



JEJUM PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO: duração e percepção da criança/ adolescente e sua família

*Daniela Cruz Corrêa
Nair Regina Ritter Ribeiro*

Introdução

Durante a internação hospitalar, muitas crianças e adolescentes são submetidas a procedimentos para os quais necessitam permanecer sem ingerir nada por via oral durante algumas horas antes da sua realização e, eventualmente, após também.

Entende-se por jejum pré e pós-procedimentos, um período de horas sem ingestão de qualquer tipo de alimento, líquido ou sólido. No contexto hospitalar, durante esse período, algumas vezes, permite-se apenas a ingestão oral de medicações com pequenos volumes de água.

Neste estudo, considerou-se como procedimentos exames laboratoriais, exames de imagem e cirurgias. Utilizou-se a sigla NPO, ou seja, “nada por via oral” para designar o jejum.

Durante o jejum, observa-se o estado de irritação da criança, que pode ser atribuído à fome devido aos períodos em que permanece sem ingestão alimentar. Segundo Correia e Silva (2005), esse tempo é suficientemente longo do ponto de vista metabólico para levar à depleção do estoque de glicogênio, o que tem impacto na resposta orgânica ao estresse, além de poder gerar desconforto.

A prática utilizada de extensos períodos de jejum pré e pós-procedimentos podem resultar em complicações para os pacientes, além do desconforto decorrente de muitas horas sem

se alimentar. A literatura tem apresentado evidências, através de estudos, que o período de jejum pode ser reduzido, contribuindo, deste modo, para o bem-estar do paciente.

A prática de extensos períodos de jejum pré e pós-procedimentos pode resultar em complicações para os pacientes, além do desconforto decorrente de muitas horas sem se alimentar. A prática de manter os pacientes em jejum prolongado vem sendo aplicada desde Simpson, um dos percussores da anestesia no século XIX. Atualmente, existem recomendações diferenciadas descritas pela *American Society of Anesthesiologists* (ASA) quanto ao tempo de jejum necessário e a liberação de alguns alimentos no período de jejum pré-operatório. Isto posto, tem-se como hipótese que as crianças e adolescentes têm permanecido em jejum por tempo maior do que o necessário, gerando irritabilidade e desconforto ao paciente, decorrentes da resposta orgânica ao stress e à depleção do glicogênio.

A realização do jejum pré-procedimentos tem como objetivos a redução do risco de aspiração broncopulmonar e suas complicações devidas ao possível retorno do resíduo gástrico durante a indução anestésica.

A American Society of Anesthesiologists (2011) publicou relatório com diretrizes focadas em recomendações para o jejum pré-operatório, bem como para a administração de agentes farmacológicos que modificam o volume e a acidez do conteúdo gástrico neste período. As diretrizes fornecem recomendações baseadas em revisão da literatura e na opinião de especialistas. Referem-se à população de pacientes saudáveis, de todas as idades e submetidos a procedimentos eletivos. As recomendações não se aplicam a pacientes com maiores riscos, que sejam portadores de doença que dificulte o esvaziamento gástrico ou de condições que possam afetar este esvaziamento. O período de jejum deve ser diferente conforme o tipo de alimentos e é descrito resumidamente como segue:

- Líquidos sem resíduos (água, chá, café, suco de fruta sem polpa, todos sem álcool e com pouco açúcar): jejum de 2 horas para todas as idades;

- Leite materno: jejum de 4 horas para recém-nascidos e lactentes;

- Dieta leve (chá e torradas) e leite não materno: se aceita até 6 horas de jejum para crianças e adultos;

- Fórmula infantil: jejum de 6 horas para recém-nascidos e lactentes;

- Sólidos: jejum de 8 horas para crianças e adultos.

A indicação do jejum pós-operatório faz parte dos cuidados de rotina prescritos até que haja eliminação de flatos ou de fezes. Isso, em geral, ocorre até o terceiro ou quarto dia pós-operatório (CORREIA; SILVA, 2005). Já em procedimentos não operatórios, como a coleta de sangue para hemograma, a dieta é liberada imediatamente após o mesmo.

A hospitalização, para a criança, é uma nova experiência em sua vida, e geralmente desagradável, pois altera suas rotinas, hábitos e ambiente. Segundo Ribeiro e Bernardes (2012, p. 64): “muitas crianças podem percebê-la como uma ameaça ou castigo. Além de vivenciar situações novas, a criança observará coisas que não compreende, aumentando sua ansiedade e intranquilidade”.

As crianças, ao jejuarem, diminuem o volume e a acidez do conteúdo estomacal e, dessa maneira reduzem o risco de aspiração e de regurgitação do conteúdo gástrico durante a cirurgia. Segundo Brady et al. (2009), novas práticas terapêuticas têm possibilitado o incentivo à mudança de política no padrão “nada por via oral” para regimes de jejum mais relaxados. No entanto, esta mudança tem sido lenta por questões relacionadas ao tempo de jejum, tipo e quantidade de ingestão permitida.

Diante do exposto, este trabalho torna-se relevante ao fornecer subsídios ao cuidador para entender as alterações decorrentes do jejum e propor alterações no cuidado à criança e ao adolescente, visando o cuidado integral e o bem-estar da criança e do adolescente. Ao aumentar a satisfação desta população, reduz-se a necessidade de atenção às intercorrências relacionadas ao jejum, como a irritabilidade e desconforto. A

variedade de períodos de jejum preconizados levou aos seguintes questionamentos: qual o tempo de jejum que o paciente tem permanecido para a realização de procedimentos? Qual a percepção de crianças e adolescentes e/ou seus familiares sobre o tempo permanecido em jejum?

Objetivos

Identificar os períodos de jejum pré e pós-procedimentos aos quais os pacientes pediátricos e adolescentes estão sendo submetidos, descrever o tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente, e conhecer e descrever as percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum.

Método

Estudo misto, tipo exploratório sequencial realizado em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. A etapa quantitativa foi prospectiva com corte temporal das situações de jejum às quais são submetidas as crianças e os adolescentes internados em Unidades Pediátricas. Na etapa qualitativa, se buscou a percepção da criança e do adolescente ou de sua família sobre o período de jejum.

Os dados foram coletados nas Unidades de Internação Pediátrica de um hospital geral universitário de Porto Alegre/RS no mês de maio de 2013.

A população foi composta pelos pacientes internados ao longo do mês de maio, e a amostra, por 88 pacientes que permaneceram em jejum no período pré e/ou pós-procedimentos.

Na etapa qualitativa participaram oito sujeitos (S1, S2...). Utilizou-se o critério de saturação de dados para definição do número de participantes, ou seja, “o tamanho da amostra está

relacionado com o ponto em que não há mais informações novas e se alcançou a redundância” (POLIT; BECK, 2011, p. 356).

Na etapa quantitativa, o critério de inclusão foi o de ser paciente submetido a algum procedimento que exigisse um período de jejum antes ou depois do mesmo. Na etapa qualitativa, o critério foi o de ser paciente com capacidade de responder aos questionamentos e que tivesse familiar presente no período de jejum. Foram excluídos, na etapa qualitativa, crianças, adolescentes e seus familiares com dificuldade de entendimento.

Para a coleta dos dados da etapa quantitativa, foram buscadas informações nos prontuários dos pacientes submetidos ao jejum pré e/ou pós-procedimentos, cujos dados foram transcritos para uma planilha. Na etapa qualitativa, foi realizada entrevista semiestruturada com a criança, adolescente e/ou seus familiares (MINAYO, 2008).

Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se a estatística descritiva, sintetizando e descrevendo os dados por meio de médias e porcentagens (POLIT; BECK, 2011). Através da análise de conteúdo temática proposta por Gomes (2008), foram analisados os dados qualitativos.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF), sob número 24260, pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA), sob número 130147, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA) através da Plataforma Brasil, sob registro CAEE número 13194113800005327.

Para a utilização dos dados dos prontuários, foi preenchido e assinado pelas autoras o Termo de Compromisso para Uso de Dados Institucionais, conforme norma da instituição. O áudio das entrevistas foi transcrito e ficará guardado durante cinco anos quando será apagado, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1998).

Resultados

Identificou-se o tempo de jejum em 88 pacientes internados, na faixa etária de um mês a 18 anos, no mês de maio de 2013, uma vez que três prontuários não foram localizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) da instituição.

