

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DANIELA CRUZ CORRÊA

**Jejum pré e pós-procedimento – duração e percepção da
criança/adolescente e sua família**

Porto Alegre
2013

DANIELA CRUZ CORRÊA

**Jejum pré e pós-procedimento – duração e percepção da
criança/adolescente e sua família**

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nair Regina Ritter
Ribeiro

Porto Alegre
2013

RESUMO

Durante a internação hospitalar muitas crianças e adolescentes são submetidos a procedimentos invasivos e/ou cirurgias para os quais necessitam permanecer sem ingerir nada por via oral durante algum tempo antes da sua realização e, eventualmente, após este também. O período de privação de ingestão por via oral também é conhecido como jejum. A literatura, portanto, tem evidências de que o período de jejum pode ser reduzido, contribuindo, deste modo, para o bem-estar do paciente. Este estudo tem por objetivos: identificar os períodos de jejum pré e pós-procedimentos aos quais os pacientes pediátricos e adolescentes estão sendo submetidos; descrever tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente; conhecer e descrever as percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum. Estudo quantitativo e qualitativo, realizado nas unidades pediátricas de um hospital geral, no mês de maio de 2013. Dados coletados de prontuários e entrevistas semiestruturadas. Foi aprovado pelo Comitê de ética da instituição (nº 130147). Os resultados apontam para tempo desnecessário de jejum vivenciado pelas crianças e adolescentes hospitalizados, gerando desconforto e aumento do estresse das crianças e familiares. Conclui-se que não há uma padronização deste tempo para a realização de procedimentos na instituição. Sugere-se a revisão da rotina de jejum nas unidades pediátricas, diminuindo o tempo desnecessário deste. Ressalta-se a importância da necessidade de realizar mais estudos sobre a temática com vista na implantação de rotinas de jejum pré-procedimentos.

Descritores: Pediatria. Jejum. Procedimento. Hospitalização.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Recomendações para jejum pré-operatório segundo a ASA Task Force on Preoperative Fasting.....	6
Gráfico 1 - Período de jejum pré-procedimentos dos pacientes do estudo.....	14
Gráfico 2 - Distribuição de pacientes e a média de tempo (minutos) entre a liberação do e o recebimento da dieta.....	16
Gráfico 3 - Distribuição dos procedimentos e o tempo (horas) médio de jejum.....	17
Quadro 2 - Distribuição da idade do paciente, procedimento realizado e o tempo de jejum....	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo geral.....	5
2.2 Objetivos específicos	5
3 REVISÃO DA LITERATURA	6
3.1 Jejum pré e pós-procedimento	6
3.2 Reações da criança e do adolescente frente ao processo de internação	7
4 MÉTODO	9
4.1 Tipo de estudo	9
4.2 Campo	9
4.3 População e amostra	10
4.4 Coleta dos dados	11
4.5 Análise dos dados	11
4.6 Aspectos éticos	11
5 RESULTADOS	13
5.1 Períodos de jejum pré e pós- procedimentos	13
5.2 Tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente	16
5.3 Percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum	19
5.3.1 Comportamento da criança e do adolescente em jejum	19
5.3.2 Reações dos pais frente ao período de jejum da criança e do adolescente.....	21
6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	23
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A - Instrumento da coleta de dados quantitativos	29
APÊNDICE B - Instrumento da coleta de dados: entrevista semi-estruturada	30
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	31
ANEXO A- Carta de aprovação COMPESQ- EENF.....	32
ANEXO B - Carta de aprovação GPPG –HCPA.....	33
ANEXO C - Carta de aprovação CEP- HCPA	34
ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	37
ANEXO E - Planilha de controle do paciente pediátrico – relatório de enfermagem	38
ANEXO F - Comunicação ao Serviço de Nutrição e Dietética	40

1 INTRODUÇÃO

Durante a internação hospitalar muitas crianças e adolescentes são submetidos a procedimentos para os quais necessitam permanecer sem ingerir nada por via oral durante algum tempo antes da sua realização e, eventualmente, após este também. O período de privação de ingestão por via oral, também conhecido como jejum, tem sido uma preocupação do Programa para Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente hospitalizados (PDDCAH) de um hospital de Porto Alegre, visto que foi identificado períodos prolongados de jejum.

O PDDCAH trata dos direitos da criança hospitalizada avaliando e identificando as rotinas e processos institucionais, bem como as atitudes individuais que não estejam atendendo os melhores interesses ou desrespeitando os direitos destes pacientes na instituição (HCPA, 2010). Entre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados salienta-se o “direito e proteção à vida e a saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação” (BRASIL, 1995).

O PDDCAH tem como uma das propostas fazer a revisão da rotina de jejum das crianças e adolescentes internados neste hospital. Também durante as atividades acadêmicas nas unidades pediátricas deste hospital, nota-se que os pacientes permanecem muitas vezes por longos períodos em jejum.

Entende-se como jejum pré e pós-procedimentos, um período de longas horas sem ingestão de qualquer tipo de alimento, tanto líquidos, quanto sólidos. No contexto hospitalar, durante esse período, algumas vezes, permite-se apenas a ingestão oral de medicações com pequenos goles de água.

Neste estudo, consideraremos como procedimentos: exames laboratoriais, exames de imagem, cirurgias, entre outros. Também utilizaremos o termo jejum como descrito na literatura. No ambiente hospitalar, normalmente, trata-se como NPO, ou seja, “nada por via oral”.

Nesse período observa-se uma irritação da criança que pode ser atribuída à fome devido aos períodos em que permanece sem ingestão alimentar. Além dessas manifestações, segundo Correia e Silva (2005), esse tempo é suficientemente longo do ponto de vista metabólico, levando a depleção do estoque de glicogênio, o que tem impacto na resposta orgânica ao estresse, além de gerar desconforto a vários pacientes.

Acompanham as manifestações destes pacientes, os questionamentos das famílias, na maioria das vezes das mães, sobre a necessidade destes longos períodos de jejum a que seus filhos são submetidos.

A prática utilizada de extensos períodos de jejum pré e pós- procedimentos pode resultar em complicações para os pacientes, além do desconforto de muitas horas sem se alimentar. A literatura, portanto, tem evidências de que o período de jejum pode ser reduzido, contribuindo, deste modo, para o bem- estar do paciente.

