

## **ATRIBUTOS DA SEDE IDENTIFICADOS PELO PACIENTE INFANTIL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

### **THIRST ATTRIBUTES IDENTIFIED BY THE INFANT PATIENT IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

### **ATRIBUTOS DE LA SED IDENTIFICADOS POR EL PACIENTE INFANTIL EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO**

Nathalia Jung Ferreira<sup>1</sup>  
Andressa Aparecida Riviera<sup>2</sup>  
Isadora Pierotti<sup>3</sup>  
Lígia Fahl Fonseca<sup>4</sup>

**3**

**Resumo:** A sede é responsável por intenso desconforto para a criança cirúrgica no despertar anestésico. Estudo quantitativo, descritivo, transversal, para avaliar sinais de sede em 78 pacientes infantis na Sala de Recuperação Anestésica. 88,5% crianças apresentaram sede, os sinais mais percebidos foram boca seca (74,4%), língua grossa (14,1%) e saliva grossa (20,5%). A criança cirúrgica é capaz de identificar os principais desconfortos decorrentes da sede.

**Palavras-chave:** Sede. Criança. Período Pós-Operatório. Assistência Perioperatória.

**Abstract:** Thirst is responsible for intense discomfort for the surgical child in anaesthetic awakening. A quantitative, descriptive, cross-sectional study to evaluate the signs of thirst in 78 children in the Post Anaesthetic Care Unit. 88.5% of the children presented thirst, the most perceived signs were dry mouth (74.4%), thick tongue (14.1%) and thick saliva (20.5%). The surgical child is able to identify the main discomforts arising from thirst.

**Key words:** Thirst. Child. Postoperative Period. Perioperative Care.

**Resumen:** La sed es responsable de una intensa molestia para el niño quirúrgico en el despertar anestésico. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, para evaluar signos de sed en 78 pacientes infantiles en la Sala de Recuperación Anestésica. El 88,5% de los niños presentaron sed, los signos más percibidos fueron boca seca (74,4%), lengua gruesa (14,1%) y saliva gruesa (20,5%). El niño quirúrgico es capaz de identificar las principales molestias derivadas de la sed.

**Palabras-clave:** Sed. Niño. Periodo Posoperatorio. Atención Perioperatoria.

**Envio: 19/06/2017 Revisão: 20/06/2017 Aceite: 19/04/2018**

<sup>1</sup>Graduanda de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, UEL. E-mail: nathalia\_jferreira@hotmail.com.

<sup>2</sup>Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, UEL. E-mail: andressarivieira@hotmail.com.

<sup>3</sup>Mestranda de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, UEL. E-mail: isa\_pierotti@hotmail.com.

<sup>4</sup>Professora Doutora do Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, UEL. E-mail: ligiafahl@gmail.com.

## **Introdução**

O desenvolvimento humano é um processo único e individual que compreende mudanças físicas, comportamentais, cognitivas e emocionais, e se mantém ao longo da vida. Inicia-se na primeira infância e prossegue até a adolescência, com o desenvolvimento das emoções, sendo influenciado pelas experiências biofisiológicas, padrões emocionais, afetivos e intelectuais que afetam o enfrentamento dos desafios propostos à criança (Franco; Santos, 2015).

A hospitalização motivada por um evento cirúrgico está entre as experiências mais impactantes na vida de uma criança. Por ser um processo desconhecido, fora do seu domínio, muitas vezes torna-se permeado por inseguranças, fantasias e temores originados do ambiente, do procedimento cirúrgico em si, da anestesia, da vestimenta característica dos profissionais do centro cirúrgico (Costa; Silva; Lima, 2010).

As crianças demonstram comportamentos variados em relação à expressão dos seus sentimentos. Alegria, tristeza, dor, desconforto ou satisfação só adquirem significados quando são interpretados e traduzidos. Muitas vezes fazem uso de desenhos, choro, apatia, agitação e expressões faciais para demonstrar o que estão sentindo, e isso está relacionado ao que lhe é desconhecido e à sua atitude de enfrentamento (Unesco, 2005). O período perioperatório para crianças exige, portanto, cuidados específicos, tanto físicos quanto emocionais, para que esses sentimentos sejam interpretados de forma adequada (Costa; Silva; Lima, 2010).

No preparo pré-operatório, normalmente a criança é submetida a diversos procedimentos invasivos, muitas vezes dolorosos e desconfortáveis, levando a sofrimento emocional e físico. Esse cenário é agravado pela privação de água, como parte do jejum pré-operatório, contribuindo para que esse processo torne-se mais difícil (Costa; Silva; Lima, 2010).

O jejum é responsável por intenso incômodo para a criança durante o período perioperatório, e este fato pode estar associado à dificuldade da criança em compreender a necessidade da privação de água e alimentos. Estudo qualitativo realizado com os cuidadores de crianças revelou que desde o período pré-operatório, a sede é um dos sintomas mais distressores percebidos pelos mesmos (Campana et al., 2015).

A sede é um desconforto de elevada prevalência no pós-operatório imediato (POI) entre pacientes adultos com taxa de 75% (Aroni, Nascimento, Fonseca, 2012). Sabe-se empiricamente

que esta é uma realidade vivenciada também pelos pacientes infantis, além de ser um sintoma responsável por intenso sofrimento ao paciente durante a recuperação anestésica.

Vários fatores podem provocar a sensação de sede, entre eles: jejum pré-operatório, medicações, entubação orotraqueal, perda sanguínea e ansiedade (Nascimento, 2017; Guggenheimer, 2003; Ortezi, 2006).

Fisiologicamente, a sede é classificada em hipovolêmica e osmótica. A primeira está associada à perda de volume plasmático, sendo necessária a reposição de volume ou a ingestão hídrica; a segunda relaciona-se com o aumento da osmolaridade plasmática (Arai, 2013; Guyton; Hall, 2011).

Durante o pré-operatório, a ansiedade está constantemente presente, favorecendo o ressecamento da mucosa oral pela liberação do hormônio antidiurético (ADH). No transoperatório, soma-se a isso o uso de opioides e anticolinérgicos, que atuam na diminuição da produção de saliva, aumentando assim a desidratação da mucosa. A manutenção da cavidade oral aberta pela entubação favorece a exacerbação desse quadro (Arai; Stotts; Puntillo, 2013; Conchon; Fonseca, 2014). Consequentemente o paciente infantil acorda na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) com sede intensa. Esse desconforto, porém, não é identificado e mensurado de forma adequada, e também não se adotam medidas para minorá-lo (Campana et al., 2015).

O jejum no pré-operatório é imprescindível, pois diminui o risco de vômito e, desse modo, evita-se bronco aspiração de conteúdo gástrico durante o procedimento cirúrgico. O tempo recomendado é de duas horas para líquidos claros e seis horas para alimentos não gordurosos (ASA, 1999). O prolongamento do jejum gera incômodo no paciente, em especial no paciente infantil, que não tem compreensão da circunstância nem da necessidade de tal restrição (Campana et al., 2015; Klemetti et al., 2010).

A sede é um dos sintomas mais presentes no período pós-operatório, porém não se encontram estudos que avaliem a prevalência da sede na criança nem a percepção que ela tem em relação à sede que sente. Tem-se, portanto, como pergunta de pesquisa: Que sinais do sintoma sede são percebidos pela criança cirúrgica durante a recuperação anestésica?

O objetivo geral deste estudo é, portanto, analisar os sinais de sede percebidos pela criança cirúrgica durante a recuperação anestésica.

## **Método**

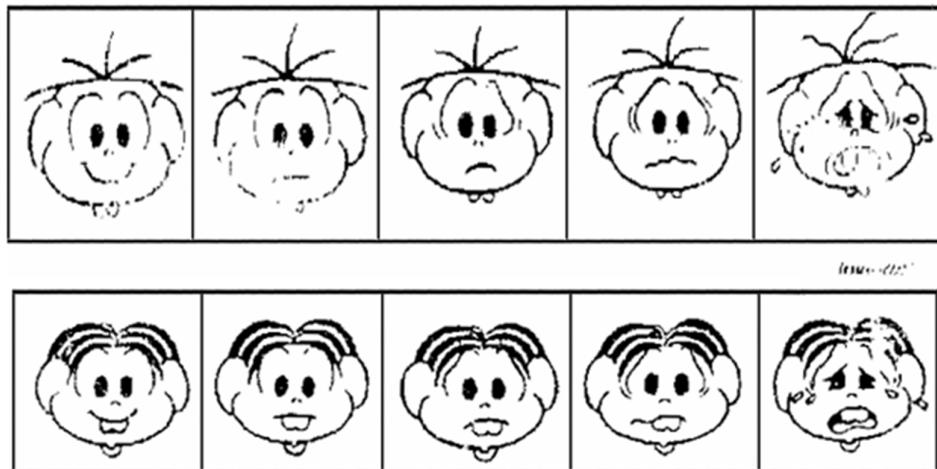
Trata- se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado em um hospital escola de grande porte no Paraná, uma instituição pública com 312 leitos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). O Centro Cirúrgico dispõe de sete salas, onde se realizam, em média, 150 cirurgias infantis no trimestre. A SRA conta com equipamentos e profissionais especializados e também com recursos específicos para atender crianças.

Este estudo incluiu crianças de ambos os sexos que atenderam aos seguintes critérios: idade entre 4 e 12 anos, ter realizado procedimento anestésico-cirúrgico sob qualquer técnica anestésica, de qualquer clínica cirúrgica e tempo de duração, estar no período POI, na SRA, estar orientado e consciente, de acordo com a escala de Steward. Os critérios de exclusão foram: criança que embora acordada, estivesse agitada, chorosa ou em *delirium*, sem possibilidade efetiva de comunicação, com déficit neurológico, e que tivesse ingerido algum líquido.

Foram definidos como variáveis dependentes: presença, intensidade e atributos da sede; como independentes: jejum, avaliação do índice ASA, uso de opioides, entubação endotraqueal, técnica anestésica, procedimento cirúrgico, início da sede, queixa espontânea de sede e atributos da sede.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro composto por informações clínicas e cirúrgicas, dados referentes ao jejum e presença de sede. A intensidade da sede foi avaliada por meio da escala de faces (figura 1) (Claro, 1993). Trata-se de uma escala para mensurar sinais subjetivos como a dor. É composta por cinco figuras com diferentes expressões faciais dos personagens de histórias infantis Mônica e Cebolinha em uma sequência, variando de uma expressão sem dor até a de dor insuportável, sendo zero - sem dor; um - dor leve; dois - dor moderada; três - dor forte, e quatro - dor intensa. Portanto, ao avaliar a sede de zero a quatro, onde zero é nada de sede e quatro é sede insuportável, é possível, utilizar a escala de faces com crianças para avaliar a intensidade de sede por também ser um sintoma subjetivo.

**Figura 1** – Escala de Faces



Fonte: Claro, 1993

As informações clínicas foram obtidas do prontuário. A abordagem era feita no POI, quando a criança, na SRA, alcançava o índice seis de Steward, que indica estado de alerta, boa recuperação e consciência. Na entrevista, faziam-se perguntas abertas sobre os atributos da sede para estimular a criança a verbalizar sua percepção: “Como está a sua língua? ”, “E a sua boca? ”, “Como está a sua saliva na hora em que você engole, e os seus lábios? ”.

Os dados foram processados no programa Microsoft Excel, com dupla digitação, para verificar a consistência das informações, e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

No pré-operatório, obteve-se a assinatura do termo de consentimento do responsável. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina sob o parecer CAAE nº. 29069414.5.0000.5231.

## Resultados

A população foi composta por 231 crianças, de ambos os sexos, submetidas a procedimento cirúrgico de fevereiro a maio de 2016, que estavam no POI de cirurgias eletivas e de urgências. Dessas, 122 passaram por cirurgia fora do horário determinado, 21 foram encaminhadas diretamente para a UTI-Pediátrica, cinco possuíam necessidades especiais, cinco haviam recebido água ou

gelatina antes de serem questionadas sobre a sede, totalizando uma amostra não probabilística de 78 crianças pesquisadas, submetidas a procedimentos cirúrgicos no período das sete às dezenove horas, de segunda a sexta-feira.

Houve predominância do sexo masculino (70,5%), idade entre 4 e 12 anos (média 7,7 e DP 2,4), classificação ASA I (82,1%) e ASA II (17,9%). As clínicas mais prevalentes foram: infantil (59%), ortopedia (19,2%) e otorrinolaringologia (10,3%). O tempo de jejum pré-operatório variou de 90 minutos a 72 horas, com média de 13,4 horas (dp=7,7). Os dados clínicos e cirúrgicos estão dispostos na tabela 1.

**Tabela 1** – Dados clínicos e cirúrgicos de crianças em sala de recuperação anestésica. Londrina-PR, 2016

Variáveis	Dp	Média	Mínimo	Máximo
Idade (em anos)	2,41	7,65	4	12
Tempo de jejum (em horas)	7,68	13,48	1,5	72
Tempo de anestesia (em minutos)	56,22	94,58	10	370
Tempo do procedimento (em minutos)	48,47	70,32	5	240
	N	%		
<b>Sexo</b>				
Masculino	55	70,5		
Feminino	23	29,5		
<b>Especialidades</b>				
Cirurgia Infantil	46	59		
Ortopedia	15	19,2		
Otorrinolaringologia	8	10,3		
Outras	9	11,5		
<b>ASA</b>				
I	64	82,1		
II	14	17,9		
<b>Entubação</b>				
Sim	64	82,1		
Não	14	17,9		

Fonte: elaborada pelas autoras; Dp: desvio padrão

Das 78 crianças avaliadas, 69 (88,5%) apresentaram sede, das quais 31 (39,7%) referiram-na no pós-operatório e 38 (48,7%) desde o pré-operatório. Houve verbalização espontânea em 46 (59%) das crianças. Em relação à intensidade da sede, 11,5% informaram sede leve, 19,5% sede moderada, 20,5% sede forte e 37,2 % sede intensa, conforme observa-se na tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição das características sobre presença e intensidade da sede em crianças no pós-operatório em sala de recuperação anestésica. Londrina-PR, 2016

Características	N	%	
<b>Queixa espontânea de sede</b>			
Sim	46	59	
Não	32	41	
<b>Presença de sede</b>			
Sim	69	88,5	
Não	9	11,5	
<b>Início da sede</b>			
Pré-cirúrgico	38	48,7	
Pós-cirúrgico	31	39,7	
Sem sede	9	11,5	
<b>Intensidade da sede</b>			
Nenhum (0)	9	11,5	
Leve (1)	9	11,5	
Moderada (2)	15	19,5	
Forte (3)	16	20,5	
Intensa (4)	29	37,2	

Fonte: elaborada pelas autoras

Das 69 crianças que referiram sede, 74,4% (58) queixou-se de boca seca, 20,5% (16) saliva grossa, 19,2% (15) garganta seca, 14,1% (11) língua grossa, 7,7% (6) referiram lábio rachado, 2,4% (3) apresentaram vontade de beber água e 47,8% (33) apresentaram combinação de dois ou mais sinais da sede, como descrito na tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição dos atributos da sede em crianças no pós-operatório em sala de recuperação anestésica. Londrina-PR, 2016

Atributos da sede	N	%
<b>Boca seca</b>		
Sim	58	74,4
Não	20	25,6
<b>Garganta Seca</b>		
Sim	15	19,2
Não	63	80,8
<b>Lábio Rachado</b>		
Sim	6	7,7
Não	72	92,3
<b>Língua Grossa</b>		
Sim	11	14,1
Não	67	85,9
<b>Saliva Grossa</b>		
Sim	16	20,5
Não	62	79,5

Fonte: elaborada pelas autoras

10

## Discussão

Este estudo abordou de forma inovadora um tema não enfatizado na literatura ou na prática clínica: a identificação dos atributos da sede de acordo com a percepção do paciente infantil no POI. Assim como a dor e quaisquer outros sintomas são identificados e mensurados, é imprescindível que a sede seja detectada e classificada adequadamente, visando melhorar o bem-estar do paciente infantil após o procedimento cirúrgico.

A prevalência de sede das crianças em POI foi elevada neste estudo. Estudo realizado para avaliar a experiência dos pais e crianças sobre a anestesia perioperatória em um grande hospital pediátrico, revelou que os sintomas mais relatados pelos pais após as crianças acordarem da anestesia, foram sede e fome, com taxa de 76%, sobrepujando o sono e a dor (Perrott et al, 2017).

A elevada prevalência de sede pode acontecer devido a diversos fatores, entre os quais: jejum prolongado, entubação orotraqueal, uso de opioides e anticolinérgico e a ansiedade (Aroni, 2013; Guggenheimer, 2003; Ortezi, 2006). Adicionalmente, este sintoma pode intensificar-se na criança devido grande quantidade de água de seu organismo encontrar-se no meio extracelular, o que contribui para que a perda de água seja mais rápida do que no adulto (Rossi; Reis; Azevedo, 2010).

Após acordarem da anestesia, a maioria das crianças verbalizou sua sede de forma espontânea, contrastando a realidade do paciente adulto na qual apenas 13,5% a verbalizam espontaneamente (Aroni; Nascimento; Fonseca, 2012). É possível que as crianças verbalizem de forma espontânea mais que os adultos devido à intensidade exacerbada da sede aliada à naturalidade e sinceridade da criança, e à ausência de filtros e preconceitos na maioria das crianças ao verbalizar seus desconfortos. Considera-se, portanto, relevante para o cuidado, a valorização dos relatos das crianças ao vivenciar esse sintoma.

Embora a sede seja tão prevalente e intensa entre crianças submetidas a cirurgias, ainda não se encontram disponíveis instrumentos adequados que avaliem apropriadamente esse desconforto.

**11**

Neste estudo, a sede foi avaliada de forma pioneira, através de uma escala de faces com diferentes expressões (Claro, 1993). Esta escala foi elaborada para avaliar a dor, no entanto, neste estudo constatou-se que a mesma foi eficaz na identificação da intensidade da sede na criança, pois facilitou a interpretação do seu sentimento.

Durante a aplicação da escala de faces, observou-se que as crianças se mostraram competentes para identificar o que estavam sentindo naquele momento: quando a escala lhes era apresentada, apontavam com prontidão e sem hesitação a face correspondente à intensidade da sede que sentiam. Isso mostra que, quando se avalia a sede com intencionalidade, é possível mensurar os parâmetros desse desconforto e, com isso, adotar medidas de alívio.

Este estudo revelou que o principal atributo de sede percebido pelas crianças foi a boca seca. Este sinal acontece devido à diminuição da produção de saliva, causado por fatores extrínsecos como entubação, ou intrínsecos como o estímulo de hormônios que ativam a cascata da sede (Arai; Stotts; Puntillo, 2013; Leiper, 2005). A boca seca é descrita pelos indivíduos que experenciam a sede como o fator mais aversivo (Stevenson, 2015), e sua percepção é um dos sinais mais comumente associados a ela (Arai, Stotts, Puntillo, 2013; Leiper, 2005; Thornton, 2010). Neste estudo, foi possível avaliar que, também para o paciente infantil, a boca seca traduz-se como o atributo mais prevalente e

desconfortável. A criança mostra-se competente para perceber e relatar tal desconforto, mesmo estando em período de recuperação anestésica.

A presença de sede nas crianças pode ser identificada por meio de outros sinais físicos, como a cavidade oral e lábios esbranquiçados, constante deglutição de saliva, dor na garganta e atitude de busca por água quando alguém umedece seus lábios (Campana et al, 2015).

Segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA, 1999), o tempo de jejum necessário para o esvaziamento gástrico de líquidos claros sem álcool e com pouco açúcar é de duas horas; leite materno, seis horas; alimentos gordurosos, frituras e carnes, oito horas de jejum. O presente estudo constatou que o tempo de jejum pré-operatório foi excessivo às recomendações chegando a 72 horas, assim como em outros estudos em diferentes instituições. Em um grande hospital privado, o jejum foi superior a quatro horas para líquidos claros, e doze horas para sólidos (Buller, Sims, 2016). Outro estudo revelou que o tempo de jejum foi maior do que o recomendado em 70% das crianças estudadas, e em 34% o jejum foi indicado a partir da meia noite (Brunet-Wood et al, 2016). Esta conduta frente a um paciente infantil pode acarretar grande sofrimento emocional e físico, e ainda agravar a resposta metabólica ao trauma (Costa; Silva; Lima, 2010).

**12**

Recomenda-se o jejum para prevenir a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, devido à regurgitação e perda de reflexos protetores da via aérea em consequência dos medicamentos anestésicos (Andrew-Romit; Van De Mortel, 201). A aspiração é uma complicaçāo temida pela equipe cirúrgica e este pode ser um motivo associado ao prolongado tempo de jejum em todo o perioperatório.

Estudos foram realizados para avaliar a redução do tempo de jejum das crianças em POI, e o impacto desta intervenção sobre a incidência de náusea e vômito e o uso de medicamentos opioides. Concluiu-se que a ingestão precoce de líquidos orais neste período não está associada à maior incidência das complicações avaliadas, proporciona bem-estar aos pais e às crianças, e ainda que não seja de maneira intencional, reduz a sede das crianças (Radke, et al, 2009; Chauvin, et al, 2017).

Espera-se que as equipes de centro cirúrgico possam refletir sobre a prática realizada com o paciente infantil, e considerar a individualidade e necessidade de cada paciente, com a finalidade de melhorar a experiência perioperatória da criança, e ainda, reduzir a presença da sede e seus desconfortos, muitas vezes, desnecessários.

## **Conclusão**

Neste estudo verificou-se que a sede está presente de forma prevalente e intensa no perioperatório de pacientes infantis. A criança consegue identificar atributos da sede, como boca seca, saliva grossa, lábios rachados e garganta seca durante a permanência na SRA, o que lhe causa grande sofrimento.

A criança naturalmente é mais espontânea e sincera e busca expressar ou verbalizar o que sente, portanto, mais da metade dos pacientes infantis verbalizaram sede sem ao menos terem sido questionadas a respeito, denotando o quanto intenso e desconfortável este sintoma é. Para auxiliar na identificação dos atributos da sede, deve-se utilizar uma escala adequada para mensurar o incômodo sentido pela criança durante a recuperação anestésica.

Este estudo abre caminhos para uma compreensão inicial da sede na criança que se submete a uma cirurgia, para que este sintoma seja valorizado e avaliado adequadamente como parte inerente do processo de cuidar no pós-operatório, proporcionando um cuidado diferenciado e individualizado.

**13**

## **Referências**

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA). **Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures** – a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology*, v. 79, p. 482-485, 1999.

ANDREW-ROMIT, J. J.; VAN DE MORTEL, T. F. Ritualistic preoperative fasting: is it still occurring and what can we do about it?. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, v. 24, n. 1, p. 14-19, 2011.

ARAI, S. T.; STOTTS, N.; PUNTILLO, K. **Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation.** *American Journal of Critical Care*, v. 22, n.4, p. 328-335, 2013.

BULLER, Y.; SIMS, C. **Prolonged fasting of children before anaesthesia is common in private practice.** *Anaesth Intensive Care*. 2016 Jan;44(1):107-10.

BRUNET-WOOD, K et al. **Surgical fasting guidelines in children: Are we putting them into practice?** *J Pediatr Surg* 2016; 51: 1298–302

ARONI, P., NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. **Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 4, p. 530-536, 2012.

CAMPANA, M. C.; FONSECA, L. F.; LOPES, D. F.; MARTINS, P. F. **Percepção dos cuidadores quanto à sede da criança cirúrgica.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 6, p. 799-808, 2015.

CHAUVIN, C. **Early postoperative oral fluid intake in paediatric day case surgery influences the need for opioids and postoperative vomiting: a controlled randomized trial.** British Journal of Anaesthesia, v. 118. n. 3. p. 407-14, 2017.

CLARO, M.T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar.** Ribeirão Preto, 1993. 60 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

CONCHON, M. F; FONSECA, L.F. **Eficácia de gelo e água no manejo da sede no pós-operatório imediato: ensaio clínico randomizado.** *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v.8, n. 5, p. 1435-1440, maio 2014.

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.** *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 282-298, 2010.

FRANCO, M. G. S. E. C.; SANTOS, N. N. **Desenvolvimento da compreensão emocional.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Portugal, v. 31, n. 3, p. 339-348, 2015.

GUGGENHEIMER, J.; MOORE, P. A. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 134, n. 1, p. 61-69, 2003.

**14**

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

KLEMETTI, S; KINNUEN, I; SUOMINEN, T; ANTILA, H; VAHLBERG, T; GRENMAN, R; LEINO-KILPI, H. **The effect of preoperative fasting on postoperative thirst, hunger and oral intake in paediatric ambulatory tonsillectomy.** *Journal of Clinical Nursing*, v.19, n. 3-4, p. 341-350, 2010.

LEIPER, J.B. Thirst. In: CABALLERO, B.; ALLEN, L.; PRENTICE, A. (Ed.). **Encyclopedia of Human Nutrition.** 2 ed. Oxford; England: Elsevier, 2005. v.4, p. 278.

NASCIMENTO, L. A., FONSECA, L. F. **Sede do paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede.** *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v.7, n. esp., p. 1055-1058, 2013.

NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. **Inter-rater Reliability Testing of the Safety Protocol for Thirst Management.** Jopan. 2017. doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.008.

ORTENZI, A. V. Medicação pré-anestésica. In: CANGIANI, L. M, et al. **Tratado de Anestesiologia:** SAESP. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. v. 2, p.1044.

PERROT, C. **Perioperative experiences of anesthesia reported by children and parents.** Pediatric Anesthesia. p. 1-8. 2017.

RADKE, O. C. et al. **The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain.** *Pediatr Anesth*, v. 19, p. 494-499, 2009.

ROSSI, L.; REIS, V. A. B.; AZEVEDO, C. O. E. **Desidratação e recomendações para a reposição hídrica em crianças fisicamente ativas.** *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 337-345, 2010.

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

UNESCO. *A criança descobrindo, interpretando e agindo sobre o mundo.* Brasília: UNESCO, 2005. (Série Fundo do Milênio para a Primeira Infância - Cadernos Pedagógicos; 2.) Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001384/138429por.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.