



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANDRESSA APARECIDA RIVIERA

**PREVALÊNCIA E INTENSIDADE DA SEDE INFANTIL NO
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Londrina
2016

ANDRESSA APARECIDA RIVIERA

**PREVALÊNCIA E INTENSIDADE DA SEDE INFANTIL NO
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

RIVIERA, ANDRESSA APARECIDA .

PREVALÊNCIA E INTENSIDADE DA SEDE INFANTIL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO / ANDRESSA APARECIDA RIVIERA. - Londrina, 2016.
67 f.

Orientador: LIGIA FAHL FONSECA.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

Inclui bibliografia.

1. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA - Tese. 2. A SEDE E A CRIANÇA: ANATOMIA, FISILOGIA E PERSEÇÃO - Tese. 3. PREVALÊNCIA E INTENSIDADE DA SEDE INFANTIL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO - Tese. I. FAHL FONSECA, LIGIA. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

ANDRESSA APARECIDA RIVIERA

**PREVALÊNCIA E INTENSIDADE DA SEDE INFANTIL NO PÓS-
OPERATÓRIO IMEDIATO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra Rosângela Ap Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Christine Baccarat de Godoy
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Londrina, 14 de Dezembro de 2016.

Dedico este trabalho à minha família, aos meus amigos e ao meu futuro marido, pelo apoio incondicional.

Aos profissionais de enfermagem, para que se sensibilizem com a sede da criança cirúrgica, tão incidente, tão intensa e tão pouco valorizada.

A todos os profissionais, crianças e seus familiares que contribuíram de alguma forma com a construção deste trabalho, com as suas experiências ou com seus relatos sobre a sede.

Que os resultados deste estudo se tornem ações concretas, em busca da qualidade da assistência a essas crianças.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus – sem Ele, nada é possível –, que me sustentou em cada tentativa de estar no mestrado.

A minha eterna gratidão...

Aos meus pais, João Carlos Riviera e Rosangela Rodrigues Riviera, que me proporcionaram a oportunidade de estudar, por todas as orações e palavras de apoio em cada telefonema de desabafo, por apoiarem as minhas decisões e vontades. O que sou hoje devo a vocês: também por isso eu os amo.

Às minhas amigas irmãs, Ana Flávia Gallas Leivas, Andreza Fabiana de Souza, Mariela Bouças Fernandes e Luciana Oliveira, que me deram suporte em vários momentos, desde as tentativas de entrar no mestrado, ao realizar os créditos e no desespero de cumprir os prazos.

Ao meu futuro marido, Luís Fernando Ferrari Danna, pelo apoio incondicional todos os dias... Nosso namoro começou exatamente junto com o mestrado... Lembro que ainda lhe perguntei: "Vai encarar?"... rsrs! Sou-lhe grata por secar-me as lágrimas nos momentos de desespero, por me proporcionar momentos de alegria, risos e felicidade. Eu amo você.

À equipe do Pronto-Socorro do Hospital Universitário, agradeço a compreensão a cada troca de plantão, as coberturas nos momentos de orientação e coletas de dados ["Vou ali e já volto!"]... Vocês são incríveis!

Ao grande time da Faculdade Pitágoras de Londrina, em especial ao grupo de professores do curso de Enfermagem, todos sem exceção! À Coordenadora de Enfermagem, Renata Baldo, à amiga enfermeira professora Patricia Januário: na reta final nos tornamos tão próximas que até meus medos sentiam... À diretora geral Maria Angélica Mota Esser – certamente se não fosse a oportunidade da docência e a paixão por educar eu não estaria aqui. Obrigada por todo apoio e compreensão!

À Profa. Dra. Marcela Maria Birolim, pela humildade em ensinar seu conhecimento estatístico e pelas palavras de incentivo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Lígia Fahl Fonseca, pela paciência,

incentivo, apoio e por me ensinar a arte da pesquisa, com muito entusiasmo e competência. Obrigada! Sinto-me agradecida e privilegiada em ter sido sua mestranda. Você é um exemplo de profissional íntegro a ser seguido e admirado!

À banca, Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari e Profa. Dra. Christine Baccarat de Godoy, pela disponibilidade e contribuição inestimáveis ao meu trabalho. Aprendi muito com vocês!

À banca suplente, Profa. Dra. Marcela Maria Birolim e Profa. Dra. Sarah Nancy Hegeto de Souza – retaguarda melhor eu não poderia ter!

À Dandara Catori não há nada neste mundo que eu possa fazer para lhe agradecer. Esteve firme nas coletas nos meus momentos mais difíceis. Você foi um anjo em minha vida!

Aos docentes e discentes do Programa de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, pela troca de experiências e conhecimentos. Um agradecimento especial para Caroline Tolentino (minha eterna pupila), Aline Oliveira Moreira e Paula Pedrão: nosso quarteto sempre foi fantástico! Vocês tornaram a experiência do mestrado ainda melhor. Agradeço a Deus por ter colocado vocês em meu caminho. Já sinto saudade de nossas conversas e momentos de alegria.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, por partilharem comigo momentos de troca de conhecimento inesquecíveis e preciosos.

À equipe do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário – mesmo me conhecendo pouco, abriram sua casa para que eu pudesse chegar até aqui.

À enfermeira Sandra Ribeiro, minha querida docente de neonatologia. Hoje nos encontramos como colegas de trabalho, e eu agradeço muito cada coleta; isso tornou minha caminhada mais leve.

À Clarice Spoladore, pela disponibilidade em ajustar as palavras para as ideias que eu tinha em mente.

**“Crescer custa, demora, esfolha, mas compensa. É
uma vitória secreta, sem testemunhas. O
adversário somos nós mesmos.”**

Martha Medeiros

RIVIERA, Andressa Aparecida. **Prevalência e intensidade da sede infantil no pós-operatório imediato**. 2016. 67f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Introdução: A sede na criança cirúrgica é um desconforto deflagrado por diversos fatores: jejum prolongado, ansiedade causada pelos procedimentos invasivos, temor do desconhecido, dor, medicamentos anestésicos, assim como pelo sangramento intraoperatório. A sede da criança no pós-operatório é intensa, porém insuficientemente identificada, mensurada e tratada. Investigar sua prevalência e intensidade contribuirá para a adoção de medidas para seu alívio. **Objetivo:** Analisar a sede da criança no pós-operatório imediato e seus fatores associados. **Método:** Estudo transversal e analítico, em um hospital-escola de grande porte no Paraná, na sala de recuperação anestésica (SRA). A intensidade da sede foi avaliada por escala de faces (zero a quatro), depois de os pacientes terem sido aprovados no índice de Steward. O processamento dos dados foi realizado no programa Microsoft Excel, com dupla digitação dos dados, exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Foram analisadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas. Realizou-se análise bivariada para verificar a associação entre a intensidade da sede e as variáveis independentes. A razão de prevalência (RP) foi calculada por regressão de Poisson, com variância robusta e respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Permaneceram no modelo final as variáveis independentes que mantiveram associação significativa após o ajuste ($p < 0,05$), de acordo com o teste de Wald. **Resultados:** A amostra foi constituída de 78 pacientes, sendo a predominância de sexo masculino, 70,5%, com idade entre 4 a 12 anos (média = 7,7; dp=2,4). O tempo de jejum pré-operatório variou de 6 a 72 horas, com media de 13,4 horas (dp=7,7). A prevalência de sede foi de 88,5%, sendo que 39,7% referiram sede no pós-operatório e 48,7% desde o pré-operatório. Em relação à intensidade da sede, 11,5% verbalizaram sede leve, 19,5% sede moderada, 20,5% sede forte e 37,2 % sede intensa. A verbalização foi espontânea, com 59% das crianças. Os fatores associados à maior intensidade da sede foram: sexo feminino (RP=1,27 IC95%: 1,05-1,54); queixa espontânea da sede (RP=1,29 IC95%: 1,04-1,60); referir sensação de boca seca (RP=1,93 IC95%: 1,33-2,80) e de saliva grossa (RP=1,43 IC95%: 1,15-1,78). A idade apresentou associação inversa com a intensidade da sede, ou seja, quanto menor a idade, maior a intensidade da sede ($\beta = -0,053$; $p = 0,01$). **Conclusão:** A sede na criança cirúrgica tem alta prevalência e intensidade no período pós-operatório imediato, sem verbalização espontânea pela maioria das crianças. Crianças mais novas apresentam mais sede, assim como meninas sentem sede mais intensa que os meninos. Os atributos da sede frequentemente manifestados foram garganta seca e saliva grossa. Isso sugere a necessidade de mensuração intencional da sede por parte da equipe de saúde e de estratégias que promovam seu alívio.

Palavras-chave: Sede. Criança. Enfermagem perioperatória. Cuidados pós-operatórios.

RIVIERA, Andressa Aparecida. **Prevalence and intensity of the children's thirst in the immediate postoperative period.** 2016. 67p. Dissertation (Master's degree in Nursing) - Londrina State University, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Introduction: Thirst in the surgical child is a discomfort triggered by several factors: prolonged fasting, anxiety caused by invasive procedures, fear of the unknown, pain, and anesthetic drugs, as well as intraoperative bleeding. Thirst in the postoperative child is intense, however, it is insufficiently identified, measured, and treated. Investigating the prevalence and intensity could contribute to the adoption of measures for relief. **Objective:** To analyze the child's thirst in the immediate postoperative period and its associated factors. **Method:** A cross-sectional, analytical study, in a large school hospital in Paraná, in the Anesthesia Care Unit (PACU). Thirst intensity was assessed by a face scale (zero to four) after being approved in the Stewart index. Data processing was performed in the Microsoft Excel program, with double typing of the data, and exported to Statistical Package for Social Sciences software (SPSS), version 20.0. The absolute and relative requirements were analyzed for categorical variables, and mean, median, standard deviation, minimum and maximum values for continuous variables. A bivariate analysis was performed to verify the association between intensity of thirst and the independent variables. The prevalence ratio (PR) was calculated using Poisson regression, with robust variance and respective confidence intervals (95% CI). The independent variables that maintained a significant association after adjustment ($p < 0.05$) remained in the final model, according to the Wald test. **Results:** The sample consisted of 78 patients, with a predominance of males, 70.5%, aged 4 to 12 years (mean = 7.7; SD = 2.4). The preoperative fasting time ranged from 6 to 72 hours with an average of 13.4 hours (SD = 7.7). Prevalence of headaches was 88.5%, with 39.7% reporting postoperative thirst and 48.7% thirst from the preoperative period. Regarding the intensity of thirst, 11.5% reported mild thirst, 19.5% moderate thirst, 20.5% strong thirst, and 37.2% intense thirst. The verbalization was spontaneous in 59% of children. The factors associated with higher thirst intensity were: female (PR = 1.27, 95% CI: 1.05-1.54); complaint of spontaneous thirst (RP = 1.29 95% CI: 1.04-1.60); dry mouth sensation (PR = 1.93, 95% CI: 1.33-2.80); and thick saliva (PR = 1.43, 95% CI: 1.15-1.78). Age had an inverse association with thirst intensity, that is, the younger the age, the higher the thirst intensity (beta = -0.053; $p = 0.01$). **Conclusion:** Thirst in the surgical child has high prevalence and intensity in the immediate postoperative period, with no spontaneous verbalization by most children. Girls feel more intense thirst than boys, as do younger children. The attributes of thirst most often manifested were dry throat and thick saliva. This suggests the need for intentional measurement of thirst by health teams and implementation of strategies that promote relief.

Keywords: Thirst. Child. Perioperative nursing. Postoperative care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diagrama dos domínios e dimensões da Teoria do Manejo de Sintomas	28
-------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis de desfecho	34
Quadro 2 – Variáveis preditoras.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis clínico-cirúrgicas de crianças em Sala de Recuperação Anestésica submetidas a procedimentos cirúrgicos. Londrina-PR, 2016.....	45
Tabela 2 – Distribuição das características sobre presença, intensidade, momento de queixa e atributos da sede das crianças pós-cirúrgicas em sala de recuperação anestésica. Londrina-PR, 2016	46
Tabela 3 – Fatores associados à maior intensidade da sede em crianças em Sala de Recuperação Anestésica submetidas a procedimentos cirúrgicos; Londrina-PR, 2016.	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH	Hormônio Antidiurético
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
CC	Centro Cirúrgico
EDV	Escala de Descritores Verbais
EF	Escala de Faces
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Verbal Numérica
GPS	Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede
POI	Pós-Operatório Imediato
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
RP	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA.....	20
3.2	A SEDE E A CRIANÇA: ANATOMIA, FISILOGIA E PERCEPÇÃO.....	25
4	MÉTODOS	32
4.1	DESENHO DO ESTUDO	32
4.2	LOCAL DO ESTUDO	32
4.3	POPULAÇÃO	33
4.3.1	Amostra.....	33
4.3.2	Critérios de Inclusão.....	33
4.3.3	Critérios de exclusão.....	33
4.4	VARIÁVEIS.....	34
4.4.1	Variáveis de Desfecho	34
4.4.2	Variáveis Preditoras	35
4.5	ROTEIRO DE COLETA DE DADOS	36
4.5.1	Procedimentos	36
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.7	ASPÉCTOS ÉTICOS	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
ARTIGO	39
6	CONCLUSÃO DO ESTUDO	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58

APÊNDICES	62
Apêndice A – Roteiro de coleta de dados.....	63
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
ANEXOS	65
Anexo A – Escala de faces.....	66
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	67

1 INTRODUÇÃO

A humanização está intrinsicamente interligada ao cuidado, não como um simples protocolo, mas pelo respeito incondicional ao ser humano, que é digno de toda a consideração. Quando o paciente é uma criança, é importante lembrar que ela não é um adulto pequeno. A criança traz sentimentos bons, de alegria, pureza, inocência e amor, sem querer nada em troca, suscitando um sentimento ainda maior de proteção, carinho e simpatia das pessoas à sua volta.