A antiga orientação "nada por boca após meia-noite" tem sido substituída por períodos menores de jejum pré-operatório. Existem vários benefícios quando pacientes, principalmente as crianças, ingerem líquidos antes da anestesia, incluindo aumento da satisfação e diminuição da irritabilidade, aumento do pH gástrico, diminuição do risco de hipoglicemia, lipólise e desidratação (MORO, 2004, p. 263).

A prática de manter os pacientes em jejum prolongado vem sendo aplicada desde quando as técnicas anestésicas eram rudimentares. Esta rotina sugere que os mesmos estejam com o estômago vazio na hora da indução anestésica prevenindo a aspiração broncopulmonar, que pode ser provocada por vômitos (OLIVEIRA, 2009).

Atualmente existem recomendações mais liberais da *American Society of Anesthesiologist* – ASA (2011) quanto ao tempo de jejum necessário e a liberação de certos 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 que o necessário gerando irritabilidade e desconforto ao paciente.

Este trabalho torna-se relevante ao fornecer subsídios ao cuidador para propor alterações no cuidado à criança e ao adolescente, podendo contribuir com o cuidado integral e o bem-estar da criança e do adolescente e, deste modo, aumentando a sua satisfação, diminuindo a sua irritabilidade e reduzindo a necessidade de a equipe de enfermagem ter de atender as intercorrências relacionadas ao jejum.

Constata-se também, na prática, que o tempo de jejum é variado. Portanto, não há uma padronização deste tempo, o que nos leva a questionar *qual o tempo de jejum que o paciente tem permanecido para a realização de procedimentos? E qual a percepção destas crianças e adolescentes e/ou seus familiares sobre o tempo permanecido em jejum?*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever como as crianças e adolescentes vivenciam o jejum, necessário para algum procedimento, durante a hospitalização.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os períodos de jejum pré e pós- procedimentos aos quais os pacientes pediátricos e adolescentes estão sendo submetidos;
- b) Descrever tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente;
- c) Conhecer e descrever as percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Jejum pré e pós-procedimento

A realização do jejum pré- procedimentos têm como objetivos a redução do risco de aspiração broncopulmonar e suas complicações em consequência do resíduo gástrico no momento do procedimento por causa da indução anestésica.

A *American Society of Anesthesiologist- ASA* (2011), através da força tarefa, realizou um relatório em que constam as diretrizes com enfoque nas recomendações para o jejum pré-operatório e para a administração de agentes farmacológicos que modificam o volume e a acidez do conteúdo gástrico. As diretrizes fornecem recomendações básicas que são baseadas pela revisão da literatura e de opinião de especialistas. Referem-se à população de pacientes saudáveis, de todas as idades e submetidos a procedimentos eletivos. As recomendações não se aplicam ou podem ser modificadas para pacientes com maiores riscos por doença coexistente que dificulta o esvaziamento gástrico ou condições que possam afetar o mesmo.

As recomendações estão resumidas a seguir (quadro 1):

- 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.

Quadro 1 - Recomendações para jejum pré-operatório segundo a ASA Task Force on Preoperative Fasting.

Alimento ingerido	Jejum mínimo (h)
Líquido sem resíduos	2
Leite materno	4
Fórmula infantil	6
Leite não materno	6
Dieta leve	6

Fonte: *American Society of Anesthesiologist* (2011)

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 em torno do terceiro ou quarto dia pós-operatório (CORREIA; SILVA, 2005). Outros tipos de procedimentos não exigem estes cuidados, como hemograma e entre outros, logo espera-se que a dieta seja liberada imediatamente após este.

3.2 Reações da criança e do adolescente frente ao processo de internação

Em algumas circunstâncias, por motivos de doença, a criança necessita de internação hospitalar. Sabe-se que o hospital é um ambiente desconhecido para a criança e para a maioria delas, pode gerar situações de “medo e ansiedade, levando-a a apresentar novas necessidades sociológicas, físicas e afetivas” (GOMES et al., 2011, p. 65).

Durante a hospitalização a criança e seu familiar/ acompanhante vivenciam situações de estresse, que estão “associados à gravidade da doença, à negligência do cuidador ou à cautela e negligência dos serviços médicos” (MELO; MARCON; UCHIMURA, 2010, p. 570).

Os autores Duarte, Zanini e Nedel (2012) afirmam que é de extrema importância o papel da equipe de enfermagem para lidar com os pais, relacionando a sensibilidade ao conhecimento teórico, com a finalidade de oferecer uma assistência qualificada e humanizada.

É indiscutível que o enfermeiro está mais próximo à criança e à família e que possui uma visão mais ampla das necessidades de saúde da criança. Já a família da criança, também ocupa uma posição fundamental na promoção da saúde e por isso torna-se imprescindível que o profissional de saúde ouça suas dúvidas, valorize sua opinião e incentive sua participação em todo o processo de cuidar durante a hospitalização (MURAKAMI; CAMPOS, 2011, p.255).

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 se necessitam realizar algum procedimento, são obrigadas a jejuar, portanto, diminuindo o volume e a acidez do conteúdo estomacal, dessa maneira reduzindo o risco de aspiração e de regurgitação do conteúdo gástrico durante a cirurgia. Segundo Brady et al. (2009), os desenvolvimentos recentes têm incentivado uma mudança de política no padrão "nada por via oral" para regimes de jejum mais relaxados e esta “prática tem sido

lenta a mudar devido a questões relacionadas com a duração de um jejum total, o tipo e a quantidade de ingestão permitida”.

Yurtcu et al. (2009) realizaram um estudo com o objetivo de investigar se a criança pode ser submetida à cirurgia após a alimentação e mantendo um período reduzido de jejum. Os autores estudaram oitenta crianças, entre 1 e 10 anos, elas foram divididas em grupos e algumas ingeriram alimentos líquidos normais e outras, uma dieta de alto teor calórico de 2h a 5h antes da cirurgia, em duas doses a cada 6h. Em todos os grupos, pré-albumina, glicose e níveis de cortisol no sangue foram medidos duas vezes: logo após a ingestão por via oral e antes da operação. O estudo revelou que a glicose alterou-se tanto nos grupos que ingeriram líquidos normais quanto nos grupos que ingeriram alto teor calórico. Não houve alterações significativas nos níveis de cortisol e pré- albumina. Os autores concluíram que o estresse da cirurgia pode ser tolerado por crianças quando elas são alimentadas até 2 h antes da cirurgia eletiva.

