

Dor no pós-operatório em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos

Post-surgery pain in children submitted to surgical procedures

Amanda Francielle Santos¹ • Rafaela Ribeiro Machado² • Caíque Jordan Nunes Ribeiro³
José Marden Mendes Neto⁴ • Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro⁵ • Míriam Geisa Virgens Menezes⁶

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores sociodemográficos, clínicos e cirúrgicos relacionados com a intensidade da dor no pós-operatório de crianças. Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado com 31 crianças de cinco a 12 anos nas primeiras 72 horas de pós-operatório utilizou-se um questionário com perguntas clínicas, sociodemográficas e as escalas de faces e numérica de dor. Foram realizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher para a análise dos resultados. Evidenciou-se que o tipo de cirurgia realizada influencia significativamente (p -valor= 0,036) na presença de dor nas 24h, após a cirurgia. A intensidade da dor com o tipo de cirurgia nos dois primeiros dias de pós-operatório apresentou valor significativo (p -valor=0,044) no primeiro dia e (p -valor=0,021) no segundo. No 2º dia de internação, a variável sexo (feminino) mostrou diferença significativa com relação à média de intensidade de dor (p -valor=0,032) e no 3º dia, a característica clínica que se fez significativa foram os antecedentes patológicos (p -valor=0,031) quando relacionado à intensidade da dor. Conclui-se que as variáveis sociodemográficas, clínica e cirúrgica interferem na presença e intensidade de dor em crianças no pós-operatório, principalmente tipo de cirurgia, sexo e antecedentes patológicos.

Palavras-chave: Criança; Dor; Dor pós-operatória; Perfil de saúde.

ABSTRACT

The aim of this study is evaluating the socio-demographic, clinical and surgical factors related to the pain intensity in the children's post-surgery. Descriptive and exploratory study with a quantitative approach conducted with 31 five to twelve-year-old children in the first 72 hours of the post-surgery, where it was applied a questionnaire with clinical and socio-demographic questions, and the face and numerical scales of pain. The Chi-square and the Fischer Exact tests were used for the analysis of the results. It was observed that the kind of surgery performed influences significantly (p -value= 0.036) in the presence of pain in the first 24 hours, after the surgery. The intensity of pain with the kind of surgery in the first two post-surgery days presented a significant value (p -value=0.044) in the first day and (p -value=0.021) in the second day. In the 2nd day of admission the variable sex (female) showed a significant difference in relation to the intensity of pain average (p -value=0.032), and in the 3rd day the significant characteristic was the pathological background (p -value=0.031) when related to the intensity of pain. It is concluded that socio-demographic, clinical and surgical variables interfere in the presence and intensity of pain in children in post-surgery, especially kind of surgery and pathological background.

Keywords: Child; Health profile; Pain; Postoperative pain.

NOTA

¹Mestranda, Programa de Pós-graduação em Biologia Parasitária - Nível Mestrado Acadêmico, Universidade Federal de Sergipe/UFS. São Cristóvão (SE), Brasil. E-mail: francyelly_amanda@hotmail.com.

²Pós-graduanda, Programa de Pós-graduação em Gestão Pública Municipal - Nível Lato Sensu, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: fafaela_ribeiro@hotmail.com.

³Mestre, Programa de Mestrado em Ciências da Saúde - Nível Mestrado Acadêmico, Universidade Federal de Sergipe/UFS. São Cristóvão (SE), Brasil. E-mail: caiquejordan_enf@yahoo.com.br.

⁴Doutorando, Programa de Ciências Fisiológicas - Nível Doutorado Acadêmico, Universidade Federal de Sergipe/UFS. São Cristóvão (SE), Brasil. E-mail: marden.mendes21@gmail.com.

⁵Doutora, Programa de Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe/UFS. São Cristóvão (SE), Brasil. E-mail: enffer2@gmail.com.

⁶Doutoranda, Programa de Ciências Fisiológicas, Nível Doutorado Acadêmico, Universidade Federal de Sergipe/UFS. São Cristóvão (SE), Brasil. E-mail: miriageisenf@gmail.com.



INTRODUÇÃO

Existe uma elevada prevalência de dor e deficiência em seu monitoramento nas distintas unidades de internação hospitalar, principalmente nas clínicas cirúrgicas, onde existe um elevado índice de dor⁽¹⁾. Atualmente, muitas instituições de saúde têm aderido em sua rotina à avaliação da dor como o 5º sinal vital, visando estimular melhores condutas para o alívio da dor⁽²⁾.

A dor é explicada como uma percepção de uma sensação desagradável advinda de uma lesão tecidual real ou potencia⁽³⁾. É um problema universal e transversal a diversas doenças por ser subjetiva e muitas vezes difícil de descrever. Quando seu tratamento é incorreto, conduz a várias complicações físicas, psicológicas e sociais⁽⁴⁾.

A criança que passa por um processo cirúrgico sofre tanto pelo temor da presença, como pelo desconforto gerado pela dor. Isso evidencia a necessidade da atuação adequada dos profissionais de saúde para evitar que a dor leve a complicações na recuperação ou provoque sequelas no desenvolvimento infantil⁽⁵⁾.

A literatura mostra que muitos fatores influenciam na presença e na intensidade da dor pós-operatória, tais como, local e tempo da cirurgia, tipo de incisão, porte cirúrgico, intensidade do trauma cirúrgico, operações prévias no local, tipo de anestesia utilizada, adequação da analgesia pós-operatória, além do estado físico e psicológico do paciente⁽⁶⁾.

Portanto, é dever do profissional de saúde considerar os aspectos cirúrgicos e clínicos que influenciam na intensidade da dor para a devida prevenção e tratamento⁽²⁾. Pois, a compreensão detalhada dos diferentes fatores perioperatórios que influenciam a presença e a intensidade do fenômeno doloroso contribuem no seu gerenciamento mais eficaz⁽⁷⁾.

A necessidade de identificar os fatores que influenciam significativamente na dor pós-operatória da criança pode contribuir com informações para a adoção de condutas mais direcionadas para seu manuseio. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores sociodemográficos, clínicos e cirúrgicos que podem estar relacionados com a intensidade da dor pós-operatória de crianças.

MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de setembro a dezembro de 2016, na internação pediátrica de um hospital público de alta complexidade em Aracaju, Sergipe, Brasil.

A amostra foi por conveniência, composta por crianças, na faixa etária entre cinco e 12 anos, em pós-operatório mediato de qualquer procedimento cirúrgico e com escore da escala de Coma de Glasgow pediátrica igual a 15.

Foram excluídas 4 crianças por não se enquadrarem

no critério de idade. A coleta de dados aconteceu depois da escolha dos prontuários das crianças e a autorização do responsável legal. Foi executada a análise documental dos prontuários e preenchimento do formulário da pesquisa. As crianças foram avaliadas após as primeiras 24 a 72 horas de pós-operatório, uma hora antes da administração do analgésico prescrito.

O instrumento de coleta de dados empregado foi constituído por duas partes. A primeira por dados sociodemográficos e a segunda constituída por dados clínicos, cirúrgicos e intensidade da dor. Para a mensuração da intensidade da dor foi utilizada a escala visual numérica (EVN), em que se considerou: zero - ausência de dor; 1 a 3 - dor leve; 4 a 7 - dor moderada e 8 a 10 - dor intensa e a escala de Faces adaptada da turma da Mônica onde há imagens de faces com diferentes intensidades de dor, para as crianças que não compreendiam a escala numérica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAEE 48360115300005546), parecer 1227925 e seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por um dos responsáveis legais da criança e Termo de Assentimento foi assinado pela criança. O *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0 foi utilizado para análise dos dados. Realizou-se análise descritiva univariada, procedendo-se à categorização dos dados extraídos com a obtenção das respectivas frequências e percentuais, apresentados na forma de tabelas. Foi realizada uma análise inferencial com o cruzamento entre as variáveis dor e intensidade da dor com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Para verificar a associação entre tais variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado e Kruskal Wallis, quando a frequência observada foi menor que 5 utilizou-se o teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

Trinta e uma crianças participaram do estudo no primeiro dia de pós-operatório, 27 no segundo e 21 no terceiro, sendo 58% do sexo masculino, 35% com idade entre 8 e 9 anos e 77% cursando o ensino médio fundamental. Setenta e oito por cento não apresentaram nenhum antecedente patológico e 90% não realizou cirurgia anteriormente. A apendicectomia foi à cirurgia mais realizada (55%) com incisão na região da fossa ilíaca direita.

Quanto aos fatores de associação com a ocorrência de dor no pós-operatório de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos, verifica-se que apenas o tipo de cirurgia realizada influencia significativamente (p-valor=0,036), com o fato da criança sentir dor nas 24 horas após o pós-operatório (Tabela 1).

TABELA 1 – Associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e cirúrgica em relação a presença de dor por dia de internação, Aracaju-Sergipe, 2016.

| Variáveis | Dor | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|----|------------|--------|----|------------|--------|----|------------|
| | 1º Dia | | | 2º Dia | | | 3º Dia | | |
| | S | N | Valor de p | S | N | Valor de p | S | N | Valor de p |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 8 | 10 | 0,878 | 2 | 14 | 0,187 | 7 | 5 | 1,000 |
| Feminino | 7 | 6 | | 4 | 7 | | 4 | 4 | |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | | | |
| 4 a 5 | 1 | 3 | 0,185 | 0 | 3 | 0,389 | 3 | 0 | 0,086 |
| 6 a 7 | 4 | 2 | | 1 | 4 | | 2 | 1 | |
| 8 a 9 | 7 | 4 | | 4 | 6 | | 2 | 6 | |
| 10 a 11 | 1 | 6 | | 0 | 6 | | 1 | 4 | |
| 12 | 2 | 1 | | 1 | 2 | | 1 | 0 | |
| Antecedentes patológicos | | | | | | | | | |
| Respiratório | 1 | 4 | 0,332 | 1 | 3 | 0,420 | 1 | 3 | 0,591 |
| Cardiopatia | 1 | 0 | | 0 | 1 | | 1 | 0 | |
| Outros | 1 | 0 | | 1 | 0 | | 0 | 0 | |
| Não possui | 12 | 12 | | 4 | 17 | | 7 | 8 | |
| Cirurgia anterior | | | | | | | | | |
| Sim | 2 | 1 | 0,599 | 1 | 2 | 0,545 | 0 | 1 | 1,000 |
| Não | 13 | 15 | | 5 | 19 | | 9 | 10 | |
| Cirurgia realizada | | | | | | | | | |
| Apendicectomia | 11 | 6 | 0,036* | 3 | 13 | 0,059 | 5 | 7 | 0,322 |
| Ortopédica no membro superior | 3 | 3 | | 1 | 3 | | 0 | 2 | |
| Ortopédica no membro inferior | 1 | 1 | | 2 | 0 | | 2 | 0 | |
| Outras | 0 | 6 | | 0 | 5 | | 2 | 2 | |
| Local de incisão | | | | | | | | | |
| Fossa ilíaca direita | 11 | 6 | 0,082 | 3 | 13 | 0,431 | 5 | 7 | 0,477 |
| Membro superior | 3 | 3 | | 1 | 3 | | 0 | 2 | |
| Membro inferior | 0 | 1 | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Outros | 1 | 6 | | 1 | 5 | | 3 | 2 | |

*p-valor <0,05; S = sim; N = não; Teste Qui-quadrado.

A maior intensidade da dor antes da utilização do fármaco analgésico foi mais frequente em apendicectomia nos dois primeiros dias de internação pós-operatória no primeiro dia (p-valor=0,044) e no segundo (p-valor=0,021) (Tabela 2).

Com relação à intensidade da dor antes do uso analgésico, no 2º dia de internação a variável sexo (feminino) apresentou dor maior escores de dor (p-valor=0,032). No 3º dia, a característica clínica que se mostrou significativa foi antecedentes patológicos (p-valor=0,031), as crianças que não possuíram antecedentes patológicos apresentaram maiores intensidades de dor (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A presença de dor no pós-operatório é natural, mas é necessária a adoção de condutas para seu alívio principalmente em crianças, para isso, é indispensável uma avaliação de forma ampla dos fatores relacionados à presença e intensidade nessa população, facilitando o planejamento da assistência.

Em estudo de Groenewald et al.⁽⁸⁾ pacientes internados em serviços ambulatoriais apresentaram taxas menores de dor que os admitidos em serviços cirúrgicos. Também em alguns serviços cirúrgicos, a dor moderada

a intensa esteve relacionada cirurgia do tipo pediátrica.

No presente estudo, ocorreu a maior presença e escores de dor nos dois primeiros dias de pós-operatório de apendicectomia. Corroborando com o estudo há pesquisas que evidenciam a cirurgia do tipo apendicectomia como um fator para a alta frequência de episódios dolorosos no pós-operatório⁽⁹⁻¹⁰⁾. Talvez, por ser uma região com muitas terminações nervosas, pela pressão da flatulência no local e por maior restrição de mobilidade em comparação a outras cirurgias. Há uma associação significativa entre a cirurgia geral e a alta prevalência de dor⁽¹¹⁾

No segundo dia de internação, a variável sexo feminino apresentou diferença significativa (p-valor=0,032) com relação à média de intensidade de dor, mostrando que o sexo feminino tem relação com a presença e intensidade de dor que pode ser ampliada com o aumento do período de hospitalização. Em um estudo com adultos de cirurgia abdominal, existiu um predomínio de dor leve a moderada em homens e moderada a intensa nas mulheres¹¹. Também em Moura et al.⁽¹²⁾ a frequência de dor no primeiro dia de pós-operatório foi maior em meninas, o que pode está relacionado ao fato das meninas relatarem o sintoma com mais frequência que os meninos ou então à menor tolerância a dor, pois pessoas do sexo feminino

TABELA 2 – Associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e cirúrgica em relação a intensidade da dor por dia de internação, Aracaju-Sergipe, 2016

| Variáveis | Intensidade da dor na escala numérica e de faces | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|----|------------|--------|----|------------|--------|----|------------|
| | 1º Dia | | | 2º Dia | | | 3º Dia | | |
| | G1 | G2 | Valor de p | G1 | G2 | Valor de p | G1 | G2 | Valor de p |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 10 | 8 | 0,878 | 15 | 1 | 0,273 | 7 | 1 | 1,000 |
| Feminino | 6 | 7 | | 8 | 3 | | 11 | 1 | |
| Faixa Etária (anos) | | | | | | | | | |
| 4 a 5 | 3 | 1 | 0,526 | 3 | 0 | 0,644 | 2 | 1 | 0,642 |
| 6 a 7 | 3 | 3 | | 4 | 1 | | 3 | 0 | |
| 8 a 9 | 4 | 7 | | 8 | 2 | | 7 | 1 | |
| 10 a 11 | 5 | 2 | | 6 | 0 | | 5 | 0 | |
| 12 | 1 | 2 | | 2 | 1 | | 1 | 0 | |
| Antecedentes patológicos | | | | | | | | | |
| Respiratório | 4 | 1 | 0,333 | 4 | 0 | 0,355 | 4 | 0 | 1,000 |
| Cardiopatia | 0 | 1 | | 1 | 0 | | 1 | 0 | |
| Outros | 0 | 1 | | 0 | 1 | | - | - | |
| Não possui | 12 | 12 | | 18 | 3 | | 13 | 2 | |
| Cirurgia anterior | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 2 | 0,599 | 2 | 1 | 0,384 | 1 | 0 | 1,000 |
| Não | 15 | 13 | | 21 | 3 | | 17 | 2 | |
| Cirurgia realizada | | | | | | | | | |
| Apendicectomia | 7 | 10 | 0,044* | 15 | 1 | 0,021* | 11 | 1 | 0,400 |
| Ortopédica no membro superior | 2 | 4 | | 3 | 1 | | 2 | 0 | |
| Ortopédica no membro inferior | 1 | 1 | | 0 | 2 | | 1 | 1 | |
| Outras | 6 | 0 | | 5 | 0 | | 4 | 0 | |
| Local da incisão | | | | | | | | | |
| Fossa ilíaca direita | 7 | 10 | 0,102 | 15 | 1 | 0,082 | 11 | 1 | 0,653 |
| Membro superior | 2 | 4 | | 3 | 1 | | 2 | 0 | |
| Membro inferior | 1 | 0 | | 0 | 1 | | 1 | 0 | |
| Outros | 6 | 1 | | 5 | 1 | | 4 | 1 | |

*p-valor <0,05. G1: sem dor ou dor leve; G2 = dor moderada e dor intensa; Teste Qui-quadrado

TABELA 3 – Intensidade dolorosa relacionada às variáveis sociodemográficas, clínicas e cirúrgicas por dia de internação, Aracaju-Sergipe, 2016.

| Variáveis | Intensidade dolorosa na escala numérica de dor e de faces | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|-----|------------|--------|-----|------------|--------|-----|------------|
| | 1º Dia | | | 2º Dia | | | 3º Dia | | |
| | M | DP | Valor de p | M | DP | Valor de p | M | DP | Valor de p |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 2,5 | 2,9 | 0,266 | 0,5 | 2,0 | 0,032* | 2,3 | 2,8 | 0,337 |
| Feminino | 3,9 | 3,7 | | 1,4 | 2,2 | | 1,7 | 2,6 | |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | | | |
| 4 a 5 | 1,0 | 1,4 | 0,405 | 0,0 | 0,0 | 0,315 | 3,6 | 3,7 | 0,263 |
| 6 a 7 | 3,5 | 3,6 | | 0,2 | 0,4 | | 2,3 | 1,5 | |
| 8 a 9 | 4,4 | 3,8 | | 1,4 | 2,3 | | 2,1 | 2,8 | |
| 10 a 11 | 1,7 | 2,9 | | 0,0 | 0,0 | | 0,6 | 0,9 | |
| 12 | 3,3 | 3,1 | | 2,7 | 4,6 | | 0,0 | - | |
| Antecedentes patológicos | | | | | | | | | |
| Respiratório | 1,4 | 2,1 | 0,728 | 0,0 | 0,0 | 0,09 | 0,3 | 0,5 | 0,031* |
| Cardiopatia | 4,0 | - | | 0,0 | - | | 0,0 | - | |
| Outros | 6,0 | - | | 8,0 | - | | - | - | |
| Não possui | 3,3 | 3,6 | | 0,7 | 1,7 | | 2,5 | 2,8 | |
| Cirurgia anterior | | | | | | | | | |
| Sim | 4,3 | 3,8 | 0,550 | 2,7 | 4,6 | 0,491 | 0,0 | - | 0,243 |
| Não | 2,9 | 3,4 | | 0,6 | 1,6 | | 2,0 | 2,7 | |
| Cirurgia realizada | | | | | | | | | |
| Apendicectomia | 3,6 | 3,3 | 0,159 | 0,4 | 0,8 | 0,186 | 1,8 | 2,5 | 0,167 |
| Ortopédica no membro superior | 3,8 | 3,1 | | 2,5 | 3,8 | | 1,5 | 0,7 | |
| Ortopédica no membro inferior | 5,0 | 7,1 | | 3,5 | 4,9 | | 5,9 | 4,9 | |
| Outras | 0,1 | 0,4 | | 0,0 | 0,0 | | 0,5 | 1,0 | |
| Local da incisão | | | | | | | | | |
| Fossa ilíaca direita | 3,6 | 3,3 | 0,356 | 0,4 | 0,8 | 0,464 | 1,8 | 2,5 | 0,764 |
| Membro superior | 3,8 | 3,1 | | 2,5 | 3,8 | | 1,5 | 0,7 | |
| Membro inferior | 0,0 | - | | 0,0 | - | | 2,0 | - | |
| Outros | 1,6 | 3,7 | | 1,2 | 2,8 | | 2,2 | 3,9 | |

*p-valor <0,05; M = média de dor; DP = desvio padrão; Teste Kruskal Wallis.

apresentam menor limiar de dor e resposta diferente ao estímulo algico⁽¹³⁾.

Já no terceiro dia, a característica clínica que se mostrou significativa foi antecedente patológico (p-valor=0,031), as crianças que não possuíam antecedentes patológicos apresentaram maiores intensidades de dor. Esse fato pode ser atribuído ao trauma psicológico ocasionado pelo primeiro contato com a dor vinculado ao processo de hospitalização que pode gerar estresse, potencializando o sofrimento da criança. Von Baeyer et al.⁽¹⁴⁾ mostraram que a experiência prévia de dor reduz seu nível em outras hospitalizações. Pois, ao contrário do que se pensa, a criança possui boa memória para eventos dolorosos⁽¹⁵⁾.

A dor da criança hospitalizada, quando tratada de forma inadequada, compromete sua qualidade de vida⁽¹⁶⁾. A avaliação adequada e o registro da dor são indispensáveis para inibir complicações cirúrgicas e sofrimento do paciente⁽¹⁷⁾. Os profissionais de enfermagem têm papel de grande relevância no alívio da dor apresentada pelos indivíduos hospitalizados, pois estão diretamente relacionados ao cuidado durante todo o período e assistência hospitalar, sendo responsáveis pelo auxílio na escolha do analgésico a ser administrado⁽¹⁸⁾.

No entanto, boa parte dos profissionais de enferma-

gem possui conhecimento insuficiente sobre a identificação, quantificação e terapêutica da dor⁽¹⁹⁾. Vale refletir, no entanto, que aceitar limites tênues de descumprimento de padrões na área da saúde pode ser perigoso e contraproducente⁽²⁰⁾. As universidades devem implementar em seu currículo disciplina sobre fisiopatologia e terapêutica da dor. Além disso, os hospitais devem fornecer treinamento com frequência com objetivo de ampliar o conhecimento sobre a dor, especialmente em indivíduos graves⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou concluir que crianças que realizam cirurgia de apendicectomia têm maior presença e intensidade de dor no pós-operatório, e a intensidade também é aumentada em crianças sem antecedentes patológicos e do sexo feminino.