Constatou-se que 7% (6) dos pacientes permaneceram em jejum de duas a quatro horas. A American Society of Anesthesiologists (2011) permite que até duas horas antes do procedimento o paciente possa ingerir líquidos sem resíduos e até quatro horas antes, leite materno. Outros 7% (6) dos pacientes permaneceram em jejum de quatro a seis horas. Nestas situações, a literatura recomenda a ingestão de fórmula infantil, leite não materno e dieta leve até seis horas antes do procedimento.

Verificou-se que 30% (27) dos pacientes permaneceram em jejum por um período de seis a oito horas e outros 30% (27) por um período de oito a dez horas e 17% (15) permaneceu em jejum de dez a catorze horas. Há crianças que permaneceram de catorze a dezoito horas sem se alimentar, representando 7% (6) da população. E 1% (1) permaneceu em jejum por mais de dezoito horas.

O estudo identificou diversas crianças que iniciaram o jejum após a meia-noite, não sendo tolerada, após esta hora, a ingestão de qualquer tipo de alimento e líquidos. A literatura aponta que a prática de jejum após a meia noite ainda é presente em várias instituições mesmo após estudos terem evidenciado que práticas mais liberais de jejum podem ser aplicadas para os pacientes pediátricos sob certas condições (SCARLETT et al., 2002).

Os períodos do pós-procedimento não foram possíveis de serem computados, pois não há registros no prontuário da hora de início e término do procedimento. Os dados ficaram restritos à hora do encaminhamento e retorno do paciente ao procedimento. Algumas vezes, quando o paciente necessita

permanecer em sala de recuperação, é possível a liberação da dieta naquele local. Contudo, não foi possível a confirmação, na amostra em estudo, da continuação ou não do jejum pela falta de registros nos prontuários.

Após o procedimento, a criança ou adolescente retorna para a unidade e, conforme orientação da equipe médica, a dieta é liberada. Na maioria das ocasiões, a dieta do paciente foi liberada assim que o mesmo retornou para a unidade. Contudo, houve exceções em casos de pacientes em recuperação de sedação, procedimento cirúrgico e/ou paciente clinicamente instável.

A maior parte da amostra do estudo, 72% (63), aguardou, em média, 16 minutos entre o momento de liberação da dieta e o recebimento da mesma. Considerou-se este tempo adequado, em vista do processo de trabalho da unidade e do Serviço de Nutrição. Outros 18% (16) pacientes do estudo aguardaram aproximadamente uma hora e outros 6% (5), duas horas.

Tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente

Os pacientes pediátricos e adolescentes estudados apresentaram períodos variados de jejum para as diversas situações a que se submeteram. Os períodos de jejum variaram conforme o procedimento. Os procedimentos foram agrupados em categorias como segue:

- Cirurgias;
- Exames de imagem;
- Exames invasivos;
- Colocação/retirada de cateter;
- Biópsia;
- Outros procedimentos - radioterapia, “passagem” de sonda nasoentérica, doação de medula óssea e quimioterapia;

- Procedimentos cancelados.

Nota-se que as cirurgias são os procedimentos em que os pacientes pediátricos e adolescentes, que participaram do estudo, permanecem maior período em jejum, em média 12 horas, com o período máximo de 21 horas.

Para a realização de exames de imagem o tempo médio de jejum foi aproximadamente de 8 horas, neste caso, 14 horas foi o período máximo. Já as categorias “exames invasivos” e “colocação/retirada de cateter” apresentaram uma média de 10 horas de jejum, com períodos máximos de 17 e 16 horas respectivamente, até a realização do mesmo. Os pacientes que realizaram biópsia permaneceram em média 9 horas em jejum. Na categoria de “outros procedimentos” a média do tempo de jejum foi de 7 horas e 30 minutos, com o maior período de jejum de 12 horas para a realização de uma quimioterapia intratecal.

Os pacientes com procedimentos cancelados representam 14,77% (13) do total da amostra do estudo. O tempo de jejum destas crianças e/ou adolescentes variou entre 3 a 14 horas. Portanto, permanecendo em média 7 horas em jejum até que recebessem a notícia do cancelamento do procedimento.

São diversos os motivos para ocorrer o cancelamento do procedimento: falta de leito na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP); falta de horário na agenda no local do procedimento; instabilidade clínica da criança; entre outros. Apenas em 3% (3) o motivo do cancelamento foi por instabilidade clínica do paciente.

Algumas vezes, o tempo de jejum se elevou por falha na comunicação, entre as equipes responsáveis pela criança, quanto ao cancelamento do procedimento. A falha na comunicação ocorreu tanto entre as equipes médicas quanto entre as equipes médicas e as equipes de enfermagem.

Outro motivo que eleva o tempo de jejum das crianças e adolescentes é a espera por “encaixe” nas agendas para realizar o procedimento, que ocorre quando algum procedimento é cancelado e, outras vezes, por atrasos nos horários agendados do procedimento.

Percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum

A etapa qualitativa do estudo consistiu na participação de oito sujeitos: sete mães e um pai de crianças na faixa etária de um mês a 13 anos.

As crianças foram submetidas aos seguintes procedimentos: passagem de sonda nasoenteral (SNE), gastrostomia, retirada de lesão, ressonância magnética (RNM), colocação de cateter e tomografia. A análise das entrevistas possibilitou a construção de duas categorias: comportamento da criança e do adolescente em jejum e reações dos pais frente ao período de jejum da criança e do adolescente.

Comportamento da criança e do adolescente em jejum

Durante o jejum, na espera para realizar o procedimento, alguns pacientes relataram que sentiram fome e sede durante este período. Os pais também relatam que as crianças pedem para comer ou beber algo, mas o que podem fazer é dizer que não pode. Há também crianças que são amamentadas no peito e se manifestam procurando o seio materno.

Aí é fome, é o estresse de esperar. (S2)

Ele fica procurando... Procurando o seio e não acha. (S1)

Ela pede água, pede pra comer. [...] A mãe diz “não pode”. (S7)

Outras reações do organismo por causa do jejum também foram manifestadas, como garganta seca, dor de cabeça, tontura e fraqueza.

Me sinto mal. [...] A minha garganta fica seca. (S7)

Ela até meio que começou a passar mal, com dor de cabeça, ficou tonta... Ela fica muito fraca. (S5)

Uma pesquisa realizada no Canadá, envolvendo 152 adolescentes de 13 a 19 anos, avaliou 50% destes com jejum após a meia noite e outros 50% com jejum de três horas para líquidos claros. Os autores concluíram que a ingestão de líquidos claros por adolescentes saudáveis não afeta o conteúdo gástrico, além de reduzir a sede e a fome (SPLINTER; SCHAEFER, 1991).

Quando questionado aos pais e crianças sobre o comportamento delas durante o período de jejum, a maioria utilizou termos como: irritada, agitado, choroso, inquieto, estressado e nervoso. Algumas falas abaixo exemplificam estes comportamentos:

Ele ficou bem irritadinho, bem agitado, ficou choroso, inquieto. (S1)

Aí ele se irrita, ele não quer ficar... (em nenhuma posição). Ele não quer ficar na cadeira, ele não quer ficar no colo. (S2)

Ela fica mais agitada, chora mais. Fica meio estressada assim. (S4)

Alguns comportamentos diferentes dos citados acima, também foram evidenciados como:

“tava se puxando os cabelos de estressado”. (S2)

Em outro estudo realizado por Scarlett et al. (2002), os autores afirmam que o padrão de jejum pré-operatório conservador causa desconforto e, em alguns casos, o sofrimento dos pacientes, sendo desnecessário para aqueles sem fator de risco. A implementação de diretrizes mais liberais de jejum tem resultado na diminuição da irritabilidade, ansiedade, sede e fome no período pré-operatório. Crianças submetidas a períodos de jejum mais liberais ficam mais confortáveis e o período pré-operatório é mais bem tolerado.

Após o procedimento e a liberação da dieta, os pais citam os adjetivos “satisfeito” e “tranquilo” para caracterizar a criança neste momento:

Ficou satisfeito... Logo adormeceu. (S1)

Foi tranquilo. (S2)

Fica com o estomaginho cheio, não dá mais nada, passa rápido. (S4)

Pode-se perceber que a satisfação da criança está relacionada ao seu cuidado e o atendimento às suas necessidades imediatas como a fome.