Em outro estudo realizado por Schreiner, Keon e Triebwasser (1990), foi comparado o volume de fluido gástrico e pH em dois grupos de crianças, um dos quais era permitido líquidos claros até 2 horas antes da cirurgia (grupo de estudo) e os outros seguiram as ordens de rotina de jejum pré-operatório (grupo controle). Não limitou-se a quantidade de líquido claro para o grupo de estudo, com exceção que da última ingestão, 2 horas antes da cirurgia, em aproximadamente 2 litros de líquidos claros. Através de uma escala analógica os pais dessas crianças, que tinham o jejum menos prolongado, avaliaram seu comportamento como menos irritado e afirmaram ter tido uma experiência geral no pré- operatório melhor em comparação com os pacientes controle, os quais mantiveram o jejum prolongado.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo misto, tipo exploratório sequencial, que caracterizou-se pela “coleta e análise de dados quantitativos em uma primeira fase de pesquisa, seguidas de coleta e análise de dados qualitativos em uma segunda fase que é desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais” (CRESWELL, 2010, p. 247). Dessa forma, o estudo foi realizado em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. A etapa quantitativa foi prospectiva com corte temporal das situações de jejum as quais são submetidas às crianças e os adolescentes internados em Unidades Pediátricas. Na etapa qualitativa se buscou a percepção da criança e adolescente ou de sua família sobre o período de jejum.

4.2 Campo

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)– RS. Este é um hospital governamental, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem por finalidades ensino e pesquisa, mas que desempenha papel importante na assistência à saúde em nível terciário dentro do Sistema Único de Saúde.

O Serviço de Enfermagem Pediátrica possui quatro Unidades Pediátricas: Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste (3º leste), 10º sul, 10º norte e Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP). Segundo o relatório anual do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2011) as unidades se caracterizam da seguinte forma:

- 10º Norte consta de 32 leitos e atende crianças na faixa etária de 29 dias a 06 anos incompletos, neonatos com patologias pediátricas, crianças com idade de até 14 anos que necessitam de isolamento ou crianças com estatura menor que 110 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços.
- 10º Sul possui 34 leitos. Nesta unidade internam crianças de 29 dias a 14 anos de idade incompletos, sendo por vezes necessária a internação de crianças com menos de 2 meses e mais de 14 anos, dependendo de particularidades inerentes a faixa etária infantil.

- 3º Leste possui 25 leitos. A faixa etária atendida é de dois meses a 18 anos incompletos. Caracteriza-se ainda como unidade de cuidados semi-intensivos, devido à instabilidade peculiar da criança hemato-oncológica.
- UTIP possui 13 leitos divididos em duas áreas físicas contíguas: UTIP 1 (5 boxes individuais), e UTIP 2 (8 leitos). A faixa etária das crianças compreende de 28 dias a 14 anos, atendendo também crianças com menos de 28 dias a adolescentes de até 18 anos.

4.3 População e amostra

A população foi constituída pelos pacientes internados nas unidades de internação pediátrica ao longo do mês de maio.

A amostra foi composta por 91 pacientes que permaneceram em jejum no período pré e/ou pós-procedimentos.

Na etapa qualitativa participaram 8 sujeitos e os mesmos foram nomeados pela letra “S” seguido de um número, conforme a ordem sequencial da entrevista (S1, S2...). Utilizou-se como princípio, para definição do número de participantes, o critério de saturação de dados, 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).

Critérios de inclusão: Na etapa quantitativa, foram incluídas todas as crianças e adolescentes que foram submetidas a algum procedimento que tenha exigido um período de jejum antes ou depois do mesmo. Para a etapa qualitativa foram incluídos os pacientes com capacidade de responder aos questionamentos, assim como o familiar ter permanecido com a criança no período de jejum.

Critérios de exclusão: Na etapa qualitativa, foram excluídos do estudo, todas as crianças, adolescentes e seus familiares que tinham dificuldades de entendimento. Assim como, todos aqueles que se recusaram participar do estudo.

4.4 Coleta dos dados

Na etapa quantitativa, foram analisados os prontuários dos pacientes que foram submetidos ao jejum pré e/ou pós- procedimentos e os dados transcritos para uma planilha (Apêndice A).

Na etapa qualitativa, foi realizada entrevista semiestruturada (Apêndice B) com a criança, adolescente e/ou seus familiares. Para Minayo (2008), através da entrevista semiestruturada, o entrevistado tem a possibilidade de falar sobre os fatos sem se prender a questão indagada.

As informações obtidas serão usadas apenas para a elaboração da pesquisa. O áudio das entrevistas foi gravado e feito a transcrição dos dados. Os arquivos de áudio ficarão guardados durante cinco anos e depois serão apagados, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada através da estatística descritiva sintetizando e descrevendo os dados por meio de médias e porcentagens (POLIT; BECK, 2011, p. 430).

Através da análise de conteúdo temática proposto por Gomes (2008) foram analisados os dados qualitativos, conforme as seguintes etapas:

- leitura compreensiva do conjunto de material selecionado - nesta etapa busca-se ter uma visão do conteúdo e compreender as particularidades do material;
- exploração do material - nesta etapa procura-se ir além do explícito. E se segue as seguintes etapas: identificação e problematização das ideias, busca de sentidos mais amplos atribuídos às ideias, e diálogo entre as ideias problematizadas, informações de outros estudos e referencial teórico do estudo;
- elaboração de uma síntese interpretativa - nesta etapa, procura-se fazer uma articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF) (Anexo A) sob número 24260, pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA) sob número 130147 (Anexo B) 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 (Anexo C).

Para a utilização dos dados dos prontuários dos pacientes foi preenchido e assinado pelas autoras o Termo de Compromisso para Uso de Dados Institucionais, conforme norma da instituição (Anexo D).

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo e quando concordaram foi entregue aos participantes duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

5 RESULTADOS

Os dados quantitativos foram coletados dos registros da equipe de enfermagem realizados na planilha de controle do paciente (Anexo E) e de informações verbais da equipe de enfermagem. Cada paciente possui uma planilha de controle onde são registrados por turno (manhã, tarde e noite) os horários das medicações, da aceitação da dieta, início do jejum e término do mesmo e a hora da comunicação da liberação da dieta para o paciente. Também são registrados dados da rotina do paciente como encaminhamentos e retornos de procedimentos entre outros.

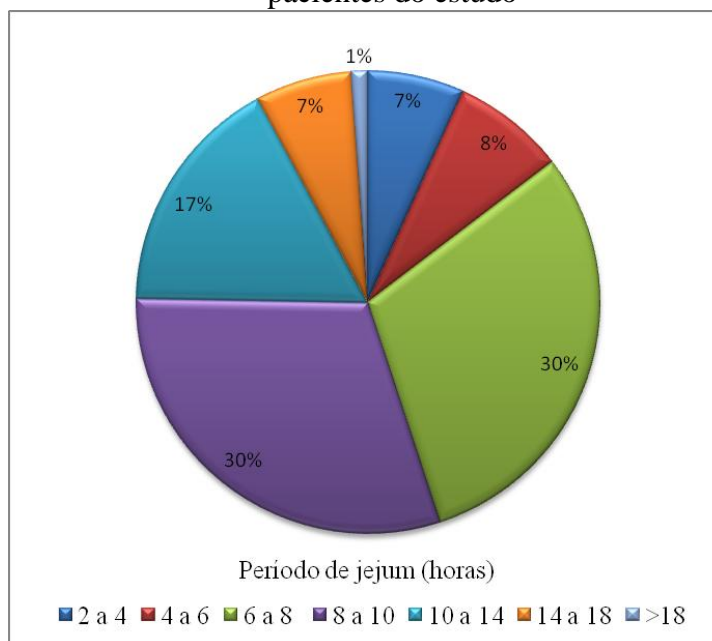
O processo de trabalho quando o paciente internado nas unidades pediátricas necessita realizar algum procedimento com sedação e ou anestésica é da seguinte forma: primeiramente a equipe médica prescreve o tempo de jejum para o procedimento a ser realizado. Na sequência comunica a equipe de enfermagem quanto ao procedimento que o paciente irá realizar e o tempo de jejum que ele deve permanecer. A equipe médica e a de enfermagem comunicam o paciente e seu responsável da necessidade do jejum. A equipe de enfermagem é a responsável por comunicar o jejum ao Serviço de Nutrição. A maioria dos pacientes recebe hidratação endovenosa a partir do início do jejum. Ao ser chamado para o procedimento, a equipe de enfermagem deve comunicar o “encaminhamento” do paciente, ao setor do procedimento, via sistema evoluindo no prontuário online do mesmo.

5.1 Períodos de jejum pré e pós- procedimentos

Identificou-se o tempo de jejum em 91 de pacientes internados, na faixa etária de 1 mês a 18 anos, no HCPA no mês de maio de 2013. Três prontuários não foram localizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (Samis) do HCPA. O estudo foi composto por 88 pacientes, representando 97% da população do estudo.

O gráfico 1, apresenta o período de jejum que os pacientes pediátricos e adolescentes permaneceram para a realização de procedimentos.

Gráfico 1 - Período de jejum pré-procedimento dos pacientes do estudo



Fonte: Elaborado por Daniela C. Corrêa, 2013

Constata-se que 7% (6) dos pacientes realizaram um período de jejum de 2 a 4 horas. A ASA (2011) permite que até duas horas antes do procedimento o paciente pode ingerir líquidos sem resíduos e até 4 horas antes, leite materno. Outros 7% (6) dos pacientes permaneceram em jejum de 4 a 6 horas, a literatura recomenda a ingestão de fórmula infantil, leite não materno e dieta leve até 6 horas antes do procedimento.

No Reino Unido uma revisão sistemática de literatura avaliou os diferentes períodos de jejum assim como o impacto sobre as complicações pré-operatórias e bem-estar do paciente pediátrico. Os autores do estudo concluíram que não há evidências de que as crianças com jejum de líquidos de 6 horas no pré-operatório se beneficiam em termos de volume intra-gástrico e pH em comparação com crianças para os quais foram permitidos líquidos ilimitados até 2 horas antes da cirurgia. Os pacientes pediátricos que tinham a ingestão de líquido ilimitado no pré-operatório tiveram uma experiência mais confortável em termos de sede e fome. Os autores ressaltam que esta prova só se aplica a crianças que são consideradas de risco normal de aspiração/regurgitação durante a anestesia (BRADY et al., 2009).

Outro estudo realizado no Canadá, que corrobora com o estudo anterior, avaliou dois grupos controle de crianças de 2 a 12 anos, apontou que ingestão de líquidos transparentes ilimitados até 2 horas antes da cirurgia eletiva não prejudicam o conteúdo gástrico de crianças saudáveis (SPLINTER; SCHAEFER, 1990).

Verificou-se que 30% (27) da amostra do estudo permaneceram em jejum por um período de 6 a 8 horas e outras 30% (27) em um período de 8 a 10 horas. Outro dado apontado

foi que 17% (15) dos pacientes permaneceram em jejum de 10 a 14 horas. Há crianças que permaneceram de 14 a 18 horas sem se alimentar, representando 7% (6) da população. E 1% (1) permaneceu em jejum por mais de 18 horas.

Durante o estudo identificou-se que diversas crianças iniciaram o jejum após a meia-noite, não sendo tolerado após este período, 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, com a consideração de certas condições e contra-indicações. Segundo Scarlett et al. (2002), esta prática advém do “medo de aspiração do conteúdo gástrico e suas consequências fatais em pacientes e fez com que muitos médicos, especialmente anestesistas, seguissem rigidamente padrões conservadores (ou seja, prolongado) de jejum no pré-operatório”.

O Departamento de Anestesia e Cuidados Intensivos do Reino Unido avaliou a prática atual de jejum mínimo para líquidos claros e sólidos/leite, através de uma pesquisa postal, com os membros da Associação de Anestesistas Pediátricos do Reino Unido. Concluíram que os fatores de risco para os pacientes dependem da “experiência” do anestesista pediátrico. Para os mais experientes os fatores de risco são hérnia de hiato, a intubação difícil e paralisia cerebral. Enquanto para os anestesistas com menos de 10 anos de experiência, os fatores são: aspiração anterior e insuficiência renal (ENGELHARDT et al., 2001).

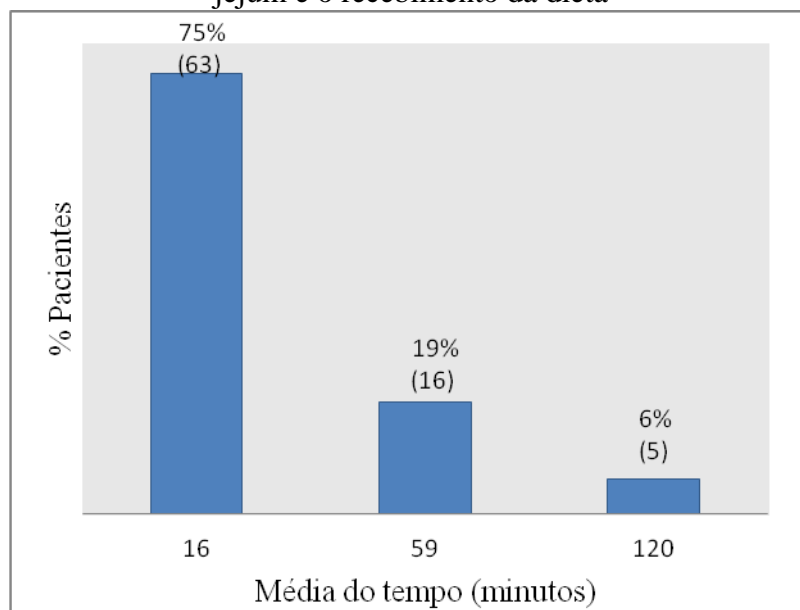
Os períodos do pós-procedimento não foram possíveis de serem computados, pois a maioria dos pacientes não há registros no prontuário da hora de início e término do procedimento. Os dados ficaram restritos à hora do encaminhamento e retorno do procedimento. Portanto, os dados não seriam fidedignos em relação ao ocorrido. Em alguns procedimentos em que o paciente necessita ir para a sala de recuperação, sabe-se que é possível a liberação da dieta. Contudo, não foi localizado nos registros do prontuário de todos os pacientes este dado confirmando ou não à continuação do jejum.

A pesquisa também poderia ter abordado qual foi a última refeição que o paciente recebeu antes de iniciar o jejum. Desta maneira, teríamos mais evidências das práticas de jejum que os pacientes internados estão sendo submetidos. Contudo, não há rotina de orientações do tipo de dieta e períodos mínimos de jejum antes dos procedimentos.

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, há algumas exceções quanto à liberação da dieta como nos casos de pacientes em recuperação de sedação, procedimento

cirúrgico e/ou paciente clinicamente instável. O tempo de liberação da dieta após os procedimentos estão apresentados no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes e a média do tempo entre a liberação do jejum e o recebimento da dieta



Fonte: Elaborado por Daniela C. Corrêa, 2013.

A maior parte da amostra do estudo, que totaliza 75% (63) apresenta em média de 16 minutos entre a hora de liberação da dieta e recebimento da mesma. Consideramos esse este tempo adequado, em vista do processo de trabalho da unidade e do Serviço de Nutrição. Outros 19% (16) pacientes do estudo apresentaram em média 1 hora e outros 6% (5) 2 horas.

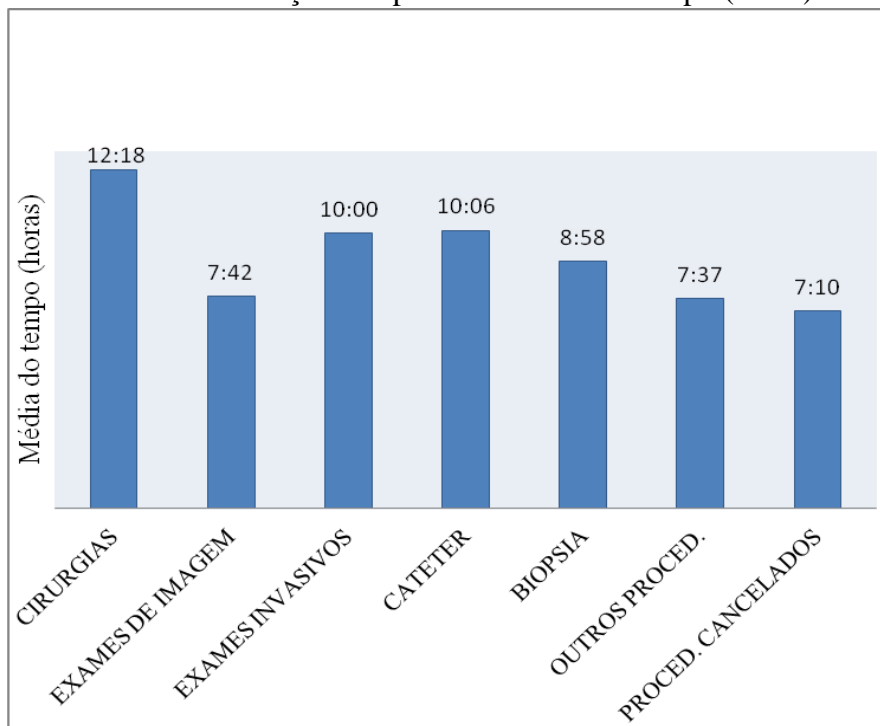
A equipe de enfermagem é a responsável por comunicar a liberação da dieta do paciente para a equipe de nutrição. A liberação é feita através de um formulário, “Comunicação ao Serviço de Nutrição e Dietética” (Anexo F), onde é preciso informar alguns dados do paciente como nome, leito, prontuário, dieta prescrita, idade, além da assinatura do profissional que está comunicando e a data. Em algumas unidades, além da comunicação escrita é necessário ligar para o Serviço de nutrição deixando uma gravação com os dados do paciente e o que se deseja para posteriormente a equipe de nutrição atender ao comunicado.

5.2 Tipo de procedimento e o tempo de jejum correspondente

Os pacientes pediátricos e adolescentes, que fizeram parte da amostra do estudo, apresentaram períodos variados de jejum para as diversas situações que exigiam o mesmo. O gráfico 3, apresenta os períodos de jejum conforme o procedimento. Os procedimentos foram agrupados conforme as categorias: cirurgias, exames de imagem, exames invasivos,

colocação/retirada de cateter, biopsia, “outros procedimentos” e procedimentos cancelados. Em “outros procedimentos” agregamos: radioterapia, “passagem” de sonda nasoentérica, doação de medula óssea e quimioterapia.

Gráfico 3 – Distribuição dos procedimentos e o tempo (horas) médio de jejum



Fonte: Elaborado por Daniela C. Corrêa, 2013.

Nota-se que as cirurgias são os procedimentos 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.

Nos EUA, Crenshaw e Winslow (2002) realizaram 155 entrevistas com pacientes de um hospital. Os autores afirmam que há uma defasagem entre a divulgação e a implementação das práticas de jejum que a ASA recomenda. Eles concluem que os pacientes estão permanecendo em jejum por um tempo significativamente maior que o recomendado pelas diretrizes da ASA e classificam como inapropriado o jejum pré-operatório de 12 a 14 horas sendo esta uma questão que exige atenção.

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 biopsia 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 quimio intra-tecal.

Uma pesquisa realizada em principais hospitais dos EUA e Canadá observou que não há uma prática de jejum uniforme para as crianças antes de cirurgias eletivas, mas há um acordo entre a maioria das instituições de que a ingestão de líquidos claros, 2 a 3 horas antes da anestesia geral é aceitável. A maioria também aceita uma restrição de 4 horas para o leite materno e uma restrição de 6 h para a fórmula láctea. Há uma grande diversidade entre as instituições sobre o jejum para sólidos em crianças, e muitos restringem a ingestão após a meia-noite (FERRARI et al., 1990).

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 horas 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 UTIP; falta de horário na agenda no local do procedimento; instabilidade clínica da criança; entre outros. Apenas 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 à comunicação do cancelamento do procedimento. A falha na comunicação ocorreu tanto entre as equipes médica, quanto entre as equipes médicas para as equipes de enfermagem.

Outro motivo que eleva a 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.

5.3 Percepções dos pacientes e seus familiares acerca do período de jejum

A etapa qualitativa do estudo consistiu na participação de 8 sujeitos: sete mães e um pai de crianças na faixa etária de 1 mês a 13 anos, internados nas unidades pediátricas do HCPA. Em três das entrevistas houve a participação da criança. As crianças e adolescentes participantes desta etapa necessitaram permanecer em jejum que variou de 2 a 15 horas. Em duas situações as mães optaram, por achar mais relevante, relatar o jejum de outra internação.

As crianças foram submetidas aos seguintes procedimentos: passagem de SNE; gastrostomia; retirada de lesão; ressonância magnética (RNM); colocação de cateter; tomografia. O quadro abaixo reúne a idade, o procedimento e o tempo de jejum.

Quadro 2- Distribuição da idade do paciente, procedimento realizado e o tempo de jejum

Idade	Procedimento	Tempo de jejum
1 mês	Passagem de SNE	3h
10 anos	Gastrostomia	8 h
1 mês	Retirada de lesão	4h
3 meses	RNM	7 h
13 anos	Colocação de cateter	10h
11 anos	Colocação de cateter	15h
7 anos	RNM	5h
7 anos	Tomografia	8h40min

Fonte: Fonte: Elaborado por Daniela C. Corrêa, 2013

A análise das entrevistas possibilitou a construção das categorias: comportamento da criança e do adolescente em jejum e reações dos pais frente ao período de jejum da criança e do adolescente.

5.3.1 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)

Eu fiquei com fome. (S5)

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

A fome é a sensação fisiológica que se sente quando o organismo necessita de reposição nutricional. A grelina, um hormônio liberado pelo estômago especialmente durante o jejum, age diretamente no cérebro fazendo com que a sensação de fome seja ativada (HALL; GUYTON, 2011).

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, fico 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 3 horas para líquidos claros. Os autores concluíram que a ingestão de líquidos claros por adolescentes saudáveis não afetam 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)
Ele ficou meio nervozinho, chorão, ficou sem ter mama. (S3)

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

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

Yurtcu et al. (2009) afirmam que o estresse da cirurgia pode ser tolerado por crianças quando elas são alimentadas até 2 h antes da cirurgia eletiva.

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 pacientes 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.

Fico satisfeito... Logo adormeceu. (S1)
Foi tranquilo. (S2)
Fica com o estomaginho cheio, não dá mais nada, passa rápido. (S4)

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

5.3.2 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. Observamos 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 podemos 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 de mais... (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. O momento de irritação e estresse da criança durante o jejum acaba 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 apresenta manifestações de irritação e choro exigindo mais atenção e paciência dos mesmos e somados a isto, tem-se o longo período que, muitas vezes, os pacientes permanecem internados. 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 que tem a participação de um enfermeiro (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 de um 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 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 que... 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 (1995), os mesmos têm o “direito a 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 negligencia institucional, desencadear desconforto e sintomas clínicos por períodos longos desnecessários de jejum.

6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O estudo avaliou as rotinas de jejum 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 que o necessário gerando irritabilidade e desconforto ao paciente. A literatura tem evidências 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 estressante 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, buscando qualificar o cuidado das mesmas.

Visando o bem estar das crianças e adolescentes e para que seus direitos sejam garantidos, o estudo será encaminhado ao PDDCAH já que a sua função é preventiva, educativa e resolutive.