É considerado um fator limitante do estudo o pequeno tamanho da amostra avaliada e a não avaliação por um maior período de tempo. Sugerimos que sejam elaborados estudos longitudinais e em diferentes idades. Procura-se com esse estudo contribuir com informação sobre os fatores que interferem na dor da criança em um procedimento cirúrgico e estimular a criação de estratégias para seu manejo.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro SB, Pinto JC, Ribeiro JB, Felix MM, Barroso SM, Oliveira LF, et al. [Pain management at inpatients wards of a university hospital]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(5):599-611.
2. Oliveira RM, Leitão IM, Silva LM, Almeida PC, Oliveira SK, Pinheiro MB. Postoperative pain and analgesia: analysis of medical charts records. *Rev Dor*. 2013;14(4):251-5.
3. International Association for Study of PAIN (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *J Accid Emerg Med*. 1994;6(3):491-2.
4. Silva EJ, Dixe MA. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. *Rev Dor*. 2013;14(4):245-50.
5. Garanhan ML, Valle ER. O significado da experiência cirúrgica para a criança. *Rev Cienc Cuid Saude*. 2012;11(Suppl):259-66.
6. Pereira RJ, Munechika M, Sakata RK. Pain management after outpatient surgical procedure. *Rev Dor*. 2013;14(1):61-7.
7. Chowdhury T, Garg R, Sheshadri V, Venkatraghavan L, Bergese SD, Cappellani RB, et al. Perioperative factors contributing the post-craniotomy pain: a synthesis of concepts. *Front Med (Lausanne)*. 2017;4:23.
8. Groenewald CB, Rabbitts JA, Schroeder DR, Harrison TE. Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. *Paediatr Anaesth*. 2012;22(7):661-8.
9. Ribeiro MC, Simone JC, Ramiro TH, Santos VS, Alves AB, Nunes MS. Pain in patients undergoing appendectomy. *Rev Dor*. 2014;15(3):198-201.
10. Amaral L, Mendes J, Martins P, Silva E, Lima MTF, Melo AS. Dor aguda na criança operada: a exceção ou a regra? *Rev Reg Terap Dor*. 2011;18(63):50-3.
11. Moreira L, Truppel YM, Kozovits FG, Santos VA, Atet V. Postoperative analgesia: pain control scenario. *Rev Dor*. 2013;14(2):106-10.
12. Moura LA, Oliveira AC, Pereira GA, Pereira LV. Dor pós-operatória em crianças: uma abordagem de gênero. *Esc Enferm USP*. 2011;45(4):833-8.
13. Couceiro TC, Valença MM, Lima LC, et al. Prevalence and influence of gender, age, and type of surgery on postoperative pain. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59(3):314-20.
14. Von Baeyer CL, Marche TA, Rocha EM, Salmon K. Children's memory for pain: overview and implications for practice. *J Pain*. 2004;5(5):241-9.
15. Finley GA, Franck LS, Grunau RE, Von Baeyer CL. Why children's pain matters. *International Association for the Study of Pain. Pain: Clinical Updates, Washington*, 2005; 13 (4):1-6.
16. Azevedo DM, Nascimento VM, Azevedo IC, Cavalcanti RD, Sales LKO. Assistência de enfermagem à criança com dor: avaliação e intervenções da equipe de enfermagem. *Rev Bras de Pesq Saúd*. 2014;16(4)23-31.
17. Ribeiro MC, Simone JC, Ramiro TH, Santos VS, Alves AB, Nunes MS. Pain in patients undergoing appendectomy. *Rev Dor*. 2014;15(3):198-201.
18. Menezes MG, Ribeiro CJN, Nascimento FS, Alves JAB, Lima AGCF, Ribeiro MCO. Postoperative pain and analgesia in patients submitted to unruptured brain aneurysm clamping. *Rev Dor. São Paulo*, 2017;18 (1):27-31
19. Magalhães PA, Mota FA, Saleh CM, Dal Secco LM, Fusco SR, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor*. 2011;12(3):221-5.
20. Fiorin JMA, Schran LS, de Oliveira JLC, Maraschin MS, Alves DCI, Tonini NS. Avaliação da qualidade de prescrições de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm atual* 2018;85(23):29-36.