidemiologia das queimaduras, a literatura corrobora os achados do presente estudo. Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve que as queimaduras ocorrem principalmente no ambiente familiar e de trabalho¹⁰, assim como os dados desta pesquisa.

Estudo realizado na unidade de queimados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia evidenciou que as principais causas de internação ou diagnóstico foram por

líquidos inflamáveis com 42,4%, escaldadura 26,9% e chama direta 16,2%, dados que se assemelham aos encontrados do presente estudo¹¹.

Em relação à profundidade da queimadura dos pacientes avaliados, verificou-se que 50,8% dos entrevistados apresentaram queimaduras de 2º grau, enquanto 49,2% apresentaram queimaduras de 3º grau. Os resultados encontrados no presente estudo são consistentes com pesquisas anteriores, que relataram uma predominância de queimaduras de 2º grau (51%), seguidas das queimaduras de 3º grau (49%)¹². Destaca-se que a profundidade das queimaduras encontradas se relaciona ao fato de que o local de estudo é referência para queimaduras no estado, atendendo casos de maior profundidade.

Considerando a profundidade das queimaduras, os pacientes necessitam de diversas medicações para seu efetivo tratamento como, por exemplo, anti-hipertensivos, opioides, anti-histamínicos, antidepressivos, antipsicóticos e psicotrópicos. Alguns destes medicamentos, como os opioides, antidepressivos e anti-hipertensivos podem causar boca seca (xerostomia)¹³. No presente estudo, observou-se utilização significativa de opioides (90,2%), justamente pelo alto índice de dor a que os pacientes queimados estão sujeitos.

Devido à complexibilidade do cuidado, os pacientes queimados precisam de múltiplos procedimentos anestésicos-cirúrgicos para o seu tratamento, sendo somados a sucessivos períodos de jejum como uma das etapas da preparação anestésica⁵. Dentre os procedimentos que necessitam de jejum, destacam-se as cirurgias, balneoterapia e exames de imagem complementares, descritos na Tabela I.

Neste estudo, foi encontrado um tempo de jejum absoluto (sólidos e líquidos) no pré-operatório acima do recomendado pela *American Society of Anesthesiologists*, sendo o desejável oito

horas para alimentos sólidos e duas horas para líquidos claros sem resíduos. Este tempo excessivo de jejum pode levar à fome, náusea, vômito, aumento da mortalidade, complicações cirúrgicas, internação prolongada, infecção de sítio cirúrgico, retardo da cicatrização e à sede^{14,15}.

Além da necessidade da restrição de líquidos e sólidos, no período pré-anestésico os pacientes queimados estão sujeitos a sede intensa devido a uma confluência de fatores como uso de opioides, perda de líquido e desequilíbrio hidroeletrólítico ocasionado pela própria fisiopatologia da queimadura, podendo causar inquietação e sofrimento constante^{5,15}.

A pele desempenha papel crucial na proteção do organismo, atuando como uma barreira contra a perda de calor e a entrada de microrganismos. A perda insensível de líquidos é um processo normal, ocorrendo por difusão, mesmo na ausência de sudorese, com uma média de 300 a 400 ml/dia. Nos pacientes queimados, a integridade da pele é comprometida, especialmente a camada cornificada rica em colesterol, responsável por amenizar essa perda. Quando essa camada é danificada, a evaporação pode aumentar até 10 vezes, podendo acarretar hipovolemia¹⁶.

A hipovolemia e as alterações osmóticas são fatores aos quais os pacientes queimados estão constantemente expostos. Elas afetam o equilíbrio hidroeletrólítico do paciente queimado e levam à sede homeostática².

Nesta pesquisa, a sede foi relatada por 65,6% dos pacientes queimados, com intensidade mediana de 5 (1-10) pontos na EVN. Não foi encontrado na literatura estudo que apresentasse a prevalência e a intensidade de sede em pacientes queimados, entretanto, dois relatos de caso realizados na mesma instituição do presente estudo descrevem a percepção de pacientes queimados que sofreram com a sede^{3,17}.

