

DIFICULDADES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

DIFFICULTIES IN NURSING CARE TO PEDIATRIC PATIENTS IN THE IMMEDIATE POST OPERATIVE PERIOD

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Dayana Ramos de Almeida, Dulcilene Pereira Jardim

RESUMO: Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, com o objetivo de identificar as dificuldades da equipe de enfermagem na assistência pós-operatória ao paciente pediátrico. A coleta de dados se deu por meio de um questionário com 22 perguntas, respondido por 34 profissionais de enfermagem atuantes no Centro Cirúrgico de um hospital público de São Paulo. Os resultados mostram que a enfermagem tem dificuldades na assistência pós-operatória ao paciente pediátrico, que requer mais atenção da equipe, sendo as maiores relacionadas a: agitação, agressividade, choro constante e alta incidência de náuseas e vômitos, os quais exigem cuidado contínuo para prevenção de complicações respiratórias. Este comportamento infantil é intensificado pela ausência da mãe, cuja permanência não é permitida na instituição sede do estudo. Desta forma, percebe-se a necessidade do cuidado integral, individualizado e humanizado à criança e o respeito às suas necessidades e aos seus direitos como indivíduo.

Palavras-chave: Recuperação pós-anestésica. Enfermagem de centro cirúrgico. Assistência de enfermagem. Criança.

ABSTRACT: This is a descriptive and exploratory field study, with the purpose to identify the difficulties of nursing team

in post-operative care to the pediatric patient. Data collection was obtained by means of a questionnaire with 22 questions answered by 34 nursing professionals who worked in the Surgical Center of a public hospital in Sao Paulo. Results demonstrate that nursing has difficulties in post-operative care to the pediatric patient who requires more attention from the staff, the main ones being related to: agitation, aggression, constant crying and high incidence of nausea and vomiting, which demand continuing care for the prevention of respiratory complications. This childish behavior is intensified by the absence of the mother, whose entry is not permitted at this institution. Thus, it was perceived the need for a comprehensive, individualized and humanized care to the child and the respect for your needs and your rights as an individual.

Key words: Post-anesthetic recovery; Operating room nursing, Nursing assistance; Child.

RESUMEN: Se trata de un estudio descriptivo con el objetivo de identificar las dificultades del equipo de enfermería en el cuidado post-operatorio al paciente pediátrico. La recolección de datos fue obtenida por medio de un cuestionario con 22 preguntas contestadas por 34 profesionales de enfermería que trabajaban

en el quirófano de un hospital público de Sao Paulo. Los resultados muestran que la enfermería tiene dificultades en la atención post-operatorio a los pacientes pediátricos que requieren más atención por parte del equipo, siendo las mayores dificultades: la agitación, la agresividad, lloro constante y la alta incidencia de náuseas y vómitos, que requieren atención continua en la prevención de complicaciones respiratorias. Este comportamiento infantil se intensifica por la ausencia de la madre, por ser prohibido, en esta institución, permanecer con el paciente. Así, es percibida la necesidad de una atención integral, personalizada y humanizada al niño y el respeto de sus necesidades y sus derechos como individuo.

Palabras-clave: Periodo de recuperación de la anestesia; Enfermería de quirófano; Atención de enfermería; Niño.

INTRODUÇÃO

O período pós-operatório imediato (POI) compreende as primeiras 24 horas após o procedimento anestésico-cirúrgico, incluindo o tempo de permanência do paciente na Recuperação Pós-Anestésica (RPA).¹

A RPA é o local apropriado para que o

paciente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico permaneça até que recupere a consciência, estabilize os sinais vitais,² demonstre retorno das funções motoras e sensoriais e não mostre evidências de hemorragia e nem outras complicações.³ Para tanto, o paciente deve permanecer sob a observação e os cuidados constantes da equipe de enfermagem, a fim de prevenir as intercorrências do período pós-anestésico e, caso estas ocorram, oferecer pronto atendimento.²

Uma experiência cirúrgica é traumática e estressante para qualquer indivíduo, especialmente para a criança,⁴ exigindo, assim, um cuidado diferenciado e individualizado para cada paciente pediátrico. O paciente pediátrico, ou seja, indivíduo com até doze anos de idade,⁵ exige uma atenção especial, pois as diferenças anatômicas e fisiológicas os tornam propensos à maior incidência de complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico.⁶

O POI de uma criança pode ser cercado de medos, do tipo: medo do desconhecido, do ambiente estranho, medo do resultado da cirurgia, das alterações da imagem corporal, enfim, medo da morte. Estes sentimentos podem caracterizar o POI do paciente pediátrico por formas regressivas de comportamento, desconfiança, comportamento agressivo com acessos de raiva, ausência de cooperação, distúrbios de sono e alimentação, e ainda o esquivar-se fortemente dos cuidadores ou a necessidade de um longo período de recuperação após a cirurgia.⁴

Portanto, a assistência de enfermagem ao paciente pediátrico no POI deve ser planejada e executada de forma precoce, ou seja, no momento em que a criança desperta da anestesia a que foi submetida. O alívio da dor possibilita à criança condições para se restabelecer

adequadamente, o que atende aos princípios da humanização e da ética, que devem permear o cuidado prestado pelo enfermeiro.⁷

O desejo de realizar este estudo derivou da experiência da primeira autora como graduanda de enfermagem, durante as atividades de estágio em Centro Cirúrgico (CC) e RPA, onde foi percebida a dificuldade da assistência de enfermagem no POI ao paciente pediátrico.

OBJETIVO

Neste contexto, este estudo teve como objetivo identificar as dificuldades da equipe de enfermagem na assistência pós-operatória ao paciente pediátrico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória, realizada na RPA do Bloco Cirúrgico de um hospital público de médio porte, situado na Zona Sul de São Paulo e que comporta 253 leitos operacionais e 89 leitos extras.

O CC possui seis salas de cirurgia e uma sala exclusiva para o parto cirúrgico. Por sua vez, a RPA possui seis leitos, os quais atendem uma média de 16 pacientes por dia e 470 pacientes por mês. Os pacientes mais atendidos neste setor são os da cirurgia geral, cirurgia ortopédica e cirurgia pediátrica. Nesta última especialidade, que é foco do nosso estudo, são realizados principalmente os procedimentos de: herniorrafia inguinal, herniorrafia umbilical, postectomia e adenoamigdalectomia.

A população deste estudo constituiu-se pela equipe de enfermagem, a saber, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem que compõem o quadro do CC e da RPA. Estes profissionais de enfermagem perfazem um total de 34

funcionários, sendo três enfermeiras e 31 auxiliares e técnicos de enfermagem, divididos em nove funcionários no período da manhã, nove no período da tarde e cinco em cada plantão noturno (par e ímpar). Nesta instituição, há um rodízio mensal de funcionários para prestação da assistência de enfermagem no CC e na RPA. Portanto, todos foram incluídos no estudo.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2010, após a apresentação da pesquisa por parte da pesquisadora, bem como após o preenchimento e recolhimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado com 22 perguntas, representando as variáveis relacionadas aos dados sócio-demográficos dos profissionais, caracterização profissional e aspectos da assistência de enfermagem na RPA ao paciente pediátrico. O questionário foi respondido pelos sujeitos em ambiente de trabalho, antes ou após o plantão nos períodos da manhã, tarde e noite, com tempo médio de 20 minutos para o preenchimento.

Os dados obtidos com o questionário foram analisados e interpretados em um contexto quantitativo, baseado em estatística descritiva e apresentados com o valor total e a porcentagem correspondente.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santo Amaro (UNISA), sob protocolo nº068/10, bem como pelo CEP da instituição sediadora do estudo, sob protocolo nº009/10, recebendo desta instituição uma Bolsa de Iniciação Científica de incentivo à pesquisa.

Desta forma, confirma-se que todos os procedimentos éticos obedeceram aos padrões estabelecidos pela Resolução nº196/1996,⁸ do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

RESULTADOS

Caracterização sócio-demográfica e profissional da amostra

Segundo a caracterização sócio-demográfica, a amostra deste estudo foi constituída por 34 (100,0%) profissionais, sendo 29 (85,3%) do sexo feminino e cinco (14,7%) do sexo masculino, com idades entre 19 e 53 anos, sendo a média igual a 32 anos e 7 meses.

Quanto ao estado civil, 18 (52,9%) eram casados, nove (26,5%) solteiros, seis (17,7%) separados e um (2,9%) em união consensual. A maior parte dos funcionários tinha filhos (25 ou 73,5%).

A renda familiar dos sujeitos encontrava-se entre R\$1.000,00 e R\$7.000,00, sendo a média igual a R\$2.495,00. Quanto à religião, 18 (52,9%) eram católicos, 11 (32,4%) evangélicos, um (2,9%) kardecista e quatro (11,8%) não professavam nenhuma religião.

Em relação à escolaridade, 18 (52,9%) tinham ensino médio, 10 (29,4%) superior incompleto, quatro (11,8%) superior completo e dois (5,9%) possuíam especialização.

No que se refere à caracterização profissional, 17 (50,0%) eram auxiliares de enfermagem, 14 (41,2%) técnicos de enfermagem e três (8,8%) enfermeiros. O tempo médio de formação destes profissionais na enfermagem era maior do que nove anos e o tempo de trabalho na

enfermagem acima de sete anos. Estes profissionais trabalhavam na instituição em questão há mais de cinco anos; destes, aproximadamente quatro anos no CC e na RPA.

O fato de trabalhar no CC e na RPA foi movido por escolha do profissional em 20 (58,8%) casos, por se identificarem com o setor fechado e de alta complexidade. Para 14 (41,2%) funcionários, a entrada no CC e na RPA foi feita por estipulação institucional, para composição do quadro do setor, mas, destes profissionais, quatro (11,8%) acabaram se identificando com o bloco operatório e permanecendo por escolha

Assistência de enfermagem ao paciente pediátrico no POI

Os sujeitos de pesquisa foram questionados quanto ao número de profissionais que atuam na RPA por plantão, e 25 (73,5%) afirmaram que há apenas um auxiliar de enfermagem na RPA em cada plantão, sob supervisão indireta do enfermeiro. Porém, nove (26,5%) afirmaram que este número pode aumentar em caso de necessidade extrema, em virtude do número de pacientes na RPA.

Quando questionados quanto ao fato de considerarem se um único profissional seria suficiente para a assistência de enfermagem na RPA, 27 (79,4%) consideraram insuficiente, enquanto cinco (14,7%) consideraram suficiente e dois (5,8%) não responderam esta questão.

A faixa etária considerada mais difícil para a assistência de enfermagem na RPA foi justamente o paciente pediátrico, segundo 28 funcionários (82,4%), por exigir mais atenção da equipe quando comparados a outras faixas etárias.

Dezoito (52,9%) sujeitos da pesquisa re-

feriram ter afinidade com a assistência ao paciente pediátrico, como com qualquer outra faixa etária (10 ou 29,4%), ou por ter uma relação sentimental com esses pacientes, comparando-os a “um filho” (04 ou 11,7%) ou, ainda, pelo fato do paciente infantil ser dependente e não questionar as ações da enfermagem (02 ou 5,9%)

Os 15 (44,1%) profissionais que disseram não preferir a assistência ao paciente pediátrico justificaram suas opiniões por não terem afinidade com esta faixa etária (07 ou 20,6%), ou porque o cuidado a este grupo de pacientes lhes causa sofrimento psicológico (02 ou 5,9%). Há, ainda, os que justificaram pelo fato de geralmente a RPA estar cheia e o paciente pediátrico requerer muito mais atenção (05 ou 14,7%), o que compromete a assistência aos demais pacientes.

O maior número de procedimentos em crianças, encontrados neste estudo, foi: adenoamigdalectomia (24 ou 70,5%), herniorrafia inguinal (20 ou 58,8%), postectomia (20 ou 58,8%) e herniorrafia umbilical (17 ou 50,0%), segundo levantamento dos próprios funcionários.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, as reações mais comuns da criança ao acordar na RPA são: choro (30 ou 88,2%), agitação (20 ou 58,8%), medo (18 ou 52,9%) e irritabilidade (13 ou 38,2%).

Quando questionados sobre as dificuldades da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico no POI, os profissionais indicaram a agitação e a agressividade da criança (27 profissionais ou 79,4%), a presença de náuseas e/ou vômitos (17 ou 50,0%), o choro constante (15 ou 44,1%), a ausência da mãe ou do responsável como acompanhante (11 ou 32,4%) e a dor (10 ou 29,4%).

A permissão para entrada do pai, da mãe

ou de outro responsável legal pela criança na RPA, via de regra, não é permitida neste setor (28 ou 82,4%), em cumprimento às normas da instituição hospitalar (17 ou 50,0%). Há casos excepcionais (04 ou 11,7%), onde a criança é levada até a entrada do CC para ver os familiares, que se mantêm do lado de fora do setor privativo.

Quando questionados se concordavam com a proibição da entrada dos pais ou do responsável pelo menor na RPA, a maior parte dos funcionários (26 ou 76,5%) concordou com a conduta da instituição, levando em conta as características de assepsia da RPA, enquanto área restrita, e seu espaço físico limitado (10 ou 29,4%) ou, ainda, pelo fato dos acompanhantes interferirem na assistência, uma vez que não conhecem as rotinas do setor (08 ou 23,5%).

Dentre os profissionais que discordaram desta proibição, (04 ou 11,7%) apontaram que a permanência do responsável, especialmente da mãe, é fundamental para o conforto e a segurança da criança, além de ser um direito da criança, amparada por Lei.

Discussão

A assistência de enfermagem na RPA é considerada diferenciada, pois neste local o paciente deve permanecer sob a observação e os cuidados constantes da equipe de enfermagem para prevenção de complicações no POI e, portanto, o número de profissionais de enfermagem deve ser adequado ao de pacientes em assistência.

Neste contexto, a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) preconiza a proporção de um enfermeiro

assistencial para cada oito leitos de pacientes não dependentes de respiradores ou três a quatro pacientes críticos, e para os técnicos de enfermagem, um para cada três pacientes.²

Neste estudo, a assistência de enfermagem na RPA é realizada por apenas um profissional, número considerado inadequado pelos próprios sujeitos da pesquisa, devido à grande demanda de pacientes na unidade. Deve-se considerar, também, a chegada de vários pacientes simultaneamente ou em curtos espaços de tempo, fato que compromete ainda mais a qualidade da assistência.

A presença do enfermeiro na RPA também foi considerada fundamental para garantir uma assistência de enfermagem individualizada e de qualidade, especialmente em situações especiais e de emergência.

O paciente pediátrico foi indicado como a faixa etária mais complicada para prestação da assistência de enfermagem pelos funcionários do bloco operatório, devido à população infantil ser mais sensível. Isto se deve ao seu desenvolvimento imaturo, uma vez que a criança tem recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas e/ou dolorosas e, ainda, à sua incapacidade em lidar com abstrações.^{4,9}

Esta realidade está intimamente relacionada ao processo de hospitalização que, em sua essência, representa um grande impacto na vida de uma criança, ocasionando a separação da mesma do seu contexto familiar e a quebra na rotina de seu cotidiano,¹⁰ além da restrição de atividades, dietas modificadas e procedimentos dolorosos.¹¹

Somada à hospitalização, em se tratando de um procedimento cirúrgico, a criança

está exposta, também, aos efeitos negativos e ao estresse que o processo cirúrgico provoca,¹⁰ como o mal-estar anestésico e as dificuldades pós-operatórias, entre outros, os quais geram sentimentos de medo, angústia intensa relacionada à morte e separação dos pais.⁴

Desta forma, o paciente pediátrico exige muito mais atenção da equipe de enfermagem, pois, pelo fato de a criança não compreender o que está acontecendo e muitas vezes se manter agitada, aumenta-se o risco de quedas ou de se ferir no leito, ou, ainda, causar a saída acidental de acesso venoso periférico, dreno, curativo, entre outros.

As dificuldades na assistência ao paciente pediátrico podem ser amenizadas quando os cuidados são prestados por um profissional que tem afinidade com esta população, mas este fato não condiz com a realidade de uma percentagem expressiva dos sujeitos da pesquisa, que não apreciam prestar cuidados a crianças, o que pode influenciar na qualidade da assistência.

Os procedimentos cirúrgicos pediátricos mais comuns no CC da instituição do estudo coincidem com os mencionados na literatura, que afirma que a adenoidectomia e a amigdalectomia são as cirurgias mais realizadas na especialidade otorrinolaringológica, tendo incidência principal sobre a população pediátrica¹²⁻¹³ e são, também, considerados os que apresentam maior incidência de agitação.¹⁴

No despertar da criança, não existe explicação definitiva para a agitação; são cogitadas causas como: rápido retorno à consciência em ambiente não familiar, presença de dor, estresse na indução, hipoxemia, obstrução da via aérea, ambiente barulhento, duração da anestesia, temperamento da criança, uso de medi-

cação pré-anestésica e técnica anestésica empregada.¹⁴

Como mecanismo de expressão a todas as agressões sofridas, a criança se utiliza do choro para sinalizar dor, medo, tristeza, confusão, entre outros sentimentos, e estas reações trazem dificuldade para a equipe de enfermagem ao tentar compreender o seu real significado.

Portanto, os cuidados dispensados à criança devem ultrapassar a assistência física e o conhecimento científico acerca da sua doença e do seu tratamento, incluindo o atendimento de suas necessidades emocionais.¹⁵

Em relação às dificuldades na assistência ao paciente pediátrico no POI, a agitação psicomotora apresenta-se como problema comum em crianças, sendo agravada devido a algumas peculiaridades, como dificuldade de comunicação do pequeno paciente com a equipe que o assiste, separação dos pais e colocação abrupta em um ambiente frio e impessoal.¹⁶

A agitação que a criança apresenta é caracterizada por confusão mental, desorientação, choro inconsolável e prolongamento do tempo de recuperação na RPA, podendo levar à perda de cateteres intravenosos, desconexão de cabos e instrumentos de monitorização.¹⁴

As náuseas e os vômitos também são sinais e sintomas frequentes na RPA e, quando sentidos por uma criança, requerem especial atenção da equipe de enfermagem, pois, devido ao desconforto e ao choro constantes, há um maior risco de broncoaspiração e consequente complicação do quadro.

Em relação à dor, também apontada como uma das dificuldades da enfermagem em relação ao cuidado do paciente

pediátrico, a sua avaliação está entre os primeiros cuidados prestados no POI, posto que é reconhecida como o quinto sinal vital.¹⁶

A dor aguda na fase pós-operatória se caracteriza como uma das prioridades no cuidado à criança neste momento, por seu poder de interferir diretamente no restabelecimento do pequeno paciente e afetar suas necessidades humanas básicas como sono, repouso, alimentação e interação.⁷

Os profissionais da enfermagem devem se habituar a realizar a avaliação da dor com frequência, na busca de evidências que denunciem a presença de dor e assegurem a efetividade do tratamento realizado.¹⁷ Porém, cabe lembrar que, para a equipe de enfermagem avaliar e quantificar a dor na criança, é importante a compreensão das características de desenvolvimento e comportamento infantil¹⁸ e contar com o auxílio de técnicas já desenvolvidas para auxiliar neste processo.

A ausência da mãe ou do responsável pela criança foi apontada como um fator que dificulta a assistência de enfermagem ao paciente pediátrico. Sabe-se que a inserção da família no hospital realmente modifica a estrutura de organização do processo trabalho, o que requer dos profissionais uma compreensão acerca da dinâmica das relações interpessoais,¹⁹ mas este fato não pode ser considerado isoladamente, para a não permissão da presença de um acompanhante para a criança na RPA.

Com a inserção da família no hospital, o objeto de cuidado da enfermagem é ampliado para o binômio criança-família, desencadeando a necessidade de novos instrumentos de trabalho para dar conta dessas novas características da prática

assistencial, que os profissionais de saúde devem utilizar para que o cuidado à criança não se desvincule da família e das suas necessidades.¹⁹

É fundamental a presença da família no ambiente hospitalar, pois pode ajudar a identificar sinais e sintomas e oferecer apoio à criança, ajudando na recuperação e aproximando-a de seu cotidiano. Para enfrentar a hospitalização, a criança procura proteção na companhia da mãe. A presença da família contribui para o apoio emocional e a recuperação da saúde; o abandono é o grande medo da criança.¹¹

Diante deste contexto, a equipe de enfermagem, assistindo a criança e seus familiares de forma mais humanizada, ou seja, com atenção individualizada, estará minimizando as dificuldades da barreira emocional e, consequentemente, propiciando melhores condições no pós-operatório. E, assim, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender as suas necessidades e os seus direitos como indivíduo.²⁰

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de campo, realizado com 34 profissionais da equipe de enfermagem, que atuam na RPA de um hospital público de São Paulo, verificou que a faixa etária considerada mais difícil para a assistência de enfermagem na recuperação é a pediátrica, sendo as maiores dificuldades relatadas pelos sujeitos da pesquisa: agitação, agressividade e choro constante, como sinalizadores de medo e/ou dor, que elevam a incidência de náuseas e vômitos, os quais exigem cuidado contínuo da enfermagem na prevenção de complicações respiratórias.

Como fator complicador para esta realidade está o fato de ter apenas um profissional de nível médio na RPA por plantão, sob supervisão indireta do enfermeiro, sendo que o cuidado à criança exige mais atenção deste profissional, comprometendo a assistência aos demais pacientes no setor. Soma-se, ainda, o fato de muitos desses profissionais não apreciarem o cuidado ao paciente pediátrico, devido às dificuldades relatadas.

O perfil de comportamento pós-operatório infantil é intensificado pela ausência da mãe ou do responsável pela criança, não permitida sua presença neste setor, devido às normas institucionais, o que está em conformidade com a opinião da maioria dos profissionais envolvidos. Porém, os sujeitos da pesquisa que discordam desta norma institucional, consideram que a permanência do responsável, especialmente da mãe, é fundamental para o conforto e a segurança da criança.

É importante ressaltar a importância da interação entre o profissional de enfermagem e o pequeno paciente, ainda com a sua família, para a prevenção das complicações pós-operatórias e a prestação de uma assistência integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2ª reimpr. Barueri: Manole; 2010.
2. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Práticas recomendadas - SOBECC*. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
4. Castro AS, Ribeiro CA, Silva CV. Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(5):797-805.
5. Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. Brasília: 2009. [citado 2009 nov 26]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>
6. Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):34-42.
7. Persegona KR, Zagonel IPS. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(3):430-6.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: s.d. [citado 2009 nov 26]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>
9. Schmitz SM, Piccoli M, Viera CA. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2003;2(1):67-73.
10. Fávero L, Dyniewicz AM, Spiller APM, Fernandes LA. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. *Cogitare Enferm*. 2007;12(4):519-24.
11. Souza P, Scatolin BE, Ferreira DLM, Croti UA. Relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(4):163-9.
12. Fukuchi I, Morato MMM, Rodrigues REC, Moretti G, Simone Júnior MFS. Perfil psicológico de crianças submetidas a adenoidectomia e/ou amigdalectomia no pré e pós-operatório. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(4):521-5.
13. Guerra MM, Garcia E, Pilan RRM, Rapoport PB, Campanholo CB, Martinielli EO. Avaliação da antibioticoterapia na morbidade pós-adenotonsilectomia: estudo prospectivo randomizado. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(3):337-41.
14. Silva LM, Braz LG, Módolo NSP. Agitação no despertar da anestesia em crianças: aspectos atuais. *J Pediatr*. 2008;84(2):107-13.
15. Schmidt DRC, Orasmo CVN, Gil RF. Humanização da criança operada: integração familiar ao ambiente cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2005;10(3):14-20.
16. Miyake MH, Diccini S, Glashan RQ, Pellizzetti N, Lelis MAS. Complicações pós-anestésicas: subsídios para assistência de enfermagem na sala de recuperação anestésica. *Acta Paul Enferm*. 2002;15(1):33-9.
17. Caetano AMM, Falbo GH, Lima LC. Comparação entre três técnicas regionais de analgesia pós-operatória em crianças com ropivacaína. *Rev Bras Anesthesiol*. 2006;56(6):561-70.
18. Lemos S, Miguel EA. Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na unidade de

terapia intensiva pediátrica. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(1):82-7.

19. Pimenta EAG, Collet N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):622-9.

20. Silva DC, Meirelles NF. Humanização da assistência à criança em centro cirúrgico oncológico. Rev SOBECC. 2009;14(1):30-41.

AUTORAS

Dayana Ramos de Almeida

Enfermeira, Graduada pela Universidade de Santo Amaro (UNISA).

Dulcilene Pereira Jardim

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela SOBECC, Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Professora Adjunta da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

**CUIDADOS
COM O PLANETA**



**RESPONSABILIDADE
SOCIAL**



**QUALIDADE
DE VIDA**



Sustentabilidade



Papel Crepado - 2ª e 3ª Geração - Sterisheet

A decisão é sua !

Utilize Papel Crepado como sua embalagem



**WOLF
COMERCIAL**

PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO

www.wolfcomercial.com.br



ARJOWIGGINS
your **ideas** take shape