



Intervenções de enfermagem para o manejo da dor aguda na sala de recuperação pós-anestésica: revisão de escopo

Nursing interventions for acute pain management in the post-anesthesia care unit: scoping review

Giulia Moreira Dias¹ , Elizabete Cristina de Lira Santiago² , Mani Indiana Funez²

¹ Universidade de Brasília,
Faculdade de Ciências e
Tecnologias em Saúde,
Brasília, DF, Brasil.

² Universidade de Brasília,
Programa de Pós-graduação
em Ciências e Tecnologias em
Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Correspondência para:
Mani Indiana Funez
mani@unb.br

Apresentado em:
20 de fevereiro de 2025.
Aceito para publicação em:
24 de julho de 2025.

Conflito de interesses:
não há

Fontes de fomento:
CAPES, PROIC/UnB.

Disponibilidade de dados:
**Os dados que apoiam as
descobertas deste estudo
estão disponíveis com o autor
correspondente mediante
solicitação razoável.**

Editor associado responsável:
Maria Belém Salazar Posso

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O manejo da dor pela equipe de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) demanda resolutividade, visando concluir a recuperação dos pacientes. O objetivo do presente estudo foi mapear as intervenções de enfermagem para o manejo da dor aguda na SRPA.

CONTEÚDO: Trata-se de revisão de escopo, conforme a metodologia do *Joana Briggs Institute*, registrada no *Open Science Framework* (10.17605/OSF.IO/56TS7). A busca foi conduzida via Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, *Science Direct*, *Cochrane*, CINAHL e literatura cinzenta e atualizada em 26 de março de 2025, além da busca exploratória. Foram incluídos na amostra 14 artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade. As intervenções de enfermagem encontradas foram: a) farmacológicas - supervisão da infusão de opioides por meio da analgesia controlada pelo paciente ou analgesia peridural controlada pelo paciente; opioides por meio da analgesia controlada pela enfermagem; opioide por via venosa, oral ou intramuscular; analgésico por via oral; anti-inflamatório não esteroide por via venosa; e b) não farmacológicas - destacando-se aromaterapia, musicoterapia e Reik, reflexologia podal, toque terapêutico, imaginação guiada e medidas de conforto. Além disso, foi discutido o uso de escalas padronizadas para avaliação da dor como: escala visual analógica, escalas numéricas de dor e escala de classificação verbal. Identificou-se como principal limitação a ausência de estudos recentes.

CONCLUSÃO: Foram mapeadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, utilizadas em combinação, associadas à recomendação de avaliação sistematizada da dor, evidenciando a autonomia e importância da atuação da enfermagem no tratamento da dor aguda na SRPA.

DESCRIPTORES: Analgesia, Cuidados de enfermagem, Dor aguda, Enfermagem em pós-anestésico.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain management by the nursing team in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) demands resoluteness in order to complete patient recovery. The aim of this study was to map nursing interventions for acute pain management in the PACU.

CONTENTS: This is a scoping review, according to the Joan Briggs Institute methodology, registered in the Open Science Framework (10.17605/OSF.IO/56TS7). The search was conducted via Pubmed, *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS - Virtual Health Library), Science Direct, Cochrane, CINAHL and the gray literature and updated on March 26, 2025, in addition to the exploratory search. Fourteen articles that met the eligibility criteria were included in the sample. The nursing interventions found were a) pharmacological - supervision of opioid infusion through patient-controlled analgesia or patient-controlled epidural analgesia; opioids through nurse-controlled analgesia; intravenous, oral or intramuscular opioid; oral analgesic; intravenous non-steroidal anti-inflammatory drug; and b) non-pharmacological - specially aromatherapy and music therapy, but also reiki, foot reflexology, therapeutic touch, guided imagination and comfort measures. In addition, the use of standardized pain assessment scales such as the Visual Analogue Scale, numerical pain scales and the verbal rating scale was discussed. The main limitation identified was the lack of recent studies.

CONCLUSION: Pharmacological and non-pharmacological interventions were mapped, used in combination, associated with the recommendation for a systematized pain assessment, thus demonstrating the autonomy and importance of nursing action in the treatment of acute pain in the PACU.

KEYWORDS: Acute pain, Analgesia, Nursing care, Post-anesthesia nursing.

DESTAQUES

- Encontrou-se a recomendação de avaliação sistemática da dor por meio de instrumentos padronizados
- Como medida farmacológica para o controle da dor, destaca-se a supervisão do uso de opioides por meio de analgesia controlada pelo paciente e analgesia controlada pela enfermagem
- A aromaterapia destaca-se como medida não farmacológica

INTRODUÇÃO

A recuperação anestésica ocorre dentro do período pós-operatório imediato em uma área do centro cirúrgico denominada Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), a qual tem como objetivo proporcionar condições para a recuperação de consciência e estabilidade de sinais vitais de pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos^{1,2}. Desse modo, a SRPA é o primeiro local que o paciente entrará em contato após a intervenção cirúrgica e sua transferência da sala operatória, onde suas queixas, desconfortos e complicações devem ser sanadas para assim ser encaminhado para a unidade de destino a fim de concluir sua recuperação^{2,3}.

A dor é uma das principais complicações encontradas na SRPA³⁻⁶ e é causada primariamente pelo estímulo provocado pela lesão cirúrgica. O descontrole do quadro algico pode gerar alterações cardiovasculares e atelectasia⁷, impactando tanto em parâmetros para alta da SRPA, como no Índice de Aldrete e Kroulik^{8,9}, quanto em desfechos pós-operatórios, por exemplo, a pneumonia. Além disso, contribui significativamente para atrasos no fluxo de atendimentos, insatisfação dos pacientes e hospitalização prolongada¹⁰⁻¹².

Apesar de avanços, o manejo da dor aguda no pós-operatório imediato tem sido demonstrado como um dos principais cuidados omitidos na SRPA¹⁰, permanecendo uma demanda assistencial a ser aperfeiçoada. Neste sentido, tem sido apontada a necessidade de mais estudos visando seu aprimoramento¹³. Os cuidados de enfermagem para o paciente que apresenta dor na SRPA incluem sua avaliação, intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas e monitoramento do quadro algico visando seu controle. A atuação da equipe deve ser resolutiva de modo a evitar impacto negativo no quadro clínico do paciente⁹. Desta forma, estudos acerca da temática podem contribuir para o incremento e atualização de evidências científicas que possam embasar protocolos assistenciais para o manejo da dor em SRPA.

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de escopo para mapear as intervenções de enfermagem para o manejo da dor aguda na SRPA.

CONTEÚDO

A presente revisão de escopo foi desenvolvida conforme a extensão PRISMA para revisões de escopo do *Joana Briggs Institute (The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis extension for JBI Scoping Reviews)*¹⁴. O mnemônico PCC orientou a estratégia de busca, no qual atribuiu-se “P” à população (adultos em pós-operatório imediato); “C” ao conceito (intervenções de enfermagem para o manejo da dor); e “C” ao contexto (sala de recuperação pós-anestésica). Com base no PCC formulou-se a pergunta de pesquisa “Quais são as evidências ou recomendações para intervenções de enfermagem no tratamento da dor aguda em sala de recuperação pós-anestésica?”. O estudo encontra-se registrado na plataforma *Open Science Framework* (DOI 10.17605/OSF.IO/56TS7).

Incluiu-se estudos com adultos, que abordavam intervenções de enfermagem na SRPA para tratamento da dor aguda. Foram excluídos todos os estudos que não respondessem à pergunta,

realizados com pessoas acima de 65 anos, e aqueles estudos não disponíveis para leitura na íntegra.

Todas as buscas foram realizadas no dia 09 de setembro de 2024 nos bancos de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline - via Pubmed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Science Direct* e *Cochrane*. As buscas foram atualizadas no dia 26 de março de 2025 e, além dos bancos de dados pesquisados anteriormente, foi incluído o *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), estendendo-se também para busca exploratória nas referências dos artigos selecionados. A literatura cinzenta foi recuperada via *Google Scholar*, também em sítios buscando material ligado a associações científicas, órgãos governamentais e instituições prestadoras de serviços de saúde. Adicionalmente, foram considerados livros e manuais da área de enfermagem perioperatória.

A partir da pergunta da pesquisa foram elencados os seguintes descritores de acordo com o *Decs/Mesh*: “adult”, “nursing”, “pain” e “perioperative period” (Tabela 1), sendo pesquisados em títulos, resumos e palavras-chave. Procedeu-se uma combinação dos descritores que resultou nas estratégias de busca demonstradas na Tabela 2, conforme características das bases de dados utilizadas. Nenhuma limitação de data de publicação foi aplicada, foram considerados documentos em língua portuguesa e inglesa.

Após a recuperação dos documentos nos bancos de dados realizou-se o *download* dos títulos e resumos das referências para posterior *upload* no gerenciador de referências *Endnote* com o objetivo de remover duplicatas. O arquivo proveniente do *EndNote* foi transferido para o *Rayyan*. A primeira etapa da seleção de fontes de evidência ocorreu por meio da leitura de títulos e resumos e aplicação dos critérios de elegibilidade por dois revisores de forma independente e cega. Após quebra do cegamento, um terceiro revisor (M.I.F.) atuou sobre as decisões conflituosas, elencando assim os artigos elegíveis para leitura na íntegra. Na segunda etapa da seleção foi realizada a busca dos documentos na sua íntegra e aqueles disponíveis foram analisados considerando os critérios de elegibilidade. Para extração dos dados utilizou-se instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras de acordo com o objetivo e pergunta da pesquisa, e as ferramentas *Microsoft Teams* e *Excel*. Os dados extraídos incluíram: identificação, objetivo, aspectos metodológicos, resultados e considerações finais. A análise e síntese das evidências foi realizada buscando evidências para responder à pergunta da pesquisa de maneira descritiva e por meio de tabela.

RESULTADOS

A busca nos bancos de dados resultou em 1823 artigos, dos quais 203 eram duplicatas. Após a leitura de títulos e resumos e aplicação dos critérios de elegibilidade, 91 documentos foram elegíveis para leitura na íntegra, somados aos 25 artigos resultantes da busca exploratória. Destes, 14 estudos foram selecionados para compor a amostra. A Figura 1 representa o diagrama de fluxo da busca e seleção.

A Tabela 3 apresenta a síntese dos estudos incluídos na amostra da presente revisão. Os artigos foram publicados entre 1997 e 2025. Dos 14 estudos, seis (43%) foram desenvolvidos nos Estados Unidos^{12,17-20,23}, e os demais, no Brasil^{6,27} (dois, 14%), Canadá¹⁶ (um

Tabela 1. Termos utilizados de acordo com a pergunta da pesquisa.

	Perguntas	Termos
População	Adultos em pós-operatório imediato	Adult
Conceito	Intervenções de enfermagem para o manejo da dor aguda	Nursing, pain
Contexto	Sala de recuperação pós-anestésica	Perioperative period

Tabela 2. Estratégia de busca de acordo com as bases de dados.

Bancos de dados	Mapeamento dos termos
Medline via Pubmed	((adult OR adults) AND (nursing OR nursing care)) AND (pain OR pain management)) AND (perioperative period OR postoperative period OR operative time OR intraoperative time)
BVS	((adulto) OR (adults)) AND ((enfermagem)) AND ((dor)) AND ((período perioperatório) OR (período pós-operatório) OR (período pré-operatório) OR (período intraoperatório))
Science Direct	(nursing) AND (pain) AND (perioperative period OR postoperative period OR operative time OR intraoperative time)
Cochrane	Nursing AND pain AND “perioperative period” OR “postoperative period” OR “operative time” OR “intraoperative time” AND adult OR adults
CINAHL	nursing AND pain AND “post operative care unit” OR PACU AND adult

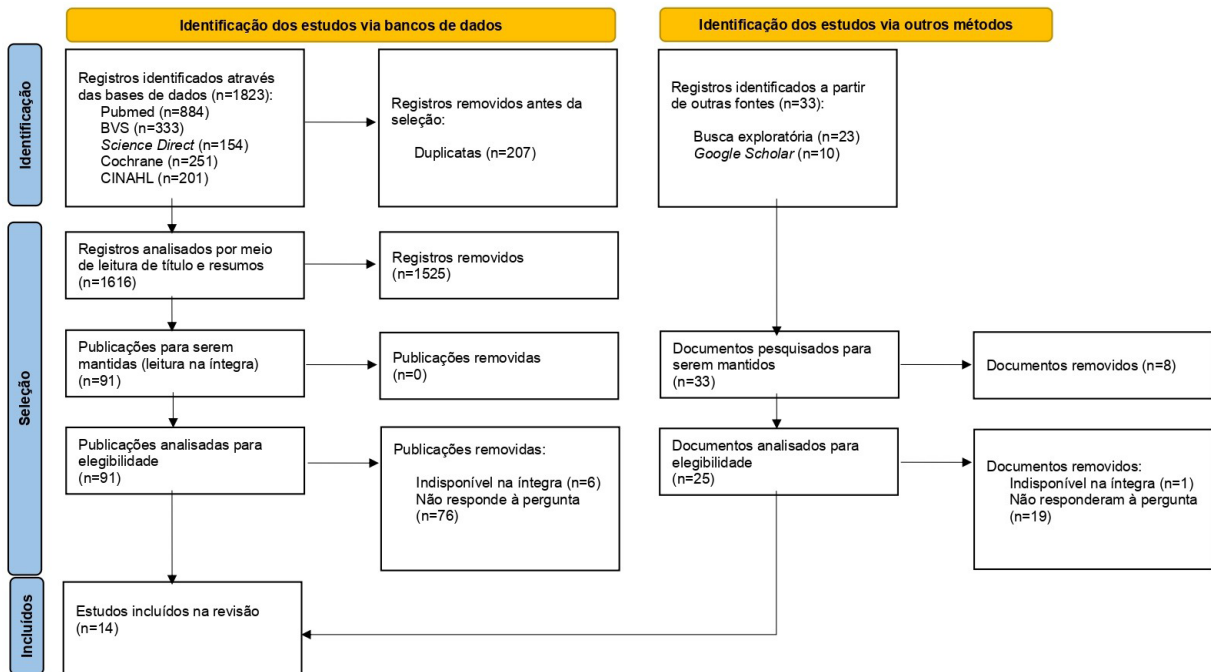


Figura 1. Fluxograma adaptado do PRISMA-ScR¹⁵.

estudo, 7%), França²¹ (um estudo, 7%), Suécia²² (um estudo, 7%), Singapura²⁵ (um estudo, 7%), Tailândia²⁴ (um estudo, 7%) e Turquia²⁶ (um estudo, 7%). Tratam-se de estudos: prospectivos (n=3), estudo de caso (n=1), estudo observacional (n=1), ensaio clínico (n=1), piloto experimental (n=1), estudo experimental (n=2), quase-experimental (n=1), revisão narrativa (n=1), revisão sistemática (n=1), qualitativo (n=2), conforme descrito pelos autores.

A amostra dos estudos variou entre 1 e 261 participantes, abrangendo adultos entre 18 e 65 anos. As intervenções cirúrgicas relatadas nos estudos foram: cirurgia ginecológica laparoscópica^{20,22}, histerectomia abdominal^{16,18}, hepatectomia²⁶, cirurgias artroscópicas¹⁹, microdissectomia lombar¹², cirurgia geral²⁵, cirurgia ortopédica^{6,17,25},

cirurgias abdominais^{6,17}, descompressão torácica¹⁷, simpatectomia cervical¹⁷, amigdalectomia²¹ e cirurgia urológica⁶.

O manejo da dor pela equipe de enfermagem na SRPA envolveu unanimemente a administração de fármacos por meio de diferentes vias de administração e modalidades de analgesia, com intuito de controle algíco. As classes de fármacos administrados foram: analgésicos^{19,20,23}, anti-inflamatórios^{18-20,23}, anestésicos²⁶ e opioides^{12,16-19,21-26}. As intervenções também incluíram a utilização de instrumentos padronizados para avaliação e reavaliação da dor, de modo a promover a intervenção adequada. Além disso, alguns estudos incluíram abordagens não farmacológicas, como musicoterapia^{12,18,20,22}, reiki¹⁹, reflexologia podal¹⁹, toque terapêutico¹⁹, imaginação guiada²⁰, medidas de conforto²⁷ e aromaterapia⁶.

Tabela 3. Síntese dos estudos incluídos nesta revisão de escopo sobre as intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica para manejo da dor aguda em adultos.

Autores/Local	Tipo de estudo* e amostra	Objetivo	Intervenção cirúrgica	Intervenção na SRPA para manejo da dor	Desfechos de interesse
Heiser et al. ¹² EUA	Estudo experimental, controlado, prospectivo n= 34 23 a 59 anos	Investigar os efeitos de uma intervenção não farmacológica e não invasiva (música) em combinação com um agente farmacológico (morfina EV) nos níveis de dor, ansiedade, satisfação e parâmetros fisiológicos de pacientes no período pós-operatório.	Microdissectomia lombar.	Uma hora de música ininterrupta, no estilo musical escolhido previamente pelo paciente ou sem musicoterapia + ACP endovenosa (morfina). Avaliação da dor após 1 hora na SRPA usando a EVA*.	Não houve diferença significativa entre os dois grupos para os níveis de dor e consumo de analgésicos.
Choiniere et al. ¹⁶ Canadá	Estudo prospectivo n=126 37 a 49 anos	Avaliar eficácia, benefícios clínicos e econômicos ao comparar a ACP com administração regular de opioides IM após histerectomia.	Histerectomia abdominal.	Morfina EV (3mg) até alívio ou atingir dose máxima de 15 mg + morfina em ACP ou morfina IM. Avaliação da dor a cada 10 minutos até o alívio e após, com horário fixo utilizando EAV*.	Os níveis de dor foram baixos e similares entre os grupos, porém os pacientes do grupo IM receberam mais morfina do que os pacientes do grupo ACP.
Puntillo e Weitz ¹⁷ EUA	Estudo observacional n=39 48 a 53 anos	Estudar a relação entre o relato de dor dos pacientes da SRPA e a quantidade de opioides administrada, bem como o efeito geral dos analgésicos dos pacientes.	Cirurgia abdominal, ortopédica, descompressão torácica e simpatectomia cervical.	Opioide EV (morfina, fentanil, combinação de morfina, fentanil e meperidina). Avaliação da dor a cada 5 minutos durante 90 minutos ou até a alta utilizando END*.	O decréscimo do nível de dor não ultrapassou a dor moderada, sugerindo que a intervenção não foi eficaz, podendo estar relacionado às doses dos fármacos.
Taylor et al. ¹⁸ EUA	Estudo quase-experimental n=61 24 a 62 anos	Examinar o efeito do uso da música na percepção da dor do paciente na SRPA.	Histerectomia abdominal.	Música relaxante escolhida previamente pelo paciente ou somente o uso de fone de ouvido silencioso + cuidados de enfermagem e administração de opioides EV e IM (morfina, meperidina e fentanil) e AINES EV (cetorolaco). Avaliação da dor a cada 15 minutos na SRPA usando ECV*; Avaliação da dor usando EGNID* antes da alta da SRPA.	Não houve diferença significativa entre os dois grupos para os níveis de dor.

*ACP – Analgesia controlada pelo paciente.; AECP – Analgesia peridural controlada pelo paciente; AINES – Anti-inflamatórios não esteroidais; END – Escala Numérica de Dor; EVA – Escala Visual Analógica; ECV – Escala de Classificação Verbal; EGNID – Escala Gráfica Numérica de Intensidade da Dor; SRPA – Sala de Recuperação pós-anestésica; EV – via endovenosa; IM – via intramuscular. Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3. Continuação...

Autores/Local	Tipo de estudo* e amostra	Objetivo	Intervenção cirúrgica	Intervenção na SRPA para manejo da dor	Desfechos de interesse
Scales ¹⁹	Estudo de caso			Opioide oral (hidrocodona) + analgésico oral (paracetamol) + AINES EV (trometamina).	
	n=1		Reparo artroscópico do ligamento cruzado anterior, meniscectomia partio-lateral artroscópica e reparação aberta do ligamento colateral do joelho esquerdo.	Opioide oral (oxicodona) + analgésico oral (paracetamol).	
EUA	37 anos	Mostrar a efetividade de diferentes técnicas de cura holística no perianestésico para redução da dor e do estresse.		Reiki + reflexologia podal + toque terapêutico.	O uso de técnicas holísticas melhorou o controle da dor quando associadas aos fármacos.
				Avaliação da dor pela END*.	
Laurion e Fetzer ²⁰	Estudo piloto experimental			Imaginação guiada por áudio	
	n=84	Determinar o efeito da imaginação guiada e musicoterapia na dor, náusea e vômito e no tempo de permanência na SRPA de pacientes submetidas a cirurgia ginecológica laparoscópica.	Cauterização/ bandagem tubária laparoscópica bilateral e laparoscopias diagnósticas/ operatórias com ou sem histeroscopia.	Ou Música	
EUA				Ou Cuidado convencional. + Paracetamol e ibuprofeno (via de administração não especificada).	Os grupos que receberam imaginação guiada ou música apresentaram menores níveis de dor (p=0,002).
	20 a 55 anos			Avaliação da dor pela END*	
Elstraete et al. ²¹	Estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo	Avaliar o efeito de baixas doses contínuas de ketamina EV, suplementando anestesia à base de remifentanil e iniciadas imediatamente após a indução anestésica, no consumo de morfina pós-operatória e nas pontuações de dor.		Morfina 3mg EV a cada 5 minutos até que EVA* <30mm ao engolir.	
	n=40		Amigdalectomia por eletrodissecção.	Avaliação de dor em repouso e ao engolir pela EAV* aos tempos de 15, 30, 45, 60 e 90 minutos.	
França	22 a 49 anos				O acréscimo de cetamina na anestesia não diminuiu os níveis de dor no pós-operatório.

*ACP – Analgesia controlada pelo paciente.; AECP – Analgesia peridural controlada pelo paciente; AINES – Anti-inflamatórios não esteroidais; END – Escala Numérica de Dor; EVA – Escala Visual Analógica; ECV – Escala de Classificação Verbal; EGNID – Escala Gráfica Numérica de Intensidade da Dor; SRPA – Sala de Recuperação pós-anestésica; EV – via endovenosa; IM – via intramuscular. Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3. Continuação...

Autores/Local	Tipo de estudo* e amostra	Objetivo	Intervenção cirúrgica	Intervenção na SRPA para manejo da dor	Desfechos de interesse
Ikonomidou et al. ²² Suécia	Estudo experimental, controlado, prospectivo n=60 25 a 45 anos	Testar a hipótese de que ouvir música relaxante no pré e pós-operatório poderia afetar a experiência de dor, náusea ou bem-estar e que isso pode ter um efeito nos sinais vitais de mulheres passando por cirurgia ginecológica laparoscópica.	Esterilização por laparoscopia ou tingimento tubário por laparoscopia como parte de um programa de infertilidade.	Uso de fones de ouvido sem música Ou Música pacífica de Flauta Pan após 15 minutos da admissão na SRPA. + Opioide EV (cetobemidona 2.5mg) se dor > 3 ou a critério da enfermagem. Avaliação da dor pela EAV*.	Não houve diferença nos níveis de dor quando comparados os grupos. Porém, o consumo de opioides foi menor no grupo que recebeu música (p=0,04).
Pasero e McCaffery ²³ EUA	Revisão narrativa	Promover uma visão geral dos métodos primários usados para manejar a dor ortopédica e descrever o papel das enfermeiras perianestésicas na administração deles.	Cirurgias ortopédicas.	Analgesia multimodal, AINEs (oral, retal ou IV), paracetamol (oral ou retal), opioides EV, ACP (EV, oral e transdérmica).	Há inúmeras maneiras de tratar a dor pós-operatória ortopédica e nenhum consenso de qual é melhor, porém há consenso de que a abordagem multimodal é mais efetiva.
Charuluxananan et al. ²⁴ Tailândia	Estudo qualitativo retrospectivo n=261 28 a 58 anos	Buscaram estudar o status de manejo da dor pós-anestésica para determinar fatores de aumento da qualidade dos serviços anestésicos na Tailândia.	Não relatado.	Opioide EV e IM (morfina, meperidina, fentanil e tramadol). Protocolo de avaliação da dor ou nenhuma avaliação.	O estudo revelou inadequação do manejo da dor na SRPA na Tailândia.
Tan et al. ²⁵ Singapura	Ensaio clínico randomizado n=120 32 a 60 anos	Determinar a eficácia de um protocolo de analgesia controlada pela enfermagem em reduzir o tempo para atingir um escore satisfatório de dor pós-operatória.	Cirurgia geral e ortopédica.	Protocolo de analgesia administrada por médicos (grupo controle) Ou Protocolo de analgesia controlada pela enfermagem (morfina EV em bolus 1-2mg) (grupo intervenção). Avaliação da dor pela END*	O protocolo de analgesia controlada pela enfermagem foi eficaz em reduzir a dor em menor tempo (p=0,037).
Aydogan et al. ²⁶ Turquia	Estudo prospectivo, randomizado duplo-cego n= 42 18 a 38 anos	Examinar a diferença na intensidade da dor aguda pós-operatória, consumo de morfina, e efeitos adversos entre pacientes que receberam ACP EV e AACP para o controle da dor de doadores de fígado.	Hepatectomia direita para doação de fígado.	Infusão de morfina pelo dispositivo de ACP e infusão de anestesia epidural + morfina pelo dispositivo de AACP. Avaliação de dor pela EAV*.	O uso da AACP demonstrou maior diminuição da intensidade da dor aguda pós-operatória e do consumo de morfina, do que o uso do dispositivo de ACP EV (p>0.05).

*ACP – Analgesia controlada pelo paciente.; AACP – Analgesia peridural controlada pelo paciente; AINEs – Anti-inflamatórios não esteroidais; END – Escala Numérica de Dor; EVA – Escala Visual Analógica; ECV – Escala de Classificação Verbal; EGNID – Escala Gráfica Numérica de Intensidade da Dor; SRPA – Sala de Recuperação pós-anestésica; EV – via endovenosa; IM – via intramuscular. Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3. Continuação...

Autores/Local	Tipo de estudo* e amostra	Objetivo	Intervenção cirúrgica	Intervenção na SRPA para manejo da dor	Desfechos de interesse
Costalino ²⁷	Pesquisa qualitativa	Pretende-se averiguar a percepção do profissional de enfermagem mediante a dor do paciente no pós-operatório e as formas de conduta implementadas por eles no atendimento à queixa do paciente.	Não se aplica.	Condutas ligadas ao conforto (aquecimento, mudança de decúbito, manejo da distensão vesical) + Medidas por consulta ao médico (medicações).	Para que a assistência ao paciente na SRPA seja eficaz, deve haver participação de todos os membros da equipe de forma articulada e em todo o processo.
Brasil	n=8 profissionais			Avaliação da dor por comunicação verbal, sem uso de instrumento.	
Biachi et al. ⁶	Revisão sistemática da literatura	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o efeito da aromaterapia para o manejo da dor pós-operatória na SRPA.	Cirurgias abdominais, cirurgia para fratura de membros inferiores e cirurgia urológica.	Aromaterapia com óleos essenciais: lavanda, limão, laranja doce, sálvia-esclareia e rosa damascena	A aromaterapia foi efetiva para o alívio da dor.
Brasil	n=6 estudos			+ cuidado usual	
				Ou	
				Placebo + cuidado usual.	
	18 a 65 anos			Avaliação da dor usando EVA* ou END*.	

*ACP – Analgesia controlada pelo paciente.; AECP – Analgesia peridural controlada pelo paciente; AINEs – Anti-inflamatórios não esteroidais; END – Escala Numérica de Dor; EVA – Escala Visual Analógica; ECV – Escala de Classificação Verbal; EGNID – Escala Gráfica Numérica de Intensidade da Dor; SRPA – Sala de Recuperação pós-anestésica; EV – via endovenosa; IM – via intramuscular. Fonte: Elaborado pelo autor.

DISCUSSÃO

Todos os estudos incluídos buscaram explorar o manejo da dor pós-operatória a partir de intervenções, utilizando estratégias para comprovar a efetividade ou não da intervenção aplicada. Como mencionado, as intervenções dividiram-se em farmacológicas: infusão de opioides na analgesia controlada pelo paciente (ACP)^{12,16,23,26}, analgesia peridural controlada pelo paciente (AEPC)²⁶ e analgesia controlada pela enfermagem²⁵, opioide por via venosa^{16-18,21-25}, oral¹⁹ ou intramuscular^{16,18,24}, analgésico por via oral¹⁹, anti-inflamatórios não esteroides por via venosa^{18,19}, e intervenções não farmacológicas^{6,12,18-20,22,27}.

As cirurgias realizadas na amostra estudada foram nas áreas da ginecologia, ortopedia, hepatologia, otorrinolaringologia, urologia, neurocirurgia, torácica e cirurgia geral. O manejo da dor nessas especialidades mostra-se distinto. Estudiosos²⁸ guiaram um estudo postal prospectivo que buscou examinar o perfil de dor de três tipos de cirurgia quanto à intensidade e duração. A partir deste estudo, os autores destacaram que cada cirurgia possui um padrão único de experiência dolorosa, influenciado pela extensão do trauma, gravidade do procedimento e doenças pré-existentes²⁹, o que deve ser considerado pela equipe de enfermagem durante todo o perioperatório, porém com especial atenção ao pós-operatório, de modo a intervir a partir do nível de dor esperado para o paciente.

É importante contextualizar que há diferenças quanto às atribuições da enfermagem na SRPA a depender do país. Em alguns países, por exemplo, nos Estados Unidos, enfermeiros habilitados podem realizar anestesia e prescrição de analgésicos. Já no Brasil, a enfermagem atua a partir da prescrição médica elaborada pelo profissional anestesiológista²⁷, o qual pode tomar decisões como administrar ou não um analgésico prescrito para o caso de dor, dependendo do nível de dor e da política do estabelecimento de assistência à saúde para tal administração.

Assim, ao analisar os dados do presente estudo, é importante reiterar que em algumas situações (ou países) a decisão cabe à enfermagem em diferentes níveis: seja quanto a procedimentos e prescrição, seja na administração. Em estudo realizado no Brasil²⁷ retrata o olhar de profissionais da enfermagem que se mostram insatisfeitos com sua própria conduta na SRPA, atribuindo essa percepção à falta de formação adequada, sobrecarga atribuída ao dimensionamento da equipe e indisponibilidade do profissional anestesiológista, evidenciando a distância entre a teoria e a prática da enfermagem na SRPA.

Nesse sentido, autores de referência¹⁰, em estudo realizado na Grécia, demonstraram que os cuidados com o manejo da dor estão entre aqueles mais frequentemente omitidos em SRPA pela equipe de enfermagem. Além disso, buscaram entender os

motivos para os achados, e encontraram relação com alto fluxo de pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, que necessitam de mais cuidados, dimensionamento inadequado de profissionais, alterações inesperadas no nível de cuidados exigidos pelos pacientes e alto fluxo de pacientes na admissão e alta da unidade. Portanto, tais aspectos parecem influenciar diretamente o manejo da dor na SRPA e precisam ser considerados.

Também é importante levar em conta que há diferenças quanto a protocolos institucionais. Independentemente de aspectos legais quanto às atribuições da equipe multidisciplinar, a escolha do fármaco a ser administrado deve partir primeiramente da avaliação da dor do paciente^{27,30}. Para os estudos da amostra, essa avaliação deve ser realizada a partir do uso de instrumentos padronizados, dentre eles, a Escala Analógica Visual^{6,12,16,21,22,26}, e escalas numéricas^{6,18-20,25}, que permitem avaliar a intensidade da dor, mas também é essencial explorar a qualidade e localização da dor³¹. Em contraponto, um estudo²⁷ mostra que a equipe de enfermagem não faz uso de instrumentos validados para avaliação da dor, o que permanece um desafio a ser sobreposto.

As intervenções farmacológicas desempenhadas pela equipe de enfermagem ao longo dos estudos tiveram predominância do uso de opioides. Com ênfase nesse aspecto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que dores moderadas a intensas sejam tratadas com fármacos opioides³². Em consonância com a recomendação da OMS e o nível de dor esperado na SRPA, conforme procedimento realizado, justifica-se a predominância dessa classe farmacológica nos protocolos aplicados pela enfermagem encontrados neste estudo.

Outra importante questão quanto à intervenção farmacológica é a via de administração. O uso da via venosa foi predominante, conhecida por proporcionar efeito imediato, trata-se de uma via efetiva no manejo da dor aguda pós-operatória. No estudo¹⁹, a via oral esteve presente em combinação com a via venosa, e corroborada por outros autores²³, destacando a via oral, que demanda um nível de consciência permitindo a deglutição segura do paciente, o que pode limitar seu uso em alguns casos.

A infusão pela bomba de ACP foi relatada em quatro estudos^{12,16,23,26}, demonstrando eficácia para o controle da dor. Em contraponto, um deles¹⁶ reportou que os pacientes preferiram tolerar parte do quadro algíco, não atingindo completo alívio, a fim de evitar efeitos adversos dos fármacos. Esses dados precisam ser analisados com cautela, tanto pela questão de data de publicação quanto pela importância em se considerar medidas de cuidado relativas à educação do paciente, podendo influenciar a tomada de decisão que são atribuições cabíveis à equipe de enfermagem³³.

A bomba de AEPC demonstrou eficácia no controle da dor moderada de pacientes submetidos a hepatectomia, porém, os autores²⁶ inferem que há falta de domínio da enfermagem sobre o dispositivo para promover um controle ideal da dor. No entanto, a análise destes dados também exige cautela, tendo em vista as diferentes realidades de serviços e países. Os cuidados referentes às bombas de ACP e AEPC são atribuições comuns à equipe de enfermagem, as quais abrangem a educação e orientação do paciente e cuidador acerca do funcionamento, forma de utilização e mecanismo de controle algíco, além da monitorização e documentação da dor³⁴. Ainda esses autores³⁴ destacaram que a segurança e eficácia do uso desses mecanismos sofreram influência

direta não somente da equipe de enfermagem, mas também do próprio dispositivo e especialmente do paciente. Também foi demonstrado no estudo³⁴ que a educação em saúde sobre ACP deve abranger o treinamento dos pacientes e cuidadores acerca do uso, da identificação de efeitos adversos e possíveis consequências do mau uso.

Nessa linha, a analgesia controlada pela enfermagem foi desempenhada a partir de um protocolo bem estabelecido²⁵, que promoveu analgesia mais precoce, agindo de modo a prevenir efeitos fisiológicos negativos e estresse provocados pelo quadro algíco, além de maior autonomia para enfermagem na SRPA. Os autores²⁵ destacaram, ainda, que a analgesia controlada pela enfermagem se trata de uma prática difundida mundialmente, e a enfermagem é capacitada para tal.

Dentre as práticas não farmacológicas, a musicoterapia foi utilizada em três artigos da amostra, introduzida no período pré^{20,22} ou intraoperatório¹² e posterior aplicação na SRPA buscando redução do nível de dor pós-operatória. Autores²⁰ demonstraram diminuição dos níveis de dor na alta da SRPA para o grupo intervenção comparado ao grupo controle. Já outros autores^{12,22} não obtiveram efeitos significativos. Revisando alguns estudos acerca desse tema, demonstrou-se que a música introduzida a partir da admissão do paciente na SRPA não foi eficaz para redução da dor pós-operatória³⁵. Mesmo partindo do pressuposto de que a preferência de gêneros musicais escolhidos pelos pacientes desempenha papel importante frente aos seus sentimentos em um momento vulnerável¹², fomentando um sentimento de pertencimento²⁰, não se encontrou efeito significativo. Apesar da musicoterapia não demonstrar eficácia na diminuição do quadro algíco, foi eficaz ao promover relaxamento e distração, o que colabora diretamente com o controle da dor³⁶, visto que a dor é composta por diferentes domínios além do físico^{20,37}.

As práticas integrativas de Reiki, toque terapêutico e reflexologia podal foram exploradas¹⁹ e demonstraram eficácia frente a um quadro algíco e de estresse, ao serem associadas com terapia farmacológica composta por opioides, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides. A prática integrativa de imaginação guiada por áudio foi usada em 2003²⁰, e resultou em menor nível de dor no grupo ao qual foi aplicada em conjunto com analgésico e anti-inflamatório. A aromaterapia, apresentada pela revisão sistemática⁶ que compõe a amostra do presente estudo dispõe do uso de diferentes óleos essenciais que demonstram efetividade para o alívio da dor em contraponto ao tratamento com placebo e cuidado usual.

Esses achados reforçam a multidimensionalidade da dor³⁷, também influenciada pelo medo, estresse e ansiedade presentes no perioperatório³⁸, e os benefícios ao associar práticas não farmacológicas que atuam nessas diversas dimensões com fármacos que promovem alívio algíco com maior foco na dimensão sensorial. Assim, estratégias não farmacológicas podem ser exploradas, visando complementar o manejo da dor na SRPA, impactando em sua intensidade, promovendo conforto e bem-estar, diminuindo necessidade de opioides, dentre outros. Apesar de não ter sido objetivo do presente estudo, analisando os estudos da amostra e considerando o rigor metodológico, destacam-se a aromaterapia e a musicoterapia (apesar de não ter sido unanimidade seu efeito positivo nos estudos) como práticas

promissoras. Assim, recomenda-se que novos estudos sobre práticas não farmacológicas sejam conduzidos, com maior rigor metodológico visando aumentar a robustez dos dados gerados.

O manejo da dor pós-operatória na SRPA demanda eficiência e pode impactar parâmetros fisiológicos e conforto de maneira imediata, mas também desfechos pós-operatórios mediatos e tardios. Um estudo exploratório descritivo³⁹ demonstrou que menor escore de dor na alta da SRPA é associado a períodos mais longos até a necessidade da administração de analgésicos na unidade de destino. Já outro trabalho³⁸ evidenciou que o sofrimento psicológico no pré-operatório predispõe a maior dor na SRPA, esses achados reforçam a necessidade de uma abordagem contínua durante todo o perioperatório.

A enfermagem desempenha um papel essencial no manejo da dor⁴⁰. Todas as intervenções encontradas no presente estudo integram um cuidado direcionado da enfermagem em conjunto com a equipe multidisciplinar da SRPA para promover o tratamento da dor dos pacientes que são admitidos na unidade. Não obstante, o cuidado da dor inicia-se com a percepção integral do paciente, valorização da sua queixa, avaliação do quadro algico e, por fim, emprego de intervenções farmacológicas e não farmacológicas personalizadas e, se possível, preventivas, além da reavaliação e educação do paciente e família para continuidade do cuidado no domicílio^{19,30,40,41}. A junção dessas informações viabiliza a construção de um cenário prático com a finalidade de aperfeiçoar o manejo da dor na SRPA, além de auxiliar profissionais enfermeiros nas suas práticas cotidianas para manejo da dor dentro da unidade, destacando sua autonomia e conhecimento para executar o cuidado e coordenar a equipe com excelência.

Dentre as limitações desta revisão, destaca-se a ausência de publicações recentes, evidenciando que nos últimos 10 anos houve pouca produção de conhecimento nesta área. Assim, atenta-se à necessidade de novos estudos com maior rigor metodológico que abarquem o manejo da dor pós-operatória na SRPA, explorando a atuação autônoma da enfermagem em seus diferentes contextos e destacando os cuidados não-farmacológicos como diferenciais para um cuidado eficaz realizado não somente pela enfermagem, mas com a articulação de toda equipe.

CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo cumpriu com a proposta de realizar um mapeamento das intervenções de enfermagem na SRPA para tratamento da dor aguda pós-operatória, contando com pacientes submetidos a diferentes intervenções cirúrgicas e em diferentes contextos culturais. Realizou-se um levantamento amplo de práticas que podem ser incorporadas em serviços, mas também se detectou a necessidade de novos estudos com maior robustez e rigor metodológico. A síntese dos achados revelou intervenções farmacológicas (infusão de opioides por via venosa na ACP, AEPC, analgesia controlada pela enfermagem, opioide por via venosa, oral ou intramuscular, anti-inflamatório não esteroide por via venosa e analgésico por via oral) e não farmacológicas (aromaterapia, musicoterapia e Reiki) como práticas promissoras. Destaca-se a importância de novos estudos com maior robustez e rigor metodológico acerca do manejo da dor pós-operatória na SRPA, especialmente envolvendo práticas não

farmacológicas, para ampliar o conhecimento na área e embasar o estabelecimento de protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro MB, Peniche ACG, Silva SCF. Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de riscos e intervenções de enfermagem: revisão integrativa. *Rev SOBECC*. 2017;22(4):218-29. <http://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040007>.
2. Campos MPA, Dantas DV, Silva LSL, Santana JFNB, Oliveira DC, Fontes LL. Complicações na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão integrativa. *Rev SOBECC*. 2018;23(3):160-8. <http://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030008>.
3. Martins FZ, de Lima LB, Trevilato DD, Hemesath MP, de Magalhães AMM. Protocols for postanesthesia care unit handoff and patient safety: a scoping review. *J Adv Nurs*. 2024;0:1-17. PMID:39722581.
4. Dias TLF, Costa APM, Anjos CM, de Andrade JML, Funez MI. General anesthesia is predictive for occurrence of postoperative pain. *Br J Pain*. 2020;3(2):113-7.
5. Dias TLF, Anjos CM, de Andrade JML, Funez MI. Análise das variáveis perioperatórias e sua relação com as complicações em Sala de Recuperação Pós-Anestésica. *Rev de Enferm UFSM*. 2022;12:42. <http://doi.org/10.5902/2179769268599>.
6. Biachi FB, de Oliveira Faria MF, Oliveira RA, de Brito Poveda V, Rizzo Gnatta J. Effect of aromatherapy for postoperative pain management in the postanesthesia recovery room: a systematic review. *J Perianesth Nurs*. 2025;7(24):1089-9472. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.09.011>. PMID:39772374.
7. Popov DCS, Peniche ACG. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):953-61. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400030>. PMID:20085169.
8. de Moura NAV, Pereira LS, Barreto TWS, Bezerra TC, Domnice AKD, Rabelo PPC, D'Eça A Jr. Confiabilidade do Índice Aldrete Kroulik na sala de recuperação pós-anestésica. *Cien Cuid Saude*. 2023;22:e66557. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66557>.
9. Cruz LF, Felix MMS, Ferreira MBG, Pires PS, Barichello E, Barbosa MH. Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e cirúrgicas no Índice de Aldrete Kroulik. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3013-9. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0813>. PMID:30517406.
10. Kiekkas P, Tsekoura V, Fligou F, Tzenalis A, Michalopoulos E, Voyagis G. Missed nursing care in the postanesthesia care unit: a cross-sectional study. *J PeriAnesth Nurs*. 2021;36(3):232-7. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.10.009>. PMID:33618995.
11. Feldman LS, Lee L, Fiore J Jr. What outcomes are important in the assessment of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathways? *Can J Anaesth*. 2015;62(2):120-30. <http://doi.org/10.1007/s12630-014-0263-1>. PMID:25391733.
12. Heiser RM, Chiles K, Fudge M, Gray SE. The use of music during the immediate postoperative recovery period. *AORN J*. 1997;65(4):777-85, 781-5. [http://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)62999-2](http://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)62999-2). PMID:9093740.
13. Rocha LS, Moraes MW. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Dor*. 2010;11(3):254-8.
14. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: JBI; 2024.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow C, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71):n71. <http://doi.org/10.1136/bmj.n71>. PMID:33782057.
16. Choiniere M, Rittenhouse BE, Perreault S, Chartrand D, Rousseau P, Smith B, Pepler C. Efficacy and Costs of patient-controlled analgesia versus regularly administered intramuscular opioid therapy. *Anesthesiology*. 1998;89(6):1377-88. <http://doi.org/10.1097/00000542-199812000-00015>. PMID:9856712.

17. Puntillo KA, Weitz SR. Pain reports and analgesia administration practices in a post anaesthesia care unit (PACU). *Acute Pain*. 1998;1(3):21-7. [http://doi.org/10.1016/S1366-0071\(98\)80016-8](http://doi.org/10.1016/S1366-0071(98)80016-8).
18. Taylor LK, Kuttler KL, Parks TA, Milton D. The effect of music in the postanesthesia care unit on pain levels in women who have had abdominal hysterectomies. *J Perianesth Nurs*. 1998;13(2):88-94. [http://doi.org/10.1016/S1089-9472\(98\)80091-9](http://doi.org/10.1016/S1089-9472(98)80091-9). PMID:9592448.
19. Scales B. CAMPing in the PACU: using complementary and alternative medical practices in the PACU. *J Perianesth Nurs*. 2001;16(5):325-34. <http://doi.org/10.1053/jpan.2001.27622>. PMID:11586477.
20. Laurion S, Fetzter SJ. The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients. *J Perianesth Nurs*. 2003;18(4):254-61. [http://doi.org/10.1016/S1089-9472\(03\)00131-X](http://doi.org/10.1016/S1089-9472(03)00131-X). PMID:12923753.
21. Elstraete ACV, Lebrun T, Sandero I, Polin B. Ketamine does not decrease postoperative pain after remifentanyl-based anaesthesia for tonsillectomy in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004;48(6):756-60. <http://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2004.00399.x>. PMID:15196109.
22. Ikonomidou E, Rehnström A, Naesh O. Effect of music on vital signs and postoperative pain. *AORN J*. 2004;80(2):269-74, 277-8. [http://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60564-4](http://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60564-4). PMID:15382598.
23. Pasero C, McCaffery M. Orthopaedic postoperative pain management. *J Perianesth Nurs*. 2007;22(3):160-72, quiz 172-3. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2007.02.004>. PMID:17543801.
24. Charuluxananan S, Thienthong S, Rungreungvanich M, Srirojanakul W, Punjasawadwong Y, Sriprajittichai P. A survey of post anesthetic pain management in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2009;92(8):1028-32. PMID:19694326.
25. Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho KY, Ong S. A Randomised Controlled Trial Evaluating the Efficacy of a Nurse Controlled Analgesia (NCA) Protocol in Post Anaesthesia Care Unit (PACU). *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2011;20(2):110-4. <http://doi.org/10.1177/201010581102000207>.
26. Aydogan MS, Biçakcioglu M, Sayan H, Durmus M, Yilmaz S. Effects of two different techniques of postoperative analgesia management in liver transplant donors: a prospective, randomized, double-blind study. *Transplant Proc*. 2015;47(4):1204-6. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.09.184>. PMID:26036554.
27. Costalino LR. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *Rev Salusvita*. 2015;34(2):231-50.
28. Coll AM, Ameen J. Profiles of pain after day surgery: patients' experiences of three different operation types. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):178-87. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03713.x>. PMID:16422716.
29. Dutra NSG, Torezan G. O papel da equipe de enfermagem no manejo da dor no pós-operatório. FSG Centro Universitário, Rio Grande do Sul [citado 2025 fev 20]. <https://repositorio.unicid.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4811/1/TCC%20-%20Nicole%20Gobetti%20Dutra.pdf>
30. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterelização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. São Paulo: SOBECC; 2017.
31. Card EB, Wells N, Mesko P, Eliades A, MacDonald R, Krenzischek DA. Perianesthesia nurses pain management practices: findings and recommendations from a national descriptive study of members of the American Society of Perianesthesia Nurses. *J Perianesth Nurs*. 2021;36(2):128-35. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.07.007>. PMID:33218877.
32. Albert Einstein. Diretrizes Assistenciais: Diretriz de tratamento farmacológico da dor. São Paulo: Hospital Israelita; 2012.
33. Hayes K, Gordon DB. Delivering quality pain management: the challenge for nurses. *AORN J*. 2015;101(3):327-37. <http://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.11.019>. PMID:25707725.
34. Motta RS, Ogliari KBC, Oliveira HCSS, Funez MI. Nursing care with patient-controlled analgesia: scope review. *BrJP*. 2024;7:e20240056. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240056-en>.
35. Sin WM, Chow KM. Effect of music therapy on postoperative pain management in gynecological patients: a literature review. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(6):978-87. <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.06.008>. PMID:26697822.
36. Gökçek E, Kayadu A. The effects of music therapy in patients undergoing septorhinoplasty surgery under general anesthesia. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2020;86(4):419-26. PMID:31523022.
37. Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, Chagas MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200311. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>.
38. Periañez CAH, Castillo-Díaz MA. Preoperative psychological distress and acute postoperative pain among abdominal surgery patients. *J Psychosom Res*. 2025;190:190. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112055>. PMID:39938226.
39. Wilding JR, Manias E, McCoy DGL. Pain assessment and management in patients after abdominal surgery from PACU to the postoperative unit. *J Perianesth Nurs*. 2009;24(4):233-40. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.03.013>. PMID:19647660.
40. Maarof SR, Ahmad CA, Atkins L, Devol EB, Hussain A, Abdullah KL. The effects of listening to qur'an in the postoperative management of the patients undergoing laparoscopic cholecystectomy in the day surgery unit. *J Perianesth Nurs*. 2023;38(1):58-62. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.02.006>. PMID:36085130.
41. Tanaka AK, Nrum BN, Galvan C, Kaiser DE, Santo DM, Bueno EM, Matzenbacher LP, Paczek RS. Cartilha de orientações sobre cuidados em sala de recuperação pós-anestésica. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Giulia Moreira Dias: Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Visualização

Elizabete Cristina de Lira Santiago: Coleta de Dados, Conceitualização, Redação - Preparação do original

Mani Indiana Funez: Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Visualização