O primeiro relato de caso descreve a experiência de uma paciente queimada a qual mencionou que em sua percepção "passar sede foi a pior coisa do mundo"³. O segundo relato retrata a vivência de uma paciente queimada com sede, quando indagada sobre esse desconforto, descreveu que é superior à fome e dor, além de ser angustiante devido à boca seca e lábios rachados¹⁷.

Observa-se que apenas a intensidade não reflete inteiramente a experiência da sede. Apesar de intensidade moderada, os participantes do presente estudo apresentaram elevado desconforto com escore mediano de 10 na EDESP. Além disso, encontraram-se elevadas prevalências de características que definem o sintoma com destaque para vontade de beber água, constante deglutição de saliva, lábios ressecados e saliva grossa.

Esses achados indicam que a sede, mesmo quando não verbalizada diretamente pelos pacientes, pode ser identificada por sinais fisiológicos de que nem sempre são reconhecidos como indicadores de sede pela percepção subjetiva do paciente¹. Ademais, mesmo na ausência de sede explícita, ou seja, sem

intensidade de sede elevada, há uma tendência comportamental de buscar líquidos quando o corpo se vê exposto a certos estímulos fisiológicos e de restrição^{1,2}.

Em particular, as características definidoras de sede estão intimamente ligadas à sede não homeostática. A sede não homeostática é influenciada principalmente por estímulos orofaríngeos, como a xerostomia (sensação de boca seca) e o gosto ruim na boca, que desencadeiam um desejo por ingestão de líquidos. Esses estímulos são frequentemente observados em situações como no pré-operatório, em que há uma privação da ingesta de líquidos, sendo um reflexo da resposta comportamental à necessidade de hidratação, muitas vezes sem a ativação de mecanismos homeostáticos clássicos, como os que regulam a osmolaridade e o volume sanguíneo^{1,2}.

Além disso, a presença de características como garganta seca e língua grossa também reforça a ideia de que a sede pode estar associada a uma resposta mais ampla do corpo ao estresse fisiológico, não se limitando à necessidade de reposição de líquidos pela via homeostática^{1,2}.

O relato do cuidador (4,9%) foi um achado de menor prevalência, o que sugere que, apesar do reconhecimento dos sinais por parte de quem acompanha o paciente, a manifestação subjetiva de sede pode ser de difícil avaliação sem a utilização de instrumentos específicos de medição. Isso nos leva a refletir sobre a importância de considerar a sede não homeostática como um fator importante no manejo de pacientes queimados, que, mesmo sem relatar sede de forma clara, podem apresentar sinais de desconforto que indicam a necessidade de intervenções para sua saciedade^{1,2}.

Estudo que avaliou fatores relacionados à sede em pacientes críticos encontrou resultados que corroboram os achados na presente pesquisa ao descreverem sede com intensidade média de 7,2 na EVN; principal escore da *Objective Oral Mucosa Scale 2* (61,7%), correspondendo a lábios secos e boca úmida; características definidoras prevalentes: saliva grossa (80%), constante deglutição de saliva (76,7%), vontade de beber água (75%), lábios ressecados (73,3%) e garganta seca (70%); além de correlações positivas entre as escalas e intensidade da sede. Esses achados revelam que a sede tem se mostrado estressor presente em diferentes populações que sofrem com restrição de ingesta hídrica por via oral, e que podem ter sua sede saciada com base em evidências científicas¹⁸.

Os achados da escala fotográfica *Objective Oral Mucosa Scale*⁷ permitiram a avaliação de algumas das características definidoras e atributos da sede por meio de imagens. Dessa forma, os escores prevalentes encontrados nessa escala também se associam às características definidoras e desconfortos relatados pelos pacientes queimados com sede.

O desconforto da sede mensurado pela EDESP⁶ destaca-se por sua classificação elevada. Este achado revela que a sede

referida pelos pacientes cirúrgicos queimados é causadora de muito desconforto, o que é corroborado pela alta prevalência das características definidoras de sede – garganta seca, lábios ressecados, saliva grossa, língua grossa, vontade de beber água e gosto ruim na boca – que também são atributos avaliados na EDESP. Destaca-se que o elevado desconforto gerado pela sede nesta população é superior ao desconforto moderado descrito em pacientes críticos em Unidade de Terapia Intensiva¹⁸.

A correlação estatística entre a intensidade de sede e EDESP, entre *Objective Oral Mucosa Scale* e intensidade de sede e entre *Objective Oral Mucosa Scale* e EDESP foi considerada moderada (valores observados entre 0,3 e 0,5) pelo Coeficiente de Correlação de Spearman. A existência dessa correlação pode ser explicada a partir da ótica da fisiologia da sede não homeostática, considerando que a sede também se relaciona aos fatores periféricos como, por exemplo, algumas das características definidoras, somada a estímulos orofaríngeos, antecipatórios, além de boca seca, temperatura do líquido, preferências de ingestão aprendidas, interações sociais², aspectos ambientais e emocionais³.

Na prática clínica, portanto, o paciente queimado apresenta sede e os desconfortos associados a ela, o que reforça a relevância de não apenas estudar o tema, mas também aplicar estratégias baseadas em evidência para o manejo desse sintoma.

Nesse contexto, vale destacar o Modelo de Manejo da Sede, o qual estrutura-se em quatro pilares fundamentais: identificação da sede, com perguntas diretas ao paciente e observação de sinais orofaríngeos; mensuração da intensidade e do desconforto, utilizando escalas validadas como EVN e EDESP; avaliação da segurança antes de qualquer oferta de líquidos, por meio do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede (PSMS); e, por fim, aplicação de estratégias de alívio efetivas que ativem a saciedade pré-absortiva e sejam, portanto, de baixo risco para broncoaspiração como picolés de gelo, picolés mentolados ou hidratante labial com ou sem mentol^{4,19}. Esse modelo, fundamentado em evidências e de fácil aplicação prática, foi implementado em setores cirúrgicos de diferentes instituições hospitalares no Brasil por também identificarem a sede perioperatória como um problema relevante para o cuidado.

A implementação inicial do Modelo de Manejo da Sede no CTQ do presente estudo ocorreu em 2020. Contudo, o desafio atual reside na sustentação qualificada e contínua dessa prática baseada em evidências, de modo a garantir sua permanência e efetividade ao longo do tempo^{5,20}. Para tanto, são realizadas capacitações sobre o manejo da sede, com o objetivo de atualizar e instrumentalizar as novas equipes que ingressam no setor.

A ausência de dados a respeito da extensão da queimadura não permitiu a análise dessa variável em relação à sede do paciente queimado, o que pode ser considerado uma limitação do estudo. A *Objective Oral Mucosa Scale* foi utilizada como um atributo adicional para avaliar a sede, porém, o fato desta escala não apresentar validação é uma limitação desta pesquisa.

Considerando que a sede é um tema incipiente na literatura referente ao paciente queimado, esta pesquisa assume relevância ao evidenciar o impacto desse sintoma na experiência de hospitalização do queimado. Ademais, este estudo contribui para a prática clínica indicando a viabilidade e necessidade da implantação e sustentabilidade do Manejo da Sede em serviços de saúde que atendam a pacientes queimados.

CONCLUSÕES

A sede apresentou elevada prevalência na população estudada, com intensidade moderada e desconforto intenso. Todos os atributos das características definidoras da sede estiveram presentes, sendo a vontade de beber água, a constante deglutição de saliva e lábios ressecados as mais prevalentes.

Os sinais de hidratação oral, avaliados por meio da escala fotográfica, indicaram a prevalência de lábios ressecados e boca hidratada – escore 2. As correlações entre as variáveis dependentes revelaram significância estatística, o que pode corroborar as evidências acerca da multifatorialidade da sede, com destaque aos fatores não homeostáticos.

A existência de correlação estatisticamente significativa entre intensidade, desconforto da sede e hidratação oral reforça a relevância de estudos sobre a sede não homeostática nessa população. Ademais, os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade da implementação efetiva do Modelo de Manejo da Sede em Centros de Tratamento de Queimados com a oportunidade de promover melhoria da qualidade de vida e do cuidado aos pacientes de Centro de Tratamento de Queimados.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento LAD, Conchon MF, Garcia AKA, Lopes MVO, Fonseca LF. Clinical validation of the nursing diagnostic proposition perioperative thirst. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023;31:e3974.
2. Armstrong LE, Kavouras SA. Thirst and Drinking Paradigms: Evolution from Single Factor Effects to Brainwide Dynamic Networks. *Nutrients*. 2019;11(12):2864.
3. Faggion RPA, Ferreira REB, Garcia AKA, Pierotti I, Conchon MF, Fonseca LF. Thirst management: perspective of burnt surgical patient. *Semin Cienc Biol Saude*. 22;43(1):177-84.
4. Nascimento LAD, Garcia AKA, Conchon MF, Aroni P, Pierotti I, Martins PR, et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN J*. 2020;111(2):165-79.
5. Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF. Processo de implantação do manejo da sede no paciente queimado cirúrgico embasado no Knowledge Translation. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220032.
6. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG, Mai LD. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03240.
7. Zhang W, Gu Q, Gu Y, Zhao Y, Zhu L. Symptom management to alleviate thirst and dry mouth in critically ill patients: A randomised controlled trial. *Aust Crit Care*. 2022;35(2):123-9.
8. Cohen J. Quantitative methods in psychology: a power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9.
9. Zack BT, Ross C, Gouvêa LAVN, Tonini NS. Acidente de trabalho grave: perfil epidemiológico em um município do oeste do Paraná. *Saúde Debate*. 2020;44(127):1036-52.

10. Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, Wurzer P, Hundeshagen G, Branski LK, et al. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. *Burns*. 2017;43(3):249-57.
11. Mego IOG, Cruvinel SS, Duarte AR, Teles-de-Oliveira-Junior GA, Carneiro RMS. Burns unit at the Hospital de Clínicas of the Universidade Federal de Uberlândia, Brazil: an epidemiological study. *Rev Bras Cir Plást*. 2022;37(2):189-93.
12. Oussaki FMS, Mai LD, Menegatti MS. Profile of patients hospitalized in a burn treatment center in northern Paraná. *Rev Bras Cir Plást*. 2021;36(2):173-80.
13. Stotts NA, Arai SR, Cooper BA, Nelson JE, Puntillo KA. Predictors of thirst in intensive care unit patients. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(3):530-8.
14. Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration-A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. *Anesthesiology*. 2023;138(2):132-51.
15. Togo HY, Lopes EC. Preoperative fasting reduction in burned patients: a systematic review. *Burns Open*. 2020;4(4):176-82.
16. Miranda HPF, Camargo IN, Cunha IA, Freitas JB, Silva JM, Mota MR. Queimaduras: fisiopatologia das complicações sistêmicas e manejo clínico. *Braz J Dev*. 2021;7(6):64377-93. DOI: 10.34117/bjdv7n6-697
17. Almeron RP, Santos M, Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF. Experiencing the desert: Case report of a burnt thirsty patient. *Rev Bras Queimaduras*. 2021;20(1):66-9.
18. Berbert LV, Pierotti I, Nascimento LAD, Faleiros IB, Oliveira MPS, Biz RA, et al. Thirst in critical patients and its associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(1):e20240064.
19. Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Uchôa ET, Fonseca LF. Pre-absorptive satiety: relevance of anticipatory mechanisms care for patients with thirst. *Texto Contexto Enferm*. 2024;33:e20230357. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2023-0357
20. Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Nascimento LA, Nakaya TG, Santos RP, et al. Implantação do modelo de manejo da sede na unidade de queimados norteadas pelo knowledge translation. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022;43:e20220220.

AFILIAÇÃO DOS AUTORES

Rafael Alexandre Biz - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
Laura Vicentim Berbert - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
Leonel Alves do Nascimento - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
Isadora Pierotti Carvalho - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
Marília Ferrari Conchon - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
Lígia Fahl Fonseca - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
Rafael Alexandre Biz - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Correspondência: Rafael Alexandre Biz

Universidade Estadual de Londrina – Centro de Ciências da Saúde. Av. Robert Kock 60 – Vila Operária – Londrina, PR, Brasil – CEP 86039-440
 E-mail: rafael.alexandre.biz@uel.br

Artigo recebido: 07/04/2025 • **Artigo aceito:** 20/10/2025

Local de realização do trabalho: Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver.