

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**ANTÔNIO FILIPE DOS SANTOS XAVIER
WEMILLY KAROLINE ANJOS FERREIRA**

**COMPLICAÇÕES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS PEDIÁTRICAS:
PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS**

ARACAJU

2026

**ANTÔNIO FILIPE DOS SANTOS XAVIER
WEMILLY KAROLINE ANJOS FERREIRA**

**COMPLICAÇÕES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS PEDIÁTRICAS:
PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito na Atividade Curricular Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador(a): Msc. Jacqueline Cunha Cabral Azevedo Almeida

ARACAJU

2026

COMPLICAÇÕES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS PEDIÁTRICAS: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS

Trabalho de Conclusão de Curso, dos discentes Antônio Filipe dos Santos Xavier e Wemilly Karoline Anjos Ferreira apresentado ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito na Atividade Curricular Trabalho de Conclusão de Curso II.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Msc. Jacqueline Cunha Cabral Azevedo Almeida
Presidente

Nota: _____

Profa. Dr.^a Aglaé da Silva Araújo Andrade
1^a Examinadora

Nota: _____

Profa. Dr.^a Sheila Jaqueline Gomes dos Santos Oliveira
2^a Examinadora

Nota: _____

Para que todos vejam, e saibam, e considerem, e juntamente entendam que a mão do Senhor fez isso. Dedicamos esta conquista a nós mesmos. Que ousamos acreditar no impossível, que não desistimos, e que mesmo em adversidades seguimos em frente, e que hoje, com a alma lavada de orgulho, podemos enfim declarar: “consequimos!”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me guiou durante toda a trajetória da enfermagem. Nos momentos em que pensei que não fosse conseguir, sua mão me sustentou.

Aos meus pais, Alan de Jesus Xavier e Roberta Bernardo dos Santos, minha gratidão profunda e eterna. Vocês não mediram esforços para que eu chegasse até aqui. Acreditaram em mim e no meu potencial, mesmo quando eu mesmo duvidei. Sem o suporte incondicional de vocês, eu não teria trilhado esse caminho sozinho. À minha avó, Maria de Jesus, dedico esta conquista de forma muito especial. Foi a senhora quem sempre me ensinou que a vitória vem através dos estudos. Obrigado por cada conselho, por cada oração, por acreditar que eu poderia ir além do que eu mesmo imaginava. Suas palavras ecoam em mim até hoje. Às minhas primas, Ariel Luiza e Crislaide Guimarães, que estiveram ao meu lado em todos os momentos, ouvindo, auxiliando e aplaudindo cada passo meu.

Às minhas orientadoras, Profa. Dra. Mariangela da Silva Nunes e Profa. Msc. Jacqueline Cunha Cabral Azevedo Almeida, minha imensa gratidão. Vocês acreditam que a ciência e os estudos transformam vidas, e eu sou prova viva disso. Agradeço pela paciência, pela sabedoria e pelo direcionamento preciso em cada etapa deste trabalho. Sem vocês, esta pesquisa não teria o mesmo rigor e significado.

À Wemilly Karolline, que confiou em nosso potencial de mudança e abraçou este projeto com a certeza de que, como enfermeiros, podemos ser luz na vida de nossos pacientes. Que esta pesquisa possa, de fato, impactar o desenvolvimento de estratégias para melhorar a saúde hospitalar.

Aos amigos que a enfermagem me presenteou Erika Letícia, Ellen Cristina, Francielly Aparecida, Larissa Beatriz, Katarine Santana, Aline Moura, Mikaelly Loeser, Carine Gonçalves e Mariana Barreto, obrigado por não soltarem a minha mão nos dias difíceis. Vocês me fizeram enxergar que, mesmo quando a jornada é árdua, os amigos são o bem mais precioso que podemos ter. E a João Pedro, minha gratidão silenciosa, por estar presente mesmo quando as palavras não davam conta.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade, minha sincera e eterna gratidão.

Com apreço, Antônio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, autor e sustentador da minha vida. Foi Ele quem conduziu cada passo desta caminhada, fortaleceu-me nos dias de incerteza e renovou minhas forças quando pensei em desistir. Nada do que conquistei seria possível sem Sua graça e infinito amor. Aos meus avós Maria Joaquina e José Francisco (in memoriam), pelo amor incondicional, pelas orações, e por acreditarem na profissional que iria me tornar. Voinho, como eu gostaria que estivesse aqui para testemunhar a realização deste sonho. Seu legado permanece vivo em mim. Agradeço aos meus pais, Minshelle e Worthy, que nunca mediram esforços em me oferecer o que estava ao alcance e, muitas vezes, até o que parecia não estar. À minha mãe, meu porto seguro e maior inspiração. Por enxugar minhas lágrimas, celebrar minhas conquistas e nunca permitir que eu desistisse dos meus sonhos. Ao meu pai, por todo amor, cuidado e apoio, pelos conselhos e por sempre torcer pelas minhas conquistas. À minha irmã, Wendy, por tornar meus dias mais leves com sua alegria, carinho e companhia. Sua presença é um presente em minha vida.

A todos os meus familiares, que, de alguma forma, estiveram presentes ao longo desta caminhada, em especial, à minha tia Weidy e ao meu tio Gi, pelo acolhimento, pelo carinho e incentivo durante toda essa caminhada.

Ao meu namorado Hígor, por permanecer ao meu lado em todas as etapas desta caminhada. Obrigada por compreender minhas ausências, aliviar meus dias difíceis, celebrar minhas pequenas vitórias e ser meu porto seguro quando tudo parecia pesado.

Aos amigos, em especial, Mikaelly, minha “mãezinha”. Gratidão por ser alento nos momentos de turbulência. Obrigada por fazer da graduação um caminho mais leve. As minhas parceiras Mylena e Rayanne, por compartilharem os desafios, as alegrias e as conquistas. Vocês estiveram presentes nos momentos mais difíceis e também nos mais felizes, tornando essa caminhada mais leve.

À Prof.^a Ma. Aglaé, minha sincera gratidão pelo acolhimento, confiança e pelas oportunidades que contribuíram para minha formação. Obrigada pelo apoio e cuidado, especialmente nos momentos em que mais precisei. Sua generosidade e incentivo marcaram minha trajetória.

Às minhas orientadoras, Prof.^a Dr^a Mariangela e Prof.^a Ma. Jacqueline Azevedo, pela dedicação, paciência e valiosas contribuições durante o desenvolvimento deste trabalho.

À minha dupla, Antônio Filipe, por dividir comigo esta importante etapa da graduação. Agradeço por dividir comigo esta experiência, que certamente contribuiu para nosso crescimento acadêmico e profissional.

Aos meus preceptores de estágio supervisionado, em especial às enfermeiras Carine Cafezeiro, Andrea Maria, Viviane Cecília e Jamille Flor, e às técnicas de enfermagem Glacia, Jôh, Rosy, Audean, Márcia e Marquize, minha mais sincera gratidão. Obrigada por me acolherem quando mais precisei, por acreditarem em mim antes mesmo que eu acreditasse e por compartilharem seus conhecimentos com tanta generosidade. Mais do que ensinar técnicas, vocês me ensinaram o verdadeiro significado do cuidado, da empatia e da humanização. Grande parte da enfermeira que estou me tornando é reflexo do exemplo, da dedicação e do carinho de cada uma de vocês.

Com carinho, Wemilly.

RESUMO

O período pós-operatório cirúrgico é observado como um momento crítico que necessita de uma assistência especializada da equipe de enfermagem principalmente no setor de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Intercorrências neste estágio podem aumentar o tempo de internação, acarretar danos permanentes e em casos mais graves, evolução para óbito. A percepção do enfermeiro sobre tais complicações é de suma importância para uma assistência qualificada. **OBJETIVO:** Identificar a percepção dos enfermeiros diante de complicações cirúrgicas pediátricas no período pós-operatório imediato (POI) e pós-operatório mediato (POM). **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo descritivo e quantitativo, desenvolvido através de questionário semiestruturado com dados sociodemográficos e perguntas sobre complicações e desconfortos no POI e POM, que foi avaliado através de estatística descritiva. **RESULTADO:** Os enfermeiros apresentaram percepção satisfatória quanto ao conhecimento técnico, identificação de complicações e manejo clínico. Predominaram profissionais do sexo feminino, com 35-44 anos, formação superior a dez anos e especialização, embora a maioria não tivesse capacitação específica em pós-operatório pediátrico. Pontos fortes incluíram avaliação e assistência de enfermagem, conhecimento de protocolos e adesão à cirurgia segura; fragilidades foram observadas no uso de escalas e na formação específica. A amostra reduzida (n=23) foi a principal limitação, com consistência interna satisfatória (Cronbach' $\alpha = 0,852$). **CONCLUSÃO:** O estudo contribuiu para o aperfeiçoamento da assistência perioperatória, evidenciando a percepção dos enfermeiros e a necessidade de educação permanente e qualificação na área pediátrica.

Palavras-chave: Enfermeiros; Centro Cirúrgico; Pediatria; Complicações.

ABSTRACT

The postoperative period is observed as a critical moment that requires specialized assistance from the nursing team, especially in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU). Complications at this stage can increase hospitalization time, cause permanent damage and, in more severe cases, progression to death. The nurse's perception of such complications is of paramount importance for qualified care. **OBJECTIVE:** To identify the perception of nurses regarding pediatric surgical complications in the immediate postoperative period (IPP) and mediate postoperative period (MPP). **METHODS:** This was a descriptive and quantitative study, developed through a semi-structured questionnaire with sociodemographic data and questions about complications and discomforts in the IPP and MPP, which was evaluated through descriptive statistics. **RESULTS:** Nurses demonstrated satisfactory perception regarding technical knowledge, identification of complications and clinical management. Female professionals predominated, aged 35-44 years, with over ten years of training and specialization, although most did not have specific training in pediatric postoperative care. Strengths included nursing assessment and care, knowledge of protocols and adherence to safe surgery; weaknesses were observed in the use of assessment scales and specific training. The reduced sample (n=23) was the main limitation, with satisfactory internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.852$). **CONCLUSION:** The study contributed to the improvement of perioperative care, evidencing the nurse's perception and the need for continuing education and qualification in the pediatric area.

Keywords: Nurses; Operating Room; Pediatrics; Complications.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.	28
Tabela 2 – Tempo de formação dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.	28
Tabela 3 – Titulação dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.	29
Tabela 4 – Turno predominante de trabalho dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.	29
Tabela 5 – Variáveis categóricas da prática assistencial: autopercepção de preparo para identificação de complicações em pediatria. Aracaju, SE, 2026.	30
Tabela 6 – Variáveis categóricas da prática assistencial: frequência de contato dos enfermeiros com pacientes pediátricos no pós-operatório imediato (POI). Aracaju, SE, 2026.	30
Tabela 7 – Variáveis categóricas da prática assistencial: capacitação prévia dos enfermeiros em pós-operatório pediátrico. Aracaju, SE, 2026.	31
Tabela 8 – Variáveis categóricas da prática assistencial: tipo de cirurgia pediátrica predominante na atuação dos enfermeiros. Aracaju, SE, 2026.	31
Tabela 9 – Complicações e desconfortos mais observados pelos enfermeiros no pós-operatório pediátrico. Aracaju, SE, 2026.	32
Tabela 10 – Média e desvio padrão dos escores dos blocos temáticos do instrumento de coleta de dados. Aracaju, SE, 2026.	32
Tabela 11 – Análise de confiabilidade do instrumento (Alpha de Cronbach). Aracaju, SE, 2026.	33
Tabela 12 – Associações entre variáveis sociodemográficas e profissionais e os escores dos blocos temáticos. Aracaju, SE, 2026.	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Escala Likert	25
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAB	Associação Aracajuana de Beneficência
CC	Centro Cirúrgico
CEP/UFS	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRIES	Crying, Requires Oxygen for Saturation Above 90%, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DP	Desvio-padrão
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EVA	Escala Visual Analógica
FA	Frequência Absoluta
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
FPS-R	Faces Pain Scale – Revised
FR	Frequência Relativa
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
NEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
NFCS	Neonatal Facial Coding System (Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal)
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PO	Pós-operatório
POI	Pós-operatório Imediato
POM	Pós-operatório Mediato
PSMSP	Protocolo de Segurança para o Manejo de Sede Pediátrica
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-Ped	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
5 METODOLOGIA.....	22
6 RESULTADOS	28
6.1 Perfil sociodemográfico dos enfermeiros participantes	28
6.2 Tempo de formação dos enfermeiros participantes.....	28
6.3 Titulação dos enfermeiros participantes.....	29
6.4 Turno predominante de trabalho dos enfermeiros participantes	29
6.5 Variáveis categóricas da prática assistencial dos enfermeiros	30
6.6 Escores médios dos domínios avaliados na escala Likert	32
6.7 Confiabilidade do instrumento: Alpha de Cronbach.....	33
6.8 Análise inferencial das associações entre variáveis	34
7 DISCUSSÃO	36
7.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros.....	36
7.2 Percepção dos enfermeiros sobre complicações e desconfortos relacionados aos tipos de cirurgias pediátricas	38
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	45
APENDICES	50
ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

O conceito de perioperatório trata-se de uma etapa extensa que inclui todos os momentos da experiência cirúrgica que contempla o pré, trans e pós-operatório. A Enfermagem exerce papel fundamental nestas etapas pois o procedimento cirúrgico constitui uma experiência de fragilidade e estresse para o paciente, no qual o Enfermeiro deve proporcionar um cuidado assistencial qualificado pautado no Processo de Enfermagem.

Nesse contexto, as cirurgias pediátricas se destacam como uma área que exige atenção redobrada, abrangendo intervenções realizadas em crianças que estejam desde a fase neonatal (0-28 dias), lactentes (29 dias-2 anos), pré-escolar (2 anos-5 anos, 11 meses), escolar (6 anos-9 anos, 11 meses) até o final da adolescência (10 anos-18 anos 11 meses) (Albergaria; Motta; Souza, 2019). Tal procedimento é fundamental no tratamento de distúrbios congênitos, manifestados ao longo da vida e associados a traumas. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990) define como limite para atendimento ao público infantil, as crianças que possuem doze anos incompletos, ou seja, 11 anos, 11 meses e 29 dias. As abordagens cirúrgicas exigem atendimento individualizado, com o reconhecimento das características anatômicas, funções fisiológicas e emocionais do paciente pediátrico cirúrgico (Brasil, 1990; Carvalho; Piazzzi; Silva, 2022).

As mais frequentes cirurgias pediátricas são: a correção da fenda labiopalatina, adenoidectomia, amigdalectomia, frenectomia labial e lingual, apendicectomia, hernioplastia umbilical e inguinal, hidrocelectomia, orquidopexia e postectomia. Tais procedimentos são realizados em crianças em diferentes grupos etários, sejam por indicação clínica ou preventiva (Signor, 2019; Talini *et al.*, 2023).

O período pós-operatório é observado como um momento crítico que necessita de uma assistência especializada da equipe de enfermagem principalmente no setor de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Intercorrências neste estágio podem aumentar o tempo de internação, acarretar danos permanentes e em casos mais graves, evolução para óbito. Após a realização do procedimento o paciente é levado para a Sala de Recuperação Pós-anestésica e é monitorada por meio de escalas de avaliação, dentre elas o Índice de Aldrete-Kroulik que tem como finalidade avaliar a regressão anestésica de cada paciente (Souza, 2019).

As complicações pós-operatórias podem ser classificadas como imediatas (primeiras 24h), mediatas (até 7 dias da abordagem cirúrgica) ou tardias (pós completa desospitalização do paciente). Considera-se que as complicações mais frequentes no pós-operatório imediato e mediato incluem: algia, cefaleia, náuseas, vômitos, hemorragia, hipotermia, hipertermia,

flebite, infecção do trato urinário, reações aos medicamentos e anestesia e infecção do sítio cirúrgico. Entretanto, na prática de atendimento às crianças observa-se que este índice é mais apropriado ao atendimento de pacientes adultos (Caneschi *et al.*, 2024).

Nesse cenário, serão observados parâmetros como a termorregulação onde o paciente será avaliado a cada 15 minutos na primeira hora e 30 minutos na segunda hora. De acordo com os resultados obtidos a enfermagem poderá realizar intervenções que possibilitem manter os níveis hemodinâmicos, tais como: instalação de manta térmica, uso de infusões endovenosas aquecidas, avaliação da perfusão das extremidades e registrar fidedignamente todos os achados durante o período de internamento, quanto aos diagnósticos observados através de NANDA - I (North American Nursing Diagnosis Association International), as intervenções realizadas e a resposta a terapêutica implementada. Após isso, o paciente poderá ser encaminhado para recuperação na enfermaria pediátrica, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-Ped) ou até mesmo para casa nos casos de um procedimento cirúrgico ambulatorial.

Escala de avaliação da regressão anestésica tais como o PSMSP – Protocolo de Segurança para o Manejo de Sede Pediátrica que se aplica a crianças com idade de três a 12 anos e utiliza cinco (5) domínios classificatórios, a saber, nível de confiança, movimentação, proteção das vias aéreas e padrão respiratório e náusea e vômito. Na avaliação a criança precisa ser aprovada nos cinco domínios para ser liberada (Pierotti, 2021).

Estudo sugere que escalas complementares devem ser utilizadas para mensurar a dor de acordo com cada faixa etária do paciente pediátrico, tais como o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS), que se baseia na expressão facial para detectar a dor por meio de oito critérios que somam pontuação de zero a oito. A dor é confirmada quando três ou mais expressões faciais surgem durante o exame e sua utilização é para recém-nascidos prematuros à lactentes até 4 meses. Neste mesmo sentido, a escala CRIES (Crying, Requires O² for Saturation Above 90%, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness) que avalia através de cinco parâmetros (insônia, necessidade de O², expressão facial de dor, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca) a existência de dor, com pontuação de zero a dois para cada critério e a dor é confirmada se score ≥ 5 necessitando de intervenção analgésica (Santos; Maranhão, 2016).

A escala mais indicada para crianças menores de 4 anos ou que não possuem capacidade de verbalizar é a de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) que analisa a presença de dor através de cinco parâmetros, cada um com pontuação de zero a dois, em que a soma total varia de 0 a 10, onde 0 indica ausência de dor e 10, dor máxima. A dor é confirmada quando qualquer um dos critérios pontuam. Entre quatro e seis anos a escala de dor indicada é

a de Faces de Wong-Baker (validada a partir dos três anos) onde cada face indica uma pessoa que está contente pois não possui dor ou está triste porque está com dor (Merkel *et al.*, 1997; Hicks *et al.*, 2001).

A escala de Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) (validada a partir dos quatro anos) contém 10 faces que representam o quanto podem magoar ou doer e a criança aponta para a que mais representa no momento (Hicks *et al.*, 2001; Bieri *et al.*, 1990). A partir dos seis anos de idade a escala indicada é a de Escala Visual Analógica (EVA) cuja extremidade esquerda e direita representam “sem dor” e “dor máxima”. O indivíduo deve marcar um traço no ponto que melhor indique a intensidade da sua dor. É possível mensurar a dor do zero até a distância onde foi feito o traço, fornecendo uma indicação numérica de dor (Queiroz *et al.*, 2007).

Carvalho *et al.* (2022) destaca que, existe uma ampla variedade na faixa etária das pessoas submetidas a abordagem cirúrgica, com distribuição majoritária entre pacientes pediátricos que se encontram entre neonatos, lactentes e pré-escolar.

De acordo com dados disponíveis no TABNET, plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), vinculado ao Ministério da Saúde, em 2024 foram realizados aproximadamente 1.980.447 procedimentos cirúrgicos em todo o território brasileiro. No município de Aracaju SE, no ano de 2024 observou-se um quantitativo de 35.739 no último semestre, o que representa uma grande oferta na prestação de cuidados cirúrgicos em hospitais da cidade de Aracaju, em contrapartida, elenca uma maior vulnerabilidade a complicações pós-operatórias, o que enfatiza a relevância de pesquisas que avaliem a percepção dos enfermeiros e a segurança da assistência prestada (TABNET, Ministério da Saúde, 2024).

Foi observado a existência de poucas pesquisas relacionadas ao tema, em especial no estado de Sergipe, o que sinaliza a necessidade de novos estudos que possam especificar a Percepção dos Enfermeiros em relação a complicações no pós-operatório de cirurgias pediátricas, principalmente no que diz respeito à identificação precoce de complicações, estratégias de atendimento eficaz e qualidade do cuidado oferecido.

A escassez de dados específicos sobre a realidade de Sergipe destaca a importância de compreender as particularidades locais, como a percepção do enfermeiro que atua em Centro Cirúrgico. Investigações mais aprofundadas podem contribuir para a melhoria das práticas clínicas, a implementação de protocolos de monitoramento adequados e o aprimoramento da formação contínua dos profissionais de enfermagem, com o objetivo de garantir melhores resultados no pós-operatório de cirurgias pediátricas no estado.

Diante do exposto, é possível elaborar as seguintes indagações: Qual o nível de conhecimento dos Enfermeiros frente a possíveis complicações em cirurgias pediátricas? Como

é realizada a medida de parâmetros relacionados à assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-anestésica? Quais os fatores limitam a prestação de cuidado no Pós-operatório Imediato (POI)?

A hipótese é que os profissionais de enfermagem que possuem maior tempo de assistência a população pediátrica detêm de um conhecimento maior relacionados aos sinais de alerta, complicações e desconfortos no pós-operatório.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica diante da importância de avaliar o conhecimento dos Enfermeiros relacionado ao pós-operatório de crianças, as quais podem interferir diretamente no aumento da morbimortalidade e consequentemente nos custos hospitalares. Neste contexto, a importância do Enfermeiro como agente ativo na realização do Processo de Enfermagem é definida pelo saber-fazer o que interfere diretamente na assistência prestada a criança no período perioperatório.

A escassez de pesquisas relacionadas sinaliza a necessidade de novos estudos sobre esta temática, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem perioperatória no âmbito hospitalar.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos enfermeiros relacionada a complicações cirúrgicas pediátricas no período pós-operatório imediato e mediato.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros que atuam no em serviços de atenção pediátrica;
- Avaliar a percepção dos enfermeiros acerca das complicações relacionados aos diferentes tipos de cirurgias pediátricas.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cuidado perioperatório compreende um conjunto de técnicas, habilidades e intervenções planejadas de forma integral pela equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais da saúde), com o objetivo de promover a segurança, o conforto, a recuperação e/ou estabilização da saúde do paciente submetido a qualquer procedimento cirúrgico. Essas ações são realizadas em três fases distintas: pré-operatória, transoperatória (intraoperatória) e pós-operatória (Hinkle; Cheever, 2015).

A enfermagem oferece cuidado e segurança para que a criança se sinta assistida durante todo período perioperatório. No pré-operatório, o enfermeiro realiza avaliação e prepara o paciente para a cirurgia, oferece apoio emocional, orienta sobre o jejum e acolhe a família, ajudando a aliviar medos e inseguranças. Durante a cirurgia, a equipe de enfermagem mantém uma atenção constante, monitorando os sinais vitais, protegendo a pele e garantindo que tudo esteja limpo e seguro para evitar complicações. No pós-operatório, esse cuidado continua, com o controle da dor, observação da recuperação da ferida cirúrgica e suporte emocional, tanto para o paciente quanto para seus familiares (Soares *et al.*, 2024; Soares *et al.*, 2025).

Dentro de um hospital, o centro cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar com o acesso controlado de pessoas, onde são executados os procedimentos anestésico-cirúrgicos, tanto em caráter eletivo quanto emergencial. O ambiente é marcado por procedimentos de alta complexidade e materiais com alta precisão e eficácia, necessitando de uma equipe de enfermagem e multidisciplinar capacitada e treinada para atender as situações dos pacientes diante da alta densidade tecnológica (Martins; Dall'agnol, 2016).

Para Ingracio (2017), o procedimento cirúrgico consiste em uma intervenção invasiva realizada por meio de técnicas específicas e instrumentação adequada, abrangendo uma variedade de abordagens para cada cirurgia específica. Sendo assim, as cirurgias podem ser classificadas segundo diferentes critérios: porte, tempo de realização, finalidade e grau de contaminação do sítio cirúrgico. É importante compreender os objetivos do procedimento para auxiliar na escolha da técnica adequada e no planejamento cirúrgico. Entre os principais objetivos de cirurgias, destacam-se: diagnóstico, terapêutico, estético, preventivo e/ou paliativo. Embora essas classificações auxiliem na organização dos cuidados, é fundamental a individualização do tratamento, para assim garantir uma assistência segura e de qualidade. Por isso, o conhecimento técnico e teórico permanece obrigatório para nortear a assistência de forma adequada e eficaz.

O enfermeiro atua na equipe multidisciplinar e realiza assistência direta ao paciente cirúrgico em todo período perioperatório, ele tem sua prática desempenhada de forma sistematizada e fundamentada em teorias e taxonomias de enfermagem garantindo a avaliação, o planejamento e a implementação de intervenções diretamente na assistência ao paciente cirúrgico, o que possibilita a evolução das demandas do paciente e da unidade hospitalar, com a realização do cuidado individual e integral ao paciente hospitalizado (Santos *et al.*, 2018). No CC o enfermeiro tem como responsabilidade acompanhar e assistir ao paciente em todo período perioperatório com o objetivo de atender de forma individualizada as demandas.

A enfermagem perioperatória atua com base em protocolos de segurança e em conhecimentos técnico-científicos. Está presente integralmente, sendo o elo mais constante entre o paciente, sua família e a equipe multiprofissional. Esse contato próximo fortalece a escuta, acolhimento e confiança, especialmente em um momento que costuma ser cercado de medo, insegurança e fragilidade. Dentro desse contexto, estudos mostram que, ao unir os protocolos de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde às taxonomias de enfermagem, é possível tornar o cuidado mais organizado e seguro (Cardoso *et al.*, 2021).

Além disso, a implementação de protocolos de segurança na sistematização da assistência de enfermagem perioperatória garante a eficácia das intervenções de enfermagem, direcionado as demandas de cada paciente, diminui riscos, evita erros, melhora a comunicação entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, além de ajudar na detecção precoce de possíveis complicações fortalecendo uma cultura de segurança para o paciente cirúrgico. Por isso, a utilização dessas ferramentas proporciona um cuidado mais seguro e humanizado, ao mesmo tempo em que garante que a equipe de enfermagem tenha um planejamento assistencial mais claro e eficaz. Deste modo, os estudos demonstram o que a prática diária já revela, a enfermagem perioperatória é essencial não só pelo conhecimento técnico-científico que oferece, mas também pelo cuidado humanizado (Jost *et al.* 2018; Cardoso *et al.*, 2021).

A segurança do paciente é prioridade em qualquer ambiente de saúde, e os Desafios Global para a Segurança do Paciente, lançados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tem tido grande impacto nesse processo. Os desafios visam promover práticas seguras, como higienização correta das mãos, a administração segura de medicamentos e prevenção de infecções, com o objetivo de reduzir erros e melhorar a qualidade da assistência ao paciente em todo o mundo. No Brasil, uma das principais ferramentas para garantir a segurança durante os procedimentos cirúrgicos é o checklist de cirurgia segura, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde e lançado em 2009 com título

“Cirurgias seguras salvam vidas: manual”. Esse protocolo tem como objetivo a realização de verificações essenciais antes, durante e após a cirurgia, como a correta identificação do paciente e do local da cirurgia, e a comunicação clara entre a equipe cirúrgica. Ao adotar esses protocolos, busca-se minimizar erros, prevenir complicações e proporcionar um ambiente mais seguro para os pacientes, mostrando que a implementação de medidas simples e eficazes pode salvar vidas e melhorar a qualidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2009; Organização Mundial da Saúde, 2009).

A cirurgia pediátrica é uma área da medicina que trata, com olhar técnico, especializado e individual, crianças que precisam de intervenções cirúrgicas, seja por doenças congênitas ou adquiridas ao longo da infância. É uma especialidade responsável pelos procedimentos cirúrgicos em crianças no período entre o pré-natal até a adolescência (Pereima *et al.*, 2021). A faixa de idade em que o cirurgião pediátrico irá atuar depende da localidade de atuação. No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069/1990), considera-se criança a pessoa com até doze anos incompletos, e adolescente aquele com idade entre doze e dezoito anos (Brasil, 1990).

As intervenções cirúrgicas em pacientes pediátricos podem ser indicadas em diferentes fases do desenvolvimento. No contexto pré-natal, o diagnóstico de malformações congênitas possibilita o planejamento cirúrgico para o período pós-natal e, em situações específicas, a realização de procedimentos intrauterinos. No período neonatal, são frequentes as intervenções em recém-nascidos, especialmente em casos de anomalias congênitas que exigem correção imediata. Ao longo da infância e adolescência, as cirurgias podem ser de caráter eletivo ou emergencial, abrangendo diversos sistemas. Ainda existe áreas mais específicas, como exemplo a urologia, o trauma e a oncologia pediátrica, que demandam abordagens adaptadas às particularidades anatômicas e fisiológicas da população infantil. Ademais, o avanço das técnicas minimamente invasivas, como a videolaparoscopia, tem contribuído significativamente para a redução do tempo de recuperação, da dor pós-operatória e das complicações, promovendo maior segurança e conforto aos pacientes (Jesus *et al.*, 2009; Pereima *et al.*, 2021).

Nas últimas décadas, houve um crescimento expressivo no número de cirurgias pediátricas realizadas no Brasil e em diversos países. Esse aumento reflete avanços tecnológicos, maior acesso da população aos serviços de saúde e ampliação das indicações cirúrgicas para condições congênitas, traumáticas e adquiridas durante a infância. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) realiza um número significativo de cirurgias pediátricas anualmente. Segundo dados de uma pesquisa realizada, entre 2018 e 2020, as cirurgias

pediátricas mais frequentes foram: herniorrafia inguinal (39,1%), postectomia (16,3%) e hernioplastia umbilical (15,2%). Outros tipos de cirurgias, como a correção de hidrocele e a exérese de lesões de pele, representaram percentuais menores (Talini *et al.*, 2023). Em uma outra análise realizada por pesquisadores pré-pandemia em hospital pediátrico, as cirurgias mais realizadas incluíram procedimentos do aparelho digestivo (como hernioplastias e apendicectomias), do aparelho geniturinário (como postectomias) e cirurgias para queimaduras e traumas, juntas, esses grupos representaram cerca de 51,6 % dos casos eletivos e 38,2 % dos casos de urgência (Pereima *et al.*, 2021). Esses dados são importantes para a análise do perfil das cirurgias pediátricas realizadas no SUS e para o planejamento de estratégias de melhoria da assistência à saúde infantil no país.

Entre os procedimentos mais realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estão aqueles voltados para corrigir alterações congênitas ou tratar problemas que surgem ao longo do crescimento, como a correção da fenda labiopalatina e de cirurgias como a adenoidectomia e a amigdalectomia. Outras cirurgias como as frenectomias, apendicectomia, hernioplastia umbilical e inguinal e a hidrocelectomia. Já na área urológica, a orquidopexia, e a postectomia também estão entre as cirurgias mais frequentes (Signor, 2019; Pereima *et al.*, 2021; Talini *et al.*, 2023).

É fundamental reconhecer que o cuidado voltado a criança vai muito além dos aspectos técnicos do procedimento. A infância é marcada por fases de desenvolvimento físico, emocional e cognitivo que influenciam diretamente a forma como a criança vivencia a hospitalização e, especialmente, uma intervenção cirúrgica. Por isso, o cuidado perioperatório precisa ser planejado com sensibilidade e atenção aos detalhes que tornam esse momento tão delicado. Crianças possuem características anatômicas e fisiológicas únicas, como vias aéreas mais estreitas, menor reserva cardiovascular e metabolismo mais acelerado, o que exige maior vigilância da equipe de enfermagem perioperatória. Ademais, aspectos emocionais como medo da separação dos pais, desconhecimento do ambiente hospitalar e receio da dor tornam o momento cirúrgico potencialmente traumático (Oliveira *et al.*, 2004).

A enfermagem deve atuar de forma vigilante na identificação precoce de sinais de dor, desconforto ou complicações, utilizando escalas de avaliação adaptadas a idade e oferecendo medidas de alívio tanto farmacológicas quanto não farmacológicas. O acolhimento no retorno ao leito, com palavras calmas, toque afetuoso e um ambiente minimamente estressante, também colabora para uma recuperação mais tranquila. Assim, o cuidado cirúrgico pediátrico exige não apenas conhecimento técnico e científico, mas também empatia, escuta sensível e a capacidade de olhar a criança em sua totalidade, como ser humano em desenvolvimento que precisa, mais

do que nunca, sentir-se seguro, compreendido e protegido (Oliveira *et al.*, 2004; Prado *et al.*, 2017). A abordagem da equipe de enfermagem nessas situações deve considerar, além dos aspectos clínicos, o suporte emocional da criança e de seus responsáveis, promovendo vínculo, segurança e redução do estresse cirúrgico.

O período pós-operatório imediato (POI) representa um dos momentos mais delicados do cuidado cirúrgico, especialmente quando se trata de crianças. Nessa fase, que abrange as primeiras 24 horas após o término da cirurgia, o corpo do paciente ainda está se adaptando aos efeitos da anestesia e ao trauma do procedimento. Por isso, é essencial que a equipe de enfermagem mantenha um acompanhamento próximo e constante, observando sinais como dor, consciência, padrão respiratório e possíveis reações adversas. No caso de pacientes pediátricos, essa atenção deve ser redobrada, já que eles apresentam maior sensibilidade a alterações clínicas (Saganski *et al.*, 2022).

O período pós-operatório mediato, que compreende desde as primeiras 24 horas até cerca de 30 dias após a cirurgia, é fundamental para garantir a recuperação completa do paciente, especialmente no caso das crianças. Durante essa fase, o organismo ainda está em processo de adaptação e regeneração, demandando cuidados contínuos que vão além do controle da dor e da cicatrização. Para as crianças, que muitas vezes apresentam dificuldades em expressar suas necessidades ou desconfortos, é essencial que a equipe de enfermagem esteja atenta não apenas aos sinais clínicos, mas também aos comportamentos e emoções que possam indicar ansiedade, medo ou dor (Papera *et al.*, 2024). Criar um ambiente acolhedor e seguro, com a participação ativa da família, é fundamental para diminuir o estresse infantil, melhorar a adesão ao tratamento e favorecer a recuperação física e emocional (Santos *et al.*, 2023).

Além do acompanhamento da ferida cirúrgica e dos sinais vitais, a educação dos familiares sobre os cuidados domiciliares é uma estratégia eficaz para promover a continuidade do cuidado e prevenir complicações (Richtrmoc *et al.*, 2023). A humanização do cuidado no pós-operatório mediato infantil envolve também o reconhecimento das necessidades psicossociais, estimulando o conforto, a mobilização precoce quando possível, e o suporte emocional, fortalecendo o vínculo entre criança, família e equipe de saúde. Assim, pode assegurar não apenas a recuperação clínica, mas também o bem-estar integral do paciente.

Quando uma criança está despertando da anestesia, o cuidado exige atenção, sensibilidade e instrumentos adequados para garantir uma recuperação segura e tranquila. Um dos métodos mais utilizados para avaliar esse processo é o Índice de Aldrete-Kroulik, que observa aspectos como respiração, circulação, consciência, oxigenação e movimentação. Embora seja amplamente adotado em adultos, sua aplicação em pacientes pediátricos levanta

questionamentos importantes, pois as crianças têm características fisiológicas e comportamentais próprias, que muitas vezes não são totalmente contempladas por esse índice. Um estudo realizado por Souza *et al.* (2019) destacou essas limitações, chamando atenção para a necessidade de adaptar os critérios utilizados na avaliação pós-anestésica em pediatria.

Nesse contexto, o papel do enfermeiro é fundamental não apenas para a identificação precoce de sinais de complicações e para a promoção de um cuidado integral que considere as necessidades físicas e emocionais da criança e de sua família. O enfermeiro atua na vigilância constante, na administração adequada dos medicamentos e na orientação aos responsáveis, criando um ambiente seguro que favorece a recuperação e minimiza riscos. Além disso, a humanização do atendimento, com comunicação clara e acolhimento, contribui para a redução da ansiedade e do sofrimento, aspectos essenciais para o sucesso do pós-operatório. Portanto, a atuação do enfermeiro é decisiva para transformar o cuidado em uma experiência mais segura e menos traumática para o paciente pediátrico, reafirmando sua importância na equipe multiprofissional de saúde (Almeida; Jardim, 2012; Campos *et al.*, 2018; Correia *et al.*, 2023).

As complicações após uma cirurgia podem acontecer em diferentes momentos da recuperação e, por isso, são classificadas conforme o tempo em que surgem. As complicações imediatas aparecem nas primeiras 24 horas; as mediatas, até o sétimo dia após o procedimento; e as tardias, quando surgem depois que o paciente já recebeu alta hospitalar (Caneschi *et al.*, 2024). As complicações pós-operatórias mais comuns identificadas em diversos estudos estão associadas a diferentes sistemas do corpo, sendo mais frequentemente observadas alterações nos sistemas neurológico, circulatório, respiratório, gastrointestinal e urinário. Entre essas complicações, destacam-se: dor e hipotermia, que podem causar desconforto significativo ao paciente; oscilações na pressão arterial, como hipertensão ou hipotensão; dificuldades respiratórias, como dessaturação de oxigênio e hipoxemia; além de náuseas, vômitos e retenção urinária (Campos *et al.*, 2018).

A percepção do enfermeiro envolve observação clínica qualificada, sensibilidade diante das mudanças comportamentais da criança e resposta rápida a qualquer sinal de alerta. Estudos mostram que a detecção precoce de complicações é um fator determinante para o desfecho clínico, especialmente em cirurgias de maior complexidade, como as cardíacas (Hoscheidt *et al.*, 2014; Saganski *et al.*, 2022).

Apesar da relevância do tema, ainda são escassos os estudos que buscam compreender, de forma sensível e aprofundada, como os profissionais de enfermagem percebem e enfrentam as complicações no pós-operatório imediato (POI) de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, especialmente no contexto sergipano. Essa lacuna na produção científica revela a

necessidade urgente de dar voz aos enfermeiros, valorizando suas vivências e desafios diários na assistência pediátrica. Assim, compreender a percepção do enfermeiro nesse cenário não é apenas um avanço científico, mas também um passo essencial para o fortalecimento do trabalho em equipe, para o desenvolvimento de protocolos específicos e para a qualificação das práticas assistenciais, promovendo um cuidado pediátrico mais atento, colaborativo e eficaz.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo do tipo observacional com análise descritiva e abordagem quantitativa, realizada com os profissionais de enfermagem que atuam diretamente no cuidado perioperatório neonatal e pediátrico. O estudo foi elaborado e relatado em conformidade com as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

A pesquisa observacional possibilitou analisar, em um único momento, sem intervenção dos pesquisadores sobre as variáveis questionadas, a percepção dos enfermeiros em relação às complicações cirúrgicas pediátricas no período pós-operatório imediato e mediato. (POLIT; BECK, 2019).

O formato observacional transversal apresentou-se de maneira satisfatória para o objetivo apresentado pois permitiu a avaliação das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros, bem como à percepção dos participantes acerca das complicações no pós-operatório imediato e mediato de cirurgias pediátricas. Com esse propósito, foi utilizado um questionário semiestruturado contendo perguntas objetivas e afirmações em formato de escala Likert, onde foi possível a mensuração e interpretação dos dados coletados.

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2025 a janeiro de 2026 no Hospital e Maternidade Santa Isabel, que é uma instituição filantrópica administrada pela Associação Aracajuana de Beneficência (AAB), referência no cuidado materno-infantil de média e alta complexidade, localizado em Aracaju, Sergipe, Nordeste do Brasil. A coleta foi realizada nas unidades de Centro Cirúrgico, Enfermaria Clínica Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, Sala de Parto, Urgência Pediátrica e Internamento Pediátrico.

Este hospital e maternidade é considerado de grande porte e contempla 246 leitos ao total, distribuídos entre centro cirúrgico, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, obstetrícia, unidade de terapia intensiva e urgências ginecológicas e obstétricas. Atualmente, o Centro Cirúrgico possui 5 salas de cirurgia, 10 leitos para Recuperação Pós-anestésica e 2 leitos para preparo cirúrgico. A Enfermaria Clínica Pediátrica tem 10 enfermarias, com 8 ativas e 10 leitos ativos. A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica conta com 10 leitos ativos, e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possui 20 leitos ativos.

5.3 População do estudo

A pesquisa foi realizada com enfermeiros que atuam ou já atuaram no cuidado perioperatório pediátrico no Hospital e Maternidade Santa Isabel, instituição filantrópica administrada pela Associação Aracajuana de Beneficência (AAB). Para o mapeamento da população elegível, os pesquisadores entraram em contato com o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) da instituição, que informou um quantitativo de 24 enfermeiros atuantes na assistência pós-operatória pediátrica e neonatal. Durante a coleta, foram acrescentados 3 profissionais da enfermagem que anteriormente tiveram contato com a população do estudo, totalizando 27 enfermeiros elegíveis.

Visto que se tratava de uma população pequena e restrita, optou-se pela realização de um censo, convidando todos os profissionais elegíveis a participar, sem exigência de cálculo amostral. Essa conduta é indicada quando o universo de sujeitos é reduzido, porém acessível, o que garante maior fidedignidade dos resultados (POLIT; BECK, 2019).

Dos 27 enfermeiros convidados, 3 recusaram participar da pesquisa e 1 realizou o preenchimento incorreto do instrumento de coleta, sendo excluído da análise. Dessa forma, a amostra final foi composta por 23 participantes, correspondendo a uma taxa de resposta válida de 85,2% do total elegível.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo os enfermeiros que estavam atuantes nas unidades que a pesquisa foi realizada e os que possuíam mais de 30 dias de atividade no setor, visto que, tal período assegura a adaptação do profissional no setor, possibilitando experiência mínima necessária para responder aos questionamentos da pesquisa.

Foram excluídos os Enfermeiros que estavam de férias, aqueles que recusaram a participação, e os que realizaram o preenchimento incompleto do instrumento de coleta.

5.5 Instrumento e Sistemática de Coleta de dados

5.5.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), apresentado individualmente a cada participante de forma presencial. Os enfermeiros foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, ao caráter voluntário da participação, à garantia de anonimato e à possibilidade de recusa ou retirada do consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. O TCLE foi confeccionado em duas vias, sendo uma entregue ao participante, com rubrica em todas as páginas e assinatura do pesquisador na última página.

5.5.2 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento semiestruturado (APÊNDICE II), aplicado de forma presencial e individualizada pelos pesquisadores, com entrega direta em mãos a cada participante que atua nas unidades de Centro Cirúrgico, Enfermaria Clínica Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, Sala de Parto, Urgência Pediátrica e Internamento Pediátrico do Hospital e Maternidade Santa Isabel. A coleta foi realizada por meio do preenchimento de dados (idade, sexo, tempo de graduação, formação acadêmica e especialização) e através de escalas do tipo Likert (QUADRO 1), que possuem itens de pontuação de um a cinco, criadas com base nas diretrizes e protocolos nacionais que abordem complicações e desconfortos no POI, sinais de alerta e aplicação de protocolos relacionados a cirurgias pediátricas.

A utilização de questionário semiestruturado dividido em duas fases, onde busca-se avaliar o perfil sociodemográfico dos enfermeiros e através de Escala Likert possibilitará entender o grau de domínio dos participantes quanto a determinados temas facilitando uma análise de dados estatísticos mais consistentes (Polit; Beck, 2019).

O questionário semiestruturado, em escala tipo Likert, apresenta variadas perspectivas que demonstram um ponto de vista sobre determinado tópico. Trata-se de uma escala ordinal que considera os seguintes itens: 1) discordo totalmente; 2) discordo; 3) neutro; 4) concordo; e 5) concordo totalmente. Essa fase foi estruturada em oito blocos temáticos, organizados em variáveis primárias e secundárias.

As variáveis primárias contemplaram: percepção dos enfermeiros acerca das complicações e desconfortos no pós-operatório imediato (POI) e mediato (POM) em cirurgias pediátricas; identificação dos sinais de alerta clínico no período pós-operatório pediátrico; e aplicação de protocolos de segurança do paciente relacionados ao cuidado perioperatório em cirurgia pediátrica. As variáveis secundárias abrangeram: perfil sociodemográfico e formação profissional dos enfermeiros; associação entre os diferentes tipos de cirurgia pediátrica e as principais complicações observadas; utilização de escalas de avaliação clínica adaptadas à faixa etária pediátrica; limitações na assistência prestada no período perioperatório; e capacitação profissional e oferta institucional de treinamentos.

A pesquisa tem como fator limitante o fato de o instrumento de coleta de dados ter sido construído pelos próprios pesquisadores, sem passar por um processo prévio de validação de conteúdo. Embora os itens tenham sido fundamentados em diretrizes e protocolos nacionais consolidados, a ausência de validação formal pode comprometer a reprodutibilidade e a precisão das medidas, bem como a comparabilidade dos resultados com outros estudos. Recomenda-se que futuras investigações submetam o instrumento a um rigoroso processo de validação, a fim de conferir maior robustez metodológica aos achados. Tal limitação, contudo, não invalida os resultados obtidos, mas deve ser considerada na interpretação das evidências apresentadas. Ressalta-se, contudo, que a consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach, cujos resultados demonstraram índices satisfatórios de confiabilidade para a maioria dos blocos temáticos, atenuando, em parte, essa limitação metodológica.

QUADRO 1 - Escala Likert.

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Discordo totalmente	1
Discordo	2
Neutro	3
Concordo	4
Concordo totalmente	5

Fonte: POLIT; BECK, 2019.

5.6 Análise dos Dados

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão).

Para avaliação da fidedignidade das respostas, foi calculado o coeficiente Alpha de Cronbach para cada bloco temático da escala Likert e para o instrumento completo. O Alpha de Cronbach é uma medida de consistência interna que avalia o quanto os itens de um instrumento estão correlacionados entre si, indicando se eles medem um mesmo construto de forma coerente. Seus valores variam de 0 a 1, sendo que valores iguais ou superiores a 0,70 foram considerados satisfatórios, conforme recomendado na literatura (POLIT; BECK, 2019).

Os resultados referentes a cada bloco da escala Likert foram mensurados por meio da média dos itens correspondentes, o que viabilizou a comparação entre os diferentes eixos avaliados. Os resultados foram apresentados em tabelas, organizados de forma a contemplar as variáveis sociodemográficas, de prática clínica e os escores dos oito blocos categóricos do instrumento.

Para a análise inferencial, considerando o tamanho amostral reduzido ($n=23$) e a natureza ordinal dos dados provenientes da escala Likert, optou-se pela utilização de testes estatísticos não paramétricos. O teste de Mann-Whitney foi aplicado para comparação entre dois grupos independentes. Esse teste é uma alternativa não paramétrica ao teste t-Student e é utilizado quando os dados não seguem uma distribuição normal, comparando as medianas entre dois grupos para verificar se há diferença estatisticamente significativa. Já o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparações entre três ou mais grupos. Trata-se de uma extensão do teste de Mann-Whitney para múltiplos grupos, sendo equivalente não paramétrico à ANOVA (Análise de Variância), permitindo verificar se há diferença significativa entre as medianas de três ou mais amostras independentes. Esses testes constituem alternativas não paramétricas equivalentes aos testes previstos no projeto inicial (Qui-quadrado e Exato de Fisher), sendo mais adequados às características da amostra estudada. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ para todas as análises realizadas.

As associações investigadas incluíram: tempo de formação profissional versus escores dos blocos Likert; capacitação prévia em pós-operatório pediátrico versus escores dos blocos; e autopercepção de preparo versus desempenho nos domínios avaliados. Resultados sem significância estatística foram igualmente reportados, uma vez que constituem achados científicos relevantes para a discussão dos objetivos propostos.

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS), aprovado sob o parecer CAAE: 93050925.8.0000.5546, atendendo à Lei nº 14.874/2024, à Resolução CNS nº 466/2012, à Resolução CNS nº 510/2016 e à Norma Operacional nº 01/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

6 RESULTADOS

6.1 Perfil sociodemográfico dos enfermeiros participantes

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.

VARIÁVEL	CATEGORIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (FA)	FREQUÊNCIA RELATIVA (FR)
Idade	35 a 44 anos	9	39,1%
	25 a 34 anos	7	30,4%
	45 ou mais	6	26,1%
	Menos de 25 anos	1	4,3%
Sexo	Feminino	23	100%
	Masculino	0	0
Estado civil	Casado/a	13	56,5%
	Solteiro	8	34,8%
	Outros	2	8,7%
Total		23	100,00%

Nota: FA = Frequência absoluta e FR = Frequência relativa. **Fonte:** Dados do estudo, 2026.

A caracterização sociodemográfica dos participantes evidencia predominância da faixa etária entre 35 e 44 anos (39,1%), seguida pelos profissionais com idade entre 25 e 34 anos (30,4%) e aqueles com 45 anos ou mais (26,1%), enquanto a menor representatividade corresponde aos indivíduos com menos de 25 anos (4,3%). Quanto ao sexo, observa-se uma amostra homogênea, composta integralmente por participantes do sexo feminino (100%), sem representação masculina. No que se refere ao estado civil, verifica-se maior frequência de profissionais casados(as) (56,5%), seguidos por solteiros(as) (34,8%) e, em menor proporção os que são viúvos ou possuem união estável (8,7%).

6.2 Tempo de formação dos enfermeiros participantes

TABELA 2 - Tempo de formação dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.

TEMPO DE FORMAÇÃO	FA	FR%
Mais de 10 anos	9	39,13%
6 a 10 anos	7	30,43%
1 a 5 anos	6	26,09%
Menos de um ano	1	4,35%
Total	23	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2026.

No que concerne ao tempo de formação profissional, observa-se que a maior parcela dos participantes possui mais de 10 anos de graduação (39,13%), indicando experiência consolidada na prática assistencial. Em seguida, destacam-se aqueles com 6 a 10 anos de formação (30,43%) e entre 1 a 5 anos (26,09%), enquanto uma minoria apresenta menos de um ano de formação (4,35%). Esses dados evidenciam um predomínio de profissionais com trajetória consolidada na enfermagem, o que pode influenciar positivamente na qualidade da assistência prestada e na tomada de decisões clínicas.

6.3 Titulação dos enfermeiros participantes

TABELA 3 - Titulação dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.

TITULAÇÃO	FA	FR%
Especialização	12	52,17%
Graduação	9	39,13%
Residência	2	8,70%
Total	23	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2026.

Em relação à titulação acadêmica, verifica-se que a especialização é o nível mais frequente entre os participantes (52,17%), demonstrando a busca por qualificação profissional e aprofundamento técnico-científico. A graduação como maior nível de formação foi identificada em (39,13%) dos enfermeiros, enquanto a residência corresponde a 8,70% da amostra. Esses achados indicam um perfil profissional com tendência ao aprimoramento contínuo, ainda que uma parcela significativa permaneça com formação restrita ao nível de graduação.

6.4 Turno predominante de trabalho dos enfermeiros participantes

TABELA 4 - Turno predominante de trabalho dos enfermeiros participantes. Aracaju, SE, 2026.

TURNO	FA	FR%
Manhã	9	39,1%
Tarde	10	43,5%
Manhã e Tarde	3	13%
Manhã e Noite	1	4,3%
Total	23	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2026.

Em relação ao turno de trabalho dos participantes, observou-se destaque atuação no período da tarde, correspondendo a 10 enfermeiros (43,5%). Em seguida, 9 participantes (39,1%) relataram atuar no turno da manhã, 3 profissionais (13%) mencionaram trabalhar nos turnos manhã e tarde, enquanto 1 participante (4,3%) referiu atuação nos turnos manhã e noite. Nesse sentido, verifica-se maior concentração de enfermeiros nos períodos diurnos, especialmente no turno vespertino.

6.5 Variáveis categóricas da prática assistencial dos enfermeiros

TABELA 5 - Variáveis categóricas da prática assistencial: autopercepção de preparo para identificação de complicações em pediatria. Aracaju, SE, 2026.

AUTOPERCEPÇÃO DE PREPARO PARA IDENTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS EM PEDIATRIA	N	%
Sim	13	56,5
Parcialmente	6	26,1
Não	4	17,4
Total	23	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2026.

No que se refere à autopercepção de preparo para identificação de complicações clínicas e cirúrgicas em pediatria, constatou-se que a maioria dos enfermeiros relatam sentir-se preparados para atuar diante dessas situações, correspondendo a 13 participantes (56,5%), outros 6 profissionais (26,1%) consideram-se parcialmente aptos, enquanto 4 enfermeiros (17,4%) afirmaram não se sentirem preparados.

TABELA 6 - Variáveis categóricas da prática assistencial dos enfermeiros: Frequência de contato dos enfermeiros com pacientes pediátricos no pós-operatório imediato (POI). Aracaju, SE, 2026.

FREQUÊNCIA DE CONTATO COM PACIENTES PEDIÁTRICOS NO POI	N	%
Algumas vezes por semana	8	34,8
Raramente	7	30,4
Diariamente	6	26,1
Nunca	2	8,7
Total	23	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2026.

Sobre a frequência de contato com pacientes pediátricos no pós-operatório observou-se a predominância de profissionais que assistem esse público algumas vezes por semana representando 8 participantes (34,8%). Em seguida, 7 profissionais informaram que possuem contato raramente (30,4%), 6 referiram contato diário e 2 afirmaram nunca ter tido contato direto com pacientes pediátricos.

TABELA 7 - Variáveis categóricas da prática assistencial dos enfermeiros: Capacitação prévia dos enfermeiros em pós-operatório pediátrico. Aracaju, SE, 2026.

CAPACITAÇÃO PRÉVIA EM PO PEDIÁTRICO	N	%
Não	16	69,6
Sim (com carga horária variada)	7	30,4
Total	23	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2026.

No que diz respeito à capacitação prévia em complicações ou desconfortos no pós-operatório imediato e mediato em cirurgias pediátricas, a maioria dos participantes, com um total de 16 profissionais (69,6%) afirmaram não possuírem treinamento específico para área. Somente 7 (30,4%) relataram que já participaram de capacitações com carga horária variável.

TABELA 8 - Variáveis categóricas da prática assistencial dos enfermeiros: Tipo de cirurgia pediátrica predominante na atuação dos enfermeiros. Aracaju, SE, 2026.

TIPO DE CIRURGIA PREDOMINANTE	N	%
Abdominal	16	69,6
Urológica	2	8,7
Outros (torácicas, cirurgia geral, otorrinolaringológica)	5	21,7
Total	23	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2026.

Em relação aos tipos de cirurgia que são mais predominantes na prática diária de assistência, observou-se destaque para cirurgia abdominal relatada por 16 participantes (69,6%). As cirurgias urológicas foram mencionadas por 2 enfermeiros (8,7%), enquanto outras categorias cirúrgicas foram mencionadas por 5 profissionais (21,7%).

TABELA 9 - Variáveis categóricas da prática assistencial dos enfermeiros: Complicações e desconfortos mais observados pelos enfermeiros no pós-operatório pediátrico. Aracaju, SE, 2026.

COMPLICAÇÕES/DESCONFORTOS MAIS OBSERVADOS	N	%
Náuseas e vômitos	16	69,6
Infecção do sítio cirúrgico	14	60,9
Dor intensa ou não controlada	13	56,5
Hemorragias	8	34,8
Hipotermia	7	30,4
Retenção urinária	6	26,1
Desorientação/agitação	5	21,7
Dificuldade respiratória	4	17,4
Náuseas e vômitos	16	69,6
Total	73	100,00%

Nota: Os participantes puderam assinalar mais de uma opção, portanto o total de respostas (73) é superior ao número de participantes (23). **Fonte:** Dados do estudo, 2026.

No que se refere às complicações e desconfortos mais observados pelos enfermeiros na assistência perioperatória pediátrica, os achados evidenciaram uma maior frequência de sintomas gastrointestinais e infecciosos. Náuseas e vômitos foram a intercorrência mais prevalente, relatada por 16 participantes (69,6%), seguida pela infecção do sítio cirúrgico, mencionada por 14 enfermeiros (60,9%). A dor intensa ou não controlada foi apontada por 13 profissionais (56,5%), evidenciando a relevância da analgesia no período pós-operatório. Hemorragias foram observadas por 8 participantes (34,8%), enquanto hipotermia e retenção urinária foram referidas por 7 (30,4%) e 6 (26,1%) enfermeiros, respectivamente. Com menor frequência, desorientação/agitação e dificuldade respiratória foram citadas por 5 (21,7%) e 4 (17,4%) participantes, demonstrando a diversidade de intercorrências clínicas no cuidado perioperatório pediátrico.

6.6 Escores médios dos domínios avaliados na escala Likert

TABELA 10 - Média e desvio padrão dos escores dos blocos temáticos do instrumento de coleta de dados. Aracaju, SE, 2026.

BLOCO	TEMA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
B1	Conhecimento sobre protocolos e complicações	4,23	0,55
B2	Avaliação e manejo clínico	4,44	0,61
B3	Limitações na atuação	2,82	1,12
B4	Formação profissional	3,66	0,60
B5	Tipo de cirurgia e complicações	3,93	0,57
B6	Protocolos de cirurgia segura	4,21	0,75
B7	Uso de escalas	3,51	0,61
B8	Manejo da dor	3,94	0,59

Fonte: Dados do estudo, 2026.

A análise dos blocos da escala Likert evidenciou médias prevalecentes elevadas, indicando percepção positiva dos enfermeiros participantes acerca do conhecimento técnico, da assistência prestada e da aplicação de protocolos no pós-operatório pediátrico. O Bloco 2, intitulado "Avaliação e assistência de enfermagem prestada", apresentou a maior média da pesquisa ($M=4,44$; $DP=0,61$), demonstrando elevada autopercepção dos profissionais quanto à prática assistencial e ao manejo clínico da criança durante o PO. O Bloco 1, denominado "Conhecimento sobre protocolos e complicações", evidenciou média de 4,23 ($DP=0,55$), enquanto o Bloco 6, referente aos "Protocolos de cirurgia segura", registrou 4,21 ($DP=0,75$), expressando boa percepção dos profissionais em relação ao domínio de conhecimentos técnicos e adesão às práticas de segurança do paciente.

No tocante ao Bloco 8, "Assistência de enfermagem diante de sinais de dor", apresentou média de 3,94 ($DP=0,59$), indicando percepção satisfatória sobre o conhecimento desse cuidado. De maneira equivalente, o Bloco 5, "Tipo de cirurgia e complicações", obteve média de 3,93 ($DP=0,57$), sinalizando boa compreensão dos riscos associados aos diferentes procedimentos cirúrgicos pediátricos.

Em contrapartida, o Bloco 4, "Formação profissional", alcançou média de 3,66 ($DP=0,60$), indicando que os enfermeiros classificam sua formação como satisfatória, contudo suscetível de aprimoramento. Resultado semelhante foi identificado no Bloco 7, "Uso de escalas", que revelou média de 3,51 ($DP=0,61$), o que pode apontar lacunas no domínio ou na aplicação dessas ferramentas na prática clínica.

A menor média foi registrada no Bloco 3, "Limitações na atuação da assistência prestada" ($M=2,82$; $DP=1,12$), que também evidenciou o maior desvio padrão, pressupondo expressiva variabilidade nas respostas e percepção moderada de entraves institucionais ou operacionais.

6.7 Confiabilidade do instrumento: Alpha de Cronbach

TABELA 11 - Análise de confiabilidade do instrumento (Alpha de Cronbach).

BLOCO	TEMA	α de Cronbach
B1	Conhecimento sobre protocolos e complicações	0,806
B2	Avaliação e manejo clínico	0,826
B3	Limitações na atuação	0,858
B4	Formação profissional	0,602
B5	Tipo de cirurgia e complicações	0,692
B6	Protocolos de cirurgia segura	0,903

B7	Uso de escalas	0,670
B8	Manejo da dor	0,825
Todos	(40 itens)	0,852

Fonte: Dados do estudo, 2026.

A confiabilidade do questionário foi analisada por meio do Alpha de Cronbach. O instrumento completo registrou um valor de $\alpha = 0,852$, evidenciando boa fidedignidade e enfatizando que as questões utilizadas são adequadas para avaliar a percepção dos enfermeiros acerca das complicações no pós-operatório pediátrico.

Dentre os blocos avaliados, o que apresentou o maior coeficiente foi o Bloco 6, referente aos "Protocolos de cirurgia segura", com $\alpha = 0,903$, indicando excelente consistência interna. Os Blocos 1 ("Conhecimento sobre protocolos, complicações e desconfortos"), 2 ("Avaliação e assistência de enfermagem prestada"), 3 ("Limitações na atuação da assistência prestada") e 8 ("Assistência de enfermagem diante de sinais de dor") também apresentaram escores adequados, com valores de $\alpha = 0,806$, $\alpha = 0,826$, $\alpha = 0,858$ e $\alpha = 0,825$, respectivamente, demonstrando confiabilidade satisfatória das respostas.

6.8 Análise inferencial das associações entre variáveis

TABELA 12 - Associações entre variáveis sociodemográficas e profissionais e os escores dos blocos temáticos. Aracaju, SE, 2026.

BLOCO	TESTE ESTATÍSTICO	RESULTADO
Tempo de formação × escores dos blocos	Kruskal-Wallis	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$)
Capacitação prévia × escores dos blocos	Mann-Whitney	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$)
Autopercepção de preparo × escores dos blocos	Kruskal-Wallis	Não houve diferença significativa, porém foi observado tendência no Bloco 8 – Manejo da Dor ($p = 0,107$)

Fonte: Dados do estudo, 2026.

Devido ao tamanho reduzido da amostra ($n=23$) e à natureza ordinal dos dados extraídos dos blocos da escala Likert, foram utilizados os testes Kruskal-Wallis para as variáveis que possuíam mais de três grupos e Mann-Whitney para comparação entre dois grupos. Na avaliação entre tempo de formação e escores dos blocos da escala Likert, não foi observada

nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), apontando que maior tempo de experiência não está associado a maior conhecimento prático.

Além disso, não foi observada associação com significância estatística entre capacitação prévia e escores dos blocos ($p > 0,05$), indicando que os profissionais participantes do estudo que receberam capacitação não apresentaram escores sistematicamente superiores, dado que 69,6% deles não receberam capacitação prévia.

Em relação à avaliação entre autopercepção de preparo e escores dos blocos, também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. Contudo, verificou-se uma tendência de associação ($p = 0,107$) no Bloco 8 (Manejo da dor), demonstrando índices superiores para aqueles que se autodenominaram "parcialmente" preparados.

7 DISCUSSÃO

7.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção de enfermeiros sobre complicações cirúrgicas pediátricas no pós-operatório imediato e mediato, bem como caracterizar seu perfil sociodemográfico e profissional. Os resultados revelaram um perfil majoritariamente feminino (100%), com predomínio da faixa etária entre 35 e 44 anos (39,1%) e tempo de formação superior a 10 anos (39,13%).

Esses achados estão, em parte, alinhados ao perfil nacional da enfermagem brasileira. De acordo com a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, conduzida pela FIOCRUZ em parceria com o COFEN (2017), a categoria dos enfermeiros no país é majoritariamente feminina (86,2%), com predomínio da faixa etária entre 31 e 40 anos (36,8%) e tempo de formação concentrado entre 2 e 10 anos (59,2% dos enfermeiros). No que se refere à distribuição etária, o presente estudo identificou maior concentração de profissionais na faixa de 35 a 44 anos (39,1%), enquanto o perfil nacional aponta maior concentração entre 31 e 40 anos (36,8% quando somadas as faixas 31-35 e 36-40 anos). Essa diferença pode refletir as particularidades regionais do estado de Sergipe ou o perfil específico dos serviços de atenção pediátrica e neonatal pesquisados.

Uma análise crítica que emerge deste dado é a possível relação entre a faixa etária predominante e a maturidade profissional necessária para atuar em um setor tão delicado quanto a pediatria. Profissionais com mais de 35 anos podem trazer não apenas conhecimento técnico acumulado, mas também maior estabilidade emocional e habilidades de comunicação desenvolvidas ao longo da carreira, aspectos fundamentais para o cuidado da criança e de sua família em situação de vulnerabilidade cirúrgica. Essa característica pode ser considerada um ponto positivo para a qualidade da assistência prestada, uma vez que o manejo do paciente pediátrico exige sensibilidade e capacidade de tomar decisões rápidas diante de intercorrências.

Quanto ao estado civil, a pesquisa nacional identificou que 43,6% dos enfermeiros são casados e 40,0% solteiros, corroborando os achados do presente estudo, nos quais 56,5% se declararam casados e 34,8% solteiros, com pequena variação percentual possivelmente associada ao tamanho amostral reduzido.

Com relação à distribuição regional, a Pesquisa Perfil da Enfermagem (FIOCRUZ/COFEN, 2017) aponta que o estado de Sergipe concentra 0,8% dos enfermeiros brasileiros (3.228 profissionais), o que reforça a relevância de estudos realizados no estado,

considerando as especificidades locais da assistência perioperatória pediátrica. Este dado é particularmente relevante, pois evidencia a necessidade de pesquisas regionais que considerem as particularidades do contexto sergipano, como a estrutura dos serviços de saúde, a oferta de capacitações e as condições de trabalho, que podem diferir significativamente dos grandes centros urbanos do país.

Quanto à titulação acadêmica, o presente estudo revelou que 52,17% dos participantes têm a especialização como maior titulação, enquanto 39,13% possuem apenas a graduação. Em âmbito nacional, a Pesquisa Perfil da Enfermagem (FIOCRUZ/COFEN, 2017) demonstrou que 80,1% dos enfermeiros brasileiros já realizaram algum curso de pós-graduação, com destaque para a especialização, que atingiu 72,8% dos profissionais. Embora a comparação direta entre os dois estudos seja limitada, uma vez que a pesquisa nacional admitia múltiplas respostas, enquanto o presente estudo considerou apenas a maior titulação, chama a atenção o fato de que o percentual de profissionais com apenas graduação na amostra sergipana (39,13%) é mais que o dobro do percentual nacional de enfermeiros que nunca realizaram pós-graduação (16,2%). Esse achado pode refletir uma menor oferta de cursos de especialização no estado de Sergipe ou barreiras de acesso dos profissionais locais à qualificação *stricto sensu*.

A baixa titulação pode estar associada a fatores como: 1) dificuldade de conciliação entre trabalho e estudo, especialmente em um cenário de sobrecarga laboral; 2) custos elevados dos cursos de pós-graduação; 3) ausência de políticas institucionais de incentivo à qualificação, como programas de bolsas ou liberação de carga horária para estudo. Este cenário é preocupante, pois a assistência ao paciente pediátrico no pós-operatório demanda conhecimentos específicos sobre fisiologia infantil, farmacologia pediátrica e manejo de complicações que, muitas vezes, são aprofundados apenas em cursos de especialização. A instituição de saúde, portanto, deveria assumir um papel mais ativo na promoção da educação continuada de seus profissionais, reconhecendo que a qualificação da equipe reflete diretamente na segurança e qualidade da assistência prestada.

É importante reconhecer as limitações do presente estudo. Primeiramente, o tamanho amostral reduzido ($n=23$) restringe a generalização dos achados para outras populações ou contextos. Em segundo lugar, o uso do autorrelato como única fonte de dados está sujeito a vieses, especialmente relacionados à memória e à autopercepção dos participantes. Por fim, a ausência de uma avaliação objetiva do conhecimento dos enfermeiros impede uma análise mais aprofundada sobre o real domínio teórico e prático da categoria.

Apesar das limitações, os achados deste estudo são relevantes por lançarem luz sobre uma realidade pouco explorada no estado de Sergipe e por oferecerem subsídios para gestores

e coordenadores de enfermagem repensarem estratégias de qualificação profissional e melhoria das condições de trabalho. A seguir, recomenda-se que novos estudos adotem amostras mais amplas, incorporem testes objetivos de conhecimento e explorem, por meio de abordagens qualitativas, as barreiras institucionais apontadas pelos profissionais, permitindo uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam a percepção e a prática assistencial.

Diante desses achados, recomenda-se que novos estudos adotem amostras mais amplas, incorporem testes objetivos de conhecimento e explorem, por meio de abordagens qualitativas, as barreiras institucionais apontadas pelos profissionais.

7.2 Percepção dos enfermeiros sobre complicações e desconfortos relacionados aos tipos de cirurgias pediátricas

Os profissionais envolvidos na pesquisa apresentaram níveis satisfatórios de conhecimento técnico, manejo clínico e adesão aos protocolos relacionados ao pós-operatório pediátrico ($M=4,23$; $DP=0,55$). Estes achados revelam que os enfermeiros percebem suas atuações como satisfatórias frente às demandas assistenciais, com destaque para a identificação de complicações e monitoramento clínico. Contribuindo para tal, a literatura expressa que a prática da enfermagem no período do pós-operatório está associada à capacidade de raciocínio clínico, ao uso de protocolos institucionais e a elementos que contribuem para a redução de eventos adversos e para a melhoria da segurança do paciente e qualidade da assistência (Santos et al., 2023).

Entretanto, é fundamental problematizar esse achado. A alta autopercepção dos enfermeiros, embora positiva, pode não refletir com precisão o conhecimento objetivo da categoria. Nesse sentido, a percepção positiva dos participantes deve ser interpretada com cautela, sendo recomendável que futuras pesquisas associem medidas subjetivas (como a autopercepção) a avaliações objetivas de conhecimento, a fim de obter um diagnóstico mais fidedigno da realidade.

Contudo, um dado que torna essa problemática ainda mais intrigante é a contradição observada entre a autopercepção de preparo e a capacitação formal dos participantes. Embora 82,6% dos enfermeiros se considerem preparados (56,5%) ou parcialmente preparados (26,1%) para identificar complicações clínicas e cirúrgicas em pediatria, a maioria absoluta (69,6%) afirmou não possuir capacitação prévia específica sobre complicações ou desconfortos no pós-operatório imediato e mediato em cirurgias pediátricas. Isso levanta questionamentos

importantes de como profissionais que não receberam treinamento formal podem sentir-se tão seguros para atuar em um cenário de alta complexidade como o pós-operatório pediátrico?

Uma hipótese para explicar esse fenômeno é que a segurança percebida pelos enfermeiros pode estar mais associada à experiência empírica acumulada na prática diária do que ao conhecimento teórico-científico formal. A vivência cotidiana com pacientes pediátricos, ainda que não acompanhada de capacitação estruturada, pode gerar um aprendizado prático que, embora valioso, não substitui a formação sistemática baseada em evidências. No entanto, essa construção de conhecimento baseada exclusivamente na experiência apresenta limitações significativas, pois pode perpetuar práticas não baseadas em evidências, dificultar a padronização da assistência e deixar os profissionais desatualizados diante de novas recomendações e protocolos.

Esse achado é preocupante, pois a falta de capacitação associada a uma alta autoconfiança pode resultar em subdiagnóstico de complicações, atraso na implementação de intervenções e, conseqüentemente, maior morbimortalidade no pós-operatório pediátrico. Diante disso, faz-se necessário que as instituições de saúde repensem suas estratégias de educação permanente, implementando programas de capacitação obrigatórios e continuados para a equipe de enfermagem que atua no perioperatório pediátrico. Além disso, é fundamental que a autopercepção de preparo seja periodicamente confrontada com avaliações objetivas de conhecimento, a fim de alinhar a confiança do profissional à sua real competência técnica. A segurança do paciente pediátrico no pós-operatório depende não apenas da experiência prática, mas, sobretudo, de uma formação sólida e atualizada que capacite o enfermeiro a identificar precocemente sinais de alerta e intervir de forma eficaz diante das intercorrências.

O Bloco 2, intitulado "Avaliação e assistência de enfermagem prestada", apresentou a maior média da pesquisa ($M=4,44$; $DP=0,61$), demonstrando elevada autopercepção dos profissionais quanto à prática assistencial e ao manejo clínico da criança durante o PO. Análises recentes destacam que a monitorização contínua representa uma das principais funções da equipe de enfermagem, servindo como base para uma conduta imediata diante de complicações, o que garante uma melhor recuperação para o cliente (Correia et al., 2023).

Em relação aos tipos de cirurgia mais predominantes na prática diária de assistência, observou-se destaque para cirurgia abdominal, relatada por 16 participantes (69,6%). Os dados obtidos estão de acordo com o que é observado na literatura brasileira, que aponta os procedimentos cirúrgicos abdominais como prevalentes no país. Procedimentos de abordagem cirúrgica apresentam riscos de agravo em complicações e desconfortos, o que acarreta a

necessidade de avaliação e elaboração de um plano de cuidados específico para cada indivíduo (Carvalho; Piazzzi; Silva, 2022; Talini et al., 2023).

A predominância de cirurgias abdominais na amostra pode estar relacionada ao perfil da instituição pesquisada, que é referência em atendimento materno-infantil e, portanto, recebe um grande volume de crianças com perfil para cirurgias abdominais, como hérnias, apendicites e malformações congênitas. Esse dado tem implicações práticas importantes em que a equipe de enfermagem deve estar especialmente preparada para as complicações específicas desse tipo de procedimento. A formação continuada e a atualização em protocolos de cuidados pós-operatórios para cirurgias abdominais pediátricas são, portanto, fundamentais para a segurança do paciente.

No que diz respeito às complicações e desconfortos mais frequentemente observados pelos enfermeiros no pós-operatório pediátrico, os dados revelaram que náuseas e vômitos constituem a intercorrência de maior prevalência na rotina assistencial, sendo relatada por 16 participantes (69,6%). Essa ocorrência está amplamente descrita na literatura como uma das complicações mais comuns no pós-operatório imediato, especialmente em crianças submetidas a procedimentos sob anestesia geral, podendo prolongar o tempo de permanência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e aumentar o risco de complicações secundárias como broncoaspiração (Campos et al., 2018). Em seguida, a infecção do sítio cirúrgico foi relatada por 14 profissionais (60,9%), indicando elevada percepção de risco ou ocorrência desse evento na prática clínica, o que reforça a importância da adesão rigorosa aos protocolos de assepsia e aos cuidados com a ferida operatória no período pós-operatório mediato. A dor intensa ou não controlada foi destacada por 13 participantes (56,5%), dado que reforça a importância crítica da utilização de escalas de avaliação da dor adequadas à faixa etária pediátrica, conforme abordado no Bloco 7 do instrumento. Complicações como hemorragias ($n=8$; 34,8%), hipotermia ($n=7$; 30,4%) e retenção urinária ($n=6$; 26,1%) também se mostraram relevantes no cenário avaliado, compondo um conjunto de intercorrências que demandam vigilância contínua e intervenção precoce pela equipe de enfermagem. Esses achados corroboram a literatura, que aponta as alterações nos sistemas circulatório, respiratório, gastrointestinal e urinário como as mais frequentemente observadas no pós-operatório pediátrico, sendo a detecção precoce dessas complicações um fator determinante para o desfecho clínico da criança cirúrgica (Caneschi et al., 2024; Correia et al., 2023).

No tocante ao Bloco 8, "Assistência de enfermagem diante de sinais de dor", apresentou média de 3,94 ($DP=0,59$), indicando percepção satisfatória sobre o conhecimento desse cuidado. O quadro de algia é destacado como o principal sinal clínico após a realização de

abordagem cirúrgica e, quando não há uma terapêutica apropriada, pode acabar gerando desequilíbrios fisiológicos. Diante disso, faz-se necessária a identificação precoce e o controle adequado da dor, realizado pelo cuidado da equipe de enfermagem voltado à pediatria (Caneschi et al., 2024; Correia et al., 2023).

A dor no pós-operatório pediátrico merece atenção especial, pois, quando não adequadamente manejada, pode levar a complicações maiores e até mesmo atraso na alta hospitalar. A identificação precoce da dor e a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas são competências essenciais do enfermeiro. A literatura recomenda que o manejo da dor seja individualizado, considerando não apenas a intensidade do quadro algico, mas também a idade da criança, o tipo de cirurgia e a resposta terapêutica. A utilização de estratégias não farmacológicas, como distração, musicoterapia, brinquedos terapêuticos e posicionamento confortável, deve ser incentivada como complemento à farmacoterapia, promovendo um cuidado mais humanizado e menos traumático.

Embora os participantes da pesquisa demonstrem boa percepção acerca dos "Protocolos de cirurgia segura" ($M=4,21$; $DP=0,75$), o Bloco 7, "Uso de escalas", revelou o menor índice observado na pesquisa ($M=3,51$; $DP=0,61$), o que aponta uma lacuna no domínio ou na aplicação dessas ferramentas na prática clínica. Este achado relata um sinal de atenção, pois a avaliação eficaz como parte do processo de enfermagem favorece o reconhecimento precoce das complicações e corrobora um plano de cuidados à beira do leito mais seguro. Ademais, referenciais teóricos sustentam que a adesão a protocolos melhora o diálogo multidisciplinar, reduz o risco de eventos adversos e promove resultados positivos nos indicadores de qualidade e segurança do paciente (Saganski et al., 2022; Soares et al., 2025).

A baixa média no Bloco 7 ("Uso de escalas") é um dos achados mais preocupantes do estudo, pois sugere que os enfermeiros podem não estar utilizando adequadamente ferramentas fundamentais para a avaliação clínica da criança no pós-operatório. Essa lacuna pode estar relacionada a diversos fatores: 1) falta de treinamento específico sobre as escalas pediátricas; 2) ausência de cultura institucional de utilização sistemática desses instrumentos; 3) sobrecarga de trabalho, que pode levar à priorização de tarefas consideradas mais urgentes em detrimento da avaliação formal. Independentemente da causa, a subutilização de escalas de avaliação representa um risco para a segurança do paciente, pois compromete a detecção precoce de alterações clínicas e a implementação de intervenções oportunas. Recomenda-se, portanto, que a instituição investigada implemente programas de capacitação focados no uso correto das escalas de avaliação pediátrica, bem como estratégias de monitoramento da adesão a esses instrumentos, como auditorias periódicas e feedback aos profissionais.

Por fim, é importante destacar que a percepção dos enfermeiros sobre sua prática é influenciada por múltiplos fatores, incluindo condições de trabalho, apoio institucional, relacionamento interpessoal com a equipe multiprofissional e experiência profissional. Os achados deste estudo sugerem que, embora os enfermeiros se sintam confiantes em relação a aspectos gerais da assistência (como monitoramento e identificação de complicações), há fragilidades importantes no uso de ferramentas específicas (escalas) que merecem intervenção. A implementação de estratégias de educação permanente, aliada ao fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente, pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança no pós-operatório pediátrico.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros acerca das complicações cirúrgicas pediátricas no período pós-operatório imediato e mediato, bem como caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros apresentam percepção satisfatória em relação ao conhecimento técnico, à identificação de complicações e ao manejo clínico de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, demonstrando elevada autopercepção de preparo para atuação no cuidado pós-operatório pediátrico.

Observou-se predominância de profissionais do sexo feminino, com idade entre 35 e 44 anos, tempo de formação superior a dez anos e titulação em nível de especialização, caracterizando um grupo com experiência profissional consolidada. Apesar disso, verificou-se que a maioria dos participantes não possuía capacitação específica voltada para o pós-operatório pediátrico, o que evidencia a necessidade de fortalecimento das estratégias de educação permanente e qualificação profissional nessa área.

Entre os aspectos avaliados, destacaram-se positivamente os blocos relacionados à avaliação e assistência de enfermagem prestada, ao conhecimento sobre protocolos e complicações e à adesão aos protocolos de cirurgia segura. Por outro lado, os resultados apontaram fragilidades relacionadas ao uso de escalas de avaliação e à formação profissional específica, indicando oportunidades para aprimoramento da prática assistencial e do desenvolvimento técnico-científico dos enfermeiros.

Uma reflexão que emerge com força dos achados diz respeito à contradição aparente entre a elevada autopercepção de preparo dos enfermeiros (82,6% consideram-se preparados ou parcialmente preparados) e a ausência de capacitação formal para a maioria dos participantes (69,6% não possuem treinamento específico). Isso sugere que a confiança dos profissionais pode estar ancorada mais na experiência empírica do cotidiano do que em um conhecimento técnico-científico sistematizado e baseado em evidências. Embora a experiência prática seja inegavelmente valiosa, ela não substitui a formação continuada estruturada, especialmente em um campo tão dinâmico e complexo como o pós-operatório pediátrico, no qual as complicações podem evoluir rapidamente e exigem tomada de decisão fundamentada em protocolos atualizados.

Essa constatação reforça a importância de que as instituições de saúde não se contentem com a percepção subjetiva de preparo de seus profissionais, mas implementem mecanismos objetivos de avaliação de competências e programas de educação permanente que efetivamente

qualifiquem a equipe para o cuidado perioperatório pediátrico. A segurança do paciente e a qualidade da assistência dependem não apenas da autoconfiança do enfermeiro, mas, sobretudo, de sua capacidade técnica comprovada, que só é alcançada por meio de formação teórica sólida e atualização contínua.

Apesar das limitações inerentes a estudos com amostra restrita e baseados em autorrelato, os achados deste estudo são robustos o suficiente para subsidiar recomendações práticas. A consistência interna satisfatória do instrumento ($\alpha = 0,852$), aliada à adesão às diretrizes do STROBE, confere credibilidade aos resultados e permite que as reflexões aqui apresentadas sejam consideradas para o planejamento de estratégias de qualificação profissional na instituição pesquisada. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre tempo de formação, capacitação prévia e escores dos blocos avaliados, o que sugere que fatores subjetivos e contextuais como cultura organizacional, apoio institucional e vivência prática podem influenciar a percepção dos enfermeiros de forma mais determinante do que variáveis objetivas isoladamente.

O presente estudo alcançou seu objetivo ao alcançar informações sobre a percepção dos enfermeiros que atuam na assistência perioperatória pediátrica em uma instituição de referência no estado de Sergipe, fornecendo subsídios para a gestão e o planejamento de estratégias de qualificação profissional. A originalidade do estudo reside em abordar uma temática ainda pouco explorada na literatura nacional, especialmente no contexto nordestino, e em identificar lacunas específicas que podem ser alvo de intervenções práticas, como a necessidade de capacitação em escalas de avaliação pediátrica e a implementação de programas de educação permanente focados no pós-operatório de cirurgias infantis.

Diante dos achados e limitações deste estudo, recomenda-se que pesquisas futuras adotem amostras ampliadas, associem a autopercepção a avaliações objetivas de conhecimento, realizem validação formal dos instrumentos de coleta e incorporem abordagens qualitativas para explorar barreiras institucionais e organizacionais. Sugere-se, ainda, a inclusão de outras categorias profissionais, a correlação da percepção dos enfermeiros a desfechos clínicos objetivos e a realização de estudos longitudinais e comparativos entre diferentes níveis de complexidade assistencial, bem como a investigação sobre estratégias não farmacológicas para o manejo da dor no pós-operatório pediátrico, contribuindo para a qualificação e humanização do cuidado à criança cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- ALBERGARIA, T. F. dos S; MOTTA, P.C.V.; SOUZAS, M.L.S.B. **Manual de Fisioterapia pediátrica**. Salvador: SANAR, 2019.
- ALMEIDA, D. R. de; ALMEIDA, D. P. Dificuldades da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico no pós-operatório imediato. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. ? n. ?, p. 20–26, mar. 2012. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/146/117>. Acesso em: 3 jul. 2025.
- BATALHA, L. M. C. et al. **Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)** em crianças. *Referência*, 2009, v. 10, p. 7–14. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/260838308_Adaptacao_cultural_e_validacao_da_versao_portuguesa_da_Escala_Face_Legs_Activity_Cry_Consolability_Revised_FLACC-R. Acesso em: 28 jun. 2025.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 2 jul. 2025.
- BRASIL, **Ministério da Saúde**. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabnet, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qise.def>. Acesso em: 15 jun. 2025.
- CAMPOS, M. P. de A. et al. Complicações na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 160–168, jul./set. 2018. DOI: 10.5327/Z14144425201800030008. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/385/pdf>. Acesso em: 3 jul. 2025.
- CANESCHI, G, L.T. et al. **Cuidados pós-operatórios e reabilitação em cirurgia geral**. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 7, n. 5, p. e72565, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n5-067. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72565>. Acesso em: 27 jun. 2025.
- CARVALHO, T. S. de; PIAZI, M. D; SILVA, C. R. L. da. **Clinical-epidemiological profile of children and adolescents hospitalized in the pediatric surgery nurse in a reference hospital in Rio de Janeiro**. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e33411225645, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25645. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25645>. Acesso em: 27 jun. 2025.
- CARDOSO, R. B. et al. Segurança do paciente na assistência de enfermagem perioperatória e as taxonomias de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, e62528, 2021. DOI: 10.12957/reuerj.2021.62528. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerej/article/view/62528/41207>. Acesso em: 29 jun. 2025.
- CORREIA, A. B. et al. Cuidados de enfermagem no pós-operatório de crianças submetidas à cirurgia cardíaca. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 4, p. 13284–13297, abr. 2023.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/58857/42759>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**: relatório final.

Volume I – Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COFEN, 2017. Disponível em:

<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2026.

HICKS, C. L. et al. **The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement**. *Pain*, v. 93, n. 2, p. 173-183, 2001. DOI: 10.1016/S0304-3959(01)00314-1. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/11914002_The_Faces_Pain_Scale_-_Revised_Toward_a_common_metric_in_pediatric_pain_measurement. Acesso em 20 jun. 2025.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 2 v.

HOSCHIEDT, L. M.; MORAES, M. A. P. de; WITKOWSKI, M. C. Complexidade dos cuidados de enfermagem em crianças submetidas à cirurgia cardíaca / Nursing care complexity in children undergoing cardiac surgery. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 15, n. 1, p. 203–207, jan./abr. 2014. Disponível em:

<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/3049>. Acesso em: 2 jul. 2025.

INGRACIO, Anderson Ricardo. **Técnica cirúrgica**. 1. ed. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2017. 73 p. ISBN 978-85-7061-888-7. Disponível em:

https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-tecnica-cirurgica_2.pdf. Acesso em: 26 jun. 2025.

JESUS, Lisieux Eyer de et al. Formação e demanda do cirurgião pediátrico no Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. —, ago. 2009.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/Ws7szyPQKV8gJ9v8bzsxMkJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 jun. 2025. DOI: 10.1590/S0100-69912009000400016.

JOST, Marielli Trevisan; VIEGAS, Karin; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino.

Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 218–225, dez. 2018. Disponível em:

https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/440/pdf_1. Acesso em: 1 jul. 2025.

MARTINS, Fernanda Zuchetto; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e56945, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GCCd3Fykn6dvqDc6dkCqHbM/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2025.

MERKEL, S. I. et al. The FLACC: **A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children**. *Pediatric Nursing*, 1997, v. 23, n. 3, p. 293–297. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9220806/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cirurgias seguras salvam vidas**: manual. Brasília: OPAS/OMS, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSECA, Patrícia Nunes da. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 37–54, dez. 2004. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009**. [S.l.], 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

PAPER, T. da S. et al. **A percepção da criança frente aos cuidados profissionais no contexto pós-cirúrgico**. Observatório Latino-americano, 2024. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/6602>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PEREIRA, M. J. L. et al. **Análise das cirurgias realizadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, antes e após a pandemia do novo Coronavírus**. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 50, n. 1, p. 68–80, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/934/486>. Acesso em: 29 jun. 2025..

PIEROTTI, I. et al. Elaboration, validation and reliability of the safety protocol for pediatric thirst management. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2020, v. 28, e3321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3333.3321>. Acesso em: 20 jun. 2025.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PRADO, P. F. et al. Vivenciando o processo cirúrgico: percepção e sentimentos da criança. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17648>. Acesso em: 2 jul. 2025.

QUEIROZ, F. C. et al. Manejo da dor pós-operatório na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007, v. 60, p. 87–91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X94Jj3TRwRpYKyHsMpPvWTh/?lang=pt>. Acesso em 15. Jul. 2025.

RICHTERMOC, M. K. de F. et al. Avaliação do conhecimento dos acompanhantes sobre cuidados de pacientes no pós-operatório cardíaco. **Journal of Hospital Sciences**, Recife, v. 3, n. 1, p. 24–35, 2023. Disponível em: <https://jhsc.emnuvens.com.br/revista/article/view/38/30>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SAGANSKI, G. F. et al. Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em pacientes pediátricos: revisão de escopo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, São Paulo, v. 22, p. eSOBEP2022014, dez. 2022. DOI: 10.31508/1676-379320220014. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/article/cuidados->

[de-enfermagem-no-pos-operatorio-imediato-de-cirurgia-cardiaca-em-pacientes-pediatricos-revisao-de-escopo/](#). Acesso em: 2 jul. 2025.

SANTOS, Carolini Abreu dos; SIQUEIRA, Diego Silveira; SILVA, Eveline Franco da. **Segurança do paciente cirúrgico pediátrico: uma revisão integrativa**. Espaço para a Saúde, Londrina, v. 24, p. e915, 2023. DOI: 10.22421/1517-7130/es.2023v24.e915. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/915>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SANTOS, J. P.; MARANHÃO, D. G. Cuidado de Enfermagem e manejo da dor em crianças hospitalizadas: pesquisa bibliográfica. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v. 16, n. 1, p. 44-50, jun. 2016. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/article/cuidado-de-enfermagem-e-manejo-da-dor-em-criancas-hospitalizadas-pesquisa-bibliografica/> Acesso em: 28 jun. 2025.

SANTOS, R. do, SILVA, I. D. L. da, PEREIRA, V. A., SILVA, M. B. da, & ARAÚJO, L. C. N. (2018). A Atuação do Enfermeiro no Centro Cirúrgico. **Gep News**, 2(2), 9–15. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/5218>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes. Abordagem fonoaudiológica nas fissuras orofaciais não síndrômicas: revisão de literatura. **Revista de Ciências Médicas**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 49–67, 2019. DOI: 10.24220/2318-0897v28n1a4379. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/4379>. Acesso em: 27 jun. 2025.

SOARES, G. C. et al. Cuidados de enfermagem no período perioperatório: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 1–23, 2025. DOI: 10.21680/2446-7286.2025v11n1ID37906. Disponível em: <https://www.periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/37906>. Acesso em: 29 jun. 2025.

SOARES, R. P. G. et al. Análise dos registros perioperatórios baseados na sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: estudo transversal. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e81089, jul. 2024. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuernj/article/view/81089>. Acesso em: 29 jun. 2025.

SOUZA, C. F. Q. de et al. Uso do índice de Aldrete e Kroulik na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão sistemática. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, Recife, v. 4, n. 1, p. 31–38, jan./jun. 2019. DOI: 10.5935/2446-5682.2019000732. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v4n1a07.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

TALINI, Carolina; SILVA CARVALHO, Ariana Rodrigues da; VIERA, Cláudia Silveira. Cirurgia pediátrica eletiva: caracterização do perfil das crianças e identificação dos encaminhamentos em atraso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 50, e20233516, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/ZN8vGPxzTBKVnQdYJ6TjwMw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2025.

TALINI, M. C. M. et al. Perfil epidemiológico de cirurgias pediátricas em hospital universitário. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 1, p. 34–40, 2023.

VILEFORT, L.A. et al. Principais complicações pós-operatórias: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 36, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAC.e8853.2021>. Acesso em: 27 jun. 2025.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Complicações em pós-operatório de cirurgias pediátricas: percepção de enfermeiros

Pesquisador Responsável: Antônio Filipe dos Santos Xavier e Wemilly Karoline Anjos Ferreira

Orientador da Pesquisa: Prof.^a Dr.^a Mariangela da Silva Nunes

Local onde será realizada a pesquisa: Unidades de Centro Cirúrgico, Enfermaria Clínica Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital e Maternidade Santa Isabel.

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa a ser realizada **Unidades de Centro Cirúrgico, Enfermaria Clínica Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital e Maternidade Santa Isabel**. Sua contribuição é muito importante para que seja possível entender de maneira aprofundada os obstáculos e as percepções da enfermagem diante das complicações em pós-operatório de cirurgias pediátricas. Importante salientar que sua participação é de cunho total voluntário e você poderá antes, durante ou após a pesquisa reivindicar mais informações, desistir ou recusar a participar do estudo, sem ter prejuízo, penalização ou até mesmo responsabilização. Esta pesquisa será realizada porque existe uma grande lacuna presente em produções científicas que retratem a percepção dos enfermeiros sobre as complicações e compreender esse entendimento poderá corroborar para o aperfeiçoamento das normas clínicas, da qualificação profissional e a segurança do paciente. O objetivo principal da pesquisa é identificar a percepção dos enfermeiros diante de complicações cirúrgicas pediátricas no período pós-operatório imediato e mediato. Os participantes da pesquisa serão todos os enfermeiros que possuírem atuação na área assistencial cirúrgico pediátrico. Não haverá grupo controle por se tratar de uma abordagem descritiva do tipo quantitativa com aplicação de questionário individuais com a intenção de avaliar o conhecimento clínico dos profissionais. Antes de decidir, é importante que entenda todos os procedimentos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos nesta pesquisa. A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar sem ser prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis Antônio Filipe dos Santos Xavier e Wemilly Karoline Anjos Ferreira, nos celulares (79) 99163-4220; (79) 99990-5317 e e-mails wemilly@academico.ufs.br / antonio.filipe123@gmail.com.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe. “O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (De acordo com a Lei nº 14.874/2024, Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 e a Norma Operacional 01/2003 do Conselho Nacional de Saúde /

Ministério da Saúde). Caso você tenha dúvidas sobre a aprovação do estudo, seus direitos ou se estiver insatisfeito com este estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE. Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br. Telefone: (79) 3194-7208 e horários para contato – Segunda a Sexta-feira das 07:00 às 12:00h. Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado) e utilizadas apenas para esta pesquisa. Somente nós, o pesquisador responsável e/ou equipe de pesquisa, teremos conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a **Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa** elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que está disponível no site: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf

Caso você concorde e aceite participar desta pesquisa, deverá rubricar todas as páginas deste termo e assinar a última página, nas duas vias. Eu, o pesquisador responsável, farei a mesma coisa, ou seja, rubricarei todas as páginas e assinarei a última página. Uma das vias ficará com você para consultar sempre que necessário.

O QUE VOCÊ PRECISA SABER

DE QUE FORMA VOCÊ VAI PARTICIPAR DESTA PESQUISA: O participante da pesquisa irá receber um instrumento de coleta onde será avaliado o conhecimento técnico a respeito das complicações e desconfortos no Pós-operatório Imediato (POI) e no Pós-operatório Mediato (POM). O questionário contará com duas fases: a primeira diz respeito aos dados de identificação (idade, tempo de formação, local de trabalho e especialização). A segunda fase através de questionários que contará com questões de múltipla escolha e itens avaliativos em escala do tipo Likert, criadas com base nas diretrizes e protocolos nacionais que abordem complicações e desconfortos no POI, sinais de alerta, aplicação de protocolos relacionados a cirurgias pediátricas. O instrumento será aplicado de forma individualizada, com tempo de aplicação de 20 minutos. Os dados que serão coletados nesse presente instrumento serão utilizados apenas para cunho científico assegurando o anonimato dos participantes.

RISCOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA: O presente estudo oferece riscos mínimos relacionados a quebra de sigilo e anonimato, e desconforto em responder o questionário. Entretanto para minimizar esses riscos será implementado: a garantia do sigilo em relação as respostas obtidas que serão tratadas com rigor ético, de forma confidencial e unicamente com fins científicos. Não será publicado qualquer tipo de informação que permita a identificação pessoal dos participantes da pesquisa. O anonimato será garantido por meio da caracterização dos mesmos em um código de seis dígitos gerados aleatoriamente, de modo a impedir a quebra de sigilo ou perda de dados de identificação pessoal dos participantes da pesquisa no momento de tabulação dos dados e a coleta ocorrerá em ambiente reservado. Será garantido o direito a recusa ou a interrupção da participação dos participantes da pesquisa a qualquer momento, sendo assegurado a possibilidade de não responder qualquer tipo de pergunta, sem que haja prejuízo ao participante da pesquisa. Os dados coletados serão arquivados em local seguro sob a guarda dos pesquisadores, durante 5 anos.

BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA: Neste estudo, não haverá benefícios diretos imediatos para os participantes, entretanto, os resultados permitirão identificar fatores relacionados a assistência ao paciente pediátrico que possibilitem aos gestores o planejamento de futuras capacitações da equipe de enfermagem que presta a assistência com vistas a melhoria

na qualidade do Processo de Enfermagem. Ademais, estudos futuros podem auxiliar na comparação da evolução da assistência prestada.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE: Os dados dos participantes coletados através dos questionários serão utilizados em publicações científicas de forma que serão garantidas a privacidade e a confidencialidade, não permitindo a identificação do participante.

ACESSO A RESULTADOS DA PESQUISA: O participante tem o direito, caso solicite, a ter acesso aos resultados da pesquisa podendo entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento.

CUSTOS ENVOLVIDOS PELA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA: Você não terá custos para participar desta pesquisa; A pesquisa também não envolve compensações financeiras, ou seja, você não poderá receber pagamento para participar.

DANOS E INDENIZAÇÕES: Se lhe ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante a pesquisa, lhe será garantido o direito à assistência médica imediata, integral e gratuita, às custas do pesquisador responsável, com possibilidade de indenização caso o dano for decorrente da pesquisa (através de vias judiciais Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954).

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a). Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, li, ou foram lidos para mim, os procedimentos envolvidos, os possíveis riscos e benefícios da minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo o uso dos meus dados de pesquisa sem que a minha identidade seja divulgada. Recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro que obtive de forma apropriada, esclarecida e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Entreguei uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim ao participante e declaro que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ____/____/____

Nº _____

Fase 1: IDENTIFICAÇÃO, CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: () F () M Estado Civil: _____ Cidade/Estado: _____
3. Tempo de formação: () Menos de um ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () mais de 10 anos
4. Tempo de atuação na unidade atual:
() menos de 6 meses () 6 meses a um ano () 1 a 3 anos () mais de 3 anos
5. Titulação:
() Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado () Graduação
6. Turno predominante de trabalho:
() M () T () N () Plantão 12x36 () Outro(s): _____

FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA COM CIRURGIAS PEDIÁTRICAS

7. Você já recebeu capacitação sobre complicações ou desconfortos no pós-operatório imediato pediátrico?
() Sim () Não Se sim, especifique a carga horária ou título do curso: _____
8. Com que frequência lida com pacientes pediátricos no pós-operatório?
() Diariamente () Algumas vezes por semana () Raramente () Nunca
9. Você se sente preparado para identificar complicações clínicas em pediatria na SRPA?
() Sim () Parcialmente () Não
10. Com qual tipo de cirurgia você mais tem contato?
() Otorrinolaringológica () Abdominal () Ortopédica () Urológica () Outra: _____
11. Marque as complicações que você já observou com maior frequência em crianças no pós-operatório (POI e/ou POM):
() Náuseas e vômitos () Dor intensa ou não controlada () Hemorragias () Hipotermia
() Infecção do sítio cirúrgico () Retenção urinária () Desorientação/agitação () Dificuldade respiratória () Outras: _____
12. Quais critérios você considera necessários para que uma criança tenha alta segura da SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica)? (Assinale todos que se aplicam)

() Respiração espontânea e eficaz	() Ausência de dor
() Saturação de O ₂ ≥ 92% em ar ambiente	() Ausência de náuseas e vômitos
() Nível de consciência compatível c/ o pré-operatório	() Temperatura corporal estável
() Dor controlada (escala apropriada p/ a idade)	() Prescrição médica autorizando a alta

☐ Reflexos de tosse e deglutição presentes	☐ Capacidade de movimentar extremidades
---	--

13. Com base na sua prática, relacione os tipos de cirurgia que você acompanha com maior frequência e se há risco aumentado de complicações no POI e POM. (Assinale todos que se aplicam)

Tipo de Cirurgia Ped.	Já acompanhou o pós-operatório?	Associa a maiores complicações?
Adenoidectomia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Amigdalectomia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Queiloplastia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Postectomia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Orquidopexia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Hidrocelectomia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Frenectomia Labial	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Frenectomia lingual	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Apendicectomia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Hernioplastia umbilical	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Hernioplastia inguinal	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Fase 2: INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO

Por gentileza, leia com atenção o instrumento. Em seguida, assinale o número que está ao lado da afirmação. Dê sua opinião de acordo com o item que melhor representa seu grau de concordância em cada critério descrito.

(1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) neutro; (4) concordo; e (5) concordo totalmente.

Observação: Caso escolha (1) ou (2) descrever ao lado o motivo para tal escolha.

Bloco 1. Conhecimento sobre os protocolos, complicações e desconfortos

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. Sou capaz de reconhecer os sinais de complicações no POI de cirurgias pediátricas;						
b. Consigo identificar os sinais de alerta de agravamento clínico em crianças no POI e POM;						
c. Estou ciente dos protocolos existentes de segurança do paciente pediátrico cirúrgico;						
d. Tenho conhecimento acerca dos critérios de alta do paciente pediátrico da SRPA;						
e. Consigo aplicar escalas de dor de acordo com cada faixa etária da pediatria;						

Bloco 2. Avaliação e assistência de enfermagem prestada

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. Monitoro os sinais vitais com frequência adequada segundo os protocolos no POI e POM;						
b. Possuo acesso a aparelhos adequados para aferição de SSVV da população pediátrica						
c. Acredito que a comunicação entre a equipe é crucial para a assistência segura a criança;						
d. Me sinto preparado frente a intercorrências no POI pediátrico;						
e. Sigo rotinas de avaliação padronizadas para monitorar a condição clínica da criança na SRPA;						

Bloco 3. Limitação na atuação da assistência prestada

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. A carência de protocolos voltados para a criança dificulta minha prática assistencial;						
b. A escassez de profissionais especializados dificulta o cuidado no POI e POM pediátrico;						
c. Percebo que o ambiente da SRPA é pouco adequado para os pacientes da pediatria;						
d. Não existe uma boa oferta de capacitações sobre cirurgia pediátrica no meu setor;						
e. A sobrecarga de trabalho interfere na qualidade do serviço prestado;						

Bloco 4. Formação profissional

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. Sinto que minha formação me preparou suficientemente para atender crianças no POI;						

b. Tenho interesse em participar de treinamentos sobre cuidados no POI e POM de pediatria;						
c. A instituição oferece regularmente cursos de atualização em perioperatório pediátrico;						
d. Recebi capacitação para atuação em pós-operatório pediátrico;						
e. Considero necessária a atualização em protocolos cirúrgica infantil.						

Bloco 5. Tipo de Cirurgia

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. A intensidade da dor no pós-operatório varia de acordo com o tipo de cirurgia realizada.						
b. Cirurgias de vias aéreas superiores estão frequentemente associadas à recusa alimentar e irritabilidade no POM.						
c. Cirurgias prolongadas e de grande porte estão relacionados a maior risco de complicações no POI.						
d. O pós-operatório de cirurgias abdominais apresentam um maior risco de distensão abdominal. Dor severa e vômitos.						
e. Cirurgias ortopédicas pediátricas geralmente causam desconfortos associados à imobilização e restrição no POM.						

Bloco 6. Protocolos de cirurgia segura

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. O protocolo de segurança em cirurgia segura é seguido em todos os procedimentos no meu setor;						
b. A comunicação entre a equipe multidisciplinar é uma prática realizada no meu setor;						

c. A dupla checagem da identificação da criança e do procedimento é realizada sistematicamente;						
d. Os protocolos da instituição são adaptados às necessidades do público pediátrico;						
e. Existem rotinas objetivas acerca da contagem de material e instrumentos cirúrgicos;						

Bloco 7. Uso de escalas

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. Faz parte da minha rotina utilizar a escala de Aldrete-Kroulik;						
b. Consigo utilizar corretamente a escala de Humpty Dumpty;						
c. Faço uso da escala de Braden Q para avaliação do risco de lesões por pressão em pós-operatório;						
d. Tenho familiaridade com escalas como FLACC, EVENDOL ou RASS;						
e. A escala de NEWS pediátrica é útil para monitoramento clínico em minha unidade;						

Bloco 8. Assistência de enfermagem diante de sinais de dor

Afirmativa a ser julgada	1	2	3	4	5	
a. Sei identificar os diferentes tipos de dor no pós-operatório pediátrico (incisional, visceral, relacionada a dispositivos).						
b. Aplico escalas de dor com base na idade e condição clínica da criança;						
c. Conheço e aplico estratégias não farmacológicas para alívio do desconforto infantil no pós-operatório.						
d. Participo ativamente do plano terapêutico para controle da dor junto à equipe multiprofissional.						
e. Realizo intervenções analgésicas de forma individualizada conforme a resposta clínica da criança.						

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA E EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA

Eu, [nome completo do responsável pela instituição/organização], [cargo ocupado pelo responsável na instituição/organização] do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, autorizo a realização do projeto intitulado “Complicações em pós-operatório de cirurgias pediátricas: percepção de enfermeiros” pelos pesquisadores Antônio Filipe dos Santos Xavier, Wemilly Karoline Anjos Ferreira, sob Orientação da Prof.^a Dr.^a Mariangela da Silva Nunes que terá como objetivo a análise da percepção dos enfermeiros relacionada das complicações e desconfortos no pós-operatório de cirurgias pediátricas. O público-alvo será enfermeiros que atuam no Centro cirúrgico, Enfermária clínica pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no hospital universitário da UFS. A coleta de dados será realizada através de instrumento semi-estruturado que conterá perguntas sociodemográficas, de múltipla escolha e avaliação através de escala do tipo Likert baseada em diretrizes e protocolos nacionais que abordem complicações e desconfortos no POI, sinais de alerta, aplicação de protocolos relacionados a cirurgias pediátricas. Será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS).

Estamos cientes de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para desenvolvê-la em conformidade às diretrizes e normas éticas. Ademais, ratifico que não haverá quaisquer implicações negativas aos enfermeiros que não desejarem ou desistirem de participar do projeto.

Declaro, outrossim, na condição de representante desta Instituição, conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas de acordo com a Lei nº 14.874/2024, Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 e a Norma Operacional 01/2003 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

Aracaju SE, ____ de _____ de 2025.

[Assinatura e função do(a) dirigente institucional ou pessoa por ele(a) delegada] (com
carimbo ou assinatura digital)

[RODAPÉ: inserir o endereço, telefone e e-mails para contato com a instituição]

**ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS
(TCUD)**

Título do Projeto: Complicações em pós-operatório de cirurgias pediátricas: percepção de enfermeiros

Pesquisador Responsável: Mariangela da Silva Nunes

Instituição/Departamento de Origem do Pesquisador: Universidade Federal de Sergipe/Departamento de Enfermagem

Telefone e e-mail: (79)981068979 – e-mail: mariangela.nunes@academico.ufs.br

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “Complicações em pós-operatório de cirurgias pediátricas: percepção de enfermeiros” comprometem-se a preservar a privacidade dos dados **sociodemográficos, e de conhecimento profissional**, concordam e assumem a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, bem como se responsabiliza pela ação e função dos demais membros do grupo de pesquisa listados abaixo. Comprometem-se, ainda, a fazer a divulgação das informações coletadas somente de forma anônima e que a coleta de dados da pesquisa somente será iniciada após aprovação do sistema CEP/CONEP.

Salientamos, outrossim, estarmos cientes dos preceitos éticos da pesquisa, pautados na Lei nº 14.874/2024, Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 e a Norma Operacional 01/2003 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

Aracaju, ____ de _____ de 2025

IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DO GRUPO DE PESQUISA

Antônio Filipe dos Santos Xavier
Wemilly Karoline Anjos Ferreira
Mariângela da Silva Nunes

(Assinatura física ou digital do Pesquisador Responsável)

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: Complicações em pós-operatório de cirurgias pediátricas: percepção de enfermeiros

Pesquisador Responsável: Mariangela da Silva Nunes

Instituição/Departamento de Origem do Pesquisador: Universidade Federal de Sergipe/Departamento de Enfermagem

Telefone e e-mail: (79)981068979 – e-mail: mariangela.nunes@academico.ufs.br

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

Cumprir os termos da resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012 e da resolução nº 510/16, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/1997, 251/1997, 292/1999, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005).

Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe

Zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;

Garantir que os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos participantes;

Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

Garantir que os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de apresentação em encontros científicos ou publicação em periódicos científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;

Garantir que o CEP-UFS será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;

Garantir que o CEP-UFS será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos, resultantes desta pesquisa, com o voluntário;

Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Parcial e Relatório Final da pesquisa.

IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DO GRUPO DE PESQUISA

Antônio Filipe dos Santos Xavier
Wemilly Karoline Anjos Ferreira
Mariangela da Silva Nunes

(Assinatura física ou digital do Pesquisador Responsável)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SERGIPE - EBERSH**

**ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR –
PROPRIEDADE INTELECTUAL**

Eu, Mariangela da Silva Nunes, R 851.115 SSP/SE, CPF: 704.130.887-15, desenvolvendo pesquisa a ser realizada no Hospital da Universidade Federal de Sergipe filial da EBERSH, declaro conhecer e comprometo-me a respeitar as legislações vigentes no país e internas da Universidade Federal de Sergipe em relação aos direitos de propriedade intelectual gerados no projeto sob título “**Complicações em pós-operatório de cirurgias pediátricas: percepção de enfermeiros**”, devendo:

1. Comunicar ao Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica do H/UFS/EBERSH à Pesquisa o desenvolvimento de criações suscetíveis de proteção legal antes de tomar qualquer iniciativa de divulgação dos resultados.
2. Reconhecer o HU/UFS/EBERSH como detentor de direitos patrimoniais sob propriedade intelectual gerada no projeto acima citado e a ele relacionado, assegurando-me o direito de figurar como autor/inventor.]
3. Autorizar o HU/UFS/EBERSH a realizar todos os atos necessários à proteção e exploração da propriedade intelectual gerada e fornecer em tempo hábil todas as informações e documentos necessários.
4. Concordar com a porcentagem de participação a título de incentivo, prevista nas legislações em vigor, sobre dividendos oriundos da exploração da propriedade intelectual gerada.
5. Indicar minha vinculação à UFS e ao HU/UFS/EBERSH em todas as publicações de dados nele colhidas ou em trabalhos divulgados por qualquer outro meio, citando explicitamente os nomes: Universidade Federal de Sergipe e Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

Aracaju, _____ de _____ de 2025

(Assinatura física ou digital do Pesquisador Responsável)