A assistência à criança é complexa, não somente por exigir habilidade na realização de procedimentos e no manuseio de equipamentos como também por envolver um ser humano vulnerável e frágil do ponto de vista físico e psicológico. A qualidade do cuidado ofertado à criança pode contribuir para a recuperação ou para o agravo do seu estado geral, inclusive prejudicando seu crescimento e desenvolvimento, uma vez que a própria hospitalização já altera esse curso natural (ARAÚJO et al., 2001; BEZERRA et al., 2015; ESMAEELI et al., 2014).

A hospitalização é uma experiência estressante que envolve profunda modificação nas atividades da criança: limita suas funções diárias, priva do convívio social, provoca descontinuidade de suas experiências sociais, além de exigir o cumprimento de normas e regras institucionais (MORAES; ENUMO, 2008).

O perioperatório é um processo difícil para a criança, permeado por sentimentos que acabam gerando comportamentos físicos e emocionais que não podem ser ignorados pela equipe de saúde. As crianças experienciam temores e criam fantasias a respeito de situações e procedimentos vivenciados no ambiente hospitalar. Temem a dor, os equipamentos e materiais hospitalares, situações de ambientes desconhecidos e frios, como a sala cirúrgica, e até mesmo a presença de vários profissionais paramentados na sala operatória. O período perioperatório de crianças exige, portanto, cuidados específicos, tanto físicos quanto emocionais (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Ajudar a criança a compreender a causa de sua patologia e a necessidade da hospitalização e da cirurgia pode minimizar o medo e ajudá-la a fortalecer mecanismos de enfrentamento. A criança deve ser vista como um ser em crescimento e desenvolvimento, com necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Ela recorre a atividades prazerosas, como o brinquedo terapêutico, que contribuem para o alívio do estresse. Manter o vínculo com familiares e amigos

durante a internação também contribui de forma positiva para esse fim (CERENTINI et al., 2015).

Assim, o preparo da criança para a cirurgia deve ser realizado, independentemente da idade em que ela se encontra, através de avaliação individualizada e da resposta que é capaz de oferecer quanto à sua compreensão e estado emocional durante este preparo. A atenção da criança está voltada para as pessoas que prestam o cuidado, para as informações e orientações recebidas no período perioperatório, impactando a percepção de sua experiência (IMANI; KHADEMI, 2014).

O preparo da criança cirúrgica deve conter orientações e cuidados adequados sobre o procedimento ao qual será submetida, humanizando a experiência da hospitalização, a fim de conseguir sua cooperação para o enfrentamento desse evento. Outro fator relevante no preparo da criança é incluir a família. Os pais devem ser esclarecidos e estimulados a participar de maneira ativa no tratamento de seus filhos, contribuindo com sua presença e seu carinho (KICHE; ALMEIDA, 2009; SAMPAIO et al., 2009).

Como preparo perioperatório, é necessário realizar triagem de doenças que exijam tratamento específico ou otimização da terapia. Os pais ou responsável, assim como a criança, devem ser orientados sobre o ato cirúrgico e de anestesia. Realizam-se exames laboratoriais e de imagens, exame físico detalhado e com ênfase nas vias aéreas e cardiovascular, assim como se verifica o estado de hidratação, já que a maioria dos anestésicos são vasodilatadores e depressores do miocárdio e a hipovolemia predispõe à hipotensão após a indução anestésica. Dentre os procedimentos perioperatórios, o jejum ocupa posição central (BERDE; SCHECHTER, 2002).

Aconselha-se o jejum perioperatório porque a indução anestésica envolve a perda dos reflexos das vias aéreas, o que favorece a aspiração de conteúdo gástrico regurgitado. Embora o estômago da criança deva estar livre de sólidos antes da cirurgia, é importante não interromper a ingestão hídrica por mais tempo que necessário, recomendando-se duas horas para líquidos claros, quatro horas para leite materno, seis horas para fórmula láctea e sólidos em refeição leve, e oito horas para sólidos em refeição gordurosa (BERDE; SCHECHTER, 2002).

Observa-se, no entanto, na prática clínica, que esse tempo de jejum prolonga-se excessivamente, acarretando sofrimento não só para a criança, mas

também para o cuidador que o acompanha. Em um estudo qualitativo com o objetivo de compreender como o cuidador vivencia o jejum da criança cirúrgica e percebe sua sede no período perioperatório, evidenciou-se a presença da sede como estressor intenso. A sede, detectada pelo autorrelato da criança e por sinais físicos de seus atributos, como lábios rachados e boca seca, agrava o sofrimento da espera pela cirurgia. A valorização desse sintoma, assim como seu manejo adequado, amenizaria o desconforto (CAMPANA et al., 2015).

Diversos outros fatores contribuem para o agravamento da sede iniciada no pré-operatório. Dentre eles, medicamentos utilizados durante a anestesia, como opioides, abertura permanente da cavidade oral pela intubação durante a anestesia geral e sangramento intraoperatório (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; THORNTON, 2010). Tudo isso contribui para que, ao chegar à sala de recuperação anestésica (SRA), a criança apresente sede intensa, muitas vezes verbalizando grande desconforto. Observa-se na prática clínica que, com frequência, a criança se queixa de sede antes mesmo de dor durante sua recuperação.

A sede é definida como a vontade consciente de beber água. Grande parte da percepção de sede é um processo aprendido ou condicionado por sinais, como a secura da boca ou da garganta, desencadeando o desejo de beber (LEIPER, 2005). A busca pela água no intuito de alcançar o equilíbrio hídrico em indivíduos saudáveis é um processo fisiológico que atinge seu objetivo caso seja possível a ingestão hídrica normal (LEIPER, 2005).

Considerada um sintoma, a sede é o reflexo de alterações no equilíbrio hidroeletrólítico e hemodinâmico, percebido pelo indivíduo por características referidas por meio de sinais e sensações subjetivas, como boca seca, garganta seca, vontade de beber água, entre outros (CONCHON et al., 2015; DODD, 2001).

A falta de volume intracelular ou o excesso de soluto classificam-se, respectivamente, como sede hipovolêmica e sede osmótica. A sede hipovolêmica está associada a uma necessidade de ingestão hídrica para reposição de volume plasmático, cujo mecanismo de regulação depende tanto do sistema renina-angiotensina-aldosterona quanto da ação adrenérgica, estando associada à perda de sangue ou desidratação (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013). Já a sede osmótica pode ser explicada por discretos aumentos de 1% a 2% na osmolaridade plasmática,

capazes de estimular a liberação de hormônio antidiurético (ADH) pelo hipotálamo lateral (BOURQUE, 2008; LEIPER, 2005). Esse hormônio é essencial para o controle regulatório da sede, uma vez que, nos rins, promove reabsorção de água para restabelecer a osmolaridade plasmática. Quando o mecanismo compensatório proporcionado pelas alterações osmóticas não é eficaz, a sede é ativada, levando o organismo a uma busca por água (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

Embora os processos fisiológicos de gênese e saciedade da sede na criança sejam semelhantes aos do adulto, elas demonstram comportamento fisiológico diferenciado em relação ao controle de mecanismos de sede. Raramente apresentam desidratação após pequenos esforços físicos – e sua reidratação após estes estímulos quase sempre é inadequada –, também a ausência de sede pode dar-se por períodos prolongados, em razão de a maior parte de água do corpo estar concentrada no espaço extracelular (BENELAM, 2010; KENNEY; CHIU, 2001; MOORE, 2013).

Assim como a dor, a sede é um sintoma subjetivo, cuja abordagem é possível por meio da Teoria do Manejo de Sintomas, com base em experiências com agravos subjetivos.

A mensuração da intensidade da sede configura-se como um desafio por ser um sintoma subjetivo, sujeito à variabilidade individual de percepção e relato. Em vista disso, as escalas numéricas visuais e analógicas têm sido utilizadas para mensurar a sede em adultos. O paciente deve marcar o ponto da linha que representa a sua sede, portanto deve haver contato visual do paciente com a escala, exigindo que ele tenha boa acuidade visual e cognitiva para classificar sua sede (JENSEN, 2003; MARTINS, 2016; PEREIRA et al., 2015). Para a criança, utiliza-se a escala de faces como forma de mensurar sinais subjetivos como dor e ansiedade (CLARO, 1993). Avaliando de zero a quatro, onde zero é nada de sede e quatro é sede insuportável, é possível, portanto, utilizar a escala de faces com crianças para avaliar a intensidade da sede, por também ser um sintoma subjetivo.

A sede é uma sensação comum e, até recentemente, não valorizada nem tratada nas instituições de saúde, sobretudo por dificuldades em sua identificação e mensuração, que dependem do reconhecimento e autorrelato do paciente (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; CAMPANA et al., 2015; CONCHON et al., 2015).

Sabe-se empiricamente que, no pós-operatório imediato (POI), com frequência a sede está presente na criança e em alta intensidade, porém na literatura não se encontram estudos que demonstrem sua prevalência, intensidade e relação com fatores associados. Visando analisar as evidências existentes na literatura a respeito da sede na criança hospitalizada, buscou-se primeiramente no presente estudo fazer uma revisão bibliográfica.

A busca dos estudos primários ocorreu em abril de 2016 nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no conjunto de referências organizadas do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede (GPS), da Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

Os descritores controlados selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cinahl Headings apresentaram como descritores controlados: *child*, criança; *preschool*, pré-escolar; *thirst*, sede; *polydipsia*, polidipsia; *water deprivation*, privação de água; *fasting*, jejum; *dehydration*, desidratação. Os termos foram combinados de diferentes formas para garantir busca ampla, cujos cruzamentos em todas as bases de dados foram: *thirst AND child*; *thirst AND preschool*; *thirst AND child AND peroperative*; *child AND polydispisa*; *child AND water deprivation*; *child AND fasting*; *child AND dehydration*.

O critério de inclusão estabelecido para os estudos primários foram artigos que abordassem o tema sede na criança hospitalizada. As revisões tradicionais de literatura, estudos secundários como revisão sistemática, carta-resposta e editoriais foram excluídos da amostra da revisão integrativa. Não houve limitação de idiomas em razão da limitada produção científica sobre o assunto.

Na primeira análise, após a leitura do título e resumo dos estudos primários (n=1726), os artigos que não indicavam nenhuma relação com a sede na criança hospitalizada foram excluídos (n=1725). Entre eles: artigos secundários, exercício físico, alterações hormonais, aspectos emocionais, sede associada a outras doenças que não atendiam à pergunta de pesquisa: Quais as evidências científicas disponíveis na literatura sobre intensidade e percepção da sede na criança hospitalizada? Após a leitura na íntegra, incluiu-se apenas um artigo (n=1); excluíram-se aqueles que não respondiam à questão norteadora e aos critérios de

seleção, assim como os artigos excedentes, por serem duplicados. As análises foram desenvolvidas de forma independente por duas revisoras.

Verificou-se, assim, que ainda não há evidência suficiente sobre este tema específico, justificando-se a realização de investigação que analise a sede na criança hospitalizada.

Há necessidade de estudos relacionados à sede na criança, principalmente a hospitalizada. A compreensão sobre a presença e intensidade do sintoma sede em um momento de fragilidade da criança contribuirá para a valorização de um sintoma ainda pouco considerado dentro do processo de cuidar da criança cirúrgica, de modo a embasar trabalhos futuros que visem estratégias para o alívio da sede.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a sede da criança no pós-operatório imediato e seus fatores associados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar as crianças no pós-operatório imediato segundo variáveis antecedentes e clínicas.
- ✓ Investigar a prevalência, intensidade e percepção da sede da criança no pós-operatório imediato.
- ✓ Identificar os fatores antecedentes e clínicos associados à intensidade e percepção de sede no pós-operatório imediato.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA

A necessidade de descrever o desenvolvimento da criança se dá por dois motivos: o primeiro, em virtude de a escala de faces aplicada neste estudo ter sua validação para uso com crianças a partir de seis anos; o segundo, porque se observou, ao realizar o teste-piloto, que as crianças a partir de quatro anos de idade conseguiam identificar e verbalizar o seu desconforto sobre sede.

O desenvolvimento infantil acontece dentro de domínios específicos como motor grosseiro, motor refinado, social, emocional, linguagem e cognição. Cada um deles leva as crianças a determinadas conquistas. Dentro das teorias clássicas de estágios de desenvolvimento, a de Jean Piaget é sinônimo de estudo do desenvolvimento cognitivo. Um princípio central do pensamento piagetiano é que a cognição é qualitativamente diferente do desenvolvimento físico (NEEDLMAN, 2002).