Sugerimos que o processo de trabalho, no que se refere à liberação de dietas, nas unidades pediátricas seja revisto, uma vez que a informatização é uma realidade, facilitando e agilizando esse processo. Assim, quando a dieta do paciente é liberada pelo médico, ele a registra no prontuário online através do sistema. A informação estaria disponível tanto para a equipe de enfermagem quanto para o serviço de nutrição, que têm acesso ao sistema, não sendo necessário o trabalho de intermediação da enfermagem, o que aumenta o tempo para a liberação da dieta e o trabalho da enfermagem. Recomenda-se adequar o sistema de informação entre as equipes.

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

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

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei Dos Direitos Autorais. **Lei 9610 de 19 de fevereiro de 1998**. Brasília, 1988.

CORREIA, Maria Isabel Toulson Davisson; SILVA, Rodrigo Gomes da. Paradigmas e evidências da nutrição perioperatória. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6 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.

CRENSHAW, JT; WINSLOW, EH. Preoperative fasting: old habits die hard. **Am J Nurs**. 2002 May;102(5):36-44; quiz 45. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12006853>> Acesso em: 19 jun. 2013.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos quantitativo, qualitativo e misto**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; ZANINI, Lisiane Nunes; NEDEL, Maria Noêmia Birk. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v 33, n. 3, p. 111-118, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300015&tlng>. Acesso em: 14 de dezembro de 2012

ENGELHARDT, T et al. Aspiration and regurgitation prophylaxis in paediatric anaesthesia. **Paediatr Anaesth**. 2001 Mar;11(2):147-50. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11240870>> Acesso em: 22 jun. 2013.

FERRARI, LR et al. Preoperative fasting practices in pediatrics. **Anesthesiology**. Apr; 90(4):978-80. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10201666>> Acesso em: 22 jun. 2013.

GOMES, Giovana Calcagno. et al. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro: [s.ed.], p. 64- 69, jan/mar. 2011. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a11.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2012.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27, ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

HALL, John Edward; GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

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, 2007; 27(2). Disponível em: <<http://www.aafesp.org.br/biblioteca/AssistenciaEnfermagem/Artigo%20A%20familia%20em%20foco.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Relatório de serviço**. Porto Alegre: [s. Ed], 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Relatório de serviço**. Porto Alegre: [s. Ed], 2011.

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

MELO, Willian Augusto de; MARCON, Sonia Silva; UCHIMURA, Taqueto Teruya. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 18 (4): 565-71, out/dez. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a11.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27, ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MORO, Eduardo Toshiyuki. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Rev. Bras. Anesthesiol**, Campinas, v. 54, n.2, p. 261-275, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-942004000200014&lng=en>. Acesso em: 15 nov. 2012.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v 64, n. 2, p. 254- 260, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a06v64n2.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

OLIVEIRA, Kátia Gomes Bezerra de et al. A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 59, n. 5, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942009000500006&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 dez. 2012.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter; BERNARDES, Nara Magalhães Guazzelli. 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.

SCARLETT, M et al. Preoperative starvation and pulmonary aspiration. New perspectives and guidelines. **West Indian Med J**. 2002 Dec;51(4):241-5. Review. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12632641>> Acesso em: 22 jun. 2013.

SCHREINER, M.S.; TRIEBWASSER, A.; KEON, T.P. Ingestion of liquids compared with preoperative fasting in pediatric outpatients. **Anesthesiology**, Estados Unidos, 72(4), Apr. 1990. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2321772>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

SPLINTER, WM; SCHAEFER, JD. Unlimited clear fluid ingestion two hours before surgery in children does not affect volume or pH of stomach contents. **Anaesth Intensive Care**. Nov. 1990; 18(4):522-6. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2268019>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

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

YURTCU, Muslim et al. Effects of fasting and preoperative feeding in children. **World J Gastroenterol**, [S.l.], 15 (39), p. 4919-4922, Oct. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2764969/?tool=pubmed>>. Acesso em: 13 dez 2012.

APÊNDICE A - Instrumento da coleta de dados quantitativos

Horas da primeira refeição pós jejum					
Horas da prescrição de liberação do jejum					
Horas do procedimento					
Horas da última refeição					
Horas da prescrição do jejum					
Procedimento a ser realizado que necessita jejum					
Diagnóstico					
Idade					
Nome					
Dados N°					

APÊNDICE B - Instrumento da coleta de dados: entrevista semi-estruturada

Questões para nortear a entrevista:

A) Como foi/ está sendo para você/seu filho permanecer sem poder comer nada para fazer o procedimento?

B) Como foi para você/seu filho ficar sem comer nada após o procedimento?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando a senhora ou seu filho(a) a participar de uma pesquisa na qual será realizada uma entrevista. O estudo tem o objetivo de descrever como as crianças e adolescentes vivenciam o jejum, necessário para algum procedimento, durante a hospitalização. Esta pesquisa visa fornecer subsídios para propor alterações no cuidado à criança e ao adolescente, podendo contribuir com o cuidado integral e o bem-estar da criança e do adolescente, deste modo, aumentando a sua satisfação e diminuindo a irritabilidade e reduzindo a necessidade da equipe de enfermagem em atender intercorrências relacionadas ao jejum. Esse estudo está sendo conduzido pela aluna Daniela Cruz Corrêa sob orientação da Profª Drª Nair Regina Ritter Ribeiro da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, para a conclusão do curso de Enfermagem.

A participação consiste em responder verbalmente a entrevista proposta sobre jejum. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Os arquivos de áudio ficarão guardados durante cinco (5) anos e depois serão apagados, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

Não estão previstos riscos associados a sua participação como entrevistado.

Os direitos dos participantes serão preservados, uma vez que será mantido o anonimato, bem como estará assegurado o direito de retirar-se do estudo sem prejuízo ao atendimento recebido pelo paciente na instituição.

Esse documento foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Qualquer dúvida sobre a questão ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê através do telefone: (51) 3359.8304. Demais dúvidas e informações você poderá entrar em contato com Daniela Cruz Corrêa através do cel. (51) 9284-0909, ou com Nair Regina Ritter Ribeiro, através do número de telefone (51) 99794097.

