



**ETEC ORLANDO QUAGLIATO
CURSO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**BRUNO DE OLIVEIRA SOARES
LUDMILA GAMA TEODORO
PANDORA DE ANDRADE SCARPIN**

**DESMISTIFICANDO MITOS EM RELAÇÃO
AO PÓS-OPERATÓRIO PEDIÁTRICOS**

**SANTA CRUZ DO RIO PARDO - SP
2024
BRUNO DE OLIVEIRA SOARES**

**LUDMILA GAMA TEODORO
PANDORA DE ANDRADE SCARPIN**

**DESMISTIFICANDO MITOS EM RELAÇÃO
AO PÓS-OPERATÓRIO PEDIÁTRICOS**

Trabalho apresentado à Escola Técnica Estadual Orlando Quagliato como requisito para obtenção do título de Técnico em enfermagem sob orientação do(a) Prof/a: MA Ana Paula Morguetti Camargo.

**SANTA CRUZ DO RIO PARDO - SP
2024**

BRUNO DE OLIVEIRA SOARES

**LUDMILA GAMA TEODORO
PANDORA DE ANDRADE SCARPIN**

**DESMISTIFICANDO MITOS EM RELAÇÃO
AO PÓS-OPERATÓRIO PEDIÁTRICOS**

Aprovada em: _____ / _____ / _____

Conceito: _____

Banca de Validação:

_____ - Presidente da Banca

Professor.....

ETEC “Orlando Quagliato”

Orientador

Professor

ETEC “Orlando Quagliato”

Professor

ETEC “Orlando Quagliato”

SANTA CRUZ DO RIO PARDO – SP
2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por me dar forças e sabedoria para chegar até aqui. Aos meus pais, pelo apoio incondicional, paciência e incentivo em todos os momentos. Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos de dificuldade e comemorações. E, finalmente, aos professores e orientadores, que com dedicação e paciência, contribuíram para a construção deste conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, pela força e pela sabedoria durante toda essa jornada. Aos nossos responsáveis por todo o apoio e por acreditarem em nós, principalmente durante os momentos mais difíceis. Vocês sempre nos incentivaram a seguir em frente, e essa conquista é tão de vocês quanto nossa. A nossa orientadora, MA. Ana Paula Morguetti Camargo, pela paciência, orientação e pelos ensinamentos valiosos. Seu apoio foi essencial para a concretização deste trabalho. Por fim, agradecemos a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Sem vocês, nada disso seria possível.

SOARES, Bruno de Oliveira; TEODORO, Ludmila Gama; SCARPIN, Pandora de Andrade. **Desmistificando mitos em relação ao pós-operatório**

pediátricos. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso em Técnico em Enfermagem. ETEC Orlando Quagliato – Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2024.

RESUMO

Este trabalho tem como tema “Desmistificando mitos relacionados ao pós-operatório pediátrico” e visa esclarecer crenças equivocadas que persistem em relação ao cuidado de crianças após procedimentos cirúrgicos. O estudo aborda o papel crucial da enfermagem no pós-operatório pediátrico, desde o cuidado direto até a orientação dos familiares, destacando a importância da comunicação clara para desmistificar conceitos errôneos. Além disso, discute o uso de escalas específicas para a mensuração da dor, facilitando um manejo adequado e eficaz da dor em pacientes pediátricos. Entre as escalas mais utilizadas estão a Escala de Faces de Wong-Baker, que permite que as próprias crianças indiquem a intensidade da dor através de expressões faciais, a Escala Numérica, utilizada principalmente em crianças mais velhas e adolescentes, onde o paciente atribui um número de 0 a 10 para descrever a dor, e a NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), usada em recém-nascidos e lactentes, que avalia a dor com base em parâmetros fisiológicos e comportamentais. Foi realizada uma pesquisa com 99 participantes, que responderam a um questionário sobre mitos comuns ligados ao pós-operatório pediátrico. A análise dos dados revelou que muitos entrevistados ainda acreditam em informações equivocadas, como a ideia de que crianças sentem menos dor do que adultos e que demoram mais tempo para se recuperar. Além disso, foi identificada uma subestimação generalizada da importância de um controle adequado da dor. Conclui-se que o papel da enfermagem vai além do cuidado técnico, incluindo a necessidade de educar as famílias e desmistificar crenças incorretas, promovendo uma recuperação mais segura e eficiente para os pacientes pediátricos.

Palavras-chave: crianças; dor; mitos; pós-operatório.

SOARES, Bruno de Oliveira; TEODORO, Ludmila Gama; SCARPIN, Pandora de Andrade. **Desmistificando mitos em relação ao pós-operatório**

pediátricos. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso em Técnico em Enfermagem. ETEC Orlando Quagliato – Santa Cruz do Rio Pardo – SP, 2024.

ABSTRACT

This paper addresses the topic “Demystifying Myths Related to Pediatric Postoperative Care” and aims to clarify common misconceptions regarding the care of children after surgical procedures. The study highlights the crucial role of nursing in pediatric postoperative care, from direct patient care to family guidance, emphasizing the importance of clear communication to dispel erroneous beliefs. Furthermore, it discusses the use of specific pain assessment scales to facilitate proper and effective pain management in pediatric patients. Among the most commonly used scales are the **Wong-Baker Faces Pain Rating Scale**, which allows children to indicate pain intensity through facial expressions; the **Numeric Rating Scale**, mainly used with older children and adolescents, where patients assign a number from 0 to 10 to describe their pain; and the **Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)**, used with newborns and infants, which assesses pain based on physiological and behavioral parameters. A survey was conducted with 99 participants, who responded to a questionnaire about common myths related to pediatric postoperative care. Data analysis revealed that many respondents still believe in incorrect information, such as the notion that children feel less pain than adults and take longer to recover. Additionally, there was a general underestimation of the importance of proper pain management. The study concludes that the role of nursing goes beyond technical care, including the need to educate families and debunk incorrect beliefs, promoting a safer and more efficient recovery for pediatric patients.

Keywords: children; myths; pain; postoperative.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Escala de dor numérica (Fonte: ARTMED)

Figura 2 - Escala de faces de Wong-baker (SANARMED)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados coletados com o questionário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	3
2.1	Breve história dos procedimentos operatórios.....	4
2.2	Papel da enfermagem.....	5
2.2.1	Gestão adequada da dor.....	5
2.2.1.1	Escala verbal numérica.....	7
2.2.1.2	Escala de faces.....	8
2.2.1.3	Escala de NIPS.....	9
2.2.1.3.1	CrITÉRIOS observáveis da escala de NIPS.....	9
2.2.1.3.1.1	Expressão facial.....	9
2.2.1.3.1.2	Choro.....	10
2.2.1.3.1.3	Movimentação dos membros.....	10
2.2.1.3.1.4	Estado de consciência.....	10
2.2.1.3.2	Pontuações.....	11
2.2.1.3.2.1	Expressão facial.....	11
2.2.1.3.2.2	Choro.....	11
2.2.1.3.2.3	Respiração.....	11
2.2.1.3.2.4	Movimentação dos membros superiores e inferiores.....	12
2.2.1.3.2.5	Estado de consciência.....	13
2.3	Monitoramento e cuidados pós-operatórios.....	13
2.3.1	Avaliação regular dos parâmetros vitais.....	14
2.3.2	Promoção da mobilização precoce.....	17
2.3.3	Educação continuada da família.....	20
2.4	Mitos.....	20

2.4.1 Crianças não sentem dor como os adultos.....	20
2.4.2 Os riscos cirúrgicos são sempre maiores em crianças.....	22
2.4.3 A recuperação pós-cirúrgica é sempre mais difícil em crianças.....	23
2.4.4 Procedimentos cirúrgicos não são necessários para crianças com doenças congênitas.....	24
2.4.4.1 Comunicação interventricular.....	25
2.4.4.2 Comunicação interatrial.....	25
2.4.4.3 Tetralogia de fallot.....	26
2.4.4.4 Transposição das grandes artérias.....	26
2.4.4.5 Fenda palatina e lábio leporino.....	27
2.4.4.5.1 Lábio leporino.....	27
2.4.4.5.2 Fenda palatina.....	27
2.4.4.6 Estenose pilórica hipertrófica.....	28
2.4.4.7 Atresia esofágica.....	28
2.4.4.7.1 Atresia esofágica com fístula traqueoesofágica.....	28
2.4.4.7.2 Atresia esofágica sem fístula.....	29
2.4.4.8 Espinha bífida.....	29
2.4.4.9 Hérnia diafragmática congênita.....	29
2.4.4.10 Doença de Hirschsprug.....	30
2.4.4.11 Hipospádia.....	30
2.4.5 Crianças se tornam dependentes de opioides caso estes sejam utilizados como técnicas farmacológicas para manejo da dor.....	31
3 METODOLOGIA.....	32
4 APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
4.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
6 ANEXOS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, foi identificada uma área de interesse dentro do campo da enfermagem pediátrica, destacando-se a relevância do cuidado pós-operatório e no trabalho da equipe de enfermagem no processo de desmistificação das crenças correlacionadas à recuperação de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos. A partir dessa identificação, o próximo passo foi realizar um levantamento bibliográfico abrangente para compreender o estado atual do conhecimento nesse domínio.

Durante o levantamento bibliográfico, foram observadas lacunas no entendimento sobre o papel específico da equipe de enfermagem na desmistificação de mitos e mal-entendidos no contexto pós-operatório pediátrico. Essa lacuna sugeriu uma oportunidade para investigar mais a fundo a contribuição da equipe de enfermagem nesse processo.

O cuidado pós-operatório pediátrico é uma área da enfermagem que desempenha um papel significativo na recuperação e no bem-estar das crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos. No entanto, apesar dos avanços na prática clínica e nas tecnologias médicas, ainda há muitos mitos e mal-entendidos relacionados aos procedimentos cirúrgicos. Nesse contexto, a equipe de enfermagem desempenha um papel muito importante na tentativa de desmistificar os mitos, visando otimizar ao conforto e a rápida recuperação das crianças. Com isso, foi abordado a necessidade de preencher a lacuna existente nesta área do conhecimento, investigando de forma sistemática e abrangente o papel da equipe de enfermagem neste trabalho de desmistificação através de pesquisas. Contudo, compreender melhor essa contribuição pode fornecer conhecimentos valiosos para a prática clínica, ajudando a identificar intervenções e estratégias eficazes para melhorar os resultados de saúde das crianças.

Dentro do ambiente de pós-operatório pediátrico podemos observar diversos mitos e mal-entendidos relacionados a procedimentos cirúrgicos pediátricos representam um problema significativo tanto para

as crianças quanto para seus responsáveis e profissionais de saúde. Esses conceitos errôneos podem ter impactos profundos e negativos, exacerbando a ansiedade e dificultando o processo de preparo para a cirurgia.

Os mitos associados a procedimentos cirúrgicos frequentemente alimentam medos infundados. Por exemplo, a crença de que a cirurgia será dolorosa e traumatizante pode aumentar a ansiedade das crianças e dos pais, tornando o ambiente hospitalar um espaço de temor e desconforto. A expectativa de dor intensa e complicações graves pode resultar em um estresse desnecessário, dificultando a adaptação das crianças ao ambiente cirúrgico e impactando negativamente a sua experiência geral de recuperação. A ansiedade exacerbada pode também interferir no sucesso da intervenção, uma vez que o estado emocional do paciente pode influenciar a recuperação e o comportamento durante o procedimento. A presença de mitos e mal-entendidos pode comprometer a eficácia das estratégias de preparação e educação. Quando os responsáveis e as crianças têm crenças incorretas sobre o que envolve a cirurgia, podem se sentir menos motivados a participar de sessões educativas e de preparação, ou até mesmo rejeitar as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. Isso pode levar a uma falta de compreensão sobre o que esperar antes, durante e após o procedimento, resultando em um preparo inadequado que aumenta o medo e a insegurança.

A crença em mitos pode afetar a confiança dos responsáveis e das crianças nos profissionais de saúde. Se os pais acreditam que as informações fornecidas pelos médicos são insuficientes ou imprecisas, podem questionar a competência dos profissionais, gerando conflitos e dificultando a comunicação. Esse cenário pode prejudicar a colaboração necessária para o sucesso do procedimento e a recuperação da criança, além de aumentar a tensão no ambiente hospitalar.

Os mitos e mal-entendidos também podem ter repercussões na recuperação pós-operatória. O medo e a ansiedade gerados por crenças

errôneas podem levar a um comportamento não cooperativo por parte das crianças, dificultando o seguimento das orientações médicas e a adesão ao plano de cuidados. Isso pode afetar a eficácia do tratamento e prolongar o processo de recuperação, resultando em complicações e um aumento no tempo de hospitalização, desnecessário e prejudicial para a saúde da criança.

Este trabalho tem como seu objetivo geral abordar de forma abrangente os mitos associados a procedimentos cirúrgicos pediátricos e desenvolver estratégias eficazes para reduzir a ansiedade em crianças que passam por esses procedimentos. Primeiramente, busca-se desmistificar mitos comuns que cercam as cirurgias pediátricas. Através da identificação de crenças errôneas, como a ideia de que as cirurgias são sempre dolorosas ou de alto risco, pretende-se promover a educação e a conscientização.

Juntamente com os objetivos gerais também se propôs os objetivos específicos de:

- Avaliar como esses mitos influenciam na eficácia da recuperação ao procedimento cirúrgico.
- Elaborar recomendações para melhorar a comunicação e educação com foco na redução da ansiedade, da dor e na desmistificação de mitos para crianças e seus responsáveis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A equipe de enfermagem tem um papel essencial na educação e na orientação de pais e responsáveis sobre a realidade dos procedimentos cirúrgicos pediátricos. Através de um atendimento informativo e compassivo, os enfermeiros podem desmistificar conceitos errôneos e mitos comuns, como a subestimação da dor em crianças ou a crença de que a cirurgia pediátrica é sempre mais arriscada do que a adulta.

O processo educativo realizado pela equipe de enfermagem envolve a transmissão de informações claras sobre os procedimentos cirúrgicos, os

cuidados necessários e os riscos associados. Estudos mostram que a comunicação eficaz entre a equipe de enfermagem e as famílias reduz a ansiedade e melhora a compreensão sobre os cuidados e expectativas pós-operatória. Além disso, a abordagem proativa da equipe de enfermagem na gestão da dor e no esclarecimento sobre o manejo pós-operatório contribui para uma experiência mais positiva e segura para o paciente e seus responsáveis.

2.1 BREVE HISTÓRIA DOS PROCEDIMENTOS OPERATÓRIOS

Os procedimentos cirúrgicos pediátricos têm uma história que reflete a evolução contínua da medicina e da tecnologia. Desde os primórdios da prática cirúrgica, a abordagem para o tratamento de crianças tem sido um desafio particular, devido às suas diferenças anatômicas e fisiológicas em relação aos adultos. Historicamente, a cirurgia pediátrica era limitada e muitas vezes improvável de ter sucesso, com altas taxas de mortalidade e complicações devido à falta de conhecimento adequado e técnicas apropriadas.

Nos tempos antigos, registros históricos e textos médicos, como os de Hipócrates e Galeno, mencionam práticas rudimentares que, embora primitivas, demonstravam a tentativa de tratar doenças em crianças. No entanto, foi somente a partir do século XIX que a cirurgia pediátrica começou a se desenvolver de maneira mais substancial. A introdução da anestesia geral e do controle das infecções revolucionou o campo, permitindo procedimentos mais complexos e seguros.

O início do século XX marcou um período de significativas inovações na cirurgia pediátrica. Surge o conceito de cirurgia pediátrica como uma especialidade própria, com o trabalho pioneiro de cirurgiões como Dr. Robert E. Gross, que realizou a primeira operação bem-sucedida de correção de estenose hipertrófica do piloro em uma criança, estabelecendo um marco na prática da cirurgia pediátrica (GROSS, 1938). Este avanço foi acompanhado pelo desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais refinadas e pela melhoria das condições hospitalares e dos cuidados pós-operatórios.

A segunda metade do século XX trouxe avanços tecnológicos notáveis, como a introdução da endoscopia e das técnicas minimamente invasivas. Esses métodos contribuíram para uma menor agressão aos pacientes pediátricos e melhoraram os resultados pós-operatórios. Com a contínua pesquisa e o avanço

dos conhecimentos médicos, o tratamento cirúrgico pediátrico se tornou cada vez mais seguro e eficaz.

Hoje, a cirurgia pediátrica é uma especialidade altamente especializada que incorpora técnicas avançadas, cuidados pré e pós-operatórios sofisticados e uma abordagem multidisciplinar. A compreensão aprofundada da anatomia e fisiologia pediátrica, junto com os avanços tecnológicos, possibilita um tratamento mais seguro e personalizado para os pequenos pacientes.

O presente trabalho busca explorar os procedimentos cirúrgicos pediátricos em detalhe, destacando a evolução histórica e os avanços que moldaram a prática atual, com o objetivo de fornecer uma visão abrangente e fundamentada da especialidade.

2.2 PAPEL DA ENFERMAGEM

As intervenções de enfermagem são fundamentais para otimizar a recuperação dos pacientes pediátricos pós-cirurgia. Estas intervenções são baseadas em práticas clínicas comprovadas que visam promover a recuperação rápida e minimizar complicações. Entre as principais intervenções destacam-se:

2.2.1 Gestão Adequada da Dor

Sendo a dor uma experiência multifatorial, seu manejo eficaz é uma prioridade crucial na recuperação pós-cirúrgica pediátrica. De acordo com o argumento descrito por Miranda, (2011)

“Durante o pós-operatório, os pacientes são acometidos por diversas alterações orgânicas, em decorrência da exposição aos efeitos tissulares provocados pelo desgaste cirúrgico. A dor ocorre como uma dessas principais manifestações, considerada como determinante do quadro clínico imposto pelo procedimento operatório”.

A equipe de enfermagem deve identificar as suas características, como sua intensidade, seu tipo e o impacto que causa, e implementar um plano de controle da dor individualizado, que pode incluir a administração de analgésicos, técnicas não farmacológicas, e a avaliação contínua da dor utilizando escalas apropriadas para a faixa etária. É fundamental que a abordagem seja empática e respeitosa de acordo com a individualidade de cada paciente. O controle adequado da dor não só melhora o conforto do paciente, mas também pode

acelerar a recuperação ao reduzir o estresse fisiológico e promover um padrão de sono mais saudável.

Para se efetuar um manejo adequado da dor torna-se crucial avaliá-la, utilizando como meio de análise escalas como a numérica e a visual, que contribui para uma abordagem centrada no alívio da dor de forma holística.

No contexto pós-operatório, a avaliação da dor deve ser precisa e contínua, e é crucial para garantir intervenções eficazes e prevenir complicações que se relacionam ao manejo inadequado da dor, como alterações hemodinâmicas e comprometimento da mobilização precoce, que impactam negativamente no processo de recuperação. De acordo com Faccioli, (2020) “A verificação da dor como 5º sinal vital possibilita a identificação de sinais de desconforto e instabilidade”. A afirmação destaca como a dor é um parâmetro clínico fundamental no cuidado de saúde.

Devido a relevância da dor para que melhor se possa avaliar o estado clínico de um paciente, devemos reconhecê-la como um sinal vital, assim como a temperatura, a pressão arterial, a frequência respiratória, a frequência cardíaca e a saturação do oxigênio. Incorporando-a como um sinal vital, os profissionais de saúde conseguem avaliá-la de uma forma mais padronizada e frequente, assim como sinais vitais tradicionais.

Como dito anteriormente a dor é multifatorial, podendo sugerir complicações relacionadas ao pós-operatório, por exemplo.

Devido a relevância da dor para que melhor se possa avaliar o estado clínico de um paciente, devemos reconhecê-la como um sinal vital, assim como a temperatura, a pressão arterial, a frequência respiratória, a frequência cardíaca e a saturação do oxigênio. Incorporando-a como um sinal vital, os profissionais de saúde conseguem avaliá-la de uma forma mais padronizada e frequente, assim como sinais vitais tradicionais.

Como dito anteriormente a dor é multifatorial, podendo sugerir complicações relacionadas ao pós-operatório, por exemplo.

A dor intensa pode ser indicativa de instabilidade clínica por desencadear diversas respostas fisiológicas no organismo, como o aumento da frequência cardíaca para aumentar a circulação sanguínea e fornecer maior perfusão de oxigênio e nutrientes aos tecidos sob estresse, elevação da pressão arterial para

garantir que o sangue flua de forma eficiente para os órgãos e tecidos mais importantes, aumento da frequência respiratória para acelerar a oxigenação do sangue e liberação de hormônios, como a adrenalina.

2.2.1.1 Escala verbal numérica

A escala verbal numérica é uma ferramenta amplamente utilizada para mensurar a intensidade da dor percebida pelo paciente. Nesta escala, o número 0 representa a ausência da dor e 10 à pior dor. Recomenda-se que seja aplicada, preferencialmente, em crianças que já possuem capacidade cognitiva para que possam atribuir um valor que represente a sua dor.

Para aplicar a escala numérica, os profissionais devem portar comunicação clara para que possam orientar a criança a maneira correta de relacionar a sua dor com os números da escala. Podem ser utilizados exemplos de situações cotidianas para associar os números da escala, como uma dor de cabeça ou um machucado para que a criança possa compreender da melhor maneira. Uma das desvantagens de se utilizar a escala numérica da dor é a dificuldade em aplicá-la em crianças que ainda não possuem conhecimento suficiente da linguagem ou que sejam portadoras de algum déficit cognitivo.

Figura 1: Escala de dor numérica

Fonte: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/dor-em-pacientes-internados-na-unidade-de-terapia-intensiva>

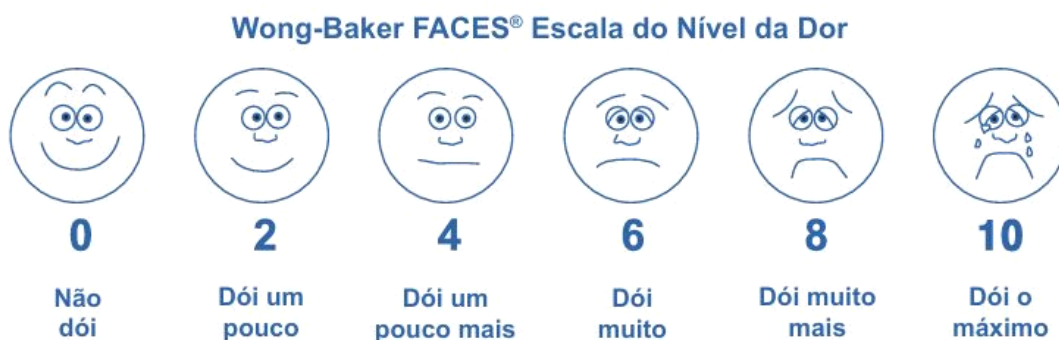
Como visto na imagem acima, a escala visual numérica da dor, que vai de 0 a 10, é dividida em categorias que ajudam a classificar a dor de maneira mais precisa. O número 0 na escala representa a ausência total de dor, indicando que o paciente não está sentindo nenhum tipo de desconforto. Os números 1, 2 e 3 são utilizados para descrever a dor leve, caracterizada por um desconforto que é perceptível, mas que não interfere significativamente nas atividades diárias. Já os números 4, 5 e 6 correspondem à dor moderada, um nível em que a dor começa a se tornar mais perturbadora, afetando a capacidade do paciente de realizar atividades normais e exigindo atenção especial para que seja aliviada. Por fim, os números 7, 8, 9 e 10 representam a dor intensa, uma dor severa que pode ser debilitante e exige intervenção urgente para manejo e tratamento.

2.2.1.2 Escala de faces

A escala de Wong-Baker, como também é conhecida a escala de faces, é uma ferramenta visual utilizada para avaliar a intensidade da dor em pacientes pediátricos ou em situações em que a comunicação verbal é afetada ou limitada. Nesta escala, é apresentada uma série de faces com expressões variadas, que vão desde um sorriso até uma expressão chorosa. O paciente é então orientado a selecionar a face que melhor representa o seu estado de dor no momento.

Sua importância se dá especialmente por sua capacidade de proporcionar uma avaliação rápida da dor, o que facilita a sua mensuração de forma mais eficaz e ajustada às necessidades do paciente.

A imagem abaixo representa de forma mais detalhada cada uma das faces da escala da dor de Wong-Baker e o que cada uma das faces representa em relação à dor.



Fonte: <https://wongbakerfaces.org/>

2.2.1.3 Escala de NIPS

A escala de NIPS, que significa “Escala de Dor Neonatal e Infantil (Neonatal Infant Pain Scale - NIPS)”, é uma escala desenvolvida para avaliar a dor em recém-nascidos e bebês porque, de acordo com Klein, (2011) “Os bebês inserem-se na categoria de indivíduos que apresentam limitações para expressar a dor que sentem”. De acordo com um estudo realizado por Pedreira, através da Revista Inspirar (2010), “A NIPS apresenta-se como uma ferramenta interessante para uma melhor compreensão da avaliação e controle da dor nesta população”. Tendo em vista a afirmação destas autoras, podemos concluir que a escala de NIPS é útil especialmente em ambientes clínicos para ajudar os profissionais a reconhecer a dor em pacientes que ainda não estão aptos a expressar o desconforto causado pela sensação dolorosa de forma verbal, permitindo o monitoramento contínuo da dor e possibilitando a adição de intervenções eficazes para controle das sensações dolorosas.

2.2.1.3.1 Critérios observáveis da escala de NIPS

2.2.1.3.1.1 Expressão facial

De acordo com Mendes, (2009)

“A capacidade dos bebês de produzirem e reconhecerem expressões faciais de emoção tem sido considerada como elemento central para a compreensão do desenvolvimento infantil, nos seus aspectos cognitivo, afetivo e social.”

Com base no argumento descrito acima, torna visível a responsabilidade das expressões faciais para que se possa avaliar a presença de dor em bebês e neonatos. Diferente de outras expressões emocionais, as expressões de dor geralmente envolvem características específicas e facilmente reconhecíveis, como sobrancelhas arqueadas, olhos semicerrados ou apertados, boca aberta ou em formato quadrado, e um franzimento de testa. A expressão facial é um indicador de dor em diversas idades porque a face é sensível e responde notoriamente aos estímulos dolorosos, especialmente em bebês.

2.2.1.3.1.2 Choro

Chorar é um dos sinais precedentes de dor identificáveis em neonatos e bebês. Seu padrão e intensidade variam, sendo o mais comum aquele mais prolongado e agudo. De acordo com Branco, (2006)

“O choro é a primeira linguagem por meio da qual o recém-nascido se comunica e expressa suas necessidades. Ele tem características típicas em diversas situações, que podem ser interpretadas pelos cuidadores para direcionar os cuidados. O choro é um sinal dinâmico e graduado, com características peculiares quando a dor é intensa.”

2.2.1.3.1.3 Movimentação dos membros

Quando os bebês passam por estímulos dolorosos, é comum que tendem a movimentar os membros superiores e inferiores de forma diferente do normal, como resposta à dor. De acordo com Gayotto, (Revista Uol, 2000)

“É preciso, por exemplo, observar se a criança estica e dobra os braços com intensidade, está com a língua tensa, o queixo trêmulo e a testa franzida. A combinação de três ou quatro desses sinais externos pode indicar que provavelmente ela esteja sentindo dor”.

2.2.1.3.1.4 Estado de consciência

O estado de consciência do bebê é, talvez, uma das características que apresentam maior quantidade de mudanças significativas, como por exemplo, a irritabilidade, a inquietação, a diminuição da qualidade do sono, entre outros fatores.

Bebês que estão em estado de dor apresentam maior irritabilidade e inquietação, muitas vezes caracterizadas por períodos prolongados de choro intenso e difícil de consolar. A dor pode levar ao aumento da hipervigilância, com o bebê exibindo movimentos corporais agitados ou, em casos de dor intensa, redução de movimentos, indicando retração ou cansaço. Por outro lado, bebês sem dor alternam de maneira equilibrada entre momentos de calma, vigília ativa e sono. Demonstram maior propensão a interagir com o ambiente e explorar estímulos, com movimentos corporais suaves e harmônicos.

A dor tem um impacto significativo na qualidade do sono dos bebês. Ela pode provocar fragmentação dos ciclos de sono, com despertares frequentes e dificuldade para alcançar ou manter o sono profundo. Em contraste, os bebês sem dor tendem a ter ciclos de sono regulares, com períodos contínuos de sono

profundo e restaurador. Eles despertam tranquilos e prontos para interagir, favorecendo o desenvolvimento saudável.

2.2.2.3.2 Pontuações

De acordo com Polastrini, através do artigo “Avaliação da dor em pediatria (2015)”, publicado pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, considera-se a presença da dor em crianças que atinjam valor igual ou superior à 3 pontos de acordo com a escala de NIPS. As pontuações são computadas da seguinte forma:

2.2.2.3.2.1 Expressão facial

Quando a expressão facial do bebê ou neonato se apresenta de forma relaxada e sem contrações, não se adiciona pontos na escala de NIPS, porém, quando se encontra contraída, há de se adicionar 1 ponto, assim como descrito por Balda (2018) “Abaulamento e presença de sulcos acima e entre as sobrancelhas”.

2.2.2.3.2.2 Choro

Segundo Balda (2018) "O choro é considerado como o método primário de comunicação do neonato por mobilizar o adulto, seja ele a mãe ou algum profissional envolvido no seu cuidado." Referente ao choro e sua aplicação na escala de NIPS, não se adiciona nenhum ponto quando o bebê não apresenta choro, 1 ponto quando há a presença de resmungos e 2 pontos quando o choro se apresenta de forma ininterrupta, aguda e vigorosa.

2.2.2.3.2.3 Respiração

Quando a respiração do neonato ou do bebê estiver basal, não se computa pontos na contagem, porém, caso a função respiratória encontre-se fora do estipulado como basal, deve-se adicionar 1 pontua na contagem.

A dor causa alterações na função respiratória do bebê devido à ativação do sistema nervoso autônomo, que é responsável por regular as funções involuntárias do corpo, como a respiração. Quando o bebê sente dor, há uma resposta do sistema nervoso simpático, que libera hormônios como a adrenalina

(epinefrina), promovendo reações fisiológicas para lidar com o estresse. Essas reações podem afetar diretamente a respiração do bebê.

De acordo com dos Santos (2012)

“As medidas fisiológicas são usadas para o reconhecimento da algia no neonato. Dentre elas podemos citar o aumento da frequência respiratória, da frequência cardíaca, da saturação do oxigênio, da pressão arterial, da pressão intracraniana, a sudorese palmar e o tônus vagal.”

Como resultado, o bebê pode apresentar taquipneia, ou seja, respiração acelerada, como apresentado na citação acima, como uma forma de aumentar a oxigenação do corpo e responder ao estresse causado pela dor. Além disso, a respiração pode se tornar irregular, com variações no ritmo respiratório, como pausas ou hiperventilação, que ocorrem devido à ativação do sistema nervoso simpático. Em casos de dor intensa, o bebê pode também ter dificuldades respiratórias, como dispneia, especialmente se a dor afetar a musculatura torácica ou abdominal, comprometendo a mecânica respiratória. Essas alterações são respostas naturais do corpo, tentando restabelecer o equilíbrio, mas devem ser monitoradas para evitar complicações respiratórias.

2.2.2.3.2.4 Movimentação dos membros superiores e inferiores

Os membros superiores, quando relaxados, apresentam uma possível ausência de dor, não sendo ideal que ocorra a adição de pontos. Quando os braços estiverem fletidos ou estendidos, 1 ponto deve ser adicionado na computação da pontuação. O mesmo ocorre com os membros inferiores, ou seja, as pernas, que devem receber 1 ponto quando estendidas ou fletidas e 0 pontos quando se encontram relaxadas. De acordo com Linhares (2010) “deve-se considerar que a dor experimentada pela população infantil pode ser percebida e desencadear reações motoras”.

2.2.2.3.2.5 Estado de consciência

Com relação ao estado de consciência do bebê, recomenda-se que este esteja dormindo de forma adequada, ou seja, que tenha uma boa qualidade de sono, para que não sejam computados pontos na contagem. Porém, se o bebê se apresentar desconfortável, ansioso ou inquieto, computa-se um ponto na pontuação.

De acordo com Bueno (2009), “alterações futuras de aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos frente a outros episódios dolorosos”, ou seja, o autor deste artigo aponta que existem mudanças comportamentais, emocionais e cognitivas quando o bebê é induzido a um episódio doloroso. Essas alterações incluem, entre outras, a regulação do sono, já que a dor pode perturbar o padrão de sono e o comportamento autorregulatório do neonato, dificultando sua capacidade de se acalmar. Esse impacto no sono do bebê pode agravar ainda mais os sinais de desconforto e inquietação.

Quando um bebê experimenta dor, ele ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), o principal sistema de resposta ao estresse do corpo. Esse eixo provoca a liberação de hormônios como o cortisol, que tem a função de ajudar o corpo a lidar com situações estressantes. O aumento do cortisol interfere na regulação do sono e no comportamento autorregulatório, dificultando a capacidade do bebê de se acalmar e regular suas respostas emocionais de forma adequada. A expressão do bebê pode refletir o desconforto, com sinais como testa franzida, boca aberta e lábios tensos, que são observados na NIPS. A exposição prolongada ao estresse e aos altos níveis de cortisol pode, assim, agravar os efeitos da dor e causar mudanças duradouras nas respostas emocionais e comportamentais do bebê.

2.3 Monitoramento e Cuidados Pós-Operatórios

Conforme destacado por Dias, (2014) “A monitorização hemodinâmica é um importante elemento do cuidado com o paciente gravemente enfermo”. No contexto pediátrico, a monitorização hemodinâmica é uma prática que se torna ainda mais relevante, especialmente pelo fato de existir a crença de que as crianças não necessitam de uma constante monitorização, resultando em uma subvalorização dessa necessidade.

Com base no argumento dos autores citados acima, concluiu-se que a monitorização continuada das condições vitais e dos sinais de possíveis complicações é essencial para assegurar uma recuperação segura e eficaz. A equipe de enfermagem é a responsável por realizar avaliações regulares e proporcionar cuidados especializados, como a mudança de curativos, administração de fluidos e medicamentos conforme prescritos, e a educação dos

pais sobre sinais de alerta para possíveis complicações. A detecção precoce de complicações e a intervenção rápida podem prevenir a progressão de problemas e contribuir para uma recuperação mais eficiente, porque, ao identificar as complicações logo no início, os profissionais podem agir de forma rápida e eficiente, evitando que essas condições evoluam para situações mais graves.

2.3.1 Avaliação regular de sinais vitais

A avaliação dos sinais vitais pediátricos no pós-operatório é fundamental para que se obtenha informações relacionadas ao estado geral de saúde dos bebês e crianças. Sua aferição constante garante a detecção precoce de agravos à saúde e complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico.

Alterações dos sinais vitais são os primeiros sinais para detecção de possíveis complicações, como hemorragias internas, infecções ou reações adversas aos medicamentos. Por exemplo, uma queda na pressão arterial ou um aumento na frequência cardíaca podem sinalizar um choque hipovolêmico, enquanto febre pode indicar uma infecção. Para que haja uma intervenção adequada de forma rápida e eficaz, há de se identificar rapidamente esses sinais.

A estabilidade hemodinâmica é outra razão pela qual a monitorização é crucial. Crianças, devido às suas características fisiológicas, podem ser mais suscetíveis a alterações hemodinâmicas após uma cirurgia.

A frequência cardíaca indica a atividade do coração enquanto bombeia sangue para o corpo. Sua monitorização constante no pós-operatório pediátrico oferece informações diretas sobre o estado hemodinâmico do paciente. Serve para identificar complicações cardíacas que podem surgir no pós-operatório, como as arritmias, a taquicardia e a bradicardia, que podem sinalizar reações adversas aos procedimentos cirúrgicos. Uma frequência cardíaca acelerada pode ser uma das primeiras indicações de hemorragias internas, quando o coração tenta manter a perfusão sanguínea adequada diante da perda de volume, aumentando o ritmo cardíaco para bombear mais sangue. Muitos medicamentos utilizados no pós-operatório, como opioides, sedativos e anestésicos afetam diretamente a frequência cardíaca. Arritmias também podem ser causadas quando há alterações nos níveis de eletrólitos, como cálcio

(essencial para que ocorra a contração muscular, entrando nas células cardíacas e saindo no momento de relaxamento do músculo cardíaco) e potássio (responsável pela repolarização das células cardíacas após a despolarização, processo pelo qual coração se contrai), que são de extrema importância na fisiologia cardíaca, porque influenciam na condução elétrica e na excitabilidade do coração.

A pressão arterial é o indicador vital responsável por refletir a força com que o sangue é bombeado pelo coração contra a parede das artérias. No pós-operatório, sua constante monitorização fornece informações essenciais para a detecção precoce de complicações. Mudanças da pressão arterial sistêmica indicam uma série de problemas que incluem hemorragias, choque hipovolêmico ou até mesmo reações adversas à medicamentos. Os distúrbios eletrolíticos podem alterar a pressão arterial assim como alteram a frequência cardíaca, porque a diminuição dos níveis sódicos, por exemplo, pode causar hipotensão. Portanto, a monitorização contínua da pressão arterial torna-se essencial para que se possa identificar rapidamente quaisquer variações que possam indicar complicações emergentes. Há alguns métodos de aferição da pressão arterial, sendo a mais utilizada a Não Invasiva, que utiliza esfigmomanômetro e estetoscópio, vantajoso por ser mais seguro e poder ser realizado em intervalos regulares, porém menos vantajoso quando realizado em pacientes críticos com grandes alterações hemodinâmicas.

A frequência respiratória é um dos sinais vitais mais importantes na avaliação clínica, especialmente no pós-operatório pediátrico, fornecendo informações sobre o estado ventilatório do paciente. Seu monitoramento contínuo é essencial para detectar indicadores de problemas respiratórios de extrema importância como a hipóxia e o estado de dor. A hipóxia nada mais é do que a diminuição dos níveis de oxigênio nos tecidos corporais, causada por diversos motivos, incluindo a inadequada oxigenação pulmonar ou o transporte deficiente de oxigênio pelo sangue. Em resposta a hipóxia, a criança normalmente tenta compensar a falta de oxigênio aumentando a ventilação para que, desta forma, se possa fornecer mais oxigênio e eliminar o excesso de dióxido de carbono do organismo. Com base nesse mecanismo compensatório, crianças frequentemente apresentam um aumento na frequência respiratória. A

alteração da frequência respiratória não é o único indicador de hipoxemia, que também pode causar cianose (coloração azulada da pele) devido a falta de oxigenação e letargia (lentidão). Além da hipoxemia, a presença de dor é um outro sinal para que exista alterações da frequência respiratória do paciente fazendo com que fique mais acelerada juntamente com a frequência cardíaca devido a liberação de substâncias como a adrenalina no organismo a fim de amenizar aquela dor presente naquele momento. Ainda referente há distúrbios respiratórios temos a acidose (diminuição do pH sanguíneo) causando a hipoventilação e ocasionando a retenção de CO₂ em excesso nos pulmões, e a alcalose (aumento do pH sanguíneo), ocasionando a hiperventilação, ou seja, a liberação em excesso do CO₂ dos pulmões. Ambas oferecem risco letal para a saúde do paciente caso não sejam tratadas de forma rápida e eficaz por alterarem o pH sanguíneo.

A saturação, ou nível de perfusão em que o oxigênio se encontra em nosso sangue, é um parâmetro vital de extrema importância a ser observado. Representando o índice de porcentagem do oxigênio que os glóbulos vermelhos transportam do nosso pulmão para o restante dos membros e órgãos no corpo durante o momento de avaliação. A verificação desse parâmetro, é vital para avaliar a eficiência com que o oxigênio é distribuído pelo nosso sistema. Níveis abaixo do normal, com exceção de pacientes portadores de doenças crônicas respiratórias, podem sinalizar a presença de problemas respiratórios ou circulatórios, exigindo atendimento médico imediato, caso contrário a falta da oxigenação pode gerar sérias sequelas para a saúde daquele paciente, entre elas sequelas neurológicas. Em relação ao pós-operatório pediátrico, a monitorização constante da saturação de oxigênio é fundamental pelo fato do organismo se apresentar mais vulnerável a complicações respiratórias devido a fatores como o efeito residual de anestésicos e analgesia ou a presença de secreções nas vias aéreas. A hipoxemia (condição em que o organismo possui baixos níveis de oxigênio circulante) pode levar a danos cerebrais, levando em consideração a sensibilidade dos sistemas orgânicos infantis.

A temperatura corporal é um outro parâmetro de grande alerta para os profissionais que atuam no momento pós-operatório, principalmente no pediátrico. A temperatura corporal pode indicar a presença de agentes

infecciosos ou de complicações pós-cirúrgicas. Quando o sistema imunológico está tentando combater algum microrganismo invasor do organismo, é ativada a elevação da temperatura corporal para estimular a atividade celular do sistema imunológico, responsável por combater os invasores. A elevação da temperatura é estimulada por substâncias denominadas pirogênios, que são classificadas em endógenos e exógenos. Os pirogênios endógenos são produzidos pelo próprio organismo, derivados de células do sistema imunológico, como macrófagos, linfócitos e células endoteliais, e liberados na corrente sanguínea atuando, especificamente, no hipotálamo, no sistema nervoso central, alterando o ponto de referência de temperatura basal do nosso organismo, causando um aumento da temperatura corporal. Os pirogênios exógenos, por sua vez, são substâncias que também induzem ao aumento da temperatura corporal, porém, são causadas por agentes externos, como bactérias, fungos, vírus e protozoários. Ainda em relação aos pirogênios exógenos sabe-se que, ao invadirem o organismo, as células do sistema imunológico os reconhecem e ativam citocinas inflamatórias que, induzem o hipotálamo a aumentar a temperatura corporal para tentar combater os microrganismos invasores. Pode-se concluir através do argumento dos autores Garcia-Zapata, (2006) "Independente da etiologia, a febre origina-se pela produção de pirogênios endógenos que ajustam o ponto prefixado do hipotálamo", que a hipertermia é causada pela produção de pirogênios, independentemente de serem endógenos ou exógenos. No contexto do pós-operatório pediátrico, é de extrema importância a aferição da temperatura corporal de forma constante porque, como já escrito acima, a hipertermia pode ser um indicativo da presença de infecções, já que os pirogênios exógenos induzem o hipotálamo a aumentar a temperatura corpórea.

2.3.2 Promoção da Mobilização Precoce

A mobilização precoce é uma estratégia amplamente reconhecida e eficaz na promoção da recuperação mais rápida e na prevenção de complicações pós-operatórias em pacientes, especialmente em crianças. Consiste no início controlado e assistido de movimentos e atividades físicas logo após procedimentos cirúrgicos ou durante o tratamento de condições clínicas. Entre os principais benefícios, destacam-se a redução do tempo de internação e a

prevenção de complicações comuns em períodos prolongados de imobilidade. Ao promover a movimentação precoce, há uma melhora significativa na circulação sanguínea e na função respiratória, fatores cruciais para evitar problemas como a pneumonia, lesões por pressão e atrofia muscular.

A redução da expansão pulmonar favorece o acúmulo de secreções nas vias respiratórias, aumentando o risco de infecções como a pneumonia. A imobilidade causa redução da expansão pulmonar pelo fato de a posição horizontal (principal posição adotada do paciente) limitar o deslocamento do diafragma, prejudicando a ventilação adequada dos pulmões.

Ficar imóvel por tempo prolongado é a maior causa de lesões por pressão devido a fatores como compressão prolongada da pele e falta de circulação sanguínea adequada.

Propor orientações, assistência e supervisão contínua com base nas limitações impostas pela condição clínica do paciente são papéis fundamentais exercidos pela equipe de enfermagem. Com isso, o constante avanço da medicina fez com que diversos métodos de aplicar a mobilização precoce fossem desenvolvidos, cada um norteado para o tipo de procedimento cirúrgico realizado e respeitando as limitações do devido paciente. Com o objetivo de evitar problemas como astenia (fraqueza) e atrofia muscular, ambas muito comuns em pacientes incapacitados de se movimentar/deslocar sem o auxílio de um indivíduo secundário, a mobilização precoce vem desenvolvendo grandes vantagens e aperfeiçoando seus métodos. De acordo com Guerin, (2021) "A mobilização precoce destaca-se na literatura quando utilizada em ambiente favorável e com uma equipe experiente, ocasionando diversos benefícios para os pacientes que tendem a desenvolver fraqueza muscular".

O anterior argumento citado pelo autor apresenta sobre a importância da mobilização e sua prática correta quando executada por uma equipe profissionalizante renomada em relação a evolução do processo recuperatório do paciente pediátrico, evitando a perda de força muscular.

Algumas formas mais comuns aplicadas em ambientes pediátricos são os exercícios físicos ativos, subdivididos em 4 tipos com objetivo igualitário de manter/aumentar a força muscular daquele paciente e melhorar sua flexibilidade,

como o exercícios ativos (executados voluntariamente pelo próprio paciente sem o auxílio de outro profissional), exercícios ativos-assistidos (realizados pelo paciente, porém com o auxílio parcial de um terapeuta para a realização final do exercício), exercício ativo-resistido (aqueles que envolvam movimentos contra a resistência mecânica do paciente, com diversos objetivos tendo como principal o aumento da massa muscular. Durante sua execução são implementados o uso de pesos, faixas elásticas ou o próprio peso corporal do paciente) e os exercícios ativos livres (executados pelo paciente, sem auxílio de forças externas, apenas com a ajuda da gravidade. Dentre eles temos como exemplo agachamentos, ponte pélvica, prancha isométrica, flexão de braço com apoio do joelho, e outros).

Além dos exercícios ativos, métodos mais simples como mudanças de decúbito frequentemente com finalidade de evitar a formação de úlceras por pressão, sentar-se na margem do leito, realizar a transferência do leito para poltrona, deambulação pelo perímetro hospitalar, fazer uso de cicloergômetro (aparelho utilizado para realização de movimento circulares), são recomendados. Entretanto, a prática de diferentes tipos de mobilidade precoce requerer a implantação de orientações quanto a maneira de como realizar essas intervenções de forma segura, principalmente em ambientes pediátricos, devido a fragilidade física de alguns pacientes.

Orientações como respeitar os limites de esforço físico do paciente pediátrico, evitando o possível desgaste e cansaço do mesmo, manter a postura correta durante a execução de exercícios ativos de mobilidade, com a finalidade de evitar complicações físicas e o cuidado com sobrecargas de peso para o corpo, são mostradas como principais orientações durante a realização dessas atividades, visando cuidar da saúde do paciente e evitando seu agravamento de quadro clínico desnecessário.

2.3.3 Educação Continuada da Família

Educar e envolver a família no processo de recuperação é essencial para garantir a continuidade dos cuidados em casa e o suporte adequado ao paciente. A equipe de enfermagem deve fornecer informações claras sobre cuidados

domiciliares, sinais de alerta e quando procurar ajuda médica. A participação ativa dos pais no cuidado pós-operatório é fundamental para o sucesso da recuperação.

2.4 MITOS

A cirurgia pediátrica é frequentemente envolta em mitos e mal-entendidos que podem influenciar a percepção pública e o manejo clínico. Esses mitos podem levar a ansiedades desnecessárias para pais e responsáveis, além de impactar a qualidade do cuidado. Nesta seção, serão discutidos alguns dos principais mitos relacionados aos procedimentos cirúrgicos pediátricos, com base em referencial teórico.

2.4.1 “Crianças não sentem dor como os adultos”

Um dos mitos mais persistentes é a crença de que crianças não experimentam dor de forma tão intensa quanto os adultos. Com base na citação de Anand, (1987, tradução nossa)

"como os neonatos podem não ter memórias de experiências dolorosas, eles não eram considerados capazes de interpretar a dor de maneira semelhante à dos adultos"

Pode-se concluir, de acordo com a citação acima, que a subestimação da dor em crianças se deve pelo fato de as pessoas acharem que o sistema nervoso central destas ainda não é maduro o suficiente para guardar memórias dolorosas.

Historicamente, devido a subestimação da dor em crianças, frequentemente a maneira de como lidar com gestão da dor durante e após os procedimentos cirúrgicos pediátrico era extremamente inadequada.

No momento do nascimento, o sistema nervoso de uma criança já possui os elementos essenciais para perceber e processar a dor. As vias nociceptivas, que transmitem sinais de dor do corpo para o cérebro, já estão presentes. Essas vias incluem os nociceptores (receptores periféricos), a medula espinhal e as

áreas do cérebro responsáveis pela interpretação da dor, como o tálamo e o córtex somatossensorial. Embora as respostas à dor nos recém-nascidos possam ser mais reflexivas e menos conscientes do que em crianças mais velhas e adultos, o sistema nervoso deles já está apto a registrar estímulos dolorosos e gerar respostas fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca, alterações na respiração e expressões faciais de desconforto.

O seguinte pensamento errôneo sobre o porquê crianças não sentem dor como os demais adultos, era mantida pelo fato que muitos diziam que o sistema nervoso central deles ainda não havia se desenvolvido completamente, contudo não tinham essa percepção/sentimento de dor como os adultos. De acordo com Araújo, enfermeira neonatologista, através do instituto Fiocruz, em "Atenção à saúde do recém-nascido de risco" (2015)

"recém-nascidos apresentam mais sensibilidade a dor do que crianças e adultos, pois mesmo que ainda não tenham desenvolvido suas vias de sensação da dor, por outro lado as vias de recepção de dor já estão bem desenvolvidas".

Com isso, o constante avanço na medicina pode concretizar que sim, crianças sentem dor como qualquer pessoa de qualquer outra faixa etária, pois mesmo que muitos ainda não tenham seu sistema nervoso central totalmente desenvolvido, por outro lado as vias de recepção relacionadas a dor já haviam se desenvolvido desde quando ainda estavam dentro do útero.

De acordo com o estudo realizado pelo grupo que produziu este trabalho, 86,9% das pessoas perguntadas não acreditam mais na ideia de que as crianças sentem menos dor que os adultos. Essa é uma grande evolução, retirando a ideia de que esse pensamento está sendo abolido da sociedade. Entretanto, cerca de 13,1% das pessoas ainda acreditam que crianças sentem menos dor que os adultos. Para combater o mito de que as crianças sentem menos dor do que os adultos, é necessário adotar uma abordagem educacional e de sensibilização baseada em evidências científicas, como a divulgação de estudos científicos acessíveis, como a pesquisa de Anand e Hickey (1987) e a análise de Araújo (2015), citadas acima. Essas informações devem ser amplamente divulgadas em linguagem acessível ao público. É essencial que as pessoas tenham contato com evidências que demonstrem que recém-nascidos e crianças sentem dor intensamente.

2.4.2 "Os riscos cirúrgicos são sempre maiores em crianças"

Outro mito comum é que qualquer procedimento cirúrgico é inerentemente mais arriscado para crianças do que para adultos. Essa crença, que vem sendo disseminada por gerações anteriores de que os riscos cirúrgicos são sempre maiores para crianças do que adultos, se dá ao fato de antigamente não existirem muitas fontes de informações e métodos de estudo como os de hoje em dia.

Embora seja verdade que as crianças têm necessidades especiais e suas respostas ao trauma cirúrgico podem variar, a prática cirúrgica pediátrica moderna é altamente especializada e adaptada para minimizar riscos. Porém, com o constante avanço na área pediátrica, chegou-se a conclusão de que os riscos oferecidos por cirurgias são praticamente iguais em quase todos os aspectos para crianças e adultos. Para pacientes pediátricos os riscos cirúrgicos caem, pois através de estudos pode-se concretizar que crianças tem um sistema de capacitação recuperatória melhor do que adultos, devido ao metabolismo acelerado, juntamente com a resposta imunológica mais favorável e a presença de quase nenhuma comorbidade.

Diante dessas informações, a ausência de comorbidades como diabetes, hipertensão, problemas cardíacos e problemas relacionados ao estilo de vida (como o tabagismo e o alcoolismo), contribuem para a diminuição de riscos durante o processo cirúrgico. Além desses, o bom sistema imunológico tende a agir de forma mais eficaz quanto aos danos causados por lesões e infecções. Riscos referentes à anestésias e o tipo de processo cirúrgico a ser realizado também são constantes sinais de preocupação dos pais e outras pessoas, entretanto através do aprimoramento de anesthesiologia os procedimentos vêm se tornando cada vez mais seguros.

Com o avanço das técnicas cirúrgicas e dos cuidados intensivos, a maioria dos procedimentos é realizada com alto grau de segurança, e a mortalidade e morbidade associadas são consideravelmente reduzidas.

Conforme o resultado obtido na pesquisa aplicada pelo grupo produtor deste trabalho, cerca de 74,7% das pessoas acreditam que crianças correm mais riscos em procedimentos cirúrgicos do que adultos, porém, por outro lado, 25,3%

das pessoas pesquisadas acreditam que crianças não correm mais risco do que adultos.

Com base na pesquisa, pode-se analisar que a maioria das pessoas ainda acreditam que crianças correm mais riscos cirúrgicos do que adultos, para combater esse mito é necessário fazer o esclarecimento de alguns pontos como, as crianças tem uma recuperação mais acelerada devido a fatores de regeneração celular e o metabolismo acelerado, contribuindo para o processo de cicatrização. Ainda, temos como contribuição a quase ausência de doenças pré-existentes, como diabetes, hipertensão ou problemas cardíacos diminuindo assim os riscos de complicações cirúrgicas. Além disso, atualmente temos uma equipe cirúrgica extremamente profissional e com equipamentos específicos para pacientes pediátricos.

2.4.3 "A recuperação pós-cirúrgica é sempre mais difícil para crianças do que para adultos"

Outro equívoco é que a recuperação pós-cirúrgica é sempre mais difícil para crianças do que para adultos. Embora a recuperação de um procedimento cirúrgico possa variar dependendo do tipo de cirurgia e da saúde geral da criança, as crianças têm uma notável capacidade de recuperação. Dentre os diversos fatores que contribuem para uma recuperação mais rápida em crianças, temos como principal ponto o metabolismo, que por ser mais acelerado do que em adultos fazem com que os nutrientes por eles consumidos, sejam absorvidos mais rápidos facilitando a regeneração das células teciduais. Por serem mais jovens possuem um mecanismo de recuperação ainda mais rápido do que os adultos, devido a diversos fatores biológicos e fisiológicos da criança, como uma maior capacidade de regeneração de tecidos, metabolismo mais acelerado, presença de poucas comorbidades, entre outros. Ainda, pacientes pediátricos tendem a ter uma maior elasticidade de tecidos corporais e um sistema imunológico mais robusto, contribuindo para esse processo de recuperação.

A presença da taxa metabólica mais elevada faz com que a resposta imunológica para o corpo seja mais eficiente, contribuindo assim, para uma cicatrização cirúrgica mais rápida, já que durante o processo de amadurecimento da criança o corpo diariamente está renovando suas células, fazendo com que

elas sejam mais aptas para substituir as danificadas presentes no organismo. O processo de cicatrização em crianças, juntamente com a capacidade dos jovens de se adaptar e se recuperar de cirurgias, fazem com que sejam superiores à dos adultos em alguns casos.

A partir do resultado obtido na pesquisa elaborada pelos membros do grupo, pode-se observar que 65,7% das pessoas acreditam que a recuperação pós-cirúrgica de crianças são mais difíceis do que para adultos. Chegando à conclusão de que esse mito ainda pode estar predominante atualmente ao modo de pensar da população.

Para combater esse mito de que a recuperação pós cirúrgica é mais difícil para crianças do que adultos, podemos abordar o método de explicar sobre conceitos como a recuperação de procedimentos cirúrgicos mais rápidos devido sistema imunológico mais eficiente, auxiliando para uma cicatrização mais rápida. A diminuição de fatores pré-existentes como diabetes, hipertensão e problemas cardíacos contribuem para a recuperação mais rápida, evitando complicações pós cirúrgicas, além de responderem de forma mais rápida quanto as atividades fisioterapêuticas utilizadas.

2.4.4 "Procedimentos cirúrgicos não são necessários para crianças com doenças congênitas"

Na verdade, muitos casos de malformações ou doenças congênitas requerem intervenção cirúrgica para corrigir anomalias que podem comprometer a qualidade de vida ou até mesmo a sobrevivência da criança. Algumas condições, como defeitos cardíacos congênitos, podem ser tratadas eficazmente apenas através de cirurgia, evitando complicações graves no futuro.

É importante entender que a necessidade de cirurgia depende do tipo e da gravidade da condição congênita. Embora algumas crianças possam não precisar de intervenção cirúrgica imediata, há muitas situações em que a cirurgia é o único meio de corrigir ou melhorar a funcionalidade de órgãos ou sistemas afetados. Além disso, avanços na medicina e nas técnicas cirúrgicas pediátricas têm permitido que esses procedimentos sejam cada vez mais seguros e eficazes, proporcionando melhores prognósticos para as crianças.

Portanto, é essencial que os pais confiem no aconselhamento médico de especialistas, que avaliarão cada caso individualmente, considerando o melhor curso de tratamento, que pode incluir a cirurgia. Negar a importância desse tipo de intervenção com base em mitos pode colocar a saúde da criança em risco, retardando tratamentos essenciais. Alguns exemplos de doenças congênitas em que se torna necessário a realização de procedimentos cirúrgicos para correção são:

2.4.4.1 Comunicação interventricular

Comunicação interventricular, ou defeito do septo ventricular (DSV), é uma malformação cardíaca congênita caracterizada por uma abertura no septo que separa os ventrículos do coração. Isso permite o fluxo anormal de sangue entre os ventrículos, podendo causar dificuldades respiratórias, fadiga e crescimento inadequado em bebês. Segundo Binotto, (2023) “a comunicação Interventricular vem acometendo 1 bebê a cada 100 nascimentos”. O diagnóstico é feito por ecocardiograma e, dependendo da gravidade, o tratamento pode incluir acompanhamento, tratamento medicamentoso ou, na maioria dos casos, procedimentos cirúrgicos. A comunicação interventricular é apresentada de diferentes formas, sendo as mais comuns: defeitos perimembranosos, que se localizam na parte superior do septo ventricular; defeitos musculares, que ocorrem em áreas mais musculares do septo e podem ser múltiplos; defeitos subaórticos, que estão localizados abaixo da válvula aórtica; e defeitos supracristais, que são ainda mais raros, situam-se acima da válvula pulmonar. Cada tipo de CIV pode ter implicações distintas na fisiologia cardíaca e nos sintomas apresentados pelos pacientes.

2.4.4.2 Comunicação interatrial

Comunicação interatrial é uma malformação congênita do coração, caracterizada por uma abertura no septo que separa os átrios direito e esquerdo. Isso permite o fluxo anormal de sangue entre os átrios. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention norte-americano (2019) “1 em cada 800 nascidos vivos possui CIA”. Embora muitas crianças sejam assintomáticas,

casos mais graves podem apresentar sintomas como dificuldade para respirar e crescimento lento. O diagnóstico é feito por ecocardiograma, e o tratamento varia de monitoramento a cirurgia, dependendo da gravidade. A maioria das crianças com CIA pode ter uma vida normal e saudável com o tratamento adequado. O perfil de crianças com cardiopatia congênita submetidos a cirurgias contribuem na verificação de casos mais prevalentes em determinadas regiões.

2.4.4.3 Tetralogia de Fallot

A tetralogia de Fallot é uma malformação cardíaca congênita caracterizada por quatro anomalias: defeito do septo ventricular, estreitamento da saída do ventrículo direito, extraposição da aorta e hipertrofia do ventrículo direito. Segundo a Dra. Claudia Pinheiro de Castro Grau, coordenadora da equipe de Ecocardiografia Fetal e Pediátrica da Maternidade São Luiz Star e do Hospital São Luiz Unidade Itaim (2024) “a tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais frequente entre a população infantil com incidência de 3 em cada 10.000 nascidos vivos”, sendo a cardiopatia congênita cianótica uma doença cardíaca que se caracteriza pela presença de cianose, ou seja, uma coloração azulada na pele e mucosas. Os sintomas incluem cianose, dificuldade para respirar e fadiga, especialmente durante atividades físicas. O diagnóstico é feito por ecocardiograma e o tratamento geralmente envolve cirurgia para corrigir as anomalias. Com o tratamento adequado, muitas pessoas podem levar uma vida saudável e necessitam de acompanhamento médico regular.

2.4.4.4 Transposição das grandes artérias

É uma malformação cardíaca congênita em que a aorta e a artéria pulmonar estão invertidas, resultando em duas circulações separadas: uma com sangue oxigenado e outra com sangue não oxigenado. Levando em consideração a citação de Vargas, na Revista Saúde (2017) “Sua prevalência corresponde aproximadamente 0,5% a 1,4% das cardiopatias congênitas” e uma publicação do Ministério da Saúde do Brasil em 2022, que apresenta um valor de 30.000 crianças nascidas com cardiopatia congênita no país por ano, pode-se chegar à conclusão de que, aproximadamente de 150 a 420 crianças nascem por ano sendo portadoras da transposição das grandes artérias. Os principais sintomas incluem cianose, dificuldade para respirar e fadiga em recém-nascidos.

O diagnóstico é feito por ultrassonografia cardíaca e ecocardiograma. O tratamento envolve o uso de medicamentos para manter a comunicação entre as circulações e, geralmente, cirurgia corretiva nos primeiros meses de vida. Com tratamento adequado, muitos pacientes podem ter uma vida normal.

2.4.4.5 Fenda palatina e o lábio leporino

São condições congênicas que ocorrem durante o desenvolvimento fetal.

2.4.4.5.1 Lábio Leporino

É uma malformação que se caracteriza pela divisão do lábio superior causada por problemas no desenvolvimento gestacional. Pode afetar apenas uma parte do lábio (unilateral) ou ambos os lados (bilateral). O lábio leporino pode ocorrer isoladamente ou em conjunto com a fenda palatina. De acordo com um estudo realizado por Shibukawa, (2019) "No Brasil, foi encontrada uma proporção de 0,6 para cada mil nascidos vivos em 2017" e segundo o Dr. Setúbal, publicado no Instituto Pensi (2017) "Uma em cada 700 mil crianças que nascem no mundo pode apresentar a fissura labiopalatal". A cirurgia de correção do lábio leporino geralmente é realizada logo na infância, nos primeiros anos de vida, cirurgia está de extrema importância pois, ainda de acordo com os autores descritos acima, a criança pode apresentar dificuldades no aleitamento materno, deglutição e respiração prejudicadas, distúrbios na audição e fonação, com prejuízos na comunicação, além da baixa aceitação social.

2.4.4.5.2 Fenda Palatina

É uma abertura ou fenda no céu da boca (palato), que pode variar em tamanho e extensão. Assim como o lábio leporino, pode ser unilateral ou bilateral. Pode ocorrer em associação com o lábio leporino ou de forma isolada. A correção cirúrgica da fenda palatina é frequentemente realizada nos primeiros anos de vida, assim como a cirurgia de correção do lábio leporino. Assim como no lábio leporino, a fenda palatina também apresentou uma incidência de, aproximadamente, 0,6 para cada 1000 nascidos vivos no país no ano de 2017, como descreveu os autores Shibukawa, na mesma publicação de 2019.

2.4.4.6 Estenose pilórica hipertrófica

A estenose pilórica hipertrófica é um distúrbio que ocorre principalmente em bebês, geralmente entre 2 e 8 semanas de vida. Ela se caracteriza pelo espessamento anormal do piloro, localizado na junção entre o estômago e o duodeno (a primeira parte do intestino delgado). Esse espessamento impede que o conteúdo do estômago passe para o intestino, resultando em obstrução parcial ou completa, causando desidratação e distúrbio eletrolítico. De acordo com os autores Figueirêdo (2003) “é diagnóstico comum entre lactentes abaixo dos três ou quatro meses de idade, sendo vista na proporção de 3:1.000 nascimentos”. Com base na citação dos autores acima, pode-se concluir que a cada mil crianças nascidas, três apresentam estenose pilórica hipertrófica. O tratamento inicia-se com reposição eletrolítica e hidratação, porém, o tratamento cirúrgico (piloromiotomia e pilorotomia longitudinal) são de extrema importância e devem ser realizados para corrigir a condição.

2.4.4.7 Atresia esofágica

A atresia esofágica é uma malformação congênita em que o esôfago, o tubo que conecta a boca ao estômago, não se desenvolve completamente. Isso resulta em um bloqueio ou fechamento anormal do esôfago, impedindo a passagem de alimentos e líquidos. E existem diferentes tipos de atresia esofágica, sendo as mais comuns a atresia esofágica com fístula traqueoesofágica, em que o esôfago é interrompido e se conecta a normalmente à traqueia, e a atresia esofágica sem fístula, em que o esôfago é interrompido sem conexão com a traqueia. A cirurgia de correção geralmente é realizada logo após o nascimento. De acordo com FIGUEIRÊDO, (2005) “Ocorre com uma incidência de um caso entre 3.000 nascidos vivos.” A correção cirúrgica é necessária para criar uma continuidade entre as partes desconectadas do esôfago, permitindo que o bebê se alimente normalmente e evitando problemas respiratórios, broncoaspiração, desnutrição e distúrbios do crescimento.

2.4.4.7.1 Atresia esofágica com fístula traqueoesofágica

Além de o estômago estar interrompido, existe uma conexão anormal entre o esôfago e a traqueia. Essa fístula permite que o ar entre no sistema digestivo ou que os alimentos passem para o trato respiratório, o que pode

resultar em aspiração pulmonar, levando a infecções graves como pneumonias ou a broncoaspiração.

2.4.4.7.2 Atresia esofágica sem fístula

Não há conexão entre o esôfago e a traqueia. O esôfago se interrompe, formando dois segmentos separados, sendo um que vai da boca até o fim do esôfago superior e um outro que parte do estômago até o esôfago inferior, sem que haja uma continuidade entre eles.

2.4.4.8 Espinha bífida

Espinha bífida é um defeito congênito do tubo neural que ocorre quando a coluna vertebral e a medula espinhal não se fecham completamente durante o desenvolvimento fetal. Essa condição pode resultar em diferentes graus de comprometimento, dependendo da localização e da gravidade do defeito. As três formas principais de espinha bífida incluem a espinha bífida oculta, onde há uma pequena abertura nas vértebras, porém a medula espinhal e os nervos geralmente estão protegidos, a meningocele, onde as meninges (membranas que envolvem a medula espinhal) se projetam através da abertura na coluna e formam um cisto, e a mielomeningocele, que é a forma mais grave de espinha bífida, onde a medula espinhal e as meninges se projetam através da abertura da coluna, resultando em danos neurológicos e problemas físicos caso não sejam tratados da forma correta. De acordo com Ferreira, (2020) “a prevalência desses defeitos congênitos no mundo é de aproximadamente 1 em 1000 nascidos vivos, e, no Brasil, essa taxa é de cerca de 1,6 a cada 1000 nascidos vivos”.

2.4.4.9 Hérnia diafragmática congênita

A hérnia diafragmática congênita (HDC) é uma malformação rara que ocorre durante o desenvolvimento fetal. Ela se caracteriza por um defeito no diafragma, a musculatura que separa o tórax do abdômen. Esse defeito permite que órgãos abdominais, como o estômago, intestinos, fígado ou baço, subam para o tórax, o que pode interferir no desenvolvimento normal dos pulmões. Existem três tipos de hérnia diafragmática congênita, que são classificadas de acordo com a localização do defeito no diafragma, sendo elas a hérnia de

Bochdalek (situada na parte posterior-lateral do diafragma, geralmente à esquerda), a hérnia de Morgagni (ocorre na parte anterior do diafragma) e a hérnia diafragmática central (envolve o centro do diafragma). O tratamento para correção das hérnias diafragmáticas é cirúrgico e envolve a reposição dos órgãos abdominais dentro do abdômen e a correção do defeito diafragmático. Segundo Reuter, (2019) a taxa de incidência varia de 1/2500 a 1/4000 nascidos vivos e habitualmente apresentam alta mortalidade devido ao gráfico comprometimento respiratório e cardiovascular.

2.4.4.10 Doença de Hirschsprung

É uma condição congênita que afeta o intestino grosso (cólon), caracterizada pela ausência de células nervosas (células ganglionares) em uma parte do intestino. Isso resulta em uma obstrução intestinal devido à incapacidade do segmento afetado de relaxar e permitir a passagem das fezes. Segundo Gilbert, (2009) “Estima-se que a DH ocorra em 1/20.000 a 1/5.000 nascimentos. Com isso pode-se entender que a cada entre 5.000 e 20.000 nascimentos, uma criança nasce com Doença de Hirschsprung.

2.4.4.11 Hipospádia

É uma malformação congênita do sistema urogenital masculino, caracterizada pela abertura anormal da uretra em uma posição ventral no pênis, em vez de no ápice da glande. Em casos de hipospádia, o meato uretral (orifício por onde a urina é eliminada) pode estar localizado em qualquer lugar ao longo da parte inferior do pênis, incluindo o eixo, a base do pênis ou até mesmo o escroto. É classificada em três tipos principais, dependendo da localização do meato uretral. A hipospádia distal, também conhecida como hipospádia glandular ou hipospádia coronal é caracterizada. É aquela em que a abertura uretral está mais próxima da glande do pênis e é o tipo mais comum de hipospádia. A hipospádia média (ou hipospádia peniana, como também é conhecida) é caracterizada pela abertura uretral localizada ao longo do eixo peniano. E, por fim, a hipospádia proximal (também conhecida como hipospádia perineal ou hipospádia penoescrotal) é aquela em que a abertura uretral está próxima à base do pênis, no escroto ou no períneo, sendo o tipo mais raro e geralmente associado a outros defeitos urogenitais. O tratamento da hipospádia

é cirúrgico e visa restaurar a função normal e a aparência do pênis, com correção da abertura uretral, curvatura e reparo do prepúcio, quando necessário. A cirurgia é geralmente realizada entre os seis e 18 meses de idade, dependendo de sua gravidade. Diversos estudos, como o realizado por Fernández, no ano de 2017, estimam que a hipospádia afeta aproximadamente 11,3 a cada 10.000 nascidos vivos do sexo masculino. Estudos adicionais indicam que fatores genéticos, histórico familiar de hipospádia e condições maternas (como o diabetes), podem aumentar o risco de ocorrência.

2.4.5 "Crianças se tornam dependentes de opioides caso estes sejam utilizados como técnicas farmacológicas para manejo da dor"

Quando opioides são usados como medicamentos eles são usados de forma controlada em testes farmacológicos ou em tratamentos médicos. Opioides, como morfina ou codeína, são medicamentos potentes e eficazes para o alívio da dor, e quando prescritos por profissionais de saúde, são administrados de forma segura e sob rigorosa supervisão. O uso desses medicamentos é feito em doses específicas e monitoradas, com o objetivo de tratar dores intensas que outras medicações não conseguem controlar, como em casos de cirurgias ou doenças crônicas.

O desenvolvimento de dependência a opioides geralmente está associado ao uso prolongado e descontrolado, o que não ocorre nos cenários de teste ou tratamento supervisionado. Profissionais de saúde avaliam cuidadosamente a necessidade de opioides, observando fatores como a dose, a duração do tratamento e o acompanhamento da criança durante o uso da medicação. Além disso, os protocolos médicos para testes farmacológicos são extremamente rigorosos, justamente para evitar quaisquer riscos desnecessários, incluindo o desenvolvimento de dependência.

É importante esclarecer que, em situações em que o uso de opioides é necessário para aliviar a dor severa em crianças, a prioridade é o bem-estar imediato do paciente, sem comprometer sua saúde a longo prazo. O medo de vício, quando desprovido de base científica, pode impedir que crianças recebam o tratamento adequado, prolongando seu sofrimento desnecessariamente. Portanto, confiar nos especialistas e nos protocolos médicos garante que esses

medicamentos sejam usados de forma segura e eficaz, sem risco de dependência.

3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso, adotaremos uma abordagem metodológica abrangente e integrada, que combina técnicas qualitativas e quantitativas, com o objetivo de identificar e desmistificar mitos associados a procedimentos cirúrgicos pediátricos e de reduzir a ansiedade das crianças envolvidas.

A primeira etapa da coleta de dados envolverá a identificação dos principais mitos e crenças errôneas sobre os procedimentos cirúrgicos pediátricos. Para isso, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, além de realizar aplicações de questionários a pais e responsáveis, com o intuito de entender as concepções preconceituosas e as preocupações comuns relacionadas às cirurgias. As entrevistas serão gravadas e transcritas para posterior análise qualitativa.

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir da aplicação de questionários à população geral revelaram informações importantes sobre a percepção pública em relação ao pós-operatório pediátrico.

A primeira questão abordada no questionário referiu-se à crença de que crianças sentem menos dor do que adultos. Dos que responderam ao questionário, 13,1% afirmaram acreditar que as crianças realmente sentem menos dor, enquanto 86,9% discordaram dessa ideia. Este resultado reflete uma mudança positiva na percepção pública sobre a dor infantil, alinhando-se a estudos que comprovam que crianças têm respostas fisiológicas à dor comparáveis às dos adultos (Anand; Hickey, 1987). No entanto, a presença de um percentual que ainda acredita nesse mito reforça a necessidade de ações educativas que abordem o manejo da dor em crianças, um aspecto essencial para garantir tratamentos adequados.

Sobre os riscos cirúrgicos, 74,7% dos que responderam à pesquisa acreditam que crianças correm mais risco do que adultos ao passar por procedimentos cirúrgicos, enquanto 25,3% discordaram. Este dado reflete um temor generalizado em relação às cirurgias pediátricas, que embora exijam considerações especiais, são hoje conduzidas com extrema segurança. De acordo com Araújo (2019), os avanços nas técnicas cirúrgicas e anestésicas em pediatria reduziram significativamente as taxas de mortalidade e complicações. Portanto, há uma evidente necessidade de uma comunicação mais eficaz sobre os avanços da medicina pediátrica, tanto para tranquilizar pais e responsáveis quanto para esclarecer a sociedade em geral sobre os riscos reais envolvidos.

Outro ponto de destaque foi a questão relacionada à recuperação pós-cirúrgica. 66,7% dos respondentes acreditam que o processo de recuperação é mais difícil para crianças do que para adultos, enquanto 34,3% discordaram. No entanto, a literatura científica sugere que, em muitos casos, as crianças têm uma notável capacidade de recuperação após cirurgias, especialmente em comparação com os adultos (Araújo, 2019). A percepção de que a recuperação é sempre mais complicada para crianças pode estar associada ao medo de possíveis complicações, que nem sempre correspondem à realidade clínica.

Em relação à necessidade de procedimentos cirúrgicos para doenças congênitas, 34% dos participantes que responderam ao formulário acreditam que tais intervenções não são necessárias, enquanto 66% concordam que as cirurgias são muitas vezes indispensáveis para assegurar a qualidade de vida das crianças. Esse dado preocupa, visto que muitas condições congênitas exigem intervenções precoces para evitar complicações futuras e até mesmo garantir a sobrevivência. A persistência desse mito evidencia a necessidade de campanhas de conscientização voltadas para a importância de tratamentos cirúrgicos em pediatria, particularmente em casos de doenças congênitas.

Outro dado relevante foi a percepção sobre o risco de dependência de opióides em crianças após cirurgias. 67,3% das pessoas perguntadas acreditam que as crianças correm um maior risco de desenvolver dependência, enquanto 32,7% discordaram dessa ideia. Embora o uso de opióides seja uma preocupação legítima em contextos médicos, a administração desses medicamentos em crianças segue protocolos rigorosos para garantir a segurança, minimizando o risco de dependência. A desinformação sobre o

manejo adequado da dor em pediatria pode levar a um subtratamento da dor, com consequências negativas para o bem-estar infantil (Anand; Hickey, 1987).

No que se refere ao uso de anestesia em cirurgias pediátricas, 26,5% das pessoas afirmaram que a anestesia só deveria ser utilizada em grandes cirurgias, enquanto 73,5% reconheceram sua importância também em procedimentos menores. Além disso, 55,6% acreditam que a anestesia em crianças é mais perigosa do que em adultos, e 44,4% discordam dessa afirmação. Esses dados revelam uma percepção equivocada sobre o uso da anestesia em crianças, que, embora exija cuidados específicos, não apresenta maior risco em relação ao uso em adultos. Estudos recentes mostram que, com as técnicas adequadas, a anestesia pediátrica é extremamente segura e eficaz (Anand; Hickey, 1987).

4.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Este estudo utilizou uma pesquisa exploratória com abordagem mista, combinando aspectos qualitativos e quantitativos para investigar os mitos relacionados ao pós-operatório pediátrico. O método exploratório foi escolhido por permitir uma análise ampla de crenças e percepções sobre a dor em crianças, os riscos cirúrgicos, a recuperação pós-operatória e a necessidade de intervenções cirúrgicas em doenças congênitas.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários aplicados à população geral, com o objetivo de avaliar o conhecimento e as crenças comuns sobre o tema. Os questionários, compostos por perguntas fechadas e abertas, permitiram quantificar os dados e ao mesmo tempo explorar percepções individuais mais profundas. Esses instrumentos foram selecionados por sua capacidade de atingir uma amostra ampla e diversificada da população, garantindo a representatividade dos resultados.

A pesquisa revelou que, embora muitos mitos sobre o pós-operatório pediátrico estejam sendo desconstruídos, alguns ainda persistem. Isso reforça a necessidade de ações contínuas de educação e sensibilização, voltadas tanto para o público em geral quanto para profissionais da saúde.

Por fim, o estudo destaca a importância de ampliar o conhecimento sobre a cirurgia pediátrica, propondo novas pesquisas em áreas como o impacto psicológico dos procedimentos cirúrgicos e o uso de intervenções não

farmacológicas no manejo da dor. Tais avanços podem contribuir para a criação de um ambiente mais seguro e informado para crianças e suas famílias durante o período pós-operatório.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, foram abordados mitos comuns relacionados ao pós-operatório pediátrico, buscando desmistificar preconceitos e mal-entendidos que podem impactar a percepção pública e o manejo clínico. A pesquisa inicialmente propôs investigar a veracidade desses mitos, a partir de uma revisão da literatura e da coleta de dados junto à população.

Os resultados obtidos confirmaram a presença de uma compreensão equivocada sobre a dor em crianças, os riscos cirúrgicos, a recuperação pós-cirúrgica e a necessidade de intervenções cirúrgicas em casos de doenças congênitas. Constatou-se que, apesar de 86,9% dos entrevistados já não acreditarem que crianças sentem menos dor do que os adultos, 13,1% ainda mantêm essa ideia. Esse dado reforça a importância de ações educativas e de sensibilização, respaldadas por evidências científicas, para continuar a desconstruir esse mito.

Em relação à crença de que os riscos cirúrgicos são sempre maiores para crianças, a pesquisa demonstrou que, embora existam considerações especiais, a prática cirúrgica pediátrica moderna tem se mostrado eficaz e segura, com taxas de mortalidade e morbidade reduzidas. A análise das respostas coletadas indicou que 74,7% das pessoas ainda acreditam que as crianças estão em maior risco durante cirurgias, um ponto que evidencia a necessidade de uma comunicação clara e eficaz sobre os avanços na medicina pediátrica.

Quanto à recuperação pós-cirúrgica, 65,7% dos entrevistados ainda acreditam que esse processo é mais difícil para crianças. Entretanto, a literatura revisada aponta que as crianças têm uma notável capacidade de recuperação, o que deve ser destacado nas orientações aos pais e responsáveis.

Por fim, o mito de que procedimentos cirúrgicos não são necessários para crianças com doenças congênitas foi abordado, reafirmando que muitas condições requerem intervenção cirúrgica para garantir a qualidade de vida e a sobrevivência da criança. A pesquisa mostra que, apesar de alguns mitos

persistirem, há uma crescente conscientização sobre a necessidade de tratamento cirúrgico adequado.

Os objetivos gerais e específicos foram alcançados, evidenciando a necessidade de mais informações e sensibilização para pais e profissionais de saúde.

A metodologia utilizada, que incluiu a pesquisa de campo e a revisão bibliográfica, foi adequada para a abordagem do tema proposto. A bibliografia consultada atendeu às expectativas, proporcionando uma base sólida para a análise dos dados e a formulação de conclusões. Autores como Anand e Hickey (1987) e Araújo (2019) foram fundamentais para sustentar as argumentações apresentadas.

Após ler, analisar e sintetizar diferentes autores sobre o tema, consideramos que é essencial promover um entendimento mais claro e fundamentado sobre a dor em crianças e os riscos associados aos procedimentos cirúrgicos. Recomendamos que instituições de saúde implementem campanhas educativas que envolvam não apenas os profissionais, mas também os pais e responsáveis, a fim de promover um ambiente mais acolhedor e seguro para as crianças no contexto cirúrgico.

Além disso, sugerimos que novos estudos sejam realizados para explorar outras áreas relacionadas ao cuidado pós-operatório pediátrico, incluindo a avaliação do impacto psicológico das cirurgias em crianças e a eficácia de intervenções não farmacológicas na gestão da dor.

Por fim, é imprescindível que continuemos a debater e educar a sociedade sobre a realidade do tratamento cirúrgico pediátrico, para que, juntos, possamos construir um sistema de saúde mais informado e efetivo.

6. ANEXOS

Tabela 1: Dados coletados com o questionário.

Perguntas realizadas	Sim	Não
Você acredita que crianças sentem menos dor que os adultos?	(13,1%)	(86,9%)
Crianças correm mais risco que adultos em procedimentos cirúrgicos?	(74,7%)	(25,3%)
"A recuperação pós-cirúrgica é sempre mais difícil para crianças do que para adultos". Você concorda com essa afirmação?	(65,7%)	(34,3%)
Para você, procedimentos cirúrgicos não são necessários para crianças com doenças congênitas?	(34%)	(66%)
Você acredita que as crianças correm um risco de se tornarem dependentes em opióides (medicamentos com efeitos analgésicos e sedativos potentes) caso estes sejam utilizados como técnica farmacológica de manejo da dor?	(67,3%)	(32,7%)
Você acredita que a anestesia nos bebês e crianças só precisa ser utilizada em grandes cirurgias?	(26,5%)	(73,5%)
"Anestesia em crianças é mais perigosa que em adultos". Você acredita nesta afirmação?	(55,6%)	(44,4%)

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcelle Campos. Atenção à saúde do Recém-nascido de risco Superando pontos críticos, 2015.

BINOTTO, Maria Angélica. Cardiopatia congênita é frequente em bebês, mas não apresenta risco grave, *Jornal da USP*, 2023.

BRANCO, Anete.; FREKETE, Saskia Maria W.; RUGOLO, Ligia Maria S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão, 2006.

DIAS, Fernando Suparregui; REZENDE, Ederlon Alves de Carvalho; MENDES, Ciro Leite; JR, João Manoel Silva; SANCHES, Joel Lyra. A monitorização hemodinâmica (MH) é um importante elemento do cuidado com o paciente gravemente enfermo, 2014.

FERNÁNDEZ, Nicolás; PÉREZ, Jaime; MONTERREY, Pedro; A POLETTA, Fernando; J BÄGLI, Darius; LORENZO J, Armando; ZARANTE, Ignácio. Estudo ECLAMC: Padrões de prevalência de hipospádia na América do Sul: Análise multinacional em um período de 24 anos, 2017.

FERREIRA, Jéssica Zanquis; BIEZUS, Deborah Tavares; PFAU, Maria Eduarda; DA SILVA, Rafaela Freitas; BRANDÃO, Suelen Stefanoni; FANÇOZO; Heloísa Garcia; DIEGUES, Maria Elena Martins; ADAMOWSKI, Eleniza de Victor. PREVALÊNCIAS DOS CASOS DE ESPINHA BÍFIDA COM DIVERSAS VARIÁVEIS EM RECÉM-NASCIDOS ENTRE OS ANOS DE 2015 A 2017 PREVALENCE OF SPINA BIFIDA CASES WITH SEVERAL NEWBORN, 2020.

FIGUEIRÊDO, Sizenildo da Silva; JUNIOR, Cyrillo Rodrigues de Araújo; DA NÓBREGA, Bruno Barcelos; JACOB, Beatriz Mahmud; ESTEVES, Edward; TEIXEIRA, Kim-Ir-Sem Santos. Estenose hipertrófica do piloro: caracterização clínica, radiológica e ecográfica, 2003.

FIGUEIRÊDO, Sizenildo da Silva; RIBEIRO, Luiza Helena Vilela; DA NÓBREGA, Bruno Barcelos; COSTA, Marlos Augusto Bittencourt; OLIVEIRA, Galba Leite; ESTEVES, Edward; MONTEIRO, Soraya Silveira; LEDERMAN, Henrique Manoel. Atresia do trato gastrointestinal: avaliação por métodos de imagem, 2005.

FRACCIOLI, Stela C.; TACLA, Mauren T. G. M.; ROSSETTO, Edilaine G.; COLETT, Neusa. O manejo da dor pediátrica e a percepção da equipe de enfermagem à luz do Modelo Socio Comunicativo da Dor, 2020.

GAYOTTO, Andréa Perdigão. Bebê mostra dor com linguagem corporal, 2000.

GILBERT, Maria José; DE MELLO, Débora Faleiros; DE LIMA, Regina Aparecida Garcia. Experiências de mães de filhos com doença de Hirschsprung: subsídios para o cuidado de enfermagem, 2009.

GRAU, Claudia Pinheiro de Castro. Tetralogia de Fallot: o que é, como é o diagnóstico e o tratamento?, 2024.

GUERIN, Diogo Romário Bezerra. Mobilização precoce no paciente crítico pediátrico: um relato de caso, 2021.

GUINSBURG, Ruth; A. CUENCA, Maria Carmenza. A Linguagem da dor no recém-nascido, 2010.

KLEIN, Vivian Caroline.; GASPARDO, Cláudia Maria.; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco, 2011.

MENDES, Deise Maria Leal Fernandes.; DE MOURA, Maria Lucia Seidl. Expressões faciais de emoção em bebês: importância e evidências, 2009.

MIRANDA, Adriana de Fátima Alencar.; DA SILVA, Lúcia de Fátima.; CAETANO, Joselany Áfio.; DE SOUSA, Ana Cláudia.; ALMEIDA, Paulo César. Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório em cirurgia cardíaca, 2011.

PEREIRA, Marilúcia; PONSI, Juliana; FILIPPIN, Lidiane. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) na Avaliação da Dor em Neonatologia, 2010.

POLASTRINI, RITA T. V. Avaliação da Dor em Pediatria, 2015.

RANGEL, Isabela. Comunicação Interatrial – CIA, publicado em “pro criança cardíaca”, 2019.

RIBEIRO, Karol. Cardiopatia congênita afeta cerca de 30 mil crianças por ano no Brasil, página do Ministério da Saúde, 2022.

SETÚBAL, José Luiz. Lábio leporino e fenda palatina, Instituto Pensi pesquisa e ensino em saúde infantil, 2017.

VARGAS, R. P., & Soares, G. P. (2017). Transposição corrigida das grandes artérias: Relato de caso. Revista De Saúde, 8(1 S1), 08–09.

ZAPATA-GARCIA, Marco Túlio Antônio; JUNIOR, Edson Sidião de Souza. Independente da etiologia, a febre origina-se pela produção de pirógenos endógenos que ajustam o ponto prefixado do hipotálamo, 2006.

RAZERA, Ana Paula Ribeiro; BRAGA, Eliana Mara. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós operatória, 2011.

BUENO, Mariana; KIMURA, Amélia Fumiko; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal, 2009.

DOS SANTOS, Luciano Marques; RIBEIRO, Isabelle Santos; DE SANTANA, Rosana Castelo Branco. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva, 2012.