No estágio sensitivo motor, acontecem os pensamentos sobre a natureza dos objetos, e suas relações são ligadas a sensações imediatas e à capacidade da criança de manipular objetos (NEEDLMAN, 2002). O estágio cognitivo corresponde ao principal período da infância: pré-escolar, escolar e adolescência. As crianças não são receptoras passivas de conhecimento. Antes de cada estágio, procuram experiências ativamente e as utilizam para construir teorias implícitas sobre o mundo (WILSON, 2006).

Segundo Piaget, a primeira infância se faz de dois a sete anos. Com o aparecimento da linguagem, as condutas são profundamente modificadas nos aspectos afetivo e intelectual. Graças à linguagem, a criança é capaz de reconstituir suas ações passadas sob forma de narrativas e de antecipar suas ações futuras pela representação verbal. Decorrem daí três modificações gerais de conduta: socialização, pensamento e intuição (PIAGET, 1999).

No que diz respeito à socialização, a ação existe na troca e comunicação entre os indivíduos. De início, ela ocorre por meio de simples excitação, pelos gestos análogos do outro, pelos movimentos visíveis do corpo, em especial das mãos, e a criança vai se aperfeiçoando nisso e estendendo para movimentos mais complexos. Quando se observa a criança de dois a sete anos de

forma abrangente, pode-se, segundo Piaget, evidenciar três grandes categorias, que o autor denomina de “fatos” (PIAGET, 1999).

O primeiro fato é a subordinação da criança em relação ao adulto. Com a linguagem, a criança descobre um mundo de realidades superiores a ela, em que seus pais e os adultos são como exemplos vindos do alto, modelos que ela passa a copiar (PIAGET, 1999). O segundo são todos os fatores de troca com o adulto ou com outra criança. São intercomunicações transformando condutas materiais em pensamento, quando já consegue elaborar a própria ação e narrar ações passadas. A terceira categoria de fatos diz respeito aos incessantes monólogos, quando fala consigo mesma em suas atividades. Estes monólogos representam mais de um terço da linguagem espontânea de crianças entre três e quatro anos (PIAGET, 1999).

É durante a primeira infância que a inteligência se transforma, sob a ação do pensamento. Inicialmente, ela é caracterizada apenas como de caráter sensorial e motor, numa atividade prática, mas evolui como pensamento propriamente dito sob a influência da linguagem e da socialização (PIAGET, 1999).

Para ser mais exato, é preciso dizer que, durante as idades de dois a sete anos encontram-se todas as transições entre duas formas extremas de pensamento. A primeira é a do pensamento por incorporação ou assimilação pura, cujo egocentrismo exclui, por consequência, toda objetividade. A segunda é a do pensamento adaptado aos outros e ao real, que prepara assim o pensamento lógico. Entre os dois se encontra a grande maioria dos atos do pensamento infantil, que se alterna entre esses dois polos (PIAGET, 1999).

A criança conserva-se de forma pré-lógica até cerca de sete anos e suplementa a lógica lançando mão do mecanismo da intuição, interiorizando as percepções e os movimentos na forma de figuras representativas e de experiências mentais que, de certo modo, prolongam os esquemas sensório-motores que ainda estão sem coordenação propriamente racional. A intuição primária é apenas um esquema sensório-motor transposto como ato do pensamento, sendo o suficiente para aumentar esta ação interiorizada, no sentido da mobilidade reversível, para transformá-la em operação (PIAGET, 1999).

A vida afetiva da criança acontece a partir das transformações provenientes do início da socialização. Não têm importância apenas para a inteligência e para o pensamento, mas repercutem também profundamente na vida

afetiva. Existe um estreito paralelismo entre o desenvolvimento da afetividade e o das funções intelectuais, já que estes são dois aspectos indissociáveis de cada ação (PIAGET, 1999).

Nunca há ação puramente intelectual, assim como também não há atos que sejam puramente afetivos. Sempre e em todo lugar, nas condutas relacionadas tanto a objetos como a pessoas, os dois elementos intervêm, porque se implicam um ao outro (PIAGET, 1999).

No desenvolvimento existem três situações afetivas essenciais: o desenvolvimento dos sentimentos interindividuais ligados à socialização individual, a aparição de sentimentos morais intuitivos, provenientes das relações entre adultos e crianças, e as regularizações de interesses e valores ligados a pensamentos intuitivos em geral (PIAGET, 1999). Segundo Piaget, interesses, autovalorizações, valores individuais espontâneos e valores intuitivos parecem ser as principais cristalizações da vida afetiva própria para a criança de dois a sete anos.

As características cognitivas infantis vão evoluindo de forma progressiva e com auxílio de brincadeiras simbólicas. Iniciando ainda com um ano com condutas pré-simbólicas, a criança começa a imitar ações, condutas simbólicas, quando o brincar torna-se simbolicamente verdadeiro, imitações de modelos e sons (ZORZI, 2002).

Brincadeiras simbólicas representam um grande desenvolvimento. A criança torna-se cada vez mais apta a rever situações, conseguindo diferenciar, progressivamente, realidade de fantasia. Influenciada pela estrutura do pensamento infantil, os objetos ganham vida, sendo-lhes atribuídos emoções, ideias e sentimentos (OLIVEIRA, 1997).

Quando a criança está perto dos quatro anos, a dramatização torna-se mais complexa. A brincadeira simbólica, predominantemente solitária até então, pode apresentar simbolismo partilhado coletivamente (ZORZI, 2002).

Após os quatro anos, a brincadeira simbólica estende-se a cenas e reproduções mais amplas e articuladas, com temas mais bem definidos e com sequências mais elaboradas de ações. Passa a haver maior coordenação entre as cenas representativas, resultando em um todo mais coerente (ZORZI, 2002).

O guia Portage de educação pré-escolar faz parte de um sistema amplo de treinamento de pais e educadores que se iniciou em 1969 em Portage, no estado americano de Wisconsin, visando desenvolver e implementar um programa

modelo que atendesse crianças com problema de desenvolvimento (BLUMA, 1978). Pelo guia, a criança, a partir de quatro anos, passa a obedecer a uma sequência de três ordens, com mais de um objeto. Demonstra compreensão elementar de verbos reflexivos, usando-os ocasionalmente, consegue identificar objetos e figuras que formem par sob solicitação, emprega o futuro ao falar, identifica parte de cima ou de baixo de objetos quando solicitados, consegue identificar abusos em figuras, relata história conhecida sem figuras (WILLIAMS, 2001).

Aos seis anos, começam a se constituir os jogos regrados, os quais implicam a criação de regras pelas próprias crianças para regular a atividade conjunta, assim como aceitação de normas já existentes, relevando progressos complementares, tanto do ponto de vista cognitivo quanto social (ZORZI, 2002).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde de atenção básica à criança, o desenvolvimento pode ser acompanhado por meio de ações. Entre três e quatro anos a criança já consegue vestir-se com auxílio. Entre quatro e cinco anos a criança conta ou inventa pequenas histórias, sendo seu comportamento predominantemente egocêntrico, porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes (BRASIL, 2012).

A partir dos seis anos a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa) (BRASIL, 2012).

A infância dos sete aos doze anos coincide com o começo da escolaridade, propriamente dita, da criança; marca uma modificação decisiva no desenvolvimento mental. Ocorrem progressos na concentração individual, na colaboração efetiva da vida comum, tornando-se capaz de cooperar com família e sociedade. Comporta-se com compreensão respeito dos pontos de vista do outro, procura provas e justificativas para suas afirmações (PIAGET, 1999).

Aos sete anos, a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, “fechando” algumas ideias sobre quem é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade)

adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui (BRASIL, 2012).

Em relação ao desenvolvimento da inteligência, aos sete anos há a construção do raciocínio lógico e, na afetividade, ocorre o desenvolvimento moral individual e com a sociedade. Ocorre uma assimilação racional, isto é, em estruturação à realidade pela própria razão, sendo esta assimilação racional bem mais complexa que uma identificação pura e simples (PIAGET, 1999).

Quando as crianças entram nos anos escolares, começam, entre os sete aos doze anos a adquirir a capacidade de relacionar uma série de eventos de representações mentais que podem ser expressas verbal e simbolicamente. Esse estágio Piaget descreve como operações concretas; o ponto de vista egocêntrico e rígido dos anos pré-escolares é substituído por processos mentais que permitem às crianças verem coisas sob outros pontos de vista (WINKELSTEIN, 2006).

As crianças progredem a partir da realização de julgamentos com base no que veem (pensamento) para fazer julgamentos com base no que imaginam (pensamento conceitual). São capazes de dominar símbolos e usar suas lembranças de experiências passadas para avaliar e interpretar o presente. Nessa idade, desenvolvem o conceito de conservação, a habilidade de classificação, compreendendo termos e conceitos. Na idade escolar aprendem a ler e isso torna-se um instrumento mais significativo para expandir seus conhecimentos (WINKELSTEIN, 2006).

A partir dos dez anos, ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos onze anos, depois nos meninos, em torno dos treze anos) (BRASIL, 2012).

Com base na teoria do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget e na linguagem iconográfica — que se refere a uma forma de linguagem visual que contempla imagens para representar um tema utilizado por Jaime Zorzi —, fez-se um teste-piloto para verificar se as crianças de quatro e cinco anos apresentavam possibilidades cognitivas para respostas claras sobre a sede. Diante dos resultados, determinou-se a escolha da população pesquisada a partir de quatro anos.

3.2 A SEDE E A CRIANÇA: ANATOMIA, FISIOLOGIA E PERCEPÇÃO

O desejo de beber tem sido considerado uma definição para a sede: a necessidade de beber. No entanto, pode não ser deflagrada somente por desequilíbrios de homeostasia, mas condicionada por hábitos, ritos, gosto, entre outros. Além disso, existe um processo de aprendizado ou condicionamento relacionado à percepção da sede, e este aspecto é particularmente importante quando se trata de uma criança (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005).

A água é essencial à existência; sua carência leva à morte em questão de dias. Os líquidos presentes na alimentação infantil são uma das principais fontes de água, obtidos pela oxidação de alimentos e, quando necessário, pelo tecido corporal (CURRAN; BARNES, 2002; SRIVASTAVA; BAGGA, 2016).

A anatomia e a fisiologia da criança são semelhantes às do adulto, porém com algumas peculiaridades. As necessidades humanas de água estão relacionadas a consumo calórico, perdas insensíveis e densidade urinária. O consumo diário de líquido pela criança sadia equivale a 10%-15% do peso corporal, em comparação com 2%-4% do adulto. Os alimentos habituais dos lactentes e crianças possuem um alto teor de água, e a maioria dos alimentos sólidos da dieta infantil contém 60%-70% de água (BENELAM, 2010; CURRAN; BARNES, 2002; MOORE, 2013; THORNTON, 2010).

A ingestão de água normalmente é estimulada por uma sensação de sede; esse mecanismo é importante na defesa contra a depleção de líquidos e hipertonicidade e é regulado por um centro na parte média do hipotálamo. Muitos fatores induzem ou deprimem os mecanismos da sede. Os principais estímulos são aumentos de apenas 1% a 2% da osmolaridade plasmática ou depleção do volume de líquido extracelular de 10% ou mais, como em uma hemorragia ou depleção do sódio (ADELMAN; SOLHAUG, 2002; ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005).

O centro de controle cerebral da sede se localiza no hipotálamo lateral e prosencéfalo (GUYTON; HALL, 2011; LEIPER, 2005), assim como nas regiões do cíngulo posterior e do cerebelo (DENTON et al., 1999; PARSONS et al., 2000). Áreas gustativas corticais, principalmente o opérculo frontal e ínsula anterior, que se localizam no córtex gustativo primário, e o córtex orbitofrontal, que é o córtex

gustativo secundário, também são diretamente ativadas na presença de sede (ARAÚJO et al., 2003).

Outras estruturas envolvidas na percepção e controle da sede são os órgãos circumventriculares denominados de *vasculosum organum* da lâmina terminal (OVLT) e órgão subfornical (SFO), que não possuem barreira hematoencefálica e estão situados na parede anterior do terceiro ventrículo (lâmina terminal) (MCKINLEY; JOHNSON, 2004).

Evidências circunstanciais sugerem que níveis plasmáticos elevados de angiotensina II estimulam a ingestão de líquidos e podem mediar a sede nos estados hipovolêmicos e hipotensos (ADELMAN; SOLHAUG, 2002; ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005).

A lâmina terminal é uma região do cérebro que transforma os estímulos provenientes da circulação sanguínea, tais como a hiperosmolaridade plasmática e a ação hormonal (angiotensina II), com necessidade de ingestão hídrica (MCKINLEY; JOHNSON, 2004).

O mecanismo da sede e a liberação de ADH, isto é, arginina-vasopressina, podem estar interrelacionados. Contudo pelo menos alguns dos centros da sede são separados funcional e fisicamente na liberação do ADH (ADELMAN; SOLHAUG, 2002; ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005).

Os distúrbios do mecanismo da sede também possuem relação com transtornos psicológicos, nas doenças do sistema nervoso central, na deficiência do potássio, na desnutrição e nas alterações do sistema renina angiotensina. Esses agravos acarretam um aumento de ingestão de líquidos, embora o conteúdo de água corporal esteja elevado e a osmolaridade plasmática reduzida, ou redução da ingestão, como na adipsia (ADELMAN; SOLHAUG, 2002; EDMONDS; BURFORD, 2009; MOORE, 2013).

Fisiologicamente há dois tipos de sede: a hipovolêmica e a osmótica (ADELMAN; SOLHAUG, 2002; ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005). A primeira surge pela detecção da diminuição da volemia pelos barorreceptores presentes nos vasos sanguíneos. Estes participam da regulação da pressão sanguínea e regulação hídrica, desencadeando a liberação de angiotensina II, responsável pela estimulação da sede gerada no hipotálamo. (GUYTON; HALL, 2011; SRIVASTAVA; BAGGA, 2016).

Já a segunda, a sede osmótica, pode ser explicada por aumentos na osmolaridade plasmática, capazes de estimular a liberação de ADH pelo hipotálamo lateral (BOURQUE, 2008; LEIPER, 2005). Quando o mecanismo compensatório proporcionado pelas alterações osmóticas não é eficaz, a sede é ativada levando o organismo a uma busca por água (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

Esse problema intensifica-se em crianças por causa da rapidez com que elas se desidratam, considerando-se que a porcentagem de líquido no organismo diminui com o envelhecimento, sendo no recém-nascido 70% a 80% (BENELAM, 2010; MOORE, 2013).

A água é absorvida ao longo de todo o trato intestinal. A quantidade de água no compartimento intestinal é prontamente trocada para manter o equilíbrio homeostático entre os compartimentos intracelular e vascular. O intercâmbio de água entre esses compartimentos depende de suas concentrações respectivas de proteínas e eletrólitos (CURRAN; BARNES, 2002; SRIVASTAVA; BAGGA, 2016).

O balanço hídrico depende de variáveis, como o conteúdo de proteína e minerais da dieta, que determinam a carga de solutos para excreção renal, taxa metabólica, frequência respiratória e temperatura corporal. O rim preserva o equilíbrio líquido e eletrolítico do organismo, variando o conteúdo osmolar e o volume da urina (CURRAN; BARNES, 2002; SRIVASTAVA; BAGGA, 2016).

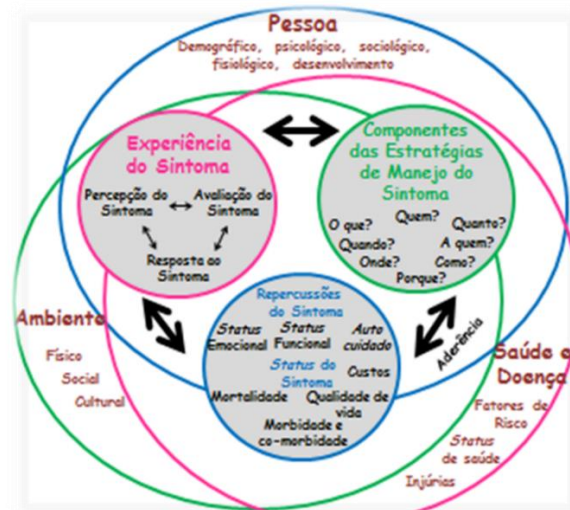
As crianças demonstram comportamento diferenciado em relação ao controle de mecanismos de sede. Raramente apresentam desidratação após pequenos esforços físicos, sendo que sua reidratação após estes estímulos normalmente é inadequada e a ausência de sede pode dar-se em períodos prolongados (BENELAM, 2010; KENNEY; CHIU, 2001).

A Teoria de Manejo de Sintomas, desenvolvida por um grupo de pesquisadores da Universidade da Califórnia (DODD, 2001), surgiu como um modelo dedutivo focado em três dimensões interativas: experiência do sintoma, estratégias do manejo de sintomas e repercussões do sintoma. Especifica que o manejo efetivo de um sintoma deve contemplar essas três dimensões (DODD, 2001). Passou por nova revisão em 2008, quando se consolidou como Teoria de Manejo de Sintomas.

Em um estudo teórico, analisou-se a sede perioperatória fazendo um paralelo de seus pressupostos com a experiência do paciente que se submete a um procedimento cirúrgico (CONCHON et al., 2015, p. 123):

A teoria do manejo de sintomas foi escolhida para a análise da sede no pós-operatório devido a seus pressupostos básicos, que podem ser aplicados ao estudo e à compreensão do construto sede: (a) baseia-se na percepção do indivíduo que experimenta o sintoma e no seu autorrelato: a detecção de sede no pós-operatório apoia-se, primordialmente, no relato verbal do paciente; (b) não é necessário que o indivíduo apresente o sintoma para que se aplique esta teoria, basta estar sob o risco de desenvolvê-lo: sabendo-se que o paciente cirúrgico possui alto risco para desenvolver o sintoma sede, podem se planejar e implementar ações de prevenção, avaliação e manejo com antecedência; (c) quando o paciente apresenta alguma dificuldade de comunicação, pode-se considerar o relato dos pais ou do cuidador, fonte fidedigna de informações para a avaliação e intervenção diante do sintoma: em relação à sede, essa premissa pode aplicar-se a crianças, pacientes com necessidades especiais e idosos, pois, neste caso, quem cuida percebe e reconhece mais facilmente os comportamentos de desconforto; (d) todos os sintomas desconfortáveis precisam ser atendidos: sinais e sintomas indicativos de sede, como lábios ressecados/rachados, boca/garganta seca, precisam ser avaliados e abordados de forma integrada; (e) pode-se direcionar a estratégia ao indivíduo, ao grupo, à família ou ao ambiente de trabalho: para evitar o desconforto da sede, uma vez que pacientes cirúrgicos constituem grupo de risco para esse sintoma, devem-se implementar ações a partir de protocolos de avaliação e manejo do sintoma; (f) é um processo dinâmico em que as repercussões do sintoma, por um lado, são individuais, por outro, dependem das influências dos domínios de Enfermagem - pessoa, ambiente e estado de saúde/doença

A Figura 1 apresenta um diagrama dos domínios e dimensões da Teoria do Manejo de Sintomas.



DODD, 2001.

Na perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas, a percepção do indivíduo se dá pelo autorrelato: a detecção de sede no pós-operatório apoia-se, primordialmente, no relato verbal do paciente. Caso o indivíduo apresente alguma dificuldade de comunicação, pode-se considerar o relato dos pais ou cuidador, fonte fidedigna de informações para a avaliação e intervenção diante do sintoma.

Ao se aplicar a Teoria de Manejo de Sintomas à criança cirúrgica que experiencia sede, identificam-se pontos em comum com seus pressupostos. A criança consegue manifestar seus sintomas mesmo durante o período em que está em recuperação anestésica. Assim que desperta da anestesia, ela manifesta sinais de desconforto da sede, verbalizando pedidos por água e identificando atributos da sede, tais como boca seca e saliva grossa.

Por fazer parte de um grupo populacional com grande risco de apresentar o sintoma sede, é necessário desenvolver um olhar intencional a para identificação, mensuração e intervenção. A sede já é verbalizada desde o pré-operatório, em razão da ansiedade inerente à espera pela cirurgia. No transoperatório, o uso de opioides, a intubação e o sangramento podem contribuir para intensificar o sintoma. Na dificuldade de verbalização da criança, a mãe ou responsável poderá auxiliar na identificação da sede, por conhecer a criança mais intimamente, reconhecendo o seu comportamento. Envolver a família na conscientização dos sinais e sintomas referentes à sede pode contribuir grandemente nesse processo. Além disso, todos os atributos que fazem parte do sintoma – como boca seca, lábios rachados, saliva grossa –, que são considerados desconfortáveis à criança, devem ser atendidos. Forma-se, assim, um processo dinâmico para o atendimento do sintoma: enfermagem-criança/família, ambiente e estado de saúde/doença.

Assim como a dor, a sede é uma sensação comum e, até recentemente, não tratada nem valorizada nas instituições de saúde, sobretudo por dificuldades em sua identificação e mensuração, que dependem do reconhecimento e autorrelato do sintoma pelo paciente (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

Escalas para a avaliação da sede são congêneres às de mensuração da dor. Para a dor, geralmente se aplicam a escala visual analógica (EVA), escala visual numérica (EVN), escala de descritores visuais (EDV) e escalas de faces (EF) (FORTUNATO et al., 2013; JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003).

A EVA consiste em uma linha horizontal (às vezes vertical) de 10 centímetros, com as extremidades equivalendo aos extremos de dor (“sem dor” e “pior dor possível”), com o restante da linha correspondendo aos graus intermediários. O respondente deve indicar o ponto da linha correspondente à sua dor (JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003; PEREIRA et al., 2015).

A EVN permite que o sujeito classifique a sua dor em uma escala de zero a 10, em que zero corresponde a “sem dor” e 10 “a pior dor possível”, cuja principal finalidade é a de identificar a intensidade do sintoma (JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003). Embora as duas escalas sejam semelhantes, na EVA o respondente deve ter contato visual com a escala e ser capaz de pontuar ou sinalizar ao examinador em que grau está a sua dor (FORTUNATO et al., 2013).

Já a EDV é uma linha caracterizada por descritores ou frases que representam os diferentes graus de intensidade de dor, e cada palavra possui um número associado. Por fim, a EF da dor consiste em expressões faciais correspondentes ao grau de dor. Inicialmente desenvolvida para as crianças, tem sido utilizada em adultos com dificuldades de comunicação, ou mesmo com aqueles que não conseguem classificar numericamente a sua dor (JAYWANT; PAI, 2003; JENSEN, 2003).

A escala mais utilizada com crianças é a EF, (Apêndice C), cuja aplicabilidade foi analisada para avaliação da sede e consequente estratégia de alívio. Idealizada por Claro (1993) (ANEXO A), contou com a participação de Maurício de Souza*, que desenhou duas sequências, uma com o “Cebolinha”, e outra com a “Mônica”, ambos personagens infantis de histórias em quadrinhos, bem conhecidos das crianças. A escala é composta por cinco figuras com diferentes expressões faciais em uma sequência, variando de uma expressão sem dor até à de dor insuportável, sendo zero - sem dor; um - dor leve; dois - dor moderada; três - dor forte, e quatro - dor intensa. Embora não tenha sido submetida a procedimentos de validação de escalas psicométricas (PASQUALI, 1999), a escala foi testada com 140 crianças de seis a doze anos que não tiveram dificuldades em identificar as expressões faciais da escala e foram capazes de usá-las adequadamente para identificar dor e seu alívio (CLARO, 1993).

* Maurício de Souza: jornalista, cartunista, autor de histórias em quadrinhos e criador dos personagens que ilustram a escala.

Essa escala também foi utilizada para avaliação da dor em crianças de três a seis anos que estavam sendo submetidas a procedimentos dolorosos. Nesse estudo, a figura do Cebolinha foi escolhida como o personagem que mais lhes agradava (ROSSATO,1999). A aplicação desta escala indica que pode ser utilizada em situações que meçam sensações de desconforto e mesmo alterações fisiológicas (CLARO, 1993).

Encontram-se estudos que descrevem tanto a percepção dos atributos da sede como o significado desses sintomas desagradáveis em adultos (PHILLIPS et al, 1984; SILVA; ARONI; FONSECA, 2016). Uma escala com base no construto desconforto da sede definiu seus principais atributos: boca seca, lábios ressecados, língua grossa, saliva grossa, garganta seca, gosto ruim na boca, vontade de beber água (MARTINS, 2016). Observa-se, portanto, que a sede é percebida não somente por sua intensidade, mas por atributos que acompanham e denotam sua existência. Mesmo assim, não se encontram estudos que explorem a percepção da criança a respeito da intensidade e atributos da sede no período perioperatório.

A criança sente sede, mas muitas vezes não entende o motivo por que precisa passar por tal sofrimento. Sabe-se de forma subjetiva que a criança apresenta sede no POI; esta sede parece ser intensa, porém na literatura não há estudos que demonstrem sua intensidade e relação com fatores associados. A compreensão da equipe de saúde quanto à presença e intensidade do sintoma sede em um momento de fragilidade contribuirá para a valorização de um sintoma ainda pouco considerado dentro do processo de cuidar da criança no POI, embasando trabalhos futuros que visem estratégias para o alívio da sede.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, transversal e analítico. A abordagem quantitativa adota uma estratégia sistemática, objetiva e rígida para refinar o conhecimento, ao quantificar relações entre variáveis, variável independente e variável dependente, para determinar a obtenção da resposta à pergunta ou hipótese da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo transversal é uma pesquisa em que se examina a relação exposição à doença em uma dada população em um determinado momento. Fornece um retrato de como as variáveis se relacionam naquele momento. É um bom método para detectar frequências da doença e dos fatores de risco, assim como identificar os grupos, na população, que estão mais afetados ou menos afetados (PEREIRA, 2005).

Todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo. Examinam-se as distribuições das variáveis dentro dessa amostra, designando as variáveis preditora e de desfecho com base na plausibilidade biológica e em informações de outras fontes (HULLEY, 2015).

Os estudos transversais geralmente fornecem informações sobre prevalência, isto é, a proporção de uma condição clínica em um determinado momento. O estudo analítico busca associações entre duas ou mais variáveis (HULLEY, 2015). Esse tipo de estudo é útil quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição, bem como fornecer e examinar associações (HULLEY, 2015).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em um hospital-escola de grande porte, de atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná. É considerado centro de referência para trauma, tratamento de queimados, gravidez de alto risco, cirurgias infantis e transplante de medula óssea.

O centro cirúrgico conta com sete salas onde se realizam, em média, 150 cirurgias infantis no trimestre. Conta também com uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica com equipamentos e profissionais especializados. Embora a

recuperação da criança seja no mesmo espaço físico que a do adulto, este está equipado com recursos específicos para atendimento da criança. A mãe ou responsável são incluídos no processo de recuperação, assim que a criança recobra a consciência.

4.3 POPULAÇÃO

A população foi composta por crianças, de ambos os sexos, no POI, que foram submetidos a cirurgias eletivas e de urgência.

4.3.1 Amostra

A amostra não probabilística foi constituída de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos no período das sete às dezenove horas, de segunda a sexta, de 1º de fevereiro a 31 de maio de 2016.

4.3.2 Critérios de Inclusão

O estudo proposto incluiu crianças que atenderam aos seguintes critérios: ambos os sexos, idade entre 4 e 12 anos; ter realizado procedimento cirúrgico em dias úteis de segunda a sexta no período das sete às dezenove horas, sob quaisquer técnicas anestésicas; de qualquer clínica cirúrgica e tempo de duração, estar no período POI na SRA; estar orientado e consciente, com índice seis na escala de Steward (STEWART, 1975).

4.3.3 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram crianças que, embora acordadas, estavam agitadas, chorosa, em *delirium* e sem a possibilidade efetiva de comunicação ou encaminhadas diretamente para unidade de terapia intensiva.

4.4 VARIÁVEIS

4.4.1 Variáveis de Desfecho

Quadro 1 - Variáveis de desfecho

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio
Presença de sede	Indica a verbalização da sede	Qualitativo	Nominal	Sim ou não
Intensidade da sede	Indica a verbalização da intensidade da sede	Discreta	Ordinal	Escala com 5 faces desenhadas com expressões distintas que vão de alegre a muito triste, que terão sua correspondência com a escala numérica de zero a quatro, onde zero significa nada de sede e quatro a sede mais intensa

4.4.2 Variáveis Preditoras

Quadro 2 - Variáveis preditoras

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio
Sexo	Indica o sexo do indivíduo	Qualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Feminino
Idade	Indica o grupo etário a que pertence o indivíduo	Quantitativa	Numérica	4 a 12 anos
Jejum	Indica o tempo que ficou sem ingerir líquidos e sólidos	Quantitativa	Numérica	Tempo em minutos
ASA	Indica classificação de risco	Qualitativa	Nominal	I sadio sem alterações orgânicas II alteração sistêmica leve ou moderada causada pela doença, cirúrgica ou sistêmica III alteração sistêmica grave de qualquer causa ou limitação funcional IV alteração sistêmica grave, que representa risco de vida V gravíssimo, que não existe possibilidade de viver sem cirurgia VI doador de órgãos
Uso de opioides	Indica o uso de opioides no transoperatório	Qualitativa	Nominal	Nome do opioide
Intubação endotraqueal	Indica uso de tubo endotraqueal no transoperatório	Qualitativa	Nominal	Técnica de intubação (orotraqueal ou nasotraqueal)
Tipo de técnica anestésica	Indica o tipo de técnica anestésica	Qualitativa	Nominal	Geral combinada/inalatória, sedação, venosa ou local
Tempo de procedimento cirúrgico	Indica o tempo de cirurgia	Quantitativa	Numérica	Tempo do procedimento cirúrgico realizado
Queixa espontânea de sede	Indica a verbalização de sede antes de ser questionado a respeito	Qualitativo	Nominal	Sim ou não
Início da sede	Indica a verbalização do início da sede	Qualitativo	Nominal	Pré ou pós-operatório
Sinais e sintomas da sede	Indica a verbalização de sintomas da sede	Qualitativo	Nominal	Boca seca, lábio rachado, saliva grossa, garganta seca, vontade de beber água

4.5 ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro denominado “Sede infantil em sala de recuperação anestésica” (Apêndice A). O roteiro compõe-se de três partes:

- Dados de identificação: Nome, idade, sexo, clínica responsável.
- Dados referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico: Procedimento realizado, tipo de anestesia, tempo de procedimento, classificação do índice de ASA, medicamentos administrados, intubação e uso de cânula orofaríngea, tempo de jejum para sólidos e líquidos, tempo de recuperação anestésica.
- Dados referentes à sede: presença e intensidade de sede, queixa espontânea ou não da sede, sinais e sintomas da sede percebidos pela criança.

4.5.1 Procedimentos

Um teste-piloto foi conduzido com cinco crianças, com o intuito de refinar e testar aspectos referentes aos procedimentos de coleta de dados. Adequações foram realizadas quanto às medicações utilizadas no transoperatório e às especialidades cirúrgicas no roteiro.

Após o ato cirúrgico, já na SRA, a pesquisadora esperava que a criança estivesse com índice seis de recuperação pelo Índice de Steward. A escala de Steward avalia três domínios: vias aéreas pérvias (tosse ou chora, respira facilmente ou requer manutenção); consciência (desperto, responde a estímulos verbais ou táteis e se não responde); movimentação (movimentação dos membros intencionalmente ou não e se não se movimenta). Esses tópicos são avaliados, sendo que o menor valor é indicativo de que o paciente ainda não está recuperado, e o maior valor, já recuperado da anestesia (STEWART, 1975). Também avaliou se a criança estava calma e responsiva, sem demonstração de sinais de agitação, dor ou *delirium*.

Após conversar com a mãe ou responsável e perguntar sobre os antecedentes cirúrgicos, a criança era abordada de forma individual, buscando-se assim a aproximação e interação com ela. A seguir, perguntava-se à criança sobre a sede, solicitando que sinalizasse na escala qual era a fisionomia que equivaleria à sua sede. Essa escala demonstra faces desenhadas com expressões que vão do

alegre ao muito triste e tem sido extensivamente utilizada com crianças para avaliação de sintomas subjetivos, como a dor. Este modelo permite que a criança utilize a intuição e avaliação cognitiva. A escala utilizada para avaliar a sede é constituída por uma sequência de cinco expressões faciais utilizando personagens masculino e feminino (Cebolinha e Mônica) conhecidos pelas crianças, desenhada por Maurício de Souza (Anexo A) (CLARO, 1993).

Convencionou-se que o valor zero significaria sem sede; um, sede leve; dois, sede moderada; três, sede forte, e quatro, sede insuportável. O valor correspondente era registrado pela pesquisadora no instrumento de coleta.

Em seguida, perguntava-se à criança a respeito de sinais percebidos por ela referentes à sede: boca seca, lábio rachado, vontade de beber água. Para explorar a percepção da criança quanto aos atributos da sede, a pesquisadora entabulava algumas perguntas-chaves: O que você sente quando está com sede? Como está sua garganta? Desde quando você está com sede? Como está sua língua? Como está sua boca?

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O processamento dos dados foi realizado no programa Microsoft Excel, com dupla digitação dos dados para verificação da consistência das informações. Após esse processo, os dados foram exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para a execução das análises.

Foram realizadas análises descritivas com a apresentação das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e média, mediana, desvio-padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas.

Fez-se análise bivariada para verificar a associação entre as variáveis desfecho da sede e as variáveis preditoras. Todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para compor o modelo de regressão multivariado, por meio do método *backward*. A razão de prevalência (RP) foi calculada pela regressão de Poisson A variância robusta e respectivos intervalos de confiança (IC95%). Permaneceram no modelo final as variáveis independentes que mantiveram associação significativa após o ajuste ($p < 0,05$), de acordo com o teste de Wald.

A regressão de Poisson é uma forma de análise de regressão usada para modelar contagem de dados e tabelas de contingência. Regressão de Poisson assume a variável resposta Y como uma distribuição de Poisson, e assume que o logaritmo de seu valor esperado pode ser modelado por uma combinação linear de parâmetros desconhecidos. Um modelo de regressão de Poisson é algumas vezes conhecido como um modelo log-linear, especialmente quando usado com modelos de tabelas de contingência (CAMERON,1998; HILBE, 2007).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

No pré-operatório, na SRA, o responsável e a criança eram convidados a participar do estudo. Esclareciam-se os objetivos e a voluntariedade da participação. Solicitava-se então que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo nº. 29069414.5.0000.5231(Apêndice - D)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta dissertação estão apresentados em forma de artigo.

Artigo

Revista: JPed Jornal de Pediatria

PREVALÊNCIA E INTENSIDADE DA SEDE INFANTIL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Objetivo: Analisar a sede da criança no pós-operatório imediato e seus fatores associados. Método: Estudo transversal e analítico, em um hospital escola de grande porte no Paraná, na sala de recuperação anestésica, com crianças de quatro a doze anos. A intensidade da sede foi avaliada por escala de faces (zero a quatro) e a percepção dos atributos da sede pela criança avaliada por questões semiabertas, durante quatro meses. A razão de prevalência (RP) foi calculada por regressão de Poisson, com variância robusta. Resultados: A prevalência de sede foi de 88,5%, sendo que 42,3% referiram sede no pós-operatório e 35,9% desde o pré-operatório. Quanto à intensidade, 11,5% verbalizaram sede leve, 19,2% sede moderada, 20,5% sede forte e 37,2 % sede intensa. Os fatores associados à maior intensidade da sede foram: sexo feminino (RP=1,27 IC95%: 1,05-1,54); queixa espontânea da sede (RP=1,29 IC95%:1,04-1,60). A idade apresentou associação inversa com a intensidade da sede, ou seja, quanto menor a idade, maior a intensidade da sede (beta= -0,053) Conclusão: A sede no pós-operatório imediato em crianças tem alta prevalência e intensidade, e a grande maioria não a verbaliza espontaneamente. A criança em recuperação anestésica é competente para relatar a intensidade e descrever os atributos relacionados à sede. Esses dados indicam a necessidade de mensuração intencional da sede na criança por parte da equipe de enfermagem no pós-operatório imediato.

INTRODUÇÃO

A assistência à criança hospitalizada é complexa. A qualidade do cuidado ofertado a ela pode contribuir para sua recuperação ou para o agravamento de seu estado geral, prejudicando até mesmo seu crescimento e desenvolvimento físico e mental, uma vez que a própria hospitalização já altera esse curso natural (ARAÚJO, 2001; BEZERRA et al., 2015; ESMAEELI et al., 2014).

Os procedimentos cirúrgicos contribuem para inúmeros desconfortos à criança, entre eles, a sede. Definida como desejo consciente de beber água, muitas vezes é experienciada de maneira intensa pela criança, tanto antes quanto depois da cirurgia (ADELMAN; SOLHAUG, 2002; SRIVASTAVA; BAGGA, 2016).

O mecanismo fisiológico da produção da sede e saciedade na criança é semelhante ao do adulto. No entanto; há diferenças, como maior área de superfície em relação à massa corporal; no recém-nascido, é 75% de água, a maior proporção de água corporal em qualquer fase da vida (BENELAM, 2010; MOORE, 2013). São menos tolerantes ao calor, transpiram mais, desidratando-se com maior facilidade (BENELAM, 2010; MOORE, 2013; THORNTON, 2010). O exercício contribui para a perda de líquidos, particularmente em climas quentes, mas a reidratação da criança normalmente é inadequada e a ausência de sede pode dar-se por períodos prolongados (BENELAM, 2010; KENNEY; CHIU, 2001). Possui capacidade muito limitada para excretar solutos na urina, o que a torna muito vulnerável ao desequilíbrio de soluto ou adição de sal nos alimentos no momento do desmame (GRANDJEAN; CAMPBELL, 2004). Essas diferenças fazem com que as crianças tenham necessidade maior de líquidos em relação aos adultos.

Na criança cirúrgica, a sede é deflagrada por diversos fatores: jejum prolongado, ansiedade causada pelos procedimentos invasivos, temor do desconhecido, dor, medicamentos anestésicos, assim como sangramento intraoperatório (CAMPANA et al., 2015). O jejum perioperatório visa proteger a criança de riscos de aspiração do conteúdo gástrico regurgitado, pela perda dos reflexos de proteção de vias aéreas durante o procedimento anestésico. Embora o estômago da criança deva estar livre de sólidos antes da cirurgia, é importante não interromper a ingestão hídrica por mais tempo que o necessário. As recomendações são de duas horas para líquidos claros, quatro horas para leite materno, seis horas

para fórmula láctea e sólidos em refeição leve e oito horas para sólidos em refeição gordurosa (IMANI, 2014; TOSUN, 2015).