Eu, _____ RG _____, aceito participar deste estudo. Declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada a respeito do objetivo da pesquisa; dos riscos e benefícios, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo a minha pessoa, a garantia de requerer resposta a qualquer dúvida e a segurança de que não serei identificado (a) no estudo.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do responsável

Data: ____/____/____

ANEXO A- Carta de aprovação COMPESQ- EENF

19/06/13

Sistema Pesquisa - Pesquisador

Pesquisador: Nair Regina Ritter Ribeiro**Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 24260**Título:** Jejum pré e pós- procedimento – duração e percepção da criança/ adolescente e sua família**Área do Conhecimento:** Enfermagem Pediátrica**Início:** 04/03/2013**Previsão de conclusão:** 28/06/2013**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Local de Realização: Comitê De Ética Em Pesquisa Do Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Projeto envolve aspectos éticos da categoria:** Projeto Em Seres Humanos**Objetivo:** Conhecer como as crianças e adolescentes vivenciam o jejum, necessário para algum procedimento, durante a hospitalização.**Palavras-Chave**

Enfermagem Pediátrica

Jejum

Pediatria

Equipe UFRGS**Nome:** Nair Regina Ritter Ribeiro**Participação:** Coordenador**Início:** 04/03/2013**Nome:** Daniela Cruz Corrêa**Participação:** Pesquisador**Início:** 04/03/2013**Anexos****Projeto Completo****Data de Envio:** 11/01/2013**Avaliações**

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 30/01/2013

[Visualizar Parecer](#)

ANEXO B - Carta de aprovação GPPG –HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130147

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

NAIR REGINA RITTER RIBEIRO

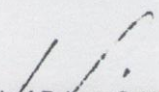
DANIELA CRUZ CORREA

Título: Jejum pré e pós-procedimento, duração e percepção da criança/adolescente e sua família

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 12 de abril de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA

ANEXO C - Carta de aprovação CEP- HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Jejum pré e pós-procedimento - duração e percepção da criança/adolescente e sua família

Pesquisador: Nair Regina Ritter Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13194113.8.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 242.333

Data da Relatoria: 03/04/2013

Apresentação do Projeto:

TCC da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Objetivo da Pesquisa:

Estudo quanti/qualitativo buscando identificar os períodos de jejum pré e pós- procedimentos aos quais os pacientes pediátricos e adolescentes são submetidos nas Unidades de atendimento pediátrico do HCPA, assim como avaliar qualitativamente o modo como o jejum é vivenciado por estas famílias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios pela ampliação do conhecimento na área. Pesquisadores descrevem que o estudo não tem riscos porém pode surgir desconforto ao abordar esse tema em uma família que está vivenciando um momento estressante de jejum.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta é interessante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

a) O TCLE é todo redigido como se um adulto fosse responder aos questionários e assinar (Estamos convidando você a participar de uma entrevista...) mas não se referem nunca ao -seu filho-. O TCLE deveria contemplar o fato da pesquisa ser a respeito da criança internada.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359-7640

Fax: (513)359-7640

E-mail: cephopa@hopa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



b) Ainda no TCLE, colocar o nome das pessoas para contato, ao invés de dizer - comigo- ou -minha orientadora-.

c) No início do termo o convite deveria ser para participar da pesquisa, não apenas para responder a entrevista.

d) Completar a frase sobre o direito de retirar-se do estudo sem prejuízo ao atendimento recebido pelo paciente na instituição, ao invés do prejuízo a pessoa.

RESPOSTA: Foram realizadas as seguintes adequações ao TCLE: convite à criança/ adolescente e/ou responsável pela mesma no momento da entrevista; inclusão dos nomes dos contatos (Daniela Cruz Corrêa e Nair Regina R. Ribeiro); no início do termo, modificamos o modo de fazermos o convite à criança e/ou responsável. Nós as convidamos a participar da pesquisa na qual será realizada uma entrevista; inclusão do restante da frase sobre o direito de retirar-se do estudo sem prejuízo ao atendimento recebido pelo paciente na instituição. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Os objetivos do projeto não respondem exatamente à hipótese. Sugiro re-escrever a hipótese.

RESPOSTA: Adequamos à hipótese conforme os objetivos do estudo. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) O cronograma está desatualizado.

RESPOSTA: Atualizado o cronograma. PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) Revisar TCLE, conforme comentários no item Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória.

RESPOSTA: O TCLE foi modificado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 26/03/2013 e demais documentos submetidos até a presente data) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá ser cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras. O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

PORTO ALEGRE, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Jejum pré e pós- procedimento – duração e percepção da criança/adolescente e sua família	Cadastro no GPPG 13-0147
--	--

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 06 de Março de 2013.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Nair Regina Ritter Ribeiro	
Daniela Cruz Corrêa	

ANEXO E - Planilha de controle do paciente pediátrico – relatório de enfermagem

Nome: _____


Leito: _____ Data: _____ Reg.: _____

Aux./Téc. _____

ENF-022-38617 - Gráfica HCPA - Jun/11

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM


CONTROLE DO PACIENTE PEDIÁTRICO



HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE, RS

Turno / Hora	Peso:		EIMT:							Controle Hídrico										
	Altura:		Sinais Vitais							Infundidos					Eliminados					
	N	M	T	N	FR	TAX	TA	DOR	SAT	VO	Soro	Med	Sang. Deriv.	Via Parenteral	Dilúse	Fazes	SNG	Coleta	Dreno	
01	07	13	19																	
02	08	14	20																	
03	09	15	21																	
04	10	16	22																	
05	11	17	23																	
06	12	18	24																	
Balanço Hídrico Parcial:																				
Total Infundidos =											BH:									
Total Eliminados =																				
Balanço Hídrico 24 horas																				
Total Infundidos =											BH:									
Total Eliminados =																				

ANEXO F - Comunicação ao Serviço de Nutrição e Dietética

	HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS	COMUNICAÇÃO AO SND
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO DE DIETA		
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE DIETA		
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE LEITO _____		
Nº PRONTUÁRIO: _____		
PACIENTE: _____		
IDADE: _____ PESO: _____		
QUARTO/LEITO: _____		
TRANSFERIDO DE: _____		
DIETA: _____		

FUNC. ENF.: _____		
FUNC. SND.: _____		
DATA: ____ / ____ / ____ HORA: _____		
ENF-071 - 241563 - gráfica hcpa - jul07		