Reações dos pais frente ao período de jejum da criança e do adolescente

Os pais também foram questionados quanto aos seus sentimentos frente à situação de jejum da criança/adolescente. Observou-se que se sentiram nervosos, impotentes, tristes e com pena da criança. Em situações mais extremas houve algumas mães que relataram ter chorado e que queriam dar mais conforto a criança. Nas falas abaixo pode-se conferir algumas verbalizações dos pais:

A gente fica nervosa, chora junto. O que eu vou fazer?... a gente se sente impotente. (S2)

A gente fica bem angustiada, triste... fica com pena. (S1)

Só queria que ela ficasse um pouco mais confortável. Ela tá tanto tempo sem comer, sem se alimentar. [...] Aí comecei a chorar. Fiquei desesperada, por que já tava demais... (S5)

Estes sentimentos estão relacionados ao comportamento de desconforto que a criança apresenta ao longo do período de jejum.

Também foi possível observar, no discurso de uma mãe, que este período não atinge somente os pacientes. A irritação e o estresse da criança durante o jejum acabam resultando também em estresse e cansaço dos pais. Apesar dos sentimentos e comportamento dos pais, eles demonstram saber da necessidade do jejum para que o procedimento possa ser realizado com segurança.

Ah, amanhã tomara que seja rápido, daí ele não tem aquele estresse. [...] Cansada, tu fica cansada... Aí a gente tem que aguentar no tranco ali com ele. (S2)

Mas quando é necessário, tem que deixar (em jejum). (S1)

A gente sabe que não pode dá a alimentação. [...] Por que é pro bem dele. (S2)

É natural que os pais apresentem cansaço e estresse, pois a criança em jejum mostra manifestações de irritação e choro exigindo mais atenção e paciência dos mesmos e, somado a isto, tem-se o longo período de internação hospitalar durante o qual, muitas vezes, os pacientes permanecem. As unidades pediátricas da instituição contam com o Grupo de Pais, que possibilita espaço e momentos para que a família possa compartilhar vivências, sentimentos e experiências, auxiliando o enfrentamento destas situações (ISSI et al., 2007).

O conhecimento das reações de um filho é observado quando uma mãe cita que o choro da criança é de fome e tenta lidar com a situação distraindo-a.

A gente já conhece o choro é diferente, é de fome. [...] Dá um jeito de distrair ela, pra ela ao ficar tão nervosa mesmo. Distrai um pouco até passar o tempo. (S4)

O choro do bebê é uma forma de comunicação dele com as pessoas ao seu redor. Os pais reconhecem o choro do bebê, seja ele de fome, frio ou de outras necessidades. Sabendo disso, no caso da criança em jejum, tentam a distração como método para deixar a criança mais confortável. Durante as entrevistas, vimos que o choro é mais comum nos lactentes e crianças pequenas, os adolescentes não apresentam mais essa manifestação durante o jejum.

Alguns pais manifestaram, durante o seu discurso, a insatisfação quanto ao tempo de espera para realizar o procedimento, resultando num tempo maior em que a criança/

adolescente permaneceu em jejum. Foi citada também a falta de comunicação e de compromisso em realizar o procedimento deixando a criança desnecessariamente mais tempo em jejum.

Ela ficou 15 horas sem comer, foi bem complicado... Erro do pessoal da recepção lá do bloco. [...] A única coisa que eu achei de ruim... Não sei o que foi. Falta de atenção, de comunicação. Mas foi errado! (S5)

Eles podiam dizer tal hora vamos fazer e daí fazer. Não vim avisar: "Eu vou fazer" e não vim fazer. (S7)

Demora pra fazer o procedimento, aí é pior ainda. [...] Só que eles demoram muito... E eles não chamam nunca, nunca. (S3)

De acordo com os direitos da criança e do adolescente hospitalizados (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995), os mesmos têm o "direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos". Kendrick e Taylor (2000) definem como abuso do sistema a prestação inadequada dos serviços de saúde infantil, não atendendo as suas necessidades. Assim, caracteriza-se como negligência institucional desencadear desconforto e sintomas clínicos por períodos desnecessariamente longos de jejum.

Conclusão e Recomendações

O estudo avaliou as rotinas de jejum a que os pacientes internados nas unidades pediátricas estão sendo submetidos. Os resultados apontam que as crianças e adolescentes têm permanecido em jejum por tempo maior do que o necessário, gerando irritabilidade e desconforto ao paciente. A literatura tem evidências de que estes períodos podem ser reduzidos, desde que seja avaliado o risco para cada paciente.

Denota-se a importância da revisão dos períodos de jejum necessários para os procedimentos, através da elaboração de rotinas, que possam ser seguidas pela equipe multidisciplinar, tanto onde o procedimento será realizado quanto pela equipe de enfermagem e o serviço de nutrição nas unidades pediátricas.

Conclui-se, também, que, além dos longos períodos de jejum, outro fator contribuinte de estresse para o paciente e a sua família são os atrasos ou cancelamentos de procedimentos e a ausência de hora pré-determinada para a sua realização. Ressalta-se a necessidade de rever a prática de marcação dos procedimentos como “encaixes” na agenda.

Acredita-se que, frente à sensibilização da equipe administrativa da instituição e a criação de um espaço exclusivo para a realização de procedimentos para a criança e o adolescente, muitos procedimentos deixariam de serem suspensos, diminuindo o estresse da criança hospitalizada e da família e qualificando o cuidado das mesmas.

Observa-se que as crianças e adolescentes estão sujeitos aos desconfortos causados pelo jejum prolongado, gerando preocupação nos pais.

Na literatura nacional encontram-se poucos artigos que tratam dessa temática. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de estudos quanto às rotinas de jejum pré e pós-procedimentos nas instituições de saúde brasileiras.

Referências

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. 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: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. **Rev. Anesthesiology**, Park Ridge, v. 114, n. 3, p. 495-511, 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/anesthesiology/fulltext/2011/03000/practice_guidelines_for_preoperative_fasting_and.13.aspx>. Acesso em: 30 nov. 2012.

BRADY, M. C. et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. **Cochrane Database of Systematic Rev.**, Oct. 2009. Disponível em: <<http://www.epistemonikos.org/pt/documents/442a4feb159a452f7832808cea8b818b2254c99c>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei 9610 de 19 de fevereiro de 1998**. Lei Dos Direitos Autorais. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995**. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Brasília: Ministério da Justiça, 1995.

CORREIA, M. I. T. D.; SILVA, R. G. da. Paradigmas e evidências da nutrição perioperatória. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 342-347, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912005000600012&lng=pt&userID=-2>. Acesso em: 16 nov. 2012.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis : Vozes, 2008.

ISSI, Helena Becker et al. Em foco a família: a construção de uma trajetória da enfermagem pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 39-42, 2007. Disponível em: <<http://www.aafesp.org.br/biblioteca/AssistenciaEnfermagem/Artigo%20A%20familia%20em%20foco.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

KENDRICK, A; TAYLOR, J. Hidden on the ward: the abuse of children in hospitals. **J Adv Nurs.**, v. 31, n. 3, p. 565-73, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718875>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, N. R. R.; BERNARDES, N. M. G. A dor do corpo e o sofrimento da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica. In: MOTTA, Maria da graça Corso da; RIBEIRO, Nair Regina Ritter; COELHO, Débora Fernandes (organização). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 63- 86.

SPLINTER W. M.; SCHAEFER J. D. Ingestion of clear fluids is safe for adolescents up to 3 h before anaesthesia. **Br J Anaesth.**, v. 66, n. 1, p. 48-52, Jan. 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1997058>>. Acesso em: 21 jun. 2013.



Marsam Alves de Teixeira
Ana Paula Gossmann Bortoletti
Beatriz Waldman

Introdução

O Brasil vem passando por um processo de envelhecimento da população, premissa que revela a necessidade de uma adaptação do sistema de saúde para atender às necessidades, o Ministério da Saúde apresenta estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) que apontam que, de 1950 a 2025, o número de idosos no Brasil aumentará em quinze vezes, o que levará o país a ocupar o sexto lugar em número de idosos INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Com o crescimento do número de idosos, surgem problemas de saúde que se apresentam com maior frequência nesse grupo de indivíduos, uma vez que se mostram mais suscetíveis a algumas doenças. Esses problemas de saúde podem comprometer a qualidade de vida do idoso e de seus familiares, pois podem interferir nos hábitos de vida e no cotidiano das pessoas.

Segundo Knorst et al. (2002, apud Souza et al., 2009), um dos principais problemas de saúde pública em países em desenvolvimento refere-se ao atendimento do idoso, pois as precárias condições socioeconômicas acarretam inúmeras afecções, perda de independência e dificuldade de adaptação do idoso, o que muitas vezes os conduz ao isolamento social. Sendo assim, concluímos que países como o Brasil devem