

## GESTÃO DA DOR E ANALGESIA NÃO-FARMACOLÓGICA EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

**Marta Rodríguez Solano.** Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestrado em integração de cuidados e resolução de problemas clínicos em enfermagem. Especialista Universitário em Cuidados Pediátricos de Enfermagem. Especialista Universitário em Cuidados Neonatais de Enfermagem.

**Lourdes Rodríguez Solano:** FEA em anestesiologia, reanimação e terapia da dor. Sub-especializado em terapia da dor.

**Resumo:** A dor é definida como todas aquelas experiências emocionais e sensoriais desagradáveis associadas a danos reais ou potenciais dos tecidos (Associação Internacional para o Estudo da Dor, IASP). A experiência da dor começa a partir do momento em que as crianças vão para as urgências: o desconforto da própria doença, o medo do desconhecido, a exploração física e, claro, a realização de exames complementares. Além disso, este medo aumenta se em qualquer altura tiverem de ser separados dos seus pais. Isto permite-nos ver a importância de humanizar estes procedimentos.

**Palavras-chave:** Dor, analgesia não-farmacológica, departamento de emergência.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados como Pubmed, Scielo, Cochrane e Google Academic, sem critérios temporais. Foram seleccionados artigos tanto em espanhol como em inglês. Além disso, foram consultadas diferentes publicações da Sociedade Espanhola de Pediatria de Emergência (SEUP) e da Associação Espanhola de Pediatria (AEPED).

## IMPORTÂNCIA DO ASSUNTO

Em tempos pensou-se que as crianças não sentiam dor. Hoje em dia está provado que não só sentem dor, mas que a sentem em maior medida. Assim, nos recém-nascidos os mecanismos de transmissão da dor ao córtex cerebral estão bem desenvolvidos, enquanto os mecanismos de inibição para baixo não amadureceram totalmente, causando hipersensibilidade ao estímulo doloroso e experimentando respostas fisiológicas e hormonais exageradas a este mesmo estímulo do que as mostradas por crianças mais velhas ou adultos (Adrián Gutiérrez et al., 2009).

Além disso, os recém-nascidos são capazes de recordar estas experiências dolorosas, mostrando menos tolerância à dor em idades posteriores (Míguez Navarro et al., 2018).

Embora nos últimos anos o tratamento da dor seja tomado como uma parte primária dos cuidados, existem alguns obstáculos à sua avaliação, tais como: a impossibilidade de verbalização da experiência dolorosa, a crença de mascarar outros sintomas, a má gestão na utilização de alguns analgésicos e os seus possíveis efeitos adversos, etc. (Míguez Navarro et al., 2018).

## BALANÇAS

Devido a todos os factores acima mencionados, é necessário avaliar estes sinais para confirmar a presença de dor e a sua gravidade e ajustar o tipo de analgesia/sedação. Para este efeito, temos diferentes escalas:

Escalas de objectivos (Bárcena Fernández et al., 2012):

1. **Escala de Observação FLACC (Rosto, Pernas, Actividade, Choro, Consolabilidade):** Considere os seguintes itens: **rosto**, movimento das pernas, actividade, choro, consolabilidade. Classifique os artigos numa escala de 0 a 2, para obter pontos de 0 a 10.

Categoria	0	1	2
Face	Ausência de expressão ou sorriso	Afogar ou franzir o sobrolho Sente-se retirado e indiferente	queixo trémulo, mandíbula contraída
Legs	Posição normal e descontraída	Inconfortável, inquieto e tenso	Pontapés ou levantamentos de pernas
Actividade	Quieto e normal	Esguicha, anda para trás e para a frente. Tenso	Corpo arqueado. Rigidez ou movimentos bruscos.
Chorando	Ausência desta.	Lamúrias ou greves	Choro constante,

GESTÃO DA DOR E ANALGESIA NÃO-FARMACOLÓGICA EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

			gritos e queixas frequentes
Consuelo	Fácil, relaxado.	Ele acalma-se quando tocado, abraçado ou falado.	Dificuldade de conforto

2. **Escala de Dor Objetiva Pediátrica:** Os parâmetros que avalia são pressão arterial, choro, movimento, agitação e queixas de dor. Tem uma pontuação de 0 -2 cada item, resultando numa escala de 0 a 10.

