Artigo Original
https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250062.pt

Vivência de familiares sobre jejum e sede no perioperatório de crianças com fissura labiopalatina

Family experiences regarding fasting and thirst in the perioperative period of children with cleft lip and palate

Vivencias de familiares sobre el ayuno y la sed en el período perioperatorio de niños con fisura labiopalatina

Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues[a]
Camila Moraes Garollo Piran[b]
Mariana Martire Mori[b]
Alana Vitória Escritori Cargnin[b]
Laís Moreira Martins[b]
Maria Fernanda do Prado Tostes[a]
Marcela Demitto Furtado[b]

Como citar este artigo:
Rodrigues YVS, Piran CMG, Mori MM, Cargnin AVE, Martins LM, Tostes MFP, et al. Vivência de familiares sobre jejum e sede no perioperatório de crianças com fissura labiopalatina. Rev Gaúcha Enferm. 2025;45:e20250062. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250062.pt

RESUMO

Objetivo: Compreender a vivência de familiares em relação ao jejum e sede durante o período perioperatório de crianças com fissura labiopalatina.

Método: Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico do Cuidado Centrado na Família, conduzido na Associação de Apoio ao Fissurado Lábio-Palatal de Maringá, Paraná, Brasil. As entrevistas semiestruturadas com os familiares foram realizadas entre agosto e setembro de 2024, via *Google Meet®*, gravadas, transcritas na íntegra e analisadas por meio da análise de conteúdo, modalidade temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Resultados: Participaram sete familiares de crianças com fissura labiopalatina. Emergiram três categorias que evidenciam que o jejum e a sede no contexto cirúrgico podem gerar sofrimento emocional não apenas às crianças, mas também em seus cuidadores. Os familiares relataram a restrição alimentar compartilhada, uso de brinquedos e conversa prévia com a criança como estratégias utilizadas durante o período. A comunicação clara da equipe, conforme o cuidado centrado na família, reduz o desconforto das famílias.

Conclusão: O jejum e a sede no perioperatório geram sofrimento emocional à criança e à família, sendo essencial o manejo individualizado com foco no suporte familiar, conforme o Cuidado Centrado na Família.

Descritores: Período perioperatório; Fenda labial; Fissura palatina; Criança; Jejum; Sede.

ABSTRACT

Objective: To understand the experience of family members of children with cleft lip and palate in relation to fasting and thirst during the perioperative period of primary and secondary surgeries.

Method: This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, based on the theoretical framework of Family-Centered Care, conducted at the *Associação de Apoio ao Fissurado Lábio-Palatal de Maringá*, Paraná, Brazil. The semi-structured interviews with family members were conducted between August and September 2024, via Google Meet®, recorded, fully transcribed and analyzed through content analysis, thematic modality. The study was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings.

Results: Seven family members of children with cleft lip and palate participated. Three categories emerged that demonstrate that fasting and thirst in the surgical context can generate emotional distress not only in the children, but also in their caregivers. Family members reported shared food restrictions, use of toys and prior conversation with the child as strategies used during the period. Clear communication from the team, consistent with family-centered care, reduces family discomfort.

Conclusion: Fasting and thirst in the perioperative period cause emotional distress to the child and family, making individualized management focused on family support essential, in line with Family-Centered Care.

Descriptors: Perioperative period; Cleft lip; Cleft palate; Child; Fasting; Thirst.

[a] Universidade Estadual de Maringá (UEM). Departamento de Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

[b] Universidade Estadual de Maringá (UEM). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de familiares de niños con labio y paladar hendido en relación al ayuno y la sed durante el perioperatorio de cirugías primarias y secundarias.

Método: Este es un estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo, basado en el marco teórico de la Atención Centrada en la Familia, realizado en la *Associação de Apoio ao Fissurado Lábio-Palatal de Maringá*, Paraná, Brasil. Las entrevistas semiestructuradas con familiares se realizaron entre agosto y septiembre de 2024, a través de Google Meet®, se grabaron, transcribieron íntegramente y analizaron mediante análisis de contenido, modalidad temática. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos.

Resultados: Participaron siete familiares de niños con labio y paladar hendido. Surgieron tres categorías que demuestran que el ayuno y la sed en el contexto quirúrgico pueden generar angustia emocional no solo en los niños, sino también en sus cuidadores. Los familiares informaron sobre la restricción alimentaria compartida, el uso de juguetes y la conversación previa con el niño como estrategias utilizadas durante el período. La comunicación clara del equipo, en consonancia con la atención centrada en la familia, reduce el malestar de las familias.

Conclusión: El ayuno y la sed en el período perioperatorio causan sufrimiento emocional al niño y a la familia, y es esencial un manejo individualizado con foco en el apoyo familiar, de acuerdo con la Atención Centrada en la Familia.

Descriptores: Periodo perioperatorio; Labio leporino; Fisura del paladar; Niño; Ayuno; Sed.

INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina é a anomalia craniofacial congênita mais frequente que exige uma ou várias correções cirúrgicas. É ocasionada por uma falha no processo de fusão embriológica, que promove distorções anatômicas no lábio superior, nariz e/ou palato, podendo ter base ou não na presença de qualquer outra anomalia[1].

Estudos estimam que há um caso de nascido vivo com fissura de lábio e/ou palato para 600 nascidos vivos. No Brasil, estima-se que há um caso para cada 1.000 nascidos vivos, com maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste, apresentando 0,72 e 0,54 a cada 1.000 nascidos vivos, respectivamente[1–3].

Pacientes com fissura labiopalatina são submetidos à queiloplastia e/ou palatoplastia no primeiro ano de vida, consideradas cirurgias reparadoras primárias. A queiloplastia visa devolver a funcionalidade da musculatura orbicular labial, reconstituir os lábios em sua totalidade e melhorar a função estética. Já a palatoplastia visa à reconstrução do palato[4].

Conforme a gravidade do caso, estas crianças são submetidas a cirurgias secundárias no decorrer da reabilitação, para a resolução de condições clínicas relacionadas à fissura[5]. Desse modo, na maioria das vezes, são submetidas a vários procedimentos cirúrgicos para os quais permanecem algum tempo em jejum, ou seja, privadas de ingerir algo por via oral antes da cirurgia e, eventualmente, algum tempo após, o que acaba por gerar diversos desconfortos, entre eles a sede[6,7].

