

# AVALIAÇÃO E MANEJO DA SEDE EM CRIANÇAS NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS- ANESTÉSICA: ESTRATÉGIAS E TENDÊNCIAS



<https://doi.org/10.22533/at.ed.224122515046>

*Data de aceite: 05/06/2025*

### **Neiva Junkes Hoepers**

Mestre em Ciências da Saúde, Professora do Curso de Enfermagem e Membro do GP NEPIES\*. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma - SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-3731-9766>

### **Angélica Lima França**

Enfermeira Graduada em enfermagem na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma, SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0009-0008-5486-9162>

### **Armi Maria Martins**

Enfermeira Graduada em enfermagem na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma, SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0009-0009-0243-4367>

### **Valdemira Santana Dagostin**

Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Curso de Enfermagem e Membro do GP NEPIES\*. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma - SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-6269-9134>

### **Denise Macarini Teresa**

Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Curso de Enfermagem e Membro do GP NEPIES\*. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma - SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0003-0531-8360>

### **Maria Tereza Brasil Zanini**

Especialista em enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem e Membro do GP NEPIES\*. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma - SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0009-0005-2619-8443>

### **Magada Tessmann**

Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Curso de Enfermagem e Membro do GP NEPIES\*. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma - SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-7292-4526>

### **Ioná Vieira Bez Birolo**

Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem e Membro do GP NEPIES\*. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma - SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-6298-563X>

Mestre em Biociências, , Professora do Curso de Enfermagem e Membro do GP NEPIES<sup>\*</sup>.  
Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma - SC, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-8312-2334>

**RESUMO:** Objetivo: Analisar as dimensões e os fatores associados à sede em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), avaliando a eficácia das estratégias de manejo para o alívio desse sintoma. Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo e de campo, realizado em um hospital privado do sul de Santa Catarina. A amostra foi composta por 15 crianças, com idades entre 3 e 12 anos, submetidas a cirurgias pediátricas eletivas, nos meses de fevereiro e março de 2024. Resultados: Os dados evidenciaram alta prevalência da sede no pós-operatório infantil, sendo agravada por fatores como jejum prolongado, uso de anestésicos e procedimentos otorrinolaringológicos. A equipe de enfermagem desempenhou um papel essencial no manejo da sede, aplicando estratégias como picolé de gelo, spray mentolado e hidratante labial, proporcionando alívio e conforto aos pacientes. No entanto, identificou-se uma lacuna na orientação pré-anestésica sobre o protocolo, destacando a necessidade de maior envolvimento multiprofissional na preparação dos responsáveis. Conclusão: A capacitação dos profissionais de saúde e a implementação de medidas preventivas, como a redução do tempo de jejum, são fundamentais para melhorar a experiência pós-operatória das crianças. Destaca-se a relevância de protocolos otimizados, abordagem humanizada e atuação interdisciplinar, garantindo um cuidado seguro e eficaz. Além disso, novas pesquisas são necessárias para ampliar a visibilidade da enfermagem como protagonista na assistência ao paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sede. Pós-operatório. Enfermagem. Manejo. Jejum. Criança.

## ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF THIRST IN CHILDREN IN THE POST-ANESTHESIA CARE UNIT: STRATEGIES AND TRENDS

**ABSTRACT: Objective:** To analyze the dimensions and factors associated with thirst in children undergoing surgical procedures in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU), assessing the effectiveness of management strategies for symptom relief. **Methodology:** A qualitative, descriptive, and field study conducted in a private hospital in southern Santa Catarina. The sample consisted of 15 children, aged 3 to 12 years, who underwent elective pediatric surgeries in February and March 2024. **Results:** The data revealed a high prevalence of thirst in the postoperative period, exacerbated by factors such as prolonged fasting, use of anesthetics, and otorhinolaryngological procedures. The nursing team played a crucial role in thirst management, employing strategies such as ice pops, menthol spray, and lip moisturizer, which provided relief and comfort to patients. However, a gap in pre-anesthetic guidance regarding the protocol was identified, highlighting the need for greater multidisciplinary involvement in preparing caregivers. **Conclusion:** Training healthcare professionals and implementing preventive measures, such as reducing fasting time, are essential to improving children's postoperative experience. The importance of optimized protocols, a humanized approach, and interdisciplinary action is emphasized to ensure safe and effective care.

Additionally, further research is necessary to enhance the visibility of nursing as a key player in patient care.

**KEYWORDS:** Thirst, Postoperative, Nursing, Management, Fasting, Child.

## INTRODUÇÃO

A sede é um sintoma que impacta significativamente o bem-estar humano, caracterizando-se como a necessidade de ingestão de água para restaurar o equilíbrio hidroeletrólítico. Esse impulso pode ser desencadeado por fatores fisiológicos, hábitos alimentares, estímulos palatáveis ou a sensação de conforto na boca e garganta<sup>1,2</sup>. No contexto cirúrgico, a sede é um sintoma prevalente e relevante, demandando diagnóstico e manejo adequado no perioperatório. Estudos indicam que até 89,6% dos pacientes adultos e 89,5% das crianças experimentam sede nesse período, evidenciando seu impacto na experiência cirúrgica<sup>3</sup>.

Durante o cuidado pré-operatório, diversas medidas são adotadas para preparar o paciente para a cirurgia, incluindo descontaminação da pele, administração de medicamentos e preparo gastrointestinal, que usualmente exige restrição alimentar. O tempo recomendado de jejum varia conforme o estado clínico do paciente e o tipo de alimento ingerido. Para líquidos claros, recomenda-se um mínimo de duas horas antes do procedimento<sup>4</sup>. Apesar de essencial para prevenir a aspiração pulmonar, a extensão excessiva do jejum pode gerar desconforto significativo.

Pesquisas apontam que a ingestão de líquidos antes da cirurgia reduz a sede e a fome em crianças, tornando o processo mais tolerável. O jejum prolongado, além de ser desnecessário, pode agravar complicações como desidratação, náuseas, vômitos, resistência periférica à insulina, cetose e resposta metabólica exacerbada ao estresse cirúrgico. Crianças submetidas a períodos mais curtos de restrição alimentar demonstram menor desconforto, maior cooperação e sensação de segurança, o que contribui para a satisfação tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores<sup>5</sup>.

Durante o perioperatório, diversos fatores podem intensificar a sede em crianças, como o jejum prolongado, ansiedade, medo do desconhecido e o estresse gerado pelo procedimento. A interação entre estresse cirúrgico, náusea e hipoglicemia estimula a liberação do hormônio antidiurético (ADH), aumentando a sensação de sede. No intraoperatório, a intubação e o uso de medicamentos, como opioides e anticolinérgicos, promovem a desidratação da mucosa oral, resultando em boca seca e maior ativação do ADH<sup>2</sup>.

A sede perioperatória tende a ser mais intensa em crianças devido à sua rápida desidratação. Bebês e crianças possuem uma maior proporção de água corporal e um volume significativo no compartimento extracelular, tornando-os mais vulneráveis à perda hídrica<sup>4</sup>. Além disso, a identificação da sede nessa faixa etária pode ser desafiadora, pois

as crianças muitas vezes não conseguem expressar claramente o que sentem. A sede pode ser percebida por sinais físicos, como boca seca, lábios esbranquiçados ou movimentos frequentes de umidificação dos lábios<sup>2</sup>.

Diante desse cenário, é fundamental investigar e implementar estratégias eficazes para o manejo da sede em crianças durante o perioperatório, assegurando maior conforto e segurança. Diferentemente dos adultos, crianças frequentemente não compreendem a necessidade da restrição hídrica e vivenciam a situação com maior angústia e medo. Por isso, a equipe assistencial deve estar atenta aos sinais clínicos de sede e às percepções relatadas pelos pais e cuidadores, que conhecem melhor o comportamento infantil<sup>1</sup>.

Esse estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a sede em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, considerando fatores fisiológicos como jejum prolongado, uso de anestesia e intubação endotraqueal. Dessa forma, apresenta-se como questão norteadora: como a gestão da sede em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos pode impactar a mitigação do sintoma, promovendo benefícios como hidratação da mucosa oral, redução da irritabilidade e do choro?

O objetivo central deste artigo é avaliar a intensidade da sede em crianças no pós-operatório imediato, na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA), bem como examinar a eficácia das estratégias de manejo empregadas para reduzir esse desconforto. Além disso, busca-se compreender a percepção dos responsáveis sobre a sede infantil e avaliar as intervenções adotadas pela equipe de enfermagem para melhorar o bem-estar desses pacientes.

## MÉTODOS

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, descritiva e de campo. A amostra foi composta por 15 crianças, com idades entre 3 e 12 anos, submetidas a cirurgias pediátricas eletivas. A seleção da amostra ocorreu de forma intencional ao longo de dois meses, seguindo critérios de inclusão que consideraram crianças capazes de verbalizar espontaneamente a sede ou relatar o sintoma quando questionadas, além da disponibilidade e aceitação do responsável legal para participação na pesquisa.

Os critérios de exclusão abrangeram crianças com restrições à ingestão ou deglutição, diagnosticadas com refluxo gastroesofágico ou estenose esofágica, aquelas em uso de sonda nasointestinal ou nasogástrica, além de pacientes com contraindicações cirúrgicas. Também foram excluídas crianças menores de 3 anos e aquelas que não atendiam aos critérios de segurança do Protocolo de Manejo de Sedação Pediátrica (PMSP) do Estabelecimento Assistencial da pesquisa, assim como aquelas cujo responsável recusou a participação no estudo. O estudo seguiu as diretrizes das Resoluções do CNS 466/2012 e 510/2016<sup>6</sup>, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi conduzida no centro cirúrgico de um hospital privado no Sul de Santa Catarina, que conta com 144 leitos, sendo oito destinados à sala de recuperação pós-anestésica. O centro cirúrgico possui sete salas operatórias em funcionamento 24 horas por dia. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2024, na sala de recuperação pós-anestésica.

Para a realização do estudo, foi solicitada autorização institucional, oficializada por meio da assinatura da carta de aceite. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, recebendo aprovação sob o parecer nº 6.438.209.

Inicialmente, foi realizado o reconhecimento do cenário da pesquisa, abrangendo o centro cirúrgico e a sala de recuperação pós-operatória. Posteriormente, a proposta do estudo foi apresentada à equipe e à coordenação da instituição. A busca ativa dos participantes elegíveis seguiu a explicação do objetivo da pesquisa aos responsáveis, que foram convidados a autorizar a participação da criança e a assinar o TCLE.

A coleta de dados envolveu entrevistas semiestruturadas com os participantes e seus responsáveis e análise dos protocolos da sede em prontuários eletrônicos, utilizado pela instituição, local da pesquisa. O estudo também analisou as anotações da equipe de enfermagem registradas no prontuário eletrônico dos pacientes.

Para preservar a identidade dos participantes, foi adotada uma codificação alfanumérica, identificando cada criança com a nomenclatura P1, P2, P3 e assim sucessivamente.

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo proposta por Minayo<sup>7</sup>, visando descrever, interpretar e explicar as informações coletadas, de modo a esclarecer os objetivos do estudo.

O sigilo dos participantes foi garantido por meio da assinatura do TCLE pelos responsáveis legais, assegurando o cumprimento das diretrizes éticas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo buscou apresentar e discutir os dados obtidos, considerando sua abordagem qualitativa, que exige uma análise detalhada por meio de técnicas de interpretação textual.

A questão norteadora do estudo investiga como a gestão da sede em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos pode impactar a mitigação do sintoma, proporcionando benefícios como hidratação da mucosa oral, alívio da sede, redução da irritabilidade e do choro. Partindo do pressuposto de que a identificação da sede ocorre, em grande parte, por meio do relato dos responsáveis, reforça-se a importância da segurança da criança como prioridade no ambiente pós-operatório, onde a hidratação adequada desempenha um papel essencial.

A equipe de enfermagem adota estratégias específicas para amenizar a sede, como a utilização de gelo e hidratante labial mentolado, proporcionando saciedade pré-absortiva. Além disso, esses profissionais são treinados para identificar, mensurar e avaliar a sede das crianças na sala de recuperação pós-anestésica, buscando a estratégia mais eficaz para aliviar o desconforto.

Na sala de pré operatória do centro cirúrgico, os pacientes são recepcionados e preparados para o procedimento cirúrgico. Além dos cuidados pré-operatórios essenciais, a equipe de enfermagem demonstra preocupação em minimizar a sede dos pacientes, aplicando o Protocolo de Manejo da Sede Perioperatória (PSMS) tanto em adultos quanto em crianças. Observou-se que as estratégias mais utilizadas neste setor incluem o spray mentolado e o hidratante labial mentolado.

Na unidade de recuperação, cenário deste estudo, os pacientes são acolhidos pelos profissionais de maneira padronizada. Nessa etapa, o anestesista, e em alguns momentos o circulante da sala, fornece informações detalhadas sobre o período intraoperatório, dando ênfase à analgesia realizada na sala cirúrgica e aos cuidados necessários para lidar com os efeitos da anestesia.

PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Características	N	%
Gênero		
Feminino	4	26,7
Masculino	11	73,3
Faixa Etária Feminina		
3 a 5 anos	2	50
6 a 8 anos	2	50
9 a 12 anos	0	0
Faixa Etária Masculina		
3 a 5 anos	4	36,4
6 a 8 anos	5	45,5
9 a 12 anos	2	18,2
Procedimento		
Postectomia	5	33,3
Herniorrafia Inguinal	2	13,3
Orquidopexia	1	6,7

Amigdalectomia, cauterização de cornetos inferiores e adenoidectomia	7	46,7
<b>Comorbidades</b>		
Nega	11	73,3
Sim	4	26,7
<b>Síndrome</b>		
Nega	15	100
Sim	0	
<b>Anestesia Geral</b>	15	100

Tabela 1 Perfil das Crianças Submetidas a Cirurgia Pediátrica

Fonte: das pesquisadoras, 2024

A amostra foi composta por 15 crianças, sendo 11 do sexo masculino, com idades entre 3 e 12 anos, e 4 do sexo feminino, com idades entre 3 e 8 anos. Os procedimentos cirúrgicos mais prevalentes foram: 7 casos de amigdalectomia, cauterização de cornetos inferiores e adenoidectomia; 5 de postectomia; 2 de herniorrafia inguinal; e 1 de orquidopexia.

Quanto às condições clínicas, 11 crianças não apresentavam comorbidades, enquanto 2 possuíam diagnóstico de asma, 1 apresentava transtorno do espectro autista (TEA) grau leve, e 1 possuía transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Esses dados podem ser observados na Tabela 1.

Um estudo realizado em um hospital de referência no Rio de Janeiro corrobora esses achados, demonstrando que o perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes hospitalizados na enfermaria de cirurgia pediátrica apresenta uma predominância de meninos (63,7%), enquanto meninas representam 36,3%<sup>8</sup>.

## TEMAS REFERENTES A PESQUISA

### A sede e sua intensidade na URPA e seu manejo

Observou-se que os pacientes pediátricos expressam intensamente a sede e demonstram busca ativa por água. Os sinais característicos, como boca seca, lábios esbranquiçados e saliva espessa, são visíveis, e muitas crianças chegam à unidade chorando, agitadas e irritadas, frequentemente relatando dor de garganta e pedindo água. A equipe de enfermagem se preocupa em aplicar o Protocolo de Manejo da Sede, seguindo os pilares fundamentais de cada etapa do processo.

Quanto à intensidade da sede, verificou-se que 9 (60%) das crianças na sala de recuperação pós-anestésica pediam água espontaneamente, enquanto as demais manifestavam sede quando questionadas. A prevalência do sintoma foi elevada, visto que mais da metade das crianças expressou sede sem necessidade de estímulo externo.

A análise da intensidade da sede, medida em escala de 0 a 4 (0=sede leve; 1=sede moderada; 2=sede forte; 3=sede insuportável), indicou que os níveis moderado e forte foram os mais frequentes. Algumas crianças, como P5, solicitaram água repetidamente, chegando até a pedir para ir para casa apenas para poder beber. No total, a prevalência da sede foi de 13 (86%) do total das crianças, sendo que destas, 9 (57%) a classificaram como forte ou insuportável. Esses dados reforçam que a sede representa um desafio significativo para garantir um cuidado mais humano e confortável às crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, exigindo atenção especial dos profissionais de saúde<sup>1</sup>

## SINAIS E SINTOMAS DA SEDE

Os sinais clínicos da sede, boca seca, lábios esbranquiçados, saliva espessa e língua grossa, foram evidenciados em 11 (73,33%) das crianças. Além disso, observou-se que as crianças submetidas a cirurgias otorrinolaringológicas relatavam dor de garganta intensa, choro, inquietação e irritabilidade, além de uma busca constante por água.

Acredita-se que o uso de subgalato de bismuto pelos cirurgiões tenha influenciado a alta prevalência de sede nesse grupo de pacientes. Essa substância, amplamente utilizada na otorrinolaringologia e odontologia devido às suas propriedades adstringentes e hemostáticas, é comum em adenoamigdalectomias, facilitando a identificação de locais sangrantes na região da orofaringe<sup>9</sup>.

Outro fator relevante foi o tempo de jejum, que impactou diretamente a intensidade da sede. A média de jejum observada foi de 13 horas, com variações significativas: P4 e P12 passaram 16 horas e 10 minutos em jejum; P11 e P14 passaram 15 horas sem ingestão de líquidos ou alimentos.

Os dados confirmam que o período de jejum praticado superou o recomendado pela literatura, contribuindo para o agravamento da sede no pós-operatório.

Em um estudo<sup>10</sup>, verificou-se que crianças que ingeriram líquidos claros até duas horas antes da cirurgia relataram menor intensidade de sede nas 24 horas seguintes, em comparação àquelas que mantiveram o jejum convencional<sup>4</sup>.

Entretanto, ao questionar as mães sobre orientação recebida na consulta pré-anestésica, apenas duas afirmaram ter sido informadas sobre o protocolo de manejo da sede. Ou seja, 13 (86,8%) não receberam orientação sobre o tema, evidenciando uma lacuna no atendimento.



Estudos indicam que a sede é pouco valorizada pelos anestesiológicos, sendo frequentemente considerada um desconforto secundário<sup>10</sup>. Além disso, pesquisas mostram que o esvaziamento gástrico em crianças saudáveis ocorre, em média, 30 minutos após a ingestão de líquidos claros, destacando-se uma importante variação interindividual<sup>11</sup>.

Diversos fatores contribuem para a sede pós-operatória, incluindo jejum prolongado, uso de anestésicos e sangramento intraoperatório. Além disso, aspectos emocionais, como medo e ansiedade, influenciam diretamente na manifestação da sede e da boca seca<sup>12</sup>.

## **RESTRIÇÃO DE INGESTÃO LÍQUIDA E SÓLIDA**

Ao perguntar aos responsáveis qual foi a maior dificuldade no período de jejum das crianças, 12 (80%) relataram a privação de líquidos, enquanto 3 (20%) mencionaram a restrição de alimentos sólidos.

Os sentimentos vivenciados pelos responsáveis durante o jejum das crianças incluíram angústia, aflição e impotência. Algumas mães relataram que optaram por acompanhar o jejum dos filhos, como no caso de P12, cuja mãe decidiu não se alimentar ao perceber o sofrimento da criança. Para P3 e P4, o período de jejum foi um momento difícil, exigindo força e consciência para não ceder ao pedido de alimento dos filhos. Já a mãe de P11 descreveu a experiência como horrível e extremamente desafiadora, especialmente por ter sido sua primeira vivência com uma cirurgia pediátrica.

Por outro lado, as mães de P1, P2 e P7 relataram que o jejum foi tranquilo, pois ocorreu durante a noite, enquanto as crianças dormiam, e a cirurgia aconteceu pela manhã. No entanto, consideraram que a experiência teria sido mais difícil caso ocorresse durante o dia.

Em muitos casos, os cuidadores alteram seus hábitos alimentares para tentar aliviar o sofrimento das crianças, chegando a permanecer até 19 horas sem se alimentar. Em algumas situações extremas, os pais relataram náuseas, tonturas e até desmaios ao sair da sala de indução anestésica<sup>4</sup>.

## **SINAIS, SINTOMAS E COMPORTAMENTO NO PÓS-OPERATÓRIO**

O estudo revelou nervosismo e preocupação intensa das mães diante do comportamento dos filhos na sala de recuperação, especialmente em casos de choro incessante e agitação.

Muitas mães relataram sentimento de incapacidade ao tentar acalmar os filhos sem sucesso, buscando auxílio da equipe de enfermagem para entender se o comportamento das crianças era esperado.

Além disso, várias crianças sinalizaram dor de garganta ao ingressar na URPA, associada ao desejo imediato de beber água. Nesse contexto, a enfermagem desempenhou um papel essencial, aplicando o Protocolo de Manejo da Sede, tanto para as crianças que expressavam a sede verbalmente quanto para aquelas que não demonstravam o sintoma espontaneamente.

Segundo Almeron<sup>13</sup>, o uso do picolé de gelo para aliviar a sede apresenta diversas vantagens, como: Estimular a salivação e umidificar a cavidade oral; reduzir a vasopressina; gerar saciedade com um baixo volume de líquido; permitir ao paciente controlar a exposição ao frio na boca.

## **AÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Após a administração do picolé de gelo, 9 (60%) das crianças relataram alívio da sede, enquanto 6 (40%) ainda apresentavam necessidade de reaplicação do protocolo.

O estudo identificou que a estratégia mais utilizada pela equipe de enfermagem foi o picolé de gelo, seguido pelo spray mentolado. A associação dessas duas técnicas demonstrou maior eficácia na saciedade da sede.

A equipe de enfermagem realiza registros detalhados no prontuário eletrônico, monitorando a intensidade da sede, o nível de consciência e a aceitação da estratégia de manejo.

Além disso, os profissionais passaram por treinamento especializado, adquirindo habilidades para aplicar protocolos seguros e eficazes no período pré e pós-operatório imediato. Assim, desempenhando papel essencial no controle e manejo da sede em crianças na URPA, garantindo um cuidado humanizado e seguro.

O controle e manejo da sede pela equipe de enfermagem na URPA não se limita à oferta de líquidos, mas envolve uma abordagem estruturada que alia segurança, técnicas avançadas e protocolos padronizados para proporcionar conforto e bem-estar às crianças no período pós-anestésico<sup>14</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo contribuiu para a compreensão da sede em crianças no período pós-operatório imediato, evidenciando sua alta prevalência e impacto significativo no bem-estar dos pacientes pediátricos. A análise revelou que fatores como jejum prolongado, uso de anestésicos, procedimentos cirúrgicos otorrinolaringológicos e aspectos emocionais intensificam a sede, tornando-a um desafio clínico relevante na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA).

Os resultados demonstraram que a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na identificação, avaliação e manejo da sede, adotando estratégias eficazes, como picolé de gelo, spray mentolado e hidratante labial mentolado, que proporcionam alívio ao desconforto das crianças. No entanto, a lacuna na orientação pré-anestésica sobre o protocolo de manejo da sede foi evidente, indicando a necessidade de maior envolvimento da equipe multiprofissional na preparação dos responsáveis.

Além disso, o estudo reforça a importância da capacitação dos profissionais de saúde, garantindo que a abordagem à sede pediátrica seja baseada em protocolos seguros e respaldados pela literatura. A implementação de medidas preventivas, como a redução do tempo de jejum e a instrução adequada aos responsáveis, pode melhorar significativamente a experiência pós-operatória das crianças, minimizando impactos emocionais e fisiológicos adversos.

Portanto, este estudo destaca a sede como um aspecto essencial do cuidado pediátrico no pós-operatório, ressaltando a necessidade de protocolos otimizados, abordagem humanizada e uma atuação interdisciplinar que garanta maior conforto e segurança aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Sugere-se a realização de novas pesquisas sobre este tema, considerando a escassez de publicações disponíveis. Nesse contexto, incentiva-se a comunidade acadêmica a desenvolver estudos que aprofundem a compreensão da temática, contribuindo para sua maior visibilidade e reconhecimento. Destaca-se, ainda, a relevância da enfermagem como protagonista no cuidado ao paciente, reforçando a necessidade de pesquisas que valorizem sua atuação e impacto na assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Pierotti I, Mello CRL, Fonseca LF. Manejo da sede na criança submetida a procedimento cirúrgico: avanços e desafios. In: PROENF. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2021;(1):65-93. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-343-4.C0003>.
- 2 - Silva TTM, Dantas JKS, Araújo SCM, Silva SO, Dantas DV, Dantas RAN. Strategies for thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2022;75(4):e20220154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154pt>.
- 3 - Mello, Carla Regina Lodi de et al. Avaliação clínica pelo Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato. Enfermagem em Foco; fev., 2020;(10)4. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n4.2209>. Acesso em: 12 ago. 2023.
- 4 - Campana, Mariana Campos; Fonseca, Ligia Fahl; Lopes, Dolores Ferreira De Melo; Martins, Pamela Rafaela. Perceptions of caregivers about surgical children's thirst. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Dez., 2015;(16)6:799. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600005>.
- 5 - Honório, Fernanda Paiva Pereira. Protocolo de jejum pré-operatório em pediatria. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Meu/Downloads/PRO.PED.001-JEJUM-PR%C3%89-OPERAT%C3%93RIO-EM-PEDIATRIA-DO-HUWC%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Meu/Downloads/PRO.PED.001-JEJUM-PR%C3%89-OPERAT%C3%93RIO-EM-PEDIATRIA-DO-HUWC%20(1).pdf). Acesso em: 14 jul. 2023.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>

7 - Minayo, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

8 - Carvalho, TS de.; Piazi, MD.; Silva, CRL da. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes internados no enfermeiro de cirurgia pediátrica de um hospital de referência no Rio de Janeiro. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 2, pág. e33411225645, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25645. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25645>. Acesso em: 28 jan. 2024.

9 - Lima, Rubianne Ligório de; Sampaio, Cláudia Paraguaçu; SEIDEL, Karin Caroline; BRANCO, Melina; SOBREIRO, Rafaela Mabile. Avaliação dos efeitos do subgalato de bismuto na proliferação de miofibroblastos. Jornal Vascular Brasileiro, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 210-216, 24 out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.009515>.

10- Garcia, A. C. K. A., Nascimento, L. A. do, Conchon, M. F., Garcia, A. K. A., & Fonseca, L. F. (2018). <b>Perspectiva do anesthesiologista em relação à sede no pós-operatório imediato/ Anesthesiologist's perspective regarding thirst in the immediate postoperative period<b>.</b> Ciência, Cuidado E Saúde, 16(3). <https://doi.org/10.4025/ciencidsaude.v16i3.37241>.

11 - A. Schmitz,. CJ Kellenberger, R. Liamlahi, M. Studhalter, M. Weiss, Esvaziamento gástrico após jejum noturno e ingestão de líquidos claros: uma investigação prospectiva usando ressonância magnética seriada em crianças saudáveis, BJA: British Journal of Anesthesia, Volume 107, Edição 3, setembro de 2011, páginas 425–429, <https://doi.org/10.1093/bja/aer167>.

12 - Drehmer, Vinícius Henrique; Torezan, Graciele. Protocolo de segurança de manejo da sede no pós-operatório imediato: uma revisão integrativa de literatura. 2022. Disponível em: <https://repositorio.modulo.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4812/1/TCC%20-%20Vinicius%20Drehmer.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2024.

13 - Almeron RP, Santos M, Garcia AKA, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF. Vivenciando o deserto: Relato de caso de um paciente queimado com sede. Rev Bras Queimaduras 2021;20(1):66-69.

14. Rayan Bersan Lopes, Ingrid Muniz Cunha, Pedro Henrique Almeida Rodrigues, Raquel Barcellos, Marques Schiffer. Manejo de Enfermagem frente às complicações de pacientes cirúrgicos em sala de recuperação anestésica. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024, Vol. 25: 1-9.E