3. **Escala de observação de angústia comportamental (OSBD):** Contém 11 comportamentos de angústia indicativos, pontuados de 1-4. Existe uma versão revista (OSBD-R) com 11 categorias.

4. **Escala de Interação de Procedimento Médico Infantil-Adulto (CAMPIS e CAMPIS-R):** Com base no acima exposto. Avalia os comportamentos antes, durante e depois das interações com o médico.

5. **Lista de verificação do comportamento do procedimento:** pontua 8 comportamentos numa escala de 1 a 5, dependendo de ocorrerem ou não antes, durante ou após o procedimento

Escalas subjectivas:

1. **Escala Analógica Visual (VAS):** Numa linha, a criança indica o grau de dor, apontando numa extremidade para a ausência de dor e na outra extremidade para a dor máxima imaginável. É uma medida fiável e eficaz da dor aguda na DE; embora esta escala possa ser afectada por factores tais como idade, fluência verbal, acuidade visual, função motora e capacidade cognitiva. Requer algum grau de desenvolvimento cognitivo, pelo que é recomendado para utilização em crianças a partir dos 7 anos de idade. Uma variação é a escala de cor, útil entre 3 e 7 anos de idade, onde a intensidade da dor é representada pela intensidade da cor.

2. **Escalas de desenho facial:** A criança expressa a sua dor identificando-se com rostos diferentes. A escala facial de Wong-Baker tem 6 faces, pontuadas de 0 a 10. Alguns estudos mostram uma relação entre a escala facial de Wong e a EVA, sendo uma ferramenta eficaz para a medição da dor em crianças em idade pré-escolar que vêm para as Urgências. Outra escala de rostos seria a escala Oucher, que pode ser utilizada a partir dos 3 anos de idade.

3. **Escalas verbais:** esta é a medida mais valiosa da dor em adultos. Nas crianças pode ser utilizado a partir dos 7 anos de idade, se tiverem um bom nível cognitivo. Há uma escolha entre diferentes níveis de dor: Sem dor - dor leve - dor moderada - dor severa - dor insuportável, pontuada de 0 a 10.

4. **Escalas numéricas:** quantificação da dor de 0 a 10. É limitado pela idade e pelo desenvolvimento intelectual.

## GESTÃO DA DOR E ANALGESIA NÃO-FARMACOLÓGICA EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Até à idade de 3 anos é melhor utilizar escalas objectivas. Entre 3 e 7 anos de idade, podem ser utilizadas escalas de rosto ou de cor. As escalas analógicas visuais, verbais e numéricas são mais fiáveis a partir dos 7 anos de idade.

Se a analgesia for utilizada para realizar um procedimento, o grau de analgesia deve ser avaliado antes de se iniciar o procedimento. Podem ser definidos quatro níveis de analgesia e o procedimento é considerado iniciado quando o nível 3-4 é atingido.

### GESTÃO DE EMERGÊNCIA

Relativamente à gestão da dor no departamento de emergência, vários aspectos são importantes. Uma delas seria a antecipação da dolorosa experiência, e outra seria o uso correcto do método que usamos, uma vez que, como veremos mais adiante, o uso de drogas nem sempre é necessário.

Algumas destas técnicas seriam:

Amamentação (Valero & Calvo, 2017): os efeitos a nível fisiológico seriam uma diminuição do ritmo cardíaco e da duração do choro em bebés de 1 a 12 meses, entre outros. Para tal, devemos colocar o bebé ao peito pelo menos 15 minutos antes do procedimento, não o interromper durante o procedimento e continuá-lo pelo menos dois minutos mais tarde. O mecanismo de acção pode ser devido a diferentes razões, tