



Revista da Rede de Enfermagem do
Nordeste

ISSN: 1517-3852

rene@ufc.br

Universidade Federal do Ceará
Brasil

Campos Campana, Mariana; Fahl Fonseca, Lígia; Ferreira de Melo Lopes, Dolores;
Martins, Pamela Rafaela
Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 16, núm. 6, novembro-diciembre,
2015, pp. 799-808
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324043261005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica

Perceptions of caregivers about surgical children's thirst

Percepción de los cuidadores cuanto a la sed del niño quirúrgico

Mariana Campos Campana¹, Lígia Fahl Fonseca¹, Dolores Ferreira de Melo Lopes¹, Pamela Rafaela Martins¹

Objetivo: compreender como o cuidador vivencia o jejum da criança cirúrgica e percebe sua sede no período perioperatório.

Métodos: pesquisa descritiva de natureza qualitativa, realizada com 15 acompanhantes de crianças entre 1 e 12 anos no pós-operatório em um hospital-escola. Para análise, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** emergiram quatro unidades temáticas: A criança cirúrgica em face do jejum e da sede; Percebendo a sede na criança cirúrgica; Vivenciando e enfrentando o período de jejum e a sede junto da criança; Percebendo a ação da equipe em face da sede da criança. Para os familiares, a vivência do jejum é permeada de sentimentos, como impotência e angústia. A presença da sede, detectada pelo autorrelato e por sinais físicos, agrava esse sofrimento. **Conclusão:** o manejo da sede amenizaria o sofrimento da criança e dos familiares. Por conseguinte, é necessário desenvolver estratégias de manejo da sede na criança.

Descritores: Sede; Jejum; Assistência Perioperatória; Criança.

Objective: to understand how caregivers experience surgical children's fasting and how they realize their thirst in the perioperative period. **Methods:** descriptive study of qualitative nature, carried out with 15 caregivers of children between 1 and 12 years old after surgery in a teaching hospital. For analysis, the Collective Subject Discourse method was used.

Results: four thematic units emerged: surgical children in the presence of fasting and thirst; realizing thirst in surgical children; experiencing and facing the period of fasting and thirst with children; realizing the action of the health team in the presence of children's thirst. For families, the experience of fasting is permeated with feelings like helplessness and distress. The presence of thirst, detected by self-report and physical signs, exacerbates their suffering. **Conclusion:** thirst management alleviates the suffering of children and families. It is therefore necessary to develop strategies for children's thirst management.

Descriptors: Thirst; Fasting; Perioperative Care; Child.

Objetivo: comprender cómo el cuidador experimenta el ayuno del niño quirúrgico y percibe su sed en el perioperatorio.

Métodos: estudio descriptivo, cualitativo, con 15 cuidadores de niños entre 1 y 12 años en postoperatoria en un hospital universitario. Para el análisis, se utilizó el método del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** surgieron cuatro unidades temáticas: Niño quirúrgico delante del ayuno y de la sed; Percibiendo la sed en el niño quirúrgico; Experimentar y enfrentarse el ayuno y sed con el niño; Percibiéndose la acción del equipo delante de la sed del niño. Para la familia, la experiencia del ayuno está llena de sentimientos, como impotencia y angustia. La presencia de la sed, detectada por auto-informe y signos físicos, exagera ese sufrimiento. **Conclusión:** el manejo de la sed aliviaría el sufrimiento del niño y familias. Por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias de manejo de la sed en niño.

Descritores: Sed; Ayuno; Atención Perioperativa; Niño.

¹Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil

Autor correspondente: Mariana Campos Campana
Rua Dinamarca, 955, Centro, CEP: 86181-080, Cambé, PR, Brasil. E-mail: mariicampana@hotmail.com

Introdução

Para o paciente infantil, o perioperatório é um processo difícil, permeado por sentimentos que acabam gerando comportamentos físicos e emocionais que não podem ser ignorados pela equipe de saúde. As crianças criam fantasias e temores a respeito de situações e procedimentos vivenciados no ambiente hospitalar. Temem a dor, os materiais hospitalares, os riscos a que estão expostas e até mesmo a presença de vários médicos na sala operatória. O período perioperatório de crianças exige, portanto, cuidados específicos, tanto físicos quanto emocionais⁽¹⁾.

Durante o cuidado pré-operatório, realizam-se ações voltadas para a descontaminação da pele, administração de medicações e preparo gastrointestinal, o qual inclui a prescrição do jejum. O período recomendado de jejum varia em pacientes com morbidades de risco para aspiração pulmonar e também conforme o alimento a ser ingerido. Para líquidos claros, recomenda-se, no mínimo, duas horas antes da cirurgia⁽²⁾.

O jejum é fundamental no cuidado pré-operatório, pois possibilita o tempo necessário para o esvaziamento gástrico, prevenindo a aspiração pulmonar. Contudo o jejum prolongado, muitas vezes excessivo, gera incômodo ao paciente. A ingestão de líquidos durante o pré-operatório diminui a sede e a fome nas crianças, o que torna a experiência mais confortável⁽³⁾. Crianças incentivadas a ingerir líquidos claros até duas horas antes da cirurgia apresentam menor intensidade de sede durante 24 horas do pós-operatório, quando comparadas a crianças que não receberam o mesmo cuidado⁽⁴⁾.

A sensação de sede pode ter origem hipovolêmica ou osmótica. A sede hipovolêmica ocorre quando os barorreceptores detectam diminuição da volemia e liberam angiotensina II, responsável pela estimulação da sede no hipotálamo. Na sede osmótica, a hiperosmolaridade do plasma faz com que a água intracelular seja transportada para o sangue, ocasionando desidratação das células neuronais

supraópticas, o que estimula a secreção do hormônio antidiurético. Há, porém, um limite de antidiurese: ao alcançá-lo, o organismo recorre a outras maneiras para se reidratar, entre elas, a sede⁽⁵⁾.

A sede perioperatória pode intensificar-se em crianças por causa da rapidez com que elas se desidratam. A porcentagem de líquido no organismo e sua distribuição intra e extravascular se alteram com a idade. Em bebês e crianças, a porcentagem de água corpórea é mais elevada que nos adultos, e o teor de água é maior no compartimento extracelular que no compartimento intracelular, o que promove maior velocidade de desidratação⁽⁶⁾.

A sede caracteriza-se por ser um sintoma, uma manifestação subjetiva que depende da interpretação e verbalização do paciente. O autorrelato é importante para o manejo adequado da sede, porém pacientes não verbais, como crianças pequenas, necessitam do auxílio de seus cuidadores para a percepção e interpretação do sintoma. Ao se avaliar a criança, deve-se levar em consideração o relato do cuidador, por sua facilidade em reconhecer os comportamentos que evidenciam desconfortos⁽⁷⁾.

Diante do exposto e da escassez de estudos sobre o tema, este trabalho teve por objetivo compreender como a família vivencia o jejum e como percebe a sede da criança no período perioperatório. Os resultados obtidos podem contribuir com a melhoria do cuidado da criança cirúrgica, um ser indefeso sem plena compreensão da situação, e abrir espaço para a realização de estudos futuros que busquem estratégias de manejo da sede da criança cirúrgica.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa, desenvolvida entre abril e junho de 2014 em um hospital universitário de grande porte do norte do Paraná, que atende unicamente o Sistema Único de Saúde e realiza, em média, 600 cirurgias por mês. Participaram da pesquisa acompanhantes de crianças

que passaram por procedimento cirúrgico e estavam em recuperação na enfermaria entre 5 e 12 horas de pós-operatório.

A amostra foi composta de 15 participantes, neste caso, mães e avós, e os critérios de inclusão foram: ser familiar da criança, acompanhar a internação da criança durante o pré e pós-operatório na enfermaria, ser apto a responder às questões propostas e concordar em participar da pesquisa. A criança acompanhada deveria ter de 1 a 12 anos e ter sido submetida a cirurgia eletiva ou de urgência, sob anestesia geral ou sedação, independentemente do tempo de jejum. O critério de exclusão era a criança ter sido alimentada por gastrostomia, sonda nasointestinal ou parenteral.

O pesquisador coletou os discursos em entrevista semiestruturada, com duração média de 15 minutos, que ocorreu na própria enfermaria. A entrevista, registrada em gravador digital, tinha duas questões norteadoras: Como foi vivenciar o jejum da criança para o procedimento cirúrgico? Como foi vivenciar a sede da criança durante esse período? Realizaram-se dois testes-piloto para treinamento e aprimoramento da técnica de entrevista. Para melhor compreensão do sentido das perguntas, acrescentaram-se os seguintes questionamentos: O que você sentiu ao ver a criança em jejum?, O que aconteceu nesse período?

Para a análise das entrevistas, empregou-se o Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste na composição de um discurso síntese que expressa a opinião de uma coletividade a respeito do assunto estudado. As entrevistas, depois de transcritas, foram analisadas de forma descritiva em busca das ideias centrais, ancoragens e suas respectivas expressões-chave. Reconhecidas tais figuras metodológicas, os dados foram interpretados e reunidos em um discurso único, que representa a percepção do familiar frente à sede e o jejum da criança⁽⁸⁾.

A partir da leitura e análise dos dados, emergiram quatro unidades temáticas consideradas

relevantes para este estudo: A criança cirúrgica em face do jejum e da sede; Percebendo a sede na criança cirúrgica; Vivenciando e enfrentando o período de jejum e a sede junto da criança; Percebendo a ação da equipe em face da sede da criança.

As participantes foram identificadas apenas pela inicial de seu parentesco com a criança hospitalizada, M para mãe e A para avó, seguida do número de ordem da entrevista. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sob nº 617.255.

Resultados

Participaram 15 mulheres – 13 mães e 2 avós –, com idade entre 19 e 59 anos. Quanto à escolaridade, uma delas havia concluído o ensino técnico, sete possuíam o ensino médio completo e as demais completaram o ensino fundamental. Em relação às crianças: a idade variou de 1 a 12 anos, todas receberam anestesia geral e submeteram-se a procedimentos cirúrgicos de urgência de diferentes especialidades. Quanto ao período de jejum, o tempo total relatado pelas familiares variou de 7 a 73 horas.

A criança cirúrgica em face do jejum e da sede

As crianças que necessitam de jejum pré-operatório podem não compreender a importância deste procedimento, o que dificulta a adesão e manutenção de forma tranquila e espontânea: *Ele não entendia por que ele não podia tomar água. Para uma criança é mais difícil entender por que não. Mas a gente adulto que já fez [cirurgia], você sabe que tem que passar por isso. Você fala que não pode e ele não entende, não é, o risco que tem* (M4, M5, M11).

O cuidador percebe uma série de sentimentos e reações desencadeados pela não compreensão da necessidade de jejum: nervosismo, tristeza choro, agitação, dor abdominal: *Ah... ele ficava muito nervoso, porque ele queria comer, queria beber água e não podia, ficava pedindo comida toda hora, queria mamar... Ficou muito chateado, triste, só ansiedade, angústia de pedir. Ficava falando que estava com fome,*

meio estressadinho, bravinho, ficava chorando... Foi terrível, o dia inteiro queixoso. Ele falava: Ai, mãe, está doendo a minha barriga, estou com fome! Ficava agitado, pedindo para ir embora, não queria mais fazer cirurgia, que estava bom daquele jeito mesmo, sabe? Daí ele chorava, ele apertava a minha mão... É muito sofrimento (M1, A3, M4, M7, M9, M11, M12, M13, M14).

Por outro lado, quando orientados pela equipe, os pacientes infantis conseguem compreender e vivenciar de forma mais tranquila o jejum perioperatório: *As médicas chegavam e explicavam para ele, sempre conversando e ele compreendendo, sabendo que ele tinha que esperar o horário, não é? Ah, ele até que ficou tranquilo pela situação, não é? Ficou normal, quieto... Era só a gente conversar com ele... Eu conversei com ele, que era pro bem dele. Se comportou bem, não ficou insistindo para tomar água, nem comer. Ele ficou calmo, não deu trabalho nenhum. Entendeu tudo muito bem* (M2, M6, M8, M10, A15, A3).

Percebendo a sede na criança cirúrgica

No período do jejum perioperatório dos pacientes infantis, a sede é um desconforto muito presente e percebido pelo cuidador: *A parte que me deu mais trabalho foi a parte da sede, que ele não podia tomar água, me deu um trabalho medonho com esse negócio da água. A respeito de comer, ele não falou nada: o problema era a água, ele chorava que queria água, mas não podia! Ficou nervoso, querendo água, principalmente a água, ele só pedia água, muita água, mas o resto foi mais tranquilo* (A3, M5, M6, M7, M11).

É possível perceber, de alguma forma e em algum momento, que o paciente está com sede, sobretudo pelo autorrelato, quando ele reclama de sede ou pede água: *Ele sentia sede, ele pedia água, muita água, falava que queria água, que estava com muita sede. Toda hora pedindo, que estava com sede, querendo água, água, água... Só que pedia mesmo, ele falava: Dá um golinho de água? Ele ficava pedindo toda hora* (M1, M2, A3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12, M14, M15). *Teve [sede], porque, na hora que ele desceu, eu dei um copinho de água, ele bebeu com vontade, sabe, e ficou querendo mais* (M13).

Em alguns períodos, a criança pode não perceber ou não mencionar sede. Mesmo assim, o cuidador percebe sinais físicos: lábios ressecados e

esbranquiçados, constante deglutição de saliva, dor na garganta e comportamento de busca por água ao ter os lábios umedecidos por alguém. As entrevistadas relataram ter percebido prontamente sinais como secura dos lábios e da cavidade oral: *Eu ia molhar a boca dele, eu via que ele queria que fosse para dentro da boca. Daí eu tinha que ficar fechando a boca dele* (M5). *Ele abria a boquinha e engolia a saliva, sabe, você percebia que ele estava com sede. Ele engolia seco* (M10). *Ele falou que a garganta estava doendo, acho que estava seca* (M9). *A boquinha ficava toda sequinha e rachadinha assim, como se nunca tivesse bebido água. Ele ficava lambendo o beicinho! Ficou com a boquinha toda trincada assim, ressecada por falta de água. A boca seca ficou muito branquinha* (M1, M2, M4, M5, M6, M8, M9, M10, M11, M12).

O prolongado tempo de jejum pode influenciar na presença de sede. Algumas crianças submetidas à apendicectomia relataram sede no pós-operatório e ficaram, segundo suas acompanhantes, longo período em jejum após o procedimento; uma delas ficou dois dias sem ingerir líquidos: *A última vez que ele comeu e tomou água foi na quinta-feira à tarde, e a cirurgia foi no sábado de manhã. Ficou esse tempo todo sem tomar água, sem comer nada. Foi difícil, porque, depois da cirurgia, foi três dias que ele ficou em jejum; foi liberando água aos poucos. Ficou uns dois dias sem beber água* (M1, M2, M5, M10, M14).

Fatores ambientais e físicos, como calor, intubação e uso de tampão nasal, também contribuem para o ressecamento da boca: *Sentia bastante sede e estava calor ainda, horrível* (M14). *[A sede] piora bastante depois [da cirurgia], porque eles põem uma tal de chupeta na boca que vai até lá na garganta, e fica com a boca aberta, ressecou o coitadinho todo* (M11). *Porque ele estava com o tampão [nasal], ele respirava com a boca aberta o tempo todo, a boca chegou a rachar, ficou seca* (M14).

Aspectos individuais da criança também estão envolvidos na experiência da sede. Algumas mães relataram que o filho sentiu sede intensa em razão do hábito de beber muita água em casa: *Ele anda com garrafa de água o dia inteiro, vai dormir e leva a água junto, então eu acredito que a sede dele era bastante, porque ele já tem costume de consumir muita água* (M4, M11, M12).

Vivenciando e enfrentando o período de jejum e a sede junto da criança

Vivenciar o jejum e a sede da criança origina sentimentos variados também em seu cuidador. As cuidadoras relataram dificuldade em lidar com a sede da criança. Verbalizaram sentimentos como angústia, compaixão, tristeza, nervosismo: *É ruim, não é, porque a gente vê que ele está pedindo, e a gente não pode fazer nada, não pode dar [água]. A gente fica nervoso, não é, de o ver ficar sem beber água. Complicado, não é? O coração aperta. Foi triste de ver. A gente fica com todos os sentimentos de uma vez só, com vontade de chorar, mas tem que segurar, porque ele não pode ver você chorar. E você sabe que a criança gosta de ficar tomando água e nada disso ela podia. É dolorido, porque água é uma coisa essencial, não é? A sede... Nossa! A água é tudo para gente, a gente não fica sem água* (M1, M2, A3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11).

Pôde-se perceber o sofrimento intenso dessas cuidadoras; algumas chegaram a afirmar que não desejam que nenhuma mãe passe por tal situação. Outro sentimento comum relatado por elas durante esse período é a impotência – gostariam de fazer algo para aliviar a sede da criança, mas não sabiam o que poderia ser feito: *Se eu pudesse, de alguma maneira, amenizar a sede dele, eu gostaria de ter feito... Se tivesse alguma outra coisa, eu podia ter feito, não é, mas assim, no momento, não veio mais nada na mente* (M7, M9, M10).

Ao ser informado, o cuidador entende a necessidade do jejum, e a maioria não desrespeita as ordens médicas por medo do cancelamento da cirurgia ou pela consciência do risco de a criança ingerir algum alimento ou líquido: *E daí se eu desse? O médico não faria a cirurgia, com certeza, porque tem os problemas de vômito que ele explicou... Aí eu não dei; se ele tomasse água, como que ele ia fazer a cirurgia?* (A3, M11).

O cuidador entende a determinação do jejum como forma de proteger a criança e diminuir o tempo de internação. Algumas acompanhantes afirmaram ter recebido orientação sobre o jejum pré e pós-operatório, o que as auxiliou a compreender as justificativas para a determinação e o risco de não respeitá-la: *Me orientaram bem! Por mais que ele peça, a gente*

tem que seguir a orientação e não dar, porque é para o bem dele mesmo. Porque corre risco e é perigoso. E mesmo depois da cirurgia eu sei que ele não podia tomar água até vencer o prazo estabelecido pelo médico. Dá vontade de resolver o problema, mas eu sei que, naquele momento, não ia resolver; ia piorar. Eu acho que ia causar mais sofrimento para ele, nosso tempo no hospital ia ser bem maior (A3, M5, M6, M14, M11).

O cuidador considera a sede durante o jejum uma situação sem solução a ser vivenciada por todo paciente que aguarda cirurgia. Sem saber como agir, adota maneiras diversas a fim de mitigar o sofrimento da criança. Algumas entrevistadas chegaram a alterar seu próprio padrão alimentar: *Eu já nem consegui comer direito, pensando que ele estava sem comer e eu comendo! A comida desce, sabe, rasgando tudo aqui, sabe, entala. Eu evitava comer perto dele. Fiquei com vontade, mas esperei ele dormir para ir lá tomar água* (M1, M2, A3, M4, M5, M8, M10, M11, M14, A15, M13). *Nós ficamos de jejum aquele dia. Eu fiquei de jejum junto: enquanto ele estava no quarto, eu não comi nada. Depois da cirurgia, daí que eu comi alguma coisa, mas antes não desce, daí a gente fica olhando... Deixar ele sem comer e a gente comendo?! Não vai. Ainda a hora que a comida chegou, ele estava dormindo, mas mesmo assim eu não consegui comer. Eu nem pensava em comer* (M6, M7, M9, M12, M14).

Além da própria restrição alimentar, observam-se outros comportamentos. Nota-se que o cuidador procura distrair a criança com brinquedos, televisão, telefonemas e passeios pelo hospital, busca acalmá-la com palavras de apoio e encorajamento, explicando a situação e os procedimentos repetidas vezes, de modo a tranquilizar o pequeno paciente. Como estratégia para aliviar tanto a sede quanto a fome, as entrevistadas relataram ter umedecido a cavidade oral das crianças com gaze molhada e pequenas quantidades de água e que poucas vezes agiram com indicação da equipe médica ou de enfermagem: em algumas ocasiões, a iniciativa era da própria cuidadora, de forma intuitiva, com ou sem autorização da equipe: *Eu molhava a boquinha dele com um pouquinho de água só para não ficar muito seca... Por conta própria. Porque eu não sabia o que fazer. Eu falei pra enfermeira que eu dava só pouquinho, falei para médica que eu só molhava um pouquinho a boca dela, era aquele pinguinho de água só para enganar, sabe?* (M4, M14). *Eu ia pegar só um pouquinho de*

água para ele, para enganar ele, falava para ele: Está aqui, ó, vamos esquecer um pouquinho da comida. Eu molhava, não podia ser muita água também, era só molhar a boca (M4).

Sem orientações precisas da equipe de saúde, embasadas em conhecimento científico, o cuidador do paciente infantil pode acabar agindo intuitivamente, buscando soluções em seu próprio repertório. Percebe-se, porém, que necessita e deseja receber claras orientações sobre cuidados e estratégias para lidar com a sede e a fome da criança.

Percebendo a ação da equipe em face da sede da criança

Grande parte das cuidadoras assegurou que a criança não recebeu cuidados referentes à sede, e que a equipe informava que o soro ajudaria a amenizar esse sintoma: *As enfermeiras sempre orientavam que o soro ia ajudá-lo a aliviar a sede. Então ninguém fez nada. Ela [a enfermeira] deu um pouquinho de água quando já podia e não muito, depois de horas da cirurgia (A3, M4, M9, M10, M11, M12, M13, M14, A15).*

Percebe-se pelos relatos que os profissionais em questão não valorizam a sede da criança, não a consideram um sintoma desconfortante durante o período perioperatório. Há casos, contudo, em que se oferece um pouco de água para algumas crianças durante o período de jejum, mas sem utilizar uma quantidade padronizada que permita a ingestão com segurança pelo paciente: *A enfermeira orientou para dar um pouquinho de água, mas não muito, porque ele ia para cirurgia. Eu dava um copinho a cada hora que ele pedia. Às vezes elas faziam um buraquinho num copinho, só para dar aquele pouquinho só (M2, M8).*

Em outros casos, os profissionais orientam umedecer os lábios e cavidade oral da criança com gaze molhada, sem que haja a ingestão do líquido, ou orientam o paciente a fazer bochecho com água: *A médica falou que eu não podia dar nada, só falou que eu podia molhar a boquinha dele, daí eu fazia isso para melhorar. Ela [a enfermeira] me deu uma gaze com um mínimo de água para passar no lábio dele. A enfermeira falou que eu poderia pôr água na boca dela e chacoalhar e ela cuspir fora (M1, M5, M6, M7).*

Discussão

O paciente infantil tem dificuldade em compreender o período de jejum. Algumas crianças apresentam comportamentos negativos, ficam irritadas, agitadas, chorosas e insistem em querer comer e beber água durante o jejum. Oferecer à criança explicações e orientações a respeito das rotinas perioperatórias e da necessidade de determinados procedimentos pode resultar-lhe em menos sofrimento e em um comportamento mais calmo⁽¹⁾.

O preparo psicoemocional da criança é fundamental para tornar a vivência dos procedimentos hospitalares menos estressante e menos traumática. Intervenções lúdicas, essenciais neste processo, possibilitam um ambiente menos hostil para o paciente, pois aproxima o hospital da realidade infantil, facilitando a comunicação e o cuidado. Além disso, torna-se um importante meio de enfrentamento, que gera maior tranquilidade e coragem para superar as dificuldades da hospitalização⁽⁹⁾. Não se encontram, porém, estudos específicos sobre o lúdico no manejo do estresse causado pelo jejum e pela sede em tal população.

A sede é um sintoma que intensifica o desconforto e o sofrimento vivenciados pela criança cirúrgica. Em adultos, constata-se a sede no período perioperatório como incômodo real e de alta incidência⁽¹⁰⁾: durante o pós-operatório, a incidência chega a 75% (n=128) e a média de intensidade (em escala de 1 a 10) chega a 6,1⁽¹¹⁾ e até a 8,17⁽¹²⁾. Mas pouco se sabe sobre a incidência da sede perioperatória especificamente em crianças.

As crianças enfrentam, muitas vezes, tempos excessivos de jejum, tanto para sólidos quanto para líquidos, o que pode intensificar seu desconforto. Durante o pré-operatório de cirurgias odontológicas, 56,0% das crianças relataram sentir muita fome, e 27,0% muita sede⁽¹³⁾.

A experiência do sintoma inclui a percepção

do indivíduo, a avaliação de seu significado e sua resposta a ele⁽⁷⁾. Observou-se que, para as crianças com comunicação verbal, a verbalização é uma forma de resposta ao incômodo percebido. Desse modo, o autorrelato do sintoma é muito importante para seu manejo adequado. A maioria das crianças deste estudo verbalizou presença de sede, possivelmente por não ter vivenciado uma situação prévia em que sua sede tenha sido reprimida ou desvalorizada.

Há certas particularidades nos mecanismos de regulação da sede em crianças, pois elas se desidratam mais rapidamente – se bem que a manifestação da sede é menor em crianças muito novas, como os bebês⁽⁶⁾. Observou-se no relato das cuidadoras que algumas crianças não percebiam ou não expressavam sede em determinados momentos. As cuidadoras, no entanto, detectavam a presença desse sintoma mesmo sem o autorrelato, por meio dos sinais que as crianças apresentavam.

As participantes viam claramente a boca seca como um sinal de sede na criança. A xerostomia também é apontada como sinal de sede em pacientes sob ventilação mecânica⁽¹⁴⁾. A umidificação da boca reduz a sede, porque a saciedade ocorre antes mesmo que o organismo absorva a água⁽⁵⁾. A saciedade pré-absortiva se dá pela ativação de receptores da boca e orofaringe sensíveis ao resfriamento, denominados *Transient Receptor Potential Melastatin 8*. Com a ativação desses receptores, gera-se, além da saciação da sede, um efeito refrescante, trazendo uma sensação agradável ao indivíduo⁽¹⁵⁾.

Diversos fatores podem influenciar a presença da sede, justamente pelo caráter multifatorial desse sintoma. Ela pode ser agravada pelo prolongado tempo de jejum, tanto no pré quanto no pós-operatório. Preconiza-se que líquidos sem resíduos podem ser ingeridos com segurança no máximo duas horas antes da cirurgia⁽²⁾, mas essa recomendação raramente é seguida.

A experiência da sede é individual e se altera de acordo com as características pessoais e ambientais e com o contexto saúde-doença. Dentro do domínio

ambiente, ressaltam-se as variáveis físicas, sociais e culturais⁽⁷⁾. O clima quente, citado pelas participantes deste estudo como agravante da sede, inclui-se como fator físico associado ao ambiente, além da entubação e do uso do tampão nasal na recuperação pós-operatória, condições também geradas pelo contexto cirúrgico.

Entre os fatores individuais que interferem no surgimento e na percepção de sintomas, há variáveis demográficas, psicológicas, sociológicas e fisiológicas⁽⁷⁾. A ingestão hídrica voluntária pode sofrer interferências de questões sociais e emocionais⁽¹⁶⁾. Observou-se, em casos citados pelas cuidadoras, que a alta intensidade de sede que algumas crianças sentiram durante o jejum perioperatório relaciona-se com o hábito de beber muita água.

Percebe-se, no entanto, que os domínios pessoa, ambiente e contexto saúde-doença estão interrelacionados⁽⁷⁾. Fatores individuais, como hábitos, são condicionados por particularidades ambientais, assim como as relações sociais; por isso se recomenda que a avaliação dos sintomas, entre eles a sede, seja feita de modo multidimensional, abrangendo de forma conjunta todos os aspectos relacionados.

Assim como para as crianças, o enfrentamento das adversidades presentes na hospitalização cirúrgica também causa sofrimento aos cuidadores. Além dos medos e incertezas, muitos sentimentos negativos advêm do desconforto que o jejum perioperatório acarreta. O sofrimento é tanto que algumas mães relataram vontade de chorar. Os cuidadores se veem impotentes perante tal circunstância e gostariam de poder dar mais conforto à criança⁽¹⁷⁾.

A fim de colaborar com o paciente e, de certa forma, reduzir o sofrimento da criança, observa-se que os cuidadores alteram seu padrão alimentar ou mesmo restringem sua alimentação. Permanecer em jejum junto com a criança é uma escolha comum entre eles: alguns cuidadores chegam a ficar até 19 horas sem comer. Além disso, há casos em que os pais, ao sair da sala de indução anestésica, sentem náuseas, tonturas e até desmaiam. Nesse período, há

acompanhantes que deixam inclusive de tomar suas medicações de rotina⁽¹⁸⁾.

Diante da angústia vivida durante o jejum e a sede, torna-se evidente a busca por estratégias de conforto e encorajamento. Tem-se aqui a importância da presença materna durante a hospitalização da criança, a qual tem a mãe ou a pessoa que representa esse papel como referência em seu cuidado e orientações. Para o paciente infantil, receber carinho, atenção e estar na presença da mãe são formas de se sentir bem cuidado⁽¹⁾.

Constatou-se no relato das cuidadoras que, por mais que a sede traga desconforto às crianças e ainda que peçam água, na maioria das vezes não se percebem esforços da equipe de enfermagem para solucionar ou amenizar o problema. O sintoma ainda passa despercebido se a criança não reclamar de sede. Os profissionais desejam diminuir os fatores que geram desconforto para o paciente, mas nem sempre percebem quando ele tem sede. Além disso, é comum a falta de hábito de anotar a sede do paciente nas prescrições de enfermagem⁽¹⁴⁾.

Existem métodos que comprovadamente aliviam a sede de pacientes hospitalizados: gargarejos com água fria demonstraram ser eficazes na diminuição da sede e melhoraram a condição da cavidade oral de pacientes da clínica ortopédica⁽¹⁰⁾. A aplicação de gaze com solução salina gelada diminuiu significativamente a intensidade de sede de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica⁽¹²⁾.

Segundo relato das cuidadoras neste estudo, os profissionais não empregaram nenhuma estratégia utilizando baixa temperatura. Tais métodos têm eficácia e baseiam-se na teoria da saciedade pré-absortiva, que ocorre pela estimulação de receptores da orofaringe⁽¹⁵⁾. O gelo reduz a intensidade da sede (em escala de 1 a 10) de 6,13 para 1,51 em pacientes no pós-operatório imediato⁽¹¹⁾. Além de eficaz no alívio da sede, o uso do gelo evita a ingestão de grandes volumes, prevenindo a broncoaspiração, e gera sensação de refrescância e conforto⁽¹⁹⁾.

Ainda não há evidências sólidas sobre o melhor

método para o alívio da sede em pacientes cirúrgicos, sobretudo quando se trata de pacientes infantis. Também são escassas as pesquisas que abordam a segurança na aplicação de tais estratégias. Há um protocolo validado que propicia subsídios para avaliar tal segurança, o Protocolo de Segurança no Manejo da Sede para adultos, que utiliza como critérios o nível de consciência do paciente, a proteção das vias aéreas e a ausência de náuseas e vômitos. Os critérios selecionados foram organizados na forma de um algoritmo gráfico acompanhado dos procedimentos operacionais e do Manual Operacional⁽²⁰⁾. Ainda não se validaram protocolos de segurança para crianças.

Conclusão

Enfrentar o jejum e a sede é difícil e gera sofrimento, tanto para a criança quanto para o familiar. Durante o período de jejum, a sede gera um desconforto considerável para a criança e é uma das principais queixas do cuidador, em virtude do seu laborioso manejo. O cuidador identifica este sintoma pelo relato da criança e por sinais físicos que ela apresenta, como o ressecamento labial.

O cuidador sente-se impotente e, sem saber como ajudar, sofre junto com a criança, a ponto de restringir sua própria alimentação. Percebe-se a falta de comunicação dos profissionais com a criança, ainda que se saiba que tal atitude pode trazer benefícios ao paciente, ao acompanhante e ao próprio profissional.

A sede é um sintoma pouco valorizado pela equipe de enfermagem. Mesmo havendo comprovação científica quanto à segurança do menor tempo de jejum para líquidos, os profissionais, segundo relato dos familiares, agem baseando-se no antigo mito de que não se deve quebrar o jejum. Observa-se pouca iniciativa deles diante da sede da criança e, quando decidem empregar alguma estratégia para amenizar o sintoma, agem empiricamente, sem utilizar métodos padronizados. Sendo o enfermeiro um profissional de grande importância neste contexto, é fundamental realizar pesquisas sobre métodos eficazes de alívio da

sede em crianças para, assim, possibilitar a educação da equipe quanto ao manejo adequado desse sintoma.

Este estudo teve como principal limitação a realização de entrevistas somente com familiares de crianças submetidas a cirurgias de urgência. O menor tempo de internação pós-operatória em cirurgias eletivas não permitiu entrevistar os acompanhantes. Conhecer a percepção de tais familiares poderia evidenciar uma realidade diferente da vivenciada pelas crianças submetidas a cirurgias em caráter de urgência, pois estas enfrentam desconfortos diversos, como dor aguda, separação da família e internação mais prolongada, o que pode influenciar na resposta ao jejum e à sede. Os resultados, entretanto, ressaltam que aspectos individuais da criança estão envolvidos na experiência da sede.

Colaborações

Campana MC contribuiu na concepção do trabalho, coleta de dados, análise e redação do artigo. Fonseca LF contribuiu na orientação da pesquisa, redação e revisão final do artigo. Lopes DFM e Martins PR contribuíram para aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Costa LLC, Garanhan ML. Cuidado perioperatório: percepção das crianças com mais de uma experiência cirúrgica. *Rev Min Enferm.* 2010; 14(3):361-8.
- American Society of Anesthesiologists (ASA). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures – a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology.* 2011; 114:495-511.
- Brady MC, Kinn S, Ness V, O'Rourke K, Randhawa N, Stuart P. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (4):CD005285.
- Klemetti S, Kinnunen I, Suominen T, Antila H, Vahlberg T, Grenman R, et al. The effect of preoperative fasting on postoperative thirst, hunger and oral intake in paediatric ambulatory tonsillectomy. *J Clin Nurs [Internet].* 2010 [cited 2015 Oct 30]; 19:341-350. Available from: http://www.researchgate.net/publication/44628256_The_effect_of_preoperative_fasting_on_postoperative_thirst_hunger_and_oral_intake_in_paediatric_ambulatory_tonsillectomy
- Arai SR, Stotts NA, Puntillo KA. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care.* 2013; 22(4):328-35.
- European Food Safety Authority (EFSA). Panel on dietetic products, nutrition and allergies, scientific opinion on dietary reference values for water. *EFSA J [Internet].* 2010 [cited 2015 Jan 20]; 8(3):1459. Available from: <http://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/1459.htm>
- Conchon MF, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(1):120-6.
- Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito que fala. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2006; 10(20):517-24.
- Cunha GL, Silva LF. Lúdico como recurso para o cuidado de enfermagem pediátrica na punção venosa. *Rev Rene.* 2012; 13(5):1056-65.
- Yoon SY, Min HS. The effects of cold water gargling on thirst, oral cavity condition and sore throat in orthopedics surgery patients. *Korean J Rehabil Nurs.* 2011; 14(2):136-44.
- Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4):530-6.
- Cho EA, Kim KH, Park JY. Effects of frozen gauze with normal saline and ice on thirst and oral condition of laparoscopic cholecystectomy patients: pilot study. *J Korean Acad Nurs.* 2010; 40(5):714-23.
- Engelhardt T, Wilson G, Horne L, Weiss M, Schmitz A. Are you hungry? Are you thirsty? – fasting times in elective outpatient pediatric patients. *Paediatr Anaesth.* 2011; 21(9):964-8.

14. Landström M, Rehn I, Frismanc GH. Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units: A phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009; 25(3):133-9.
15. Eccles R, Du-Plessis L, Dommels Y, Wilkinson JE. Cold pleasure. Why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite.* 2013; 71:357-60.
16. Millard-Stafford M, Wendland DM, O'dea NK, Norman TL. Thirst and hydration status in everyday life. *Nutr Rev.* 2012; 70(suppl 2):147-51.
17. Salgado CL, Lamy ZC, Nina RVAH, Melo LA, Lamy Filho F, Nina VJS. Pediatric cardiac surgery under the parents view: a qualitative study. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011; 26(1):36-42.
18. Farooq M, Tan K, Crowe S. Fasting times in caregivers of children presenting for ambulatory surgery. *Pediatr Anaesth.* 2008; 18(9):820-2.
19. Conchon MF, Fonseca LF. Ice and water efficiency in the management of thirst in the immediate postoperative period: randomized clinical trial. *Rev Enferm UFPE On line [Internet].* 2014 [cited 2015 Apr 12]; 8(5):1435-40. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5839>
20. Nascimento LA, Fonseca LF. Sede do paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede. *Rev Enferm UFPE On line [periódico na internet].* 2013 [citado 2015 jan. 18]; 7(3):1055-8. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3920>