O período perioperatório é considerado o intervalo entre as atividades de cada período cirúrgico, dividido em: pré-operatório mediato, pré-operatório imediato, transoperatório, intraoperatório e pós-operatório imediato e mediato[8].

A sede é uma queixa comum durante o pré-operatório e pós-operatório, especialmente em pacientes pediátricos, que possuem menor capacidade de compreensão e tolerância à restrição. Refere-se à sensação física e ao desejo fisiológico de beber água, devido a hábitos de vida e fatores fisiológicos do indivíduo[9]. Quando a sede não é saciada, torna-se uma sensação desagradável incontestável, superando todas as outras[10].

Um estudo metodológico desenvolvido por pesquisadores brasileiros resultou na elaboração e validação de um protocolo de segurança para manejo da sede no pós-operatório imediato, em crianças de três a 12 anos. Considera a avaliação do nível de consciência, movimentação, proteção de vias aéreas, padrão respiratório e náusea e vômito, que visam orientar a oferta de líquidos no pós-operatório de forma segura. No entanto, mesmo com protocolos estabelecidos, a sede ainda é um sinal pouco considerado na assistência à criança[11].

Os períodos de jejum e as restrições alimentares, somadas às internações necessárias durante a reabilitação, também podem gerar sofrimento e ansiedade na família[12]. Nesse contexto, o Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem relevante ao enfatizar a importância do vínculo e harmonia entre profissionais de saúde, familiares e crianças, corroborando com experiências menos traumáticas e um cuidado mais humanizado[13].

Nesse sentido, pesquisadores da Índia identificaram a necessidade da orientação e do envolvimento dos

familiares em relação ao jejum no pré-operatório de cirurgias pediátricas ambulatoriais, fato que é capaz de reduzir o tempo excessivo de jejum e todo o desconforto nesse processo, incluindo a sede, trazendo resultados menos traumáticos à criança e às suas famílias[14].

A restrição hídrica se intensifica devido às medicações anestésicas, perdas sanguíneas e ao procedimento cirúrgico. No pós-operatório, a sede torna-se mais estressante para a criança, podendo superar a fome e a dor, além de desencadear emoções como irritabilidade, ansiedade e desespero[15]. Estudo demonstra que, no pré-operatório, 58% dos pacientes pediátricos autorrelataram sentir sede e 58,9% dos cuidadores de crianças de zero a três anos relataram que a criança apresentava esse desejo de ingerir algo[10].

Com base no exposto, buscou-se responder à seguinte questão: quais as experiências de familiares de crianças com fissura labiopalatina a respeito do jejum e sede no período perioperatório das cirurgias primárias e secundárias? Embora estudos sobre a sede no contexto pediátrico estejam disponíveis, ainda são incipientes os estudos voltados às crianças com fissuras de lábio e/ou palato. Essa lacuna aponta para a necessidade de compreender, a partir da perspectiva das famílias, como se configuram as repercussões emocionais e as estratégias de enfrentamento adotadas, subsidiando práticas mais humanizadas e centradas na família.

Nesse sentido, o estudo objetivou compreender a vivência de familiares de crianças com fissura labiopalatina em relação ao jejum e à sede durante o período perioperatório.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa realizado com sete familiares de crianças com fissura labiopalatina submetidas a cirurgias primárias e/ou secundárias. Para garantir a qualidade do relatório do estudo, foram utilizadas as recomendações do *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ)[16].

Foi adotado como referencial teórico-filosófico da pesquisa o CCF, o qual considera que a família é fundamental no processo de cuidado, e inclui os pressupostos da dignidade e respeito, compartilhamento de informações, participação e colaboração[15].

O estudo foi conduzido em parceria com a Associação de Apoio ao Fissurado Lábio-Palatal de Maringá (AFIM), uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos com sede própria, localizada no município de Maringá, Paraná, Brasil. A associação foi fundada em 1987, atualmente atende aproximadamente 500 crianças e adolescentes, contando com profissionais da área da odontologia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, serviço social e apoio pedagógico.

Foram incluídos familiares maiores de 18 anos que acompanharam as crianças durante a hospitalização para a realização do procedimento cirúrgico, e que acompanharam as crianças durante as consultas na AFIM. Foram eleitos os familiares de crianças na faixa etária de três meses a 11 anos e 12 meses incompletos de idade, que realizaram o procedimento cirúrgico nos últimos 12 meses. A faixa etária foi escolhida devido à permissibilidade de idade em que são realizadas as cirurgias primárias e secundárias[4,17] e à abrangência da faixa etária, que segue o conceito de infância do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) [18].

Optou-se por estabelecer o tempo de 12 meses após a cirurgia como estratégia para preservar a fidedignidade dos fatos e acontecimentos, não sendo prejudicial à memória episódica e às lembranças cronológicas acerca do evento vivenciado, uma vez que o episódio experienciado gerou cargas emocionais e sentimentos capazes de consolidar as memórias, atribuindo propriedades e significados, livres de erros de memória [19]. Não foram incluídos os familiares que apresentassem alterações cognitivas que pudessem influenciar a compreensão das perguntas.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2024. Primeiramente, foi estabelecido contato com o serviço para consultar os pacientes que se encaixavam nos critérios estabelecidos para o estudo e verificar a disponibilidade para a realização das coletas. A amostra foi definida por conveniência, conforme a disponibilidade dos participantes.

Não havia relacionamento prévio entre a pesquisadora e os participantes antes da realização das entrevistas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, de forma individual, online, via plataforma *Google Meet®*, mediante um contato prévio da instituição com os responsáveis para autorização do fornecimento do contato telefônico, em dias paralelos aos das consultas,

de forma que não prejudicasse o serviço. Antes de iniciar as entrevistas, as pesquisadoras apresentaram e explicaram os objetivos do estudo, ressaltando sua relevância para a comunidade científica.