Todavia, na prática clínica, esse tempo de jejum é excessivamente prolongado, portanto, prejudicial para adultos e crianças (TOSUN, 2015). Acarreta sofrimento não só para a criança, mas também ao cuidador que o acompanha no pré-operatório. A sede é detectada pelo autorrelato da criança e por sinais físicos, como boca seca e lábios rachados (CAMPANA et al., 2015), agravando o sofrimento pela espera da cirurgia. Embora se julgue o jejum de líquidos necessário para que o procedimento seja realizado com maior segurança, a sede é considerada o preço a ser pago para isso (KENNEY; CHIU, 2001).

Vivenciar o perioperatório é um processo difícil para a criança, tomada por sentimentos que geram fantasias e temores a respeito de situações e procedimentos inerentes ao ambiente hospitalar e ao preparo cirúrgico. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010). O estresse cirúrgico, a náusea e a hipoglicemia estimulam a secreção de ADH, por conseguinte, também desencadeiam sensação de sede (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005; THORNTON, 2010). No intraoperatório, a intubação e o uso de medicações anestésicas, como opioides e anticolinérgicos, acarretam desidratação da mucosa oral, deixando sensação de boca seca, culminando com liberação de ADH (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; LEIPER, 2005; THORNTON, 2010;).

Todos esses fatores contribuem, conseqüentemente, para que a criança, ao acordar na Sala de Recuperação Anestésica (SRA), apresente sede intensa e se sinta desconfortável. No entanto, por ser um sintoma subvalorizado, não mensurado intencionalmente nem tratado, prolonga-se o sofrimento da criança, muitas vezes por tempo desnecessário.

Um sintoma é caracterizado como “uma experiência subjetiva que reflete alterações no funcionamento biofísico, nas sensações ou na cognição de um indivíduo” (DODD, 2001). A Teoria de Manejo de Sintomas oferece um arcabouço para a análise da sede da criança cirúrgica por salientar que o relato da criança ou de seu cuidador deve ser valorizado — um dos seus pressupostos é basear-se na percepção do indivíduo e no seu autorrelato —, que a sede, um sintoma prevalente no Pós Operatório Imediato (POI), é influenciada por características biopsicossociais individuais e deve ser avaliada de forma integrada por meio de um conjunto de atributos que são afetados de forma dinâmica.

Embora na experiência prática seja intensa a sede em crianças no período pós-operatório, não foram encontrados na literatura estudos que tenham investigado esse aspecto e os fatores associados em crianças no POI. Na tentativa de agrupar o conhecimento existente sobre a sede na criança e, mais particularmente, na criança hospitalizada, fez-se uma busca bibliográfica, em que, de 1.726 artigos encontrados, somente um tratava especificamente a respeito da sede da criança hospitalizada. Constatou-se, assim, a necessidade da realização de estudo que identificasse a prevalência e intensidade da sede infantil no POI e seus fatores associados.

O objetivo deste estudo é analisar a sede da criança no pós-operatório imediato e seus fatores associados. A compreensão da presença e da intensidade do sintoma sede em um momento de fragilidade da criança contribuirá para a valorização de um sintoma ainda pouco considerado dentro do processo de cuidar da criança cirúrgica, embasando trabalhos futuros que visem estratégias para o alívio da sede.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e analítico realizado em um hospital-escola de grande porte no norte do Paraná. A instituição é pública e conta com 313 leitos para internação do Sistema Único de Saúde (S.U.S.). O centro cirúrgico conta com sete salas onde se realizam, em média, 150 cirurgias infantis no trimestre. Conta também com uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica com equipamentos e profissionais especializados. Embora a recuperação da criança seja no mesmo espaço físico que a do adulto, este está equipado com recursos específicos para atendimento da criança. A mãe ou responsável são incluídos no processo de recuperação, assim que a criança recobra a consciência.

A população foi composta por crianças de quatro a doze anos, ambos os sexos, submetidas a procedimento anestésico-cirúrgico sob quaisquer as técnicas anestésicas, clínica cirúrgica e tempo de duração. Os critérios de inclusão foram: estar no POI, na SRA, no período das sete às dezenove horas em dias úteis; estar orientado e consciente, com índice seis na escala de Steward. A faixa etária foi determinada a partir de quatro anos, pois a partir dessa idade, a criança já identifica sequências envolvendo mais de um objeto, demonstrando compreensão elementar

de verbos, consegue identificar diferenças em figuras quando solicitada e relata histórias conhecidas sem figuras (PIAGET, 1999; WILLIAMS, 2001; ZORZI, 2002). Os critérios de exclusão foram: estado de agitação, choro intenso, crianças especiais, em *delirium* e sem possibilidade efetiva de comunicação ou com encaminhamento diretamente para unidade de terapia intensiva. A coleta de dados ocorreu entre 1º fevereiro a 31 maio de 2016.

As variáveis de desfecho foram presença e intensidade da sede; as preditoras foram: sexo, idade, jejum, índice ASA, uso de opioides, intubação endotraqueal, tipo de técnica anestésica, procedimento cirúrgico, tempo de anestesia, queixa espontânea de sede, início da sede, sinais e sintomas da sede.

Os dados clínicos foram obtidos do prontuário, e as informações sobre o jejum e o início da sede com os pais ou responsáveis. No POI, na SRA, quando a criança alcançava o índice seis de Steward e estava consciente, fazia-se então a abordagem. Após um momento de interação entre a pesquisadora e a criança, esta era questionada sobre a presença de sede, se ela já não o tivesse feito espontaneamente. Em caso positivo, solicitava-se à criança que quantificasse sua sede, apontando para a escala visual de faces adaptada (CLARO, 1993), em que zero indicava sem sede, e quatro, sede insuportável. Essa escala tem sido extensivamente utilizada com crianças para avaliação de sintomas subjetivos, como a dor (CLARO, 1993).

No processamento dos dados, eles passaram por dupla digitação, para verificação da consistência das informações. Os testes foram feitos por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0.

Foram realizadas análises descritivas com a apresentação das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e médias, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas. Fez-se análise bivariada para verificar a associação entre presença e intensidade da sede e as variáveis preditoras. Todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para compor o modelo de regressão multivariado, por meio do método *backward*. A razão de prevalência (RP) foi calculada por regressão de Poisson, com variância robusta e respectivos intervalos de confiança (IC95%). Permaneceram no modelo final as variáveis preditoras que mantiveram associação significativa após o ajuste ($p < 0,05$), de acordo com o teste de Wald.

No pré-operatório, obteve-se a assinatura do termo de consentimento do responsável e da criança. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo nº. 29069414.5.0000.5231. Os dados clínicos foram obtidos do prontuário.

RESULTADOS

No período de estudo, foram realizadas 231 cirurgias infantis de diversas especialidades, das quais 21 crianças fizeram a recuperação na unidade de terapia intensiva, 5 não faziam contato por sequela pedagógica, 122 passaram por cirurgias fora do horário e dia estabelecidos e 5 consumiram água ou gelatina antes de se aplicar o instrumento.

A amostra foi constituída de 78 crianças, sendo a maioria do sexo masculino (70,5%), com idade entre 4 a 12 anos (média =7,6; dp 2,4); as clínicas prevalentes foram: infantil (59%), ortopedia (19,2%), otorrinolaringologia (10,3%) e outras especialidades (10,5%), sendo classificada como ASA I (82,1%) e ASA II (17,9%). O tempo de jejum pré-operatório variou de 6 a 72 horas com média de 13,5 horas (dp 7,7). Os dados clínico-cirúrgicas estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis clínico-cirúrgicas de crianças em Sala de Recuperação Anestésica submetidas a procedimentos cirúrgicos. Londrina-PR, 2016

Variáveis	Dp	Média	Mínimo	Máximo
Idade (em anos)	2,41	7,65	4	12
Tempo de jejum (em horas)	7,70	13,48	1,50	72
Tempo de anestesia (em minutos)	56,22	94,58	10	370
Tempo do procedimento (em minutos)	48,47	70,32	5	240
		n	%	
Sexo				
Masculino		55	70,50	
Feminino		23	29,50	
Especialidades				
Cirurgia Infantil		46	59	
Ortopedia		15	19,20	
Otorrinolaringologia		8	10,30	
Outros		9	11,50	
ASA				
I		64	82,10	
II		14	17,90	
Intubação				
Sim		64	82,10	
Não		14	17,90	
Atropina				
Sim		33	42,30	
Não		45	57,70	
Fentanil				
Sim		40	51,30	
Não		38	48,70	
Ketamin				
Sim		3	3,80	
Não		75	96,20	
Midazolam				
Sim		9	11,50	
Não		69	88,50	
Morfina				
Sim		18	23,10	
Não		60	76,90	

A presença de sede foi de 88,5%, a verbalização foi espontânea em 59% crianças, sendo que 39,7% referiram sede no pós-operatório e 48,7% desde o pré-operatório. Em relação à intensidade da sede, 11,5% verbalizaram sede leve, 19,2% sede moderada, 20,5% sede forte e 37,2% sede intensa. Das 69 crianças que referiram sede, 74,4% queixaram-se de boca seca, 19,2% de garganta seca,

20,5% de saliva grossa, e 47,8% apresentaram combinação de dois ou mais atributos da sede, dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das características sobre presença, intensidade, momento de queixa e atributos da sede das crianças pós-cirúrgicas em sala de recuperação anestésica. Londrina-PR, 2016

	n	%
Queixa espontânea de sede		
Sim	46	59,00
Não	32	41,00
Presença de sede		
Sim	69	88,50
Não	9	11,50
Início da sede		
Pré-cirúrgico	38	48,70
Pós-cirúrgico	31	39,70
Sem sede	9	11,50
Intensidade da sede		
0 Nenhum	9	11,50
1 Leve	9	11,50
2 Moderada	15	19,50
3 Forte	16	20,50
4 Intensa	29	37,20
Boca seca		
Sim	58	74,40
Não	20	25,60
Garganta Seca		
Sim	15	19,20
Não	63	80,80
Lábio Rachado		
Sim	6	7,70
Não	72	92,30
Língua Grossa		
Sim	11	14,10
Não	67	85,90
Saliva Grossa		
Sim	16	20,50
Não	62	79,50

Inicialmente se fez análise bivariada entre as variáveis de desfecho presença e intensidade da sede. Para o desfecho presença da sede, não foi encontrada associação significativa com as variáveis preditoras: sexo, idade, jejum, índice de ASA, uso de opioides, intubação, tipo de técnica anestésica, procedimento cirúrgico, queixa espontânea de sede e os atributos da sede.

Na análise bivariada realizada entre a intensidade da sede e as variáveis clínico-cirúrgicas, entraram no modelo multivariado as seguintes variáveis ($p < 0,20$): sexo ($p = 0,012$), utilização da atropina ($p = 0,167$), queixa espontânea da sede ($p = 0,000$), percepção de boca seca ($p = 0,004$), percepção de saliva grossa ($p = 0,005$) e idade ($p = 0,011$). Permaneceram no modelo final as variáveis descritas na tabela 3.

Os fatores associados à maior intensidade da sede foram: sexo feminino (RP=1,27 IC 95%: 1,05-1,54); queixa espontânea da sede (RP=1,29 IC95%:1,04-1,60); referir sensação de boca seca (RP=1,93 IC95%: 1,33-2,80) e de saliva grossa (RP=1,43 IC 95%: 1,15-1,78). A idade apresentou associação inversa com a intensidade da sede, ou seja, quanto menor a idade, maior a intensidade da sede ($\beta = -0,053$; $p = 0,01$). Esses dados estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Fatores associados à maior intensidade da sede em crianças em Sala de Recuperação Anestésica submetidas a procedimentos cirúrgicos; Londrina-PR, 2016.

Variáveis	Intensidade da Sede			p valor
	RP*	IC 95% Lower	Upper	
Sexo				
Feminino	1,27	0,04	5,71	0,17
Masculino	1	.	.	.
Queixa espontânea de sede				
Sim	1,29	0,03	0,47	0,022
Não	1	.	.	.
Boca seca				
Sim	1,92	0,28	1,03	0,001
Não	1	.	.	.
Saliva Grossa				
Sim	1,43	0,14	0,57	0,001
Não	1	.	.	.
Idade (em anos)	0,95	-0,095	-0,01	0,015

*Razão de prevalência (RP) calculada por regressão de Poisson

**Beta= -0,053

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou uma abordagem pouco explorada na literatura quanto à identificação, mensuração e análise dos fatores associados à sede na criança no POI. Outra inovação para a mensuração da intensidade da sede

na criança foi a utilização de uma escala de faces, bastante empregada para avaliar sintomas subjetivos como a dor. Além disso, foram exploradas as percepções das crianças quanto aos atributos inerentes à sede, como boca seca, saliva grossa, garganta seca, lábio rachado, língua grossa (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013; THORNTON, 2010).

Utilizou-se a Teoria De Manejo de Sintomas para nortear a discussão, segundo esta teoria, a dimensão que define a experiência de um sintoma inclui a percepção, avaliação e resposta a ele (CONCHON et al., 2015; DODD, 2001). Os resultados deste estudo demonstram que a criança percebe e verbaliza sede no POI.

A prevalência da sede neste estudo foi bastante elevada, e quase a totalidade das crianças a expressaram verbalmente. Entre as que apresentaram sede, mais da metade referiu sede de modo espontâneo. A referência à sede foi, muitas vezes, a primeira verbalização ao despertar da anestesia, com demonstrações de choro, agitação, desconforto e repetidas solicitações por água. A sede torna-se perceptível à medida que as crianças recobram propriocepção e habilidade de identificar estímulo ambiental durante a recuperação da anestesia (CONCHON et al., 2015; SILVA; BRAZ; MÓDOLO, 2008).

O paciente adulto também cita a sede como primeiro desconforto intenso logo ao acordar da anestesia (SILVA; ARONI; FONSECA, 2016). Para a criança, essa sensação pode ser intensificada pela desorientação gerada pelos anestésicos e ansiedade em razão do ambiente desconhecido. Além das alterações de níveis de consciência inerentes ao período de recuperação anestésica, a privação de água pode desencadear variações do cognitivo e acarretar irritabilidade na criança (EDMONDS; BURFORD, 2009; SILVA; ARONI; FONSECA, 2016; SILVA; BRAZ; MÓDOLO, 2008).

No presente estudo houve associação positiva entre a intensidade da sede e sua verbalização. A intensidade da sede foi maior em crianças que se queixaram espontaneamente em relação àquelas que não se queixaram.

Ao mesmo tempo, percebe-se que muitas crianças que sentem sede não a verbalizam, a menos que sejam questionadas. Discute-se que as orientações dadas à criança quanto à impossibilidade de se ingerir água de qualquer forma desde o pré-operatório interfiram em sua coragem de verbalizar sua sede (CAMPANA et al., 2015). A percepção de um sintoma desagradável é influenciada

por cultura, conhecimento e orientações recebidas. Experiências anteriores também podem afetar sua reação e expressão quando experienciam a sede (CONCHON et al., 2015; DODD; 2001).

Notou-se nos resultados que mais da metade das crianças relataram sede forte ou intensa, indicando a magnitude desse desconforto. O quadro indica semelhança com o que ocorre com o adulto, que afirma ser a sede pior do que a fome e até mesmo a dor (CONCHON et al., 2015; SILVA; ARONI; FONSECA, 2016).

A idade apresentou associação inversa com a intensidade da sede, ou seja, quanto menor a idade, maior a intensidade da sede. Esse fator pode ser explicado por possuírem os recém-nascidos alto teor de água corporal, que diminui com o aumento da idade. Assim, as crianças menores possuem menor tolerância à falta de água. Em caso de desidratação, mesmo que seja leve, a criança pode apresentar cansaço, dores de cabeça, diminuição da concentração, irritabilidade e pele seca (EDMONDS; BURFORD, 2009; MOORE, 2013).

A identificação do início da sede no pré-operatório ocorreu em quase metade das crianças, efetuada pelos pais ou cuidadores. Isso se explica por um dos pressupostos da Teoria de Manejo de Sintomas: pais e cuidadores podem ser considerados fonte fidedigna de informação para avaliação da sede, pois quem cuida percebe e identifica mais facilmente os comportamentos de desconforto. No pré-operatório, os pais e cuidadores vivenciam junto com a criança o período de jejum e são capazes de identificar e relatar sinais e sintomas da sede, mesmo em crianças muito pequenas (CAMPANA et al., 2015).

A sede é um sintoma que aumenta o sofrimento e desconforto no pré-operatório infantil (CAMPANA et al., 2015). As crianças enfrentam períodos de jejum muito além do preconizado pela literatura (WILLIAMS; WILKINS, 2011). A mera comunicação do estado de jejum é reconhecida como um estímulo não regulatório para o início da sede (CONCHON et al., 2015). Neste estudo praticamente a totalidade das crianças foram mantidas em jejum por períodos superiores a oito horas. Manter uma criança por 72 horas em jejum no pré-operatório não é compatível com os princípios do cuidado humanizado, e essa prática precisa ser revista nas instituições de saúde.

A sede é um sintoma multifatorial e se expressa por diversos atributos. A maneira como cada criança a percebe é individual e sofre influência por características pessoais, ambientais e de seu estado de saúde (CONCHON et al,

2015; DOOD, 2001; STEVENSON, 2015). No presente estudo, quando questionada, a criança foi competente para identificar e verbalizar a percepção de seus atributos: boca seca, lábio rachado, língua grossa, saliva grossa. Um estudo realizado com pacientes adultos em SRA identificou a prevalência de atributos semelhantes que compuseram uma escala de avaliação de desconforto da sede perioperatória (MARTINS, 2016). Dentro da perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas, o conjunto dos atributos de um sintoma desconfortável precisa ser avaliado e abordado de forma integrado (CONCHON et al., 2015). É importante, portanto, que mesmo na ausência de verbalização por parte da criança, que se avaliem intencionalmente esses atributos que podem indicar a presença da sede.

A relação de prevalência da intensidade da sede foi maior em crianças que referiram boca seca em relação àquelas que não referiram. A intensidade da sede foi maior em crianças que referiram saliva grossa em relação àquelas que não referiram. A sede também envolve uma dimensão motivacional e afetiva que inclui o desejo por água e aversão à sensação de boca seca – talvez o atributo mais perceptivo tanto para adultos quanto para crianças (STEVENSON, 2015). Pacientes cirúrgicos adultos descrevem a sensação de boca seca como tendo ingerido um tubo de cola (SILVA; ARONI; FONSECA, 2016).

Neste estudo, encontrou-se uma razão de prevalência de intensidade de sede em meninas maior do que em meninos. Crianças diferem dos adultos no conteúdo de água corporal total, e meninos e meninas diferem no conteúdo de água do corpo com a maturação. Em geral, os meninos de todas as idades tendem a ter maiores proporções de água corporal total do que meninas (D'ANCI, 2006).

Este estudo abordou a identificação e intensidade do sintoma sede pelas crianças no POI, além de identificar os atributos por elas percebidos. Precisamos ainda avançar na compreensão das repercussões físicas e emocionais da sede para a criança cirúrgica, assim como na adoção de estratégias para seu manejo.

CONCLUSÃO

A prevalência da sede foi muito elevada, uma vez que quase a metade das crianças referiu sede já no pré-operatório. A intensidade verbalizada foi

predominantemente, forte e intensa, demonstrando a magnitude deste sintoma para a criança. Observou-se maior intensidade da sede relacionada ao sexo feminino e à queixa espontânea de sede. A idade apresentou associação inversa com a intensidade da sede. A criança em recuperação anestésica é capaz de identificar os atributos da sede, particularmente boca seca e saliva grossa.

Neste estudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre variáveis preditoras, como tempo de jejum e uso de medicações, com presença e intensidade da sede. Entre as limitações deste estudo, está a utilização de amostra não probabilística. Estudos subsequentes devem ser conduzidos com um *design* que contemple o cálculo amostral para melhor exploração dessas associações, permitindo maiores generalizações.

Outra limitação foi a escassez de estudos semelhantes que trouxessem evidências sobre a sede da criança hospitalizada e, mais especificamente, da criança cirúrgica. Esse cenário talvez seja o reflexo da subvalorização conferida a esse sintoma tão prevalente e distressor para a criança que se submete a cirurgia.

Elevar o estado de percepção a respeito da sede perioperatória por parte da equipe que cuida da criança precisa ser encarado como prioridade e desafio. É primordial que os protocolos e estratégias para o manejo da sede no período perioperatório, já disponíveis em literatura, sejam incorporados no cuidado à criança cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- ADELMAN, R. D.; SOLHAUG, M. J. Fisiologia dos líquidos corporais e terapia de hidratação. In: **Tratado de pediatria**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 189-190.
- ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **Am J Crit Care**, v. 22, n. 4, p. 328-335, 2013.
- ARAÚJO, A.P.C. et al. O corpo da criança responde aos cuidados de enfermagem através das expressões: uma experiência sendo testada. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 27-42, 2001.
- BENELAM, B. Recognizing the signs of dehydration. **Practice Nursing**, v. 21, n. 5, p. 230-236, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/siVZ46>>. Acesso em: 18 ago. 2016.
- BEZERRA, R. S. et al. O processo de enfermagem e a teoria de Travelbee no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 6, supl. 3, p. 2151-2161, jun. 2015.
- CAMPANA, M. et al. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 799-808, nov./dez. 2015.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças etapa preliminar**. 1993. 60p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto. 1993.
- CONCHON, M. F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 122-128, fev. 2015.
- COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010.
- D'ANCI, K. E.; CONSTANT, F.; ROSENBERG, I. H. Hydration and cognitive function in children. **Nutrition Reviews**, v. 64, n. 10, p. 457-464, oct. 2006.
- DODD, M. et al. Advancing the science of symptom management. **J. Adv. Nurs**. v. 33, n. 5, p. 668-676, 2001.
- EDMONDS, C. J.; BURFORD, D. Should children drink more water? The effects of drinking water on cognition in children. **Appetite**, London, v. 52, n. 3, p. 776-779, jun. 2009.
- ESMAEELI, M. R. et al. Screening for depression in hospitalized pediatric patients. **Iran J Child Neurol.**, Winter, v. 8, n. 1, p. 47-51. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/jlNmUR>>. Acesso em: 18 ago 2016.

GRANDJEAN, A. C.; CAMPBELL, S.M. **Hydration: fluids for life**. 2004. Monograph (North American Branch of the International Life Science Institute). ILSI North America, Washington DC, 2004.

IMANI, B.; KHADEMI, G. Perioperative fasting and children: a review article. **J. Fasting Health**, Mashhad, v. 2, n. 4, p. 131-135, 2014.

KENNEY, W. L.; CHIU, P. Influence of age on thirst and fluid intake. **Med. Sci Sports Exerc**, v. 33, n. 9, p. 1524-1532, sep. 2001.

LEIPER, J. B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. **Encyclopedia of human nutrition**. 2nd ed. Oxford: Elsevier, 2005. p. 278.

MARTINS, P. R. **Elaboração e validação de uma escala de desconforto da sede perioperatória**. 2016. 151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Londrina - UEL, 2016.

MOORE, G. H. Improving hydration in children: a sensible guide. **Nutrition Bulletin**, London, v. 38, n. 2, p. 236–242, jun. 2013.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

SILVA, L. M.; BRAZ L G; MÓDOLO, N. S. P. Agitação no despertar da anestesia em crianças: aspectos atuais, **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 107-113, 2008.

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

SRIVASTAVA, R. N.; BAGGA, A. **Fluid, electrolyte and acid-base disorders. Pediatric Nephrologist**. 6th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016.

STEVENSON, R. J.; MAHMUT, M.; Rooney, K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. **Appetite**, London, v. 95, p. 44-57, dec. 2015.

THORNTON, S. N. Thirst and hydration: physiology and consequences of dysfunction. **Physiol. Behav.**, Elmsford, v. 100, n. 1, p.15-21, apr. 2010.

TOSUN, B.; YAVA, A.; AÇIKEL, C. Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. **Int. J. Nurs. Pract.**, v. 21, n. 2, p. 156-165, apr. 2015.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. **O Inventário Portage operacionalizado: intervenção com famílias**. São Paulo: Memnon, 2001. 299p.

WILLIAMS; WILKINS. the American Society of Anesthesiologists, **Anesthesiology**, n. 114, p. 495–511, 2011.

ZORZI, J.L. **A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

6 CONCLUSÃO DO ESTUDO

Este estudo apresentou um assunto pouco abordado na literatura. Identificou, mensurou e analisou fatores associados à sede na criança cirúrgica em SRA e ainda explorou as percepções da criança quanto aos atributos inerentes à sede, como boca seca, saliva grossa, garganta seca, lábio rachado e língua grossa.

A prevalência da sede geral nesta amostra foi bastante elevada (88,5%). Dentre os que apresentaram sede, 59% a relataram espontaneamente. A referência em relação à sede foi, muitas vezes, a primeira verbalização ao despertar da anestesia, com demonstrações de choro, agitação, desconforto e repetidas solicitações por água. Para a criança, essa sensação pode ser ampliada pela desorientação gerada pelos anestésicos e pela ansiedade gerada por um ambiente desconhecido.

No estudo ocorreu associação estatística entre a intensidade da sede e sua verbalização. A intensidade da sede foi 29% maior em crianças que se queixaram espontaneamente em relação àquelas que não se queixaram. Ao mesmo tempo, percebe-se que muitas crianças que sentem sede não a verbalizam, a menos que sejam questionadas.

Observou-se nos resultados que 57,7% das crianças relataram sede forte ou intensa, indicando a magnitude desse desconforto na criança. A idade apresentou associação inversa com a intensidade da sede, ou seja, quanto menor a idade, maior a intensidade da sede ($\beta = -0,053$; $p = 0,01$). Este fator pode ser explicado por possuírem os recém-nascidos alto teor de água corporal (cerca de 75%), que diminui com o aumento da idade.

A identificação do início da sede no pré-operatório foi em 48,7% das crianças. Discute-se que não houve associação estatística entre tempo de jejum e intensidade da sede porque, na distribuição de tempo de jejum analisada e observou-se que 91% das crianças foram mantidas em jejum por períodos superiores a oito horas (média 13h/ mínimo 1h 30/ máximo 73h).

Neste estudo, quando questionada sobre o desconforto causado pela sede, a criança foi competente para identificar e verbalizar a percepção de seus atributos: boca seca 34,6%, lábio rachado 6,4%, língua grossa 1,3%, saliva grossa 3,8% e a soma de dois ou mais atributos, 42,6%.

A relação de prevalência da intensidade da sede foi 93% maior em crianças que referiram boca seca em relação àquelas que não referiram. A intensidade da sede foi 43% maior em crianças que referiram saliva grossa em relação àquelas que não referiram.

Encontrou-se uma razão de prevalência de intensidade de sede em meninas de 27% maior do que em meninos.

O estudo voltou seu olhar para a identificação, mensuração e percepção do sintoma sede pelas crianças no POI. De acordo com a Teoria de Manejo de Sintomas, é preciso avançar na compreensão das estratégias de manejo, bem como, nas repercussões físicas e emocionais da sede para a criança cirúrgica.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre variáveis preditoras, como tempo de jejum e uso de medicações com presença e intensidade da sede. Dentre as limitações deste estudo, está a utilização de amostra por conveniência. Estudos subsequentes devem ser conduzidos com um *design* que contemple o cálculo amostral para melhor exploração dessas associações, permitindo maiores generalizações.

Outra limitação foi a escassez de estudos semelhantes que trouxessem evidências sobre a sede da criança hospitalizada e, mais especificamente, da criança cirúrgica. Esse cenário talvez seja o reflexo da subvalorização conferida a esse sintoma tão prevalente e distressor para a criança que se submete a cirurgia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vislumbrar um estudo sobre sede era algo muito distante e praticamente imperceptível até o início do mestrado, ainda mais em um centro cirúrgico – era realmente inusitado. O que pensar? Ou melhor, o que fazer? Como fazer?

Assim, desenhar este modelo de pesquisa e inserir-me nele exigiu-me um esforço extra e boa dose de resiliência. Sobretudo diante da dificuldade imposta pela escassez de estudos que servissem de sustentação para esta pesquisa. Mas enfrentar desafios e dar conta deles é uma característica – boa ou não – que me acompanha em muitas ocasiões.

Com o passar dos meses, entre uma atividade teórica e outra, a coleta de dados foi surgindo, as análises começando, o desenho tomando corpo e, ao final, uma surpresa encorajadora. Enfim, a percepção da sede faz parte de mim!

Claramente percebi que a experiência na prática clínica com crianças cirúrgicas demonstra que a sede nessa população é presente e intensa. No entanto, ela não é intencionalmente mensurada nem registrada.

Ainda que não se tenha demonstrado associação da sede com o tempo de jejum, observou-se que o tempo que as crianças permanecem sem comer e beber é excessivamente prolongado. Somente este fato já deveria ser capaz de motivar mudanças nas práticas clínicas para amenizar esse desconforto.

Assim, reuniões de serviço, educação continuada, entre outros meios, surgem como importantes momentos de aprimoramento das práticas de enfermagem no que se refere ao cuidado da criança cirúrgica.

Dessa forma, espera-se que este estudo sobre a prevalência e intensidade da sede infantil em SRA possa abrir caminho para outros estudos com vistas a aprofundar o olhar em direção a um sintoma desconfortável frequentemente negligenciado.

REFERÊNCIAS

- ADELMAN, R. D.; SOLHAUG, M. J. Fisiologia dos líquidos corporais e terapia de hidratação. In: **Tratado de pediatria**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 189-190.
- ARAI, S.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **Am J Crit Care**, v. 22, n. 4, p. 328-335, 2013.
- ARAÚJO, A.P.C. et al. O corpo da criança responde aos cuidados de enfermagem através das expressões: uma experiência sendo testada. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 27-42, 2001.
- BENELAM, B. Recognizing the signs of dehydration. **Practice Nursing**, v. 21, n. 5, p. 230-236, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/siVZ46>>. Acesso em: 18 ago. 2016.
- BERDE, C. R; SCHECHTER, W.S. Anestesia e assistência perioperatória. In: **Tratado de pediatria**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- BEZERRA, R. S. et al. O processo de enfermagem e a teoria de Travelbee no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 6, supl. 3, p. 2151-2161, jun. 2015.
- BLUMA, S. et al. **Guia Portage de Educación Preescolar**. Portage, Wisconsin: Cooperative Educacional Service Agency 12, 1978. Disponível em: <<https://goo.gl/BHIBji>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- BOURQUE, C. W. et al. Neurophysiological characterization of mammalian osmosensitive neurons. **Exp. Physiol.** Cambridge, v. 92, n. 3, p. 499- 505, maio, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 33. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 272 p.
- CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Regression analysis of count data**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. 566 p.
- CAMPANA, M. et al. Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 799-808, nov./dez. 2015.
- CERENTINI, A. N. M. et al. A assistência à criança no pré-operatório associada à brinquedoterapia: relato de experiência. **Rev. Salão de Ensino e de Extensão**. Santa Cruz do Sul. Disponível em: <<https://goo.gl/6s1Y4Y>>. Acesso em: 23 ago 2016.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças** - etapa preliminar. 1993. 60p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto. 1993.

CONCHON, M. F. et al. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 122-128, fev. 2015.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010.

CURRAN, J.S.; BARNES, L. A. **Nutrição**: tratado de pediatria. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

D'ANCI, K. E.; CONSTANT, F.; ROSENBERG, I. H. Hydration and cognitive function in children. **Nutrition Reviews**, v. 64, n. 10, p. 457-464, oct. 2006.

DENTON, D. et al. Neuroimaging of genesis and satiation of thirst and an interoceptor-driven theory of origins of primary consciousness. **Proc. Nat. Acad. Sci. USA**, Washington, v. 96, n. 9, p. 5304-5309, 1999.

DODD, M. et al. Advancing the science of symptom management. **J. Adv. Nurs**. v. 33, n. 5, p. 668-676, 2001.

EDMONDS, C. J.; BURFORD, D. Should children drink more water? The effects of drinking water on cognition in children. **Appetite**, London, v. 52, n. 3, p. 776-779, jun. 2009.

ESMAEELI, M. R. et al. Screening for depression in hospitalized pediatric patients. **Iran J Child Neurol**, Winter, v. 8, n. 1, p. 47-51. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/jlNmUR>>. Acesso em: 18 ago 2016.

FORTUNATO, J. G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Rev. Hosp. Univers. Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 110-117, jul./set. 2013.

GRANDJEAN, A. C.; CAMPBELL, S.M. **Hydration**: fluids for life. 2004. Monograph (North American Branch of the International Life Science Institute). ILSI North America, Washington DC, 2004.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HILBE, J.M. **Negative Binomial Regression**, New York: Cambridge University Press, 2007.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IMANI, B.; KHADEMI, G. Perioperative fasting and children: a review article. **J. Fasting Health**, Mashhad, v. 2, n. 4, p. 131-135, 2014.

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

- JENSEN, M. P. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. **J. Pain**, Philadelphia, v. 4, n. 1, p. 2- 21, feb. 2003.
- KENNEY, W. L.; CHIU, P. Influence of age on thirst and fluid intake. **Med. Sci Sports Exerc**, v. 33, n. 9, p. 1524-1532, sep. 2001.
- KICHE, M. T.; ALMEIDA, F. A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009.
- LEIPER, J. B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. **Encyclopedia of human nutrition**. 2nd ed. Oxford: Elsevier, 2005. p. 278.
- MARTINS, P. R. **Elaboração e validação de uma escala de desconforto da sede perioperatória**. 2016. 151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Londrina - UEL, 2016.
- MCKINLEY, M. J.; JOHNSON, A. K. The physiological regulation of thirst and fluid intake. **News in Physiol. Sci**. Bethesda, v. 19, p. 1-6, feb. 2004.
- MOORE, G. H. Improving hydration in children: a sensible guide. **Nutrition Bulletin**, London, v. 38, n. 2, p. 236–242, jun. 2013.
- MORAES, E. O.; ENUMO, S. R. F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 221-231, dez. 2008.
- NEEDLMAN, R. D. Crescimento e desenvolvimento. In: **Tratado de pediatria**. 16.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 24-67.
- OLIVEIRA, V. B. **A brincadeira e o desenho da criança de zero a seis anos: uma avaliação psicopedagógica**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- PARSONS, L. M. et al. Neuroimaging evidence implicating cerebellum in support of sensory-cognitive processes associated with thirst. **Proced. Nat. Acad. Sci. USA**, Washington, v. 97, n. 5, p. 2332-2336, 2000.
- PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília:LabPAM; IBAPP, 1999.
- PEREIRA, L. V. et al. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 804- 810, out. 2015.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia - teoria e prática**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 274p.
- PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.
- PHILLIPS, P. A. B. et al.. **Body fluid changes, thirst and drinking in man during free access to water**. **PHYSIOL BEHAV**, 1984.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROSSATO, L. M.; ANGELO, M. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 3. p. 236-240, set. 1999.

SILVA, L. M.; BRAZ L G; MÓDOLO, N. S. P. Agitação no despertar da anestesia em crianças: aspectos atuais,. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 107-113, 2008.

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

SRIVASTAVA, R. N.; BAGGA, A. Fluid, electrolyte and acid-base disorders. **Pediatric Nephrologist.** 6th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016.

STEVENSON, R. J.; MAHMUT, M.; Rooney, K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. **Appetite**, London, v. 95, p. 44-57, dec. 2015.

STEWART, D. J. A simplified scoring system for the post-operative recovery room. **Canadian Anaesthetists Society Journal**, Toronto, v. 22, n. 1, p. 111-113, jan.1975.

THORNTON, S. N. Thirst and hydration: physiology and consequences of dysfunction. **Physiol. Behav.**, Elmsford, v. 100, n. 1, p.15-21, apr. 2010.

TOSUN, B.; YAVA, A.; AÇIKEL, C. Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. **Int. J. Nurs. Pract.**, v. 21, n. 2, p. 156-165, apr. 2015.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. **O Inventário Portage operacionalizado: intervenção com famílias.** São Paulo: Memnon, 2001. 299 p.

WILLIAMS; WILKINS. The American Society of Anesthesiologists. **Anesthesiology**, n. 114, p. 495-511, 2011.

WILSON, D. Promoção da saúde do pré-escolar e sua família. In: HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. L. **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** Trad. Danielle Corbett. 7. ed. Cap. 13. São Paulo: Elsevier, 2006.

WINKELSTEIN, M. L. Promoção da saúde da criança em idade escolar e sua família. In: HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. L. **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** Trad. Danielle Corbett. 7. ed. Cap. 15. São Paulo: Elsevier, 2006.

ZORZI, J. L. **A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

APÊNDICES

Apêndice A
Roteiro de coleta de dados
“Sede infantil em sala de recuperação anestésica”

APÊNDICE B

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Incidência da sede infantil no pós-operatório imediato”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidar a criança sob sua responsabilidade a participar da pesquisa **Incidência da sede infantil no pós-operatório imediato**. O objetivo da pesquisa é “compreender a ocorrência e a intensidade da sede na criança no período pós-operatório imediato”.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: antes da cirurgia da criança, será perguntado a ela se está sentindo sede e há quanto tempo está em jejum. Após a realização de sua cirurgia, será perguntado se está sentindo sede e qual a intensidade da sede. Após a alta da Sala de Recuperação, na enfermaria será questionado novamente sobre a presença de sede e o que a equipe de enfermagem realizou para aliviar a sede. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você; recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: verificar a incidência da sede no período pós-operatório e relacionar sua ocorrência com o tempo de jejum, drogas utilizadas e o sangramento durante a cirurgia. Não haverá nenhum risco pessoal inerente à pesquisa.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar: Enfermeira Mestranda Andressa Aparecida Riviera, telefone (43) 9938-8719, residente na Rua Meyer, 355, Jardim Higienópolis, Londrina-PR, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, 60, ou pelo telefone (43) 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada, entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2015.

Pesquisador Responsável

RG:: _____

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura do Responsável (ou impressão dactiloscópica): _____

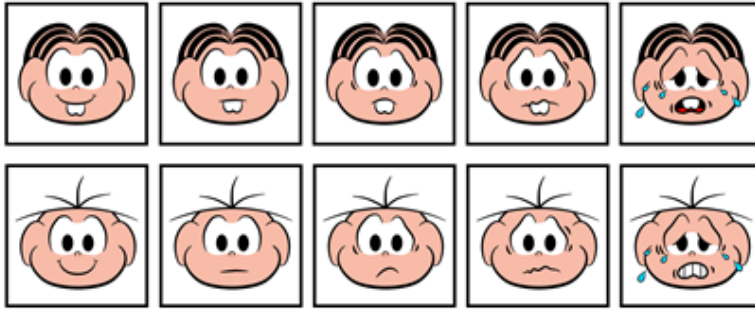
Assinatura da Criança (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, deve ser incluído o campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXOS

Anexo-A
Escala de Faces (EF)



MAURICIO

Anexo B
Parecer do Comitê de Ética

Ver impresso