As entrevistas foram realizadas de forma remota, por aconselhamento da instituição, uma vez que a maioria dos agendamentos dos pacientes ocorre a cada três meses, muitos residem em municípios vizinhos a Maringá e eventualmente há também faltas nas consultas, o que estenderia o prazo para a coleta de dados.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, discente do quarto ano do curso de enfermagem, e por uma enfermeira doutoranda em enfermagem, ambas com experiência prévia em pesquisas qualitativas, o que contribuiu para a escuta sensível e para a condução das entrevistas, embora se reconheça que esse envolvimento possa gerar suposições relacionadas ao sofrimento familiar ou à atuação da equipe de saúde. A reflexividade foi mantida durante todo o processo de coleta por meio de anotações reflexivas e discussões com os coautores, com o intuito de reduzir possíveis vieses. Não houve a realização de teste piloto.

Foi realizado o contato com 24 familiares, sendo que dez recusaram por não apresentar vontade de participar, por falta de disponibilidade em contribuir com a pesquisa e por insegurança em falarem sobre o diagnóstico, e sete não responderam após quatro tentativas de contato. Assim, foram incluídos no estudo sete familiares de crianças com fissura labiopalatina.

Após o consentimento em participar da pesquisa, a entrevista semiestruturada iniciou-se com a seguinte pergunta norteadora: "Conte-me como foi a sua experiência sobre o jejum e a sede no período perioperatório da cirurgia primária e/ou secundária, da criança com fissura de lábio e/ou palato?". Destaca-se que para todas as famílias foi explicado o conceito de período perioperatório, a fim de possibilitar que elas conseguissem responder com facilidade às perguntas e dividir sua experiência. Além disso, foi aplicado um questionário sociodemográfico e de saúde da criança e de sua família, e utilizadas questões de apoio que abarcaram informações sobre a família e a criança, como: o tempo de jejum e a compreensão da família sobre os períodos operatórios, idade, sexo, local de residência, estado civil, escolaridade e renda familiar.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas na íntegra para garantir o registro fiel dos relatos. A duração média de cada entrevista foi de quinze minutos. A coleta de dados foi encerrada quando as pesquisadoras identificaram repetição entre as respostas, indicando a saturação teórica dos dados. Sem que nenhum novo elemento surgisse entre os dados coletados, o acréscimo de informações adicionais não se fazia necessário, uma vez que não alteraria a compreensão do objeto de estudo[20].

Foi realizada a análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as etapas: a) pré-análise: os dados foram organizados e preparados para análise, identificando a ideia central; b) exploração do material: foi realizado um aprofundamento dos dados, destacando as unidades mais relevantes para a pesquisa, mediante o uso de unidades de significação (recorte das falas); c) categorização dos dados: as categorias foram organizadas reagrupando os conteúdos com significados semelhantes, e foi realizado o tratamento dos resultados com interpretações e inferências[21].

As categorias foram construídas a partir dos dados coletados, mas orientadas e interpretadas à luz do referencial teórico-filosófico do CCF, que oferece um marco conceitual para compreender as experiências e práticas relatadas pelos participantes. Esse referencial norteou a interpretação dos significados, contribuindo para a organização das categorias e a análise dos resultados[15].

A análise foi conduzida manualmente por duas pesquisadoras, de forma independente, e posteriormente os achados foram discutidos entre todos os autores para consenso, assegurando maior rigor e confiabilidade aos resultados.

Não foi realizada a validação das transcrições ou resultados com os participantes devido a limitações logísticas da coleta remota. Optou-se por não realizar essa etapa, considerando a natureza interpretativa do estudo e reconhecendo que o conhecimento não necessariamente é construído através da repetição e validação das falas, mas de sua interpretação.

O estudo seguiu as diretrizes da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da instituição signatária, sob parecer n.º 7.041.250, em agosto de 2024 (CAAE: 81990024.0.0000.0104). Todos os participantes

do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de um formulário online, via plataforma Google Forms, encaminhado durante as entrevistas. Para garantir o anonimato, os entrevistados foram identificados por F de família, um número, conforme a sequência da entrevista, idade do filho (a) e tipo de procedimento cirúrgico realizado (Por ex. F1, 2 anos, queiloplastia).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa seis mães (85,7%) e uma avó (14,3%), todas principais cuidadoras das crianças, com idades variando entre 28 e 52 anos. Quanto ao local de residência, somente uma reside em Maringá (14,3%) e as demais em cidades vizinhas (85,7%). Além disso, seis são casadas (85,7%) e uma vive em união estável (14,3%). Três participantes possuem ensino médio completo (42,8%), uma possui ensino superior completo (14,3%), duas possuem ensino fundamental incompleto (28,6%), e uma possui ensino médio incompleto (14,3%). Três participantes não possuem vínculo empregatício (42,8%). A renda familiar mensal das famílias varia de três a sete salários mínimos, e sustenta de três a seis pessoas que residem na mesma casa.

A idade das crianças varia entre sete meses e 11 anos incompletos, sendo quatro do sexo masculino (57,2%) e três do sexo feminino (42,8%). Quanto ao histórico de cirurgias, três crianças realizaram apenas as cirurgias primárias (42,8%), três passaram pelas cirurgias secundárias (42,8%). A busca por auxílio e informações ocorreu a partir do momento em que receberam o diagnóstico de fissura, sendo cinco familiares na gestação (71,4%), por meio de ultrassonografias, e dois após o nascimento (28,6%).

A partir da leitura minuciosa e análise detalhada das entrevistas, identificou-se que o jejum e a sede acarretam diferentes experiências, tanto para os responsáveis quanto para as crianças com fissura labiopalatina. O Quadro 1 apresenta o resumo do processo de análise até a construção e formação das categorias temáticas, que foram: 1. Vivências e sentimentos decorrentes do jejum e da sede em crianças e cuidadores; 2. Mecanismos de enfrentamento do jejum e sede; 3. Atuação da equipe de saúde na comunicação e no manejo do jejum prolongado.

Quadro 1 – Codificação e construção das categorias temáticas diante da análise dos dados. Maringá, Paraná, Brasil, 2024.

Códigos iniciais	Códigos intermediários	Categorias temáticas
Tempo de jejum prolongado Restrição alimentar dos familiares Sentimentos negativos dos familiares em relação ao jejum e à sede Compreensão positiva do jejum Criança tranquila e pré-operatório tranquilo	Tempo prolongado de jejum Sentimentos e comportamentos dos responsáveis durante o acompanhamento das crianças	Vivências e sentimentos decorrentes do jejum e da sede em crianças e cuidadores
Sentimentos e expressões das crianças em face do jejum e da sede Compreensão das crianças sobre o jejum Técnicas de distração para enfrentar o jejum Uso de estratégias lúdicas para enfrentar o jejum	Dificuldades com o jejum e o comportamento da criança O uso de estratégias para minimizar o jejum	Mecanismos de enfrentamento do jejum e da sede
Alternativas para minimizar o jejum Presença ou ausência de suporte profissional	Importância do auxílio e suporte profissional	Atuação da equipe de saúde na comunicação e no manejo do jejum prolongado

Vivências e sentimentos decorrentes do jejum e da sede em crianças e cuidadores

Para seis familiares, o tempo de jejum pré-operatório para a correção das fissuras labiopalatinas foi percebido como prolongado, entre oito e dez horas, considerando que se trata de um público pediátrico e que, portanto, possui particularidades.

> *Ele tinha que ficar em jejum cedo e depois do pós operatório também.* (F1, 7 meses, queiloplastia)
>
> *Ela ficou mais de oito horas, quase dez horas de jejum.* (F2, 1 ano e 3 meses, queiloplastia e coarctação da aorta)
>
> *O jejum foi de oito horas antes da cirurgia.* (F6, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto periodontal)

Na perspectiva do CCF, destaca-se a maneira como os familiares participam do processo junto às crianças, que, ao se depararem com o sofrimento das crianças, constatam a necessidade de ressignificar o seu papel de cuidador. Uma atitude comum entre os cuidadores foi a própria restrição alimentar diante do período de jejum da criança, para compartilhar o sofrimento e apoiar as crianças.

> *Eu só chorava de dó, o coração apertava. Eu falei 'Meu filho não tá bebendo, eu também não vou beber.' Você imagina como é que é ficar com sede, com fome. Então é a sensação que ele estava sentindo, eu também vou passar por isso junto com ele. E foi isso que aconteceu.* (F1, 7 meses, queiloplastia)
>
> *Eu não quis comer perto dele, eu fiquei sem almoçar. Eu só almocei depois que ele foi para o centro cirúrgico, porque eu tava com dó de comer na frente dele. Eu não comi, não bebi água, não fiz nada na frente dele.* (F6, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto periodontal)
>
> *Eu também não me alimento perto dele pra ele não se sentir mal.* (F7, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto ósseo)

Nota-se que a vivência do cuidador diante do acompanhamento dos filhos traz um compilado de sentimentos. Para alguns, o sentimento de tristeza e angústia toma conta ao perceber o desespero e a vontade que a criança está sentindo de saciar suas necessidades. A decisão voluntária do cuidador de restringir sua própria alimentação evidencia o princípio da participação ativa presente no Cuidado Centrado na Família, ao compartilhar com a criança a vivência do jejum e oferecer suporte emocional diante de seu sofrimento.

> *Eu chorei também, porque eu fiquei com dó, ele querendo mamar, ele não podia.* (F1, 7 meses, queiloplastia)
>
> *O período mais difícil é esse jejum. É triste.* (F6, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto periodontal)

Embora o jejum e a sede tragam diversos sentimentos às crianças e aos familiares, houve a ressignificação da experiência por meio da compreensão da necessidade de enfrentar esse processo no perioperatório, mesmo com a ambivalência de querer amenizar o sofrimento da criança.

> *O sentimento de que a criança tá passando fome é muito ruim, mas eu sabia que* (a cirurgia) era uma coisa boa para ele. (F1, 7 meses, queiloplastia)
>
> *A mãe sempre quer alimentar o filho quando pode, mas não pode, aí a gente entende.* (F7, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto ósseo)

Para dois familiares, a experiência no pré-operatório foi tranquila, principalmente devido ao comportamento calmo da criança e à conciliação do tempo de jejum com a rotina habitual na qual a criança tomava a fórmula, ou até mesmo com a rotina de sono.

> *Na verdade, é tranquilo. Às dez horas eu dei o último mamá pra ela, ela foi até dormindo no hospital. Ela não chorou, em questão de fome, essas coisas.* (F2, 1 ano e 3 meses, queiloplastia e coarctação da aorta)
>
> *Eu acredito que o jejum não me deu trabalho, porque ela foi dormindo a viagem inteira, chegou e internou. Internou sete horas e acho que foi oito e pouco, a cirurgia.* (F4, 2 anos, palatoplastia)

Diante dessas vivências, podemos notar que as implicações do jejum foram acentuadas a partir de um período prolongado de restrição alimentar. A experiência do cuidador, por vezes, é o reflexo do comportamento da criança, enfrentando um dilema emocional que inclui a compreensão da necessidade do jejum e a vivência da situação por parte do cuidador, revelando a tensão emocional causada pelo processo cirúrgico.

Mecanismos de enfrentamento do jejum e sede

O período de jejum no pós-operatório causou manifestações de sofrimento nas crianças, como o choro e desespero. Os relatos apontaram que a incompreensão da restrição alimentar agravou as repercussões emocionais e físicas do jejum.

> *Ele já estava ficando molinho de tanto chorar, estava com fome* [...] *continuou querendo mamar.* (F1, 7 meses, queiloplastia)
>
> *Ele toma muita água, mas lá* (hospital) ele não podia. Então a água, pra ele, é essencial. Eu acredito que [a sede] seja pior que a fome. (F5, 5 anos, queiloplastia e palatoplastia)

Mesmo diante do desejo de ingerir água ou alimento, algumas crianças mostraram entendimento e adaptação diante da restrição alimentar, especialmente quando houve uma comunicação prévia sobre a necessidade do jejum entre alguns familiares e as crianças. Os sentimentos negativos, como o estresse, estiveram presentes de forma mais sutil. Tal situação reflete o cuidado compartilhado, em que a família assume uma responsabilidade em mediar a experiência hospitalar da criança.

> *Até as enfermeiras também estranharam, porque ela é uma criança diferente. Ela não chorava, ela cantava. O pós-operatório dela, ela não chorou, ficou bem tranquila. Todas as crianças choram muito, ela não, ela dormia, ela cantava.* (F2, 1 ano e 3 meses, queiloplastia e coarctação da aorta)
>
> *Ele sabe que não pode tomar, e ele não reclama. Só que a gente sabe que ele está com estresse e com sede e fome.* (F7, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto ósseo)

O CCF também é expresso nas estratégias criativas e técnicas de distração para tentar minimizar a sede e a fome. Os cuidadores utilizaram recursos que estavam ao seu alcance para que pudessem tornar mais suportável o período de jejum.

> *Você tem que tentar reverter a situação, fingir que tá tudo bem e enganando. Geralmente, a gente vai pro internamento, na hora do almoço, tem cheiro de comida, as pessoas comendo ali do lado. Eu tenho que pegar ela e dar uma volta pra fora ali do quarto, pra ela não sentir o cheiro da comida. Tem que ir enganando, assim, pra passar.* (F3, 2 anos, queiloplastia, palatoplastia e timpanotomia)

Outras optaram por usar estratégias lúdicas, como brinquedos, brincadeiras, conversas e o uso de tecnologia para entreter as crianças. A adoção de recursos lúdicos destaca o princípio da dignidade e respeito do CCF, ao considerar a singularidade da criança e buscar maneiras de tornar a experiência hospitalar mais leve e tolerável.

> *Eu levo um brinquedo novo, eu compro o brinquedo e levo na mala e quando eu chego no hospital, que ela interna, eu entrego o brinquedo pra ela. Porque é onde ela se distrai, eu consigo ganhar um tempo ali.* (F3, 2 anos, queiloplastia, palatoplastia e timpanotomia)
>
> *Distrair ele com alguma coisa.* [...] *Uma brincadeira, um assunto, uma conversa, uma janela, um carro que tá passando.* (F5, 5 anos, queiloplastia e palatoplastia)
>
> *Estratégia não, mas levei um celular pra ele, pra ficar jogando, ele ficava no joguinho que ele gosta.* (F6, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto periodontal)

Crianças menores demonstraram dificuldade em entender a importância do jejum, o que resultou em manifestações, como o choro. Diante dessas vivências, evidenciou-se que a habilidade dos cuidadores em oferecer distração e um diálogo prévio com as crianças pode ter sido um elemento crucial para minimizar a experiência negativa do jejum e da permanência em ambiente hospitalar. Reforçando a centralidade da família no cuidado infantil hospitalar, conforme o CCF,

ao demonstrar que o cuidador, ao assumir um papel ativo e empático, contribui para a redução dos impactos negativos da internação e do jejum.

Atuação da equipe de saúde na comunicação e no manejo do jejum prolongado

Durante o pré-operatório, especialmente até oito horas antes do procedimento, os profissionais orientaram algumas estratégias para minimizar o desconforto alimentar, como a administração de líquidos claros por via oral. Essa estratégia foi observada, pelos familiares, como uma forma de cuidado, sendo uma expressão concreta do CCF.

> *Eles [profissionais de saúde] deixam tomar um chazinho claro e sem resíduo, algumas horas antes* [...]. *Eles dão esse chazinho para eles, para não ficarem muitas horas com fome.* (F6, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto periodontal)

Para amenizar os sintomas de hipoglicemia e desidratação, os profissionais encontraram alternativas que visavam auxiliar as crianças e as famílias nesse processo de espera para poder novamente se alimentar e ingerir líquidos.

> *Para ele não ficar desidratado, deram um pouquinho de negocinho doce [glicose]. Porque a glicose dele, ela falou que estava abaixando, e ela acabou dando um pinguinhos de glicose pra ele, só pra saciar mesmo, pra ele engolir* [...]*começaram a dar [glicose], só pra ele reativar mesmo, porque ele já tava ficando muito molinho de tanto chorar, estava com fome.* (F1, 7 meses, queiloplastia)
>
> *Eles [profissionais de saúde] deixam tomar um chazinho claro e sem resíduo, água, algumas horas antes no CAIF* [...]. *Eles dão esse chazinho para eles, para não ficarem muitas horas com fome.* (F7, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto ósseo)

A família se sente acolhida quando os profissionais de saúde trazem suporte para além do cuidado com a criança, estendendo a atenção às necessidades do familiar, trazendo amparo emocional e de encorajamento, auxiliando nas demandas e desafios de cada etapa do processo, conforme preconizado pelo CCF.

> *E a doutora, a enfermeira falou: 'Não, você tem que comer, você tem que beber par estar forte, pra estar firme'. Eu falei: 'Mas eu não consigo'. Porque a gente fica pensando no filho da gente, ele não consegue, como é que a gente vai conseguir? Falei 'Você imagina como é que é ficar com fome, com sede?'.* (F1, 7 meses, queiloplastia)
>
> *A enfermeira falou assim que a gente saiu da sala que fica do lado da cirurgia, que é a sala de observação, ela falou que ela ia ficar muito enjoada mesmo, porque ainda tava passando o efeito.* (F4, 2 anos, palatoplastia)

Quando as expectativas com relação aos profissionais são frustradas ou não atendidas, o familiar tende a se sentir desamparado, inseguro e desorientado, uma vez que não há uma proximidade ou comunicação efetiva. Isso reflete no cuidado com a criança no ambiente hospitalar e principalmente no retorno para sua casa, onde as demandas são maiores.

> *Você não tem uma enfermeira ali pra tá te ajudando, tá te 1orientando, é muito vago então a minha experiência não foi muito boa.* (F4, 2 anos, palatoplastia)
>
> *A médica esqueceu de deixar a receita no prontuário. Menina, eu tava que não aguentava mais, meus pés de tênis, desde manhã até de noite. A única coisa que eu não gostei foi esse tempo que a gente permaneceu lá no corredor, aguardando cirurgia. Pra mim, a criança tem que ser internada, porque ele viaja uma noite toda e ele tá cansado, ele tem que tomar um banho e deitar pra descansar.* (F7, 11 anos, queiloplastia, palatoplastia e enxerto ósseo)

Antes do procedimento cirúrgico, o consumo de líquidos transparentes reduziu a fome e agiu na prevenção da desidratação. No entanto, após o procedimento cirúrgico, os profissionais utilizaram a glicose para amenizar o quadro de hipoglicemia e proporcionar um conforto mínimo para as crianças enquanto ainda estavam em jejum. A comunicação eficiente e o apoio emocional constante são essenciais para assegurar um atendimento integral, efetivo e de qualidade, uma vez que a experiência do jejum e do procedimento cirúrgico apresenta vários desafios emocionais e físicos, tanto para as crianças quanto para os responsáveis.

DISCUSSÃO

O jejum pré-operatório de crianças deve ser realizado com cautela, uma vez que o jejum prolongado pode desencadear situações de desconforto, sede, fome, até a desidratação e hipoglicemia, além de aumentar os níveis de ansiedade. Estudo realizado em um hospital pediátrico de Xangai observou que o tempo de jejum para pacientes pediátricos estava seguindo os mesmos critérios de pacientes adultos, não considerando as especificidades do público infantil[22]. Nesse sentido, os pressupostos do CCF reforçam a necessidade de práticas que considerem a singularidade de cada criança e família, através de cuidados adaptados e decisões compartilhadas[15].

Nota-se a necessidade de um protocolo acerca do jejum em cirurgias pediátricas, no ambiente hospitalar, a fim de garantir a segurança e o bem-estar das crianças durante o procedimento e todo o seu período de internação. Pode, ainda, melhorar a resposta metabólica e reduzir os sintomas pré-operatórios, como a sede, fome, irritação, cefaleia, náusea e desidratação[23,24]. Os protocolos devem ser construídos e aplicados com base na escuta ativa e no compartilhamento de informações verídicas com as famílias e as crianças[15].

Estudo realizado recentemente sugere que um novo regime "6-4-3-1", onde o tempo de jejum se aplica: 6 horas para sólidos, 4 horas para fórmula e leite não humano, 3 horas para leite materno e 1 hora para fluidos claros, pode ser adotado de forma segura para o paciente pediátrico[25].

É necessário considerar a sede como um desconforto vivenciado por pacientes e, nesse sentido, propor medidas para amenizar esta sensação. Nesse sentido, a sede pode ser amenizada por estímulos sensoriais na cavidade oral, através do frio e do mentol, por exemplo, que ativam receptores e induzem o cérebro a reduzir a sensação de sede mesmo sem a absorção de líquidos em grandes volumes. Dessa forma, estratégias simples, como a goma de mascar mentolada e o picolé mentolado combinam a baixa temperatura e a ativação dos receptores, reduzindo o desconforto provocado pela sede[26].

Outro ensaio clínico randomizado avaliou o consumo de substâncias mentoladas, como hidratante labial e o picolé de gelo. Os pesquisadores identificaram que o consumo de substâncias mentoladas pode reduzir a intensidade da sede, a secura e o gosto ruim na cavidade oral, além de promover a hidratação dos pacientes na fase pré-operatória, com apenas uma aplicação[27,28].

Ao tratar-se de cirurgias pediátricas, há uma preocupação e um estresse emocional por parte dos pais, que podem se potencializar diante do diagnóstico de crianças com deficiência, anomalias estruturais ou congênitas, como a fissura labiopalatina. Isso se deve a uma insegurança maior e uma superproteção, que influenciam na forma de lidar com as demandas das condições dessas crianças[2,29]. Os profissionais precisam adotar o CCF nas práticas clínicas para auxiliar nesses contextos reconhecendo e apoiando as necessidades dos familiares mediante uma postura de dignidade e respeito[15].

Além disso, os cuidadores frequentemente se sentem impotentes diante do sofrimento da criança, chegando a restringir sua própria alimentação como forma de empatia. Observa-se também uma lacuna na comunicação entre os profissionais de saúde e a criança, apesar dos reconhecidos benefícios que essa interação pode trazer para o bem-estar do paciente, do acompanhante e até mesmo dos próprios profissionais[30].

A vivência dos cuidadores durante o processo de hospitalização de seus filhos e o enfrentamento de procedimentos cirúrgicos acarreta uma grande carga emocional[31]. Para muitos, o sentimento de tristeza e angústia predomina, especialmente diante do desespero das crianças que não podem satisfazer suas necessidades devido às restrições do jejum[10,32].

Por outro lado, alguns familiares conseguem lidar com a situação de maneira mais serena, a partir da compreensão do benefício a longo prazo do procedimento. Estes cuidadores encontram força e calma ao focar no resultado positivo da cirurgia, sabendo que a intervenção médica trará melhorias significativas na qualidade de vida da criança[33]. O conhecimento e a preparação prévia parecem atuar como fatores moderadores, diminuindo a ansiedade e auxiliando os cuidadores a manterem a calma[34]. Portanto, as famílias devem ser vistas como integrantes do cuidado e possuem o direito de uma comunicação e troca de informações importantes para minimizar o sofrimento e aumentar o vínculo entre profissionais, familiares e crianças[15].

A preparação e orientação pré-operatória oferecidas aos pais e às crianças contribuem de forma positiva na aceitação e enfrentamento da situação[35].

No entanto, algumas crianças possuem dificuldade de compreender as novas rotinas e cuidados hospitalares. Nesse sentido, o uso de estratégias lúdicas adaptadas à faixa etária da criança é um recurso importante a ser utilizado, tanto por familiares quanto por profissionais de saúde. As estratégias lúdicas incluem brincadeiras, brinquedos, jogos e atividades que permitem que a criança se expresse e compreenda o momento que está vivenciando de maneira agradável, sendo uma técnica importante para o seu desenvolvimento e mais que uma forma de distração[36].

Estudos sugerem que a implementação de protocolos de orientações clínicas e folhetos informativos acerca do jejum operatório, associado a uma abordagem eficaz, incentivam os pais a preencherem o folheto com data e hora da última ingestão. Tais fatores, associados a uma abordagem oral acerca das observações e benefícios do jejum e um aconselhamento nutricional individualizado, resultaram no impacto de um maior cumprimento do jejum hospitalar, podendo evitar um jejum prolongado, que impacte no estado físico e emocional da criança[26].

Vale ainda ressaltar a importância de um suporte contínuo da equipe de saúde para orientar e tranquilizar os cuidadores. O cuidado integral promove o bem-estar emocional das crianças e de seus cuidadores durante todo o processo, destacando a importância de um conhecimento prático e sensível às reações e preferências individuais[37].

Os resultados atribuídos ao estudo trazem contribuições relevantes para a gestão de serviços de saúde pediátricos, ao evidenciar os impactos emocionais do jejum e da sede sobre os cuidadores e as crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, oferecendo subsídios para um apoio psicológico mais efetivo aos mesmos, reduzindo ansiedade e estresse. A assistência clara e contínua por parte dos profissionais de saúde aos familiares visa garantir que as necessidades das crianças sejam atendidas de maneira eficaz e oportuna, conforme preconizado pelo CCF, que amplia a visão de cuidado para além do procedimento técnico, integrando os aspectos emocionais, sociais e relacionais.

Destaca-se como limitação do presente estudo o fato de algumas crianças terem passado por mais de um procedimento cirúrgico, podendo impactar na experiência vivida pelo familiar e na forma de lidar com o jejum e a sede nesse período. Entretanto, acredita-se que os resultados encontrados possam contribuir com reflexões acerca dos elementos envolvidos, como a experiência dos familiares de crianças com fissura labiopalatina submetidas a cirurgias primárias e secundárias. Outra limitação que pode ser apontada é a realização de entrevistas *online*, fato que pode dificultar o estabelecimento de vínculo entre a pesquisadora e os participantes, no entanto, para amenizar os vieses, todas as entrevistas foram realizadas de forma remota, evitando divergências entre as coletas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O jejum e a sede no perioperatório provocaram repercussões emocionais nas crianças e seus cuidadores, como tristeza, angústia, choro e tensão. Nesse contexto, os familiares desenvolveram estratégias de enfrentamento, como a ressignificação do sofrimento, a restrição alimentar compartilhada, além do uso de distrações variadas (brinquedos, jogos, conversas) e comunicação para minimizar o desconforto. Os participantes destacaram a importância da equipe de saúde no manejo adequado do jejum, através da oferta de líquidos claros e glicose, aliados ao suporte emocional e uma comunicação que, quando efetiva, amparou as famílias, evidenciando práticas baseadas no CCF.

Além dos aspectos observados acerca das experiências dos cuidadores diante do jejum e da sede, ressalta-se que o cuidado deve ser individualizado, considerando as particularidades de cada criança e contexto familiar. O suporte contínuo é vital, pois os relatos evidenciam a profunda conexão entre o estado emocional das crianças e como os responsáveis enfrentaram a situação.

Diante dos impactos negativos do jejum prolongado, como alterações metabólicas, aumento do estresse, angústia e sofrimento, torna-se necessária a discussão e implementação de protocolos baseados em evidências que visem diminuir o tempo de jejum e minimizar a sede, promovendo maior conforto e melhor recuperação no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Silva AM, Calumby RT, Freitas VS. Epidemiologic profile and prevalence of live births with orofacial cleft in Brazil: a descriptive study. Rev Paul Pediatr. 2024;42:e2022234. https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2022234
2. Vitorino AM, Piran CM, Mori MM, Uema RT, Merino MD, Furtado MD. Itinerário terapêutico de crianças com fissura labiopalatina. Esc Anna Nery. 2024;28:e20230090. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2023-0090pt
3. Shibukawa BM, Rissi GP, Higarashi IH, Oliveira RR. Factors associated with the presence of cleft lip and / or cleft palate in Brazilian newborns. Rev Bras Saude Matern Infant. 2020;19(4):947-56. https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400012
4. Lewis CW, Jacob LS, Lehmann CU. The primary care pediatrician and the care of children with cleft lip and/or cleft palate. Pediatrics. 2017;139(5):e20170628. https://doi.org/10.1542/peds.2017-0628
5. Ferri J, Schlund M, Nicot R, Lauwers L, Nazat D, Touzet-Roumazeille S. Secondary care of cleft lip and palate: analysis of dentofacial orthopedic and orthognathic treatments. J Craniofac Surg. 2021;32(4):1346-1353. https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000007398
6. Gaule R, Jeger J, Nakhjavani S, Doyle Y, Ryan M, Gunn J, et al. Identifying components of an enhanced recovery pathway for primary cleft palate repair: a scoping review. Cleft Palate Craniofac J. 2025. https://doi.org/10.1177/10556656241298428
7. Galdino MFG, Batista NT, Martinez AF, Melo CRM, Zamboni CS, Bom GC, et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças em pós-operatório imediato de queiloplastia. Enferm Foco 2024;15:e-202430. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202430
8. Martinez AF, Batista NT, Bom GC, Matiole CR, Zamboni CS, Trettene AS. Palatoplasty in children: nursing diagnoses and interventions related to the immediate postoperative period. Rev Esc Enferm USP. 2022;56. https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0252
9. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7ª ed. São Paulo: Barueri; 2017.
10. Riviera A, Pierotti I, Mello CR, Birolim MM, Fonseca LF. Prevalência e intensidade da sede de crianças no pós-operatório imediato. Acta Paul Enferm. 2022;35. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02931
11. Pierotti I, Nascimento LA, Rossetto EG, Furuya RK, Fonseca LF. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. Rev Latino-Am Enfermagem. 2020;28:e3321. Available from: https://doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321
12. Faggion RP, Ferreira RE, Garcia AK, Pierotti I, Conchon MF, Fonseca LF. Manejo da sede: perspectiva do paciente cirúrgico queimado. Semina. 2022;43(1):177. https://doi.org/10.5433/1679-0367.2022v43n1p177
13. Silva F, Rodrigues OMPR, Lauris JRP. Ansiedade materna e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina. Psicol Cienc Prof. 2017;37(2):318-34. https://doi.org/10.1590/1982-3703000682016
14. Puri K, Kundal R, Kundal V, Pawar JG, Kumar A, Choudhury SR. Influence of parental awareness drive on preoperative fasting compliance in pediatric day care surgery. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2022;27(2):236-40. https://doi.org/10.4103/jiaps.JIAPS_390_20
15. Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC). Advancing the practice of patient- and family-centered care in primary care and other ambulatory settings[Internet]. 2016 [cited 2025 May 21]. Available from: https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf
16. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631
17. Dos Santos EA, De Oliveira TM. Conhecimentos atuais em Fissuras Labiopalatinas: uma revisão narrativa. Rev Eletron Acervo Saude. 2021;13(2):e5870. https://doi.org/10.25248/reas.e5870.2021
18. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial União. 1990[cited 2024 Sep 14];128:1-24. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
19. Neufeld CB, Brust-Renck PG, Leite LS, Palma PD. O efeito do alerta emocional na qualidade da memória. Estud Psicol. 2013;30(3):337-44. https://doi.org/10.1590/s0103-166x2013000300003
20. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. Rev Bras Enferm. 2018;71(1):228–33. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616
21. Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
22. Li Y, Lu Q, Wang B, Tang W, Fan L, Li D. Preoperative fasting times for patients undergoing elective surgery at a pediatric hospital in Shanghai: the big evidence-practice gap. J PeriAnesth Nurs. 2021. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.005
23. Gandolfo AS, Cardoso PF, Buscatti IM, Velhote MCP, Bonfim MAC, Helito AC. Implementation of a preoperative fasting abbreviation protocol in a tertiary pediatric center. Clinics. 2021;76:e2995. https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e2995
24. Vieira Pio M, De Queiroz LJ, Moreira Corgozinho M. Abreviação do jejum pré-operatório em cirurgias eletivas: revisão integrativa. Health Resid J HRJ. 2022;3(14):923-40. https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.420
25. Frykholm P, Disma N, Andersson H, Beck C, Bouvet L, Cercueil E, et al. Pre-operative fasting in children. Eur J Anaesthesiol. 2022;39(1):4-25. https://doi.org/10.1097/eja.0000000000001599
26. Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Uchôa ET, Fonseca LF. Pre-absorptive satiety: relevance of anticipatory mechanisms care for patients with thirst. Texto Contexto Enferm. 2024;33:e20230357. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0357en
27. Serato VM, Fonseca LF, Birolim MM, Rossetto EG, Mai LD, Garcia AK. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. Rev Bras Enferm. 2019;72(3):600-8. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057

28. Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: carbohydrate-containing clear liquids with or without protein, chewing gum, and pediatric fasting duration-a modular update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. Anesthesiol. 2023;138(2):132-51. https://10.1097/ALN.0000000000004381
29. Grollemund B, Dissaux C, Gavelle P, Martínez CP, Mullaert J, Alfaiate T, et al. The impact of having a baby with cleft lip and palate on parents and on parent-baby relationship: the first French prospective multicentre study. BMC Pediatr. 2020. https://doi.org/10.1186/s12887-020-02118-5
30. Campana MC, Fonseca LF, Lopes DFM, Martins PR. Perceptions of caregivers about surgical children's thirst. Rev Rene. 2015;16(6):799-808. https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600005
31. Vig A, Rathod KJ, Goel A, Nayak S, Jadhav AS, Pathak M, et al. The understated issue of caregiver anxiety for pediatric surgical hospital admissions: opening the blindfolds. Pediatr Surg Int. 2023;39(1):100. https://doi.org/10.1007/s00383-023-05380-7
32. Pagung LB, Silveira KA, Motta AB. Otimismo e ganho percebido em cuidadores de crianças com câncer. Psicol. 2021;52(1):e34179. https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.1.34179
33. Binkowski S, De Carvalho GP, Caregnato RC. Percepção do acompanhante do paciente pediátrico durante a indução e o despertar da anestesia. Rev SOBECC. 2018;23(1):14-20. https://doi.org/10.5327/z1414-4425201800010004
34. Broering CV, Crepaldi MA. Desenhos de Crianças Submetidas a Cirurgias Eletivas. Psicol. 2021;37. https://doi.org/10.1590/0102.3772e37312
35. Bartik K, Toruner EK. Effectiveness of a preoperative preparation program on children's emotional states and parental anxiety. J Perianesth Nurs. 2018;33(6):972-80. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.008
36. Souza LD, Figueirêdo MN, Fú HS, Oliveira KB, Brasileiro LT, Nunes RT, et al. O Lúdico no Processo de Hospitalização das Crianças com Câncer. LICERE Rev Programa Pos Grad Interdiscip Em Estud Lazer. 2022;25(1):171-99. https://doi.org/10.35699/2447-6218.2022.39075
37. Lentge K, Lentge F, Zeller A, Spalthoff S, Gellrich NC, Tavassol F, et al. Cleft lip and palate: the psychological burden of affected parents during the first three years of their children's lives. Int J Oral Maxillofac Surg. 2022;51(11):1462–8. https://doi.org/10.1016/j.ijom.2022.04.003

Disponibilidade de dados e material:

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil, CAPES – Código de Financiamento 001.

Contribuição de autoria

Conceitualização: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado

Curadoria de dados: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado

Análise formal: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado

Pesquisa: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado

Metodologia: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado
Supervisão: Mariana Martire Mori, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado
Design da apresentação de dados: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado
Redação do manuscrito original: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado
Redação - revisão e edição: Yasmin Vitória dos Santos Rodrigues, Camila Moraes Garollo Piran, Mariana Martire Mori, Alana Vitoria Escritori Cargnin, Laís Moreira Martins, Maria Fernanda do Prado Tostes, Marcela Demitto Furtado

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autora correspondente:
Mariana Martire Mori
E-mail: mari_mmori@hotmail.com

Editor associado:
Fernanda Garcia Bezerra Góes

Editor-chefe:
João Lucas Campos de Oliveira

Recebido: 01.04.2025
Aprovado: 03.07.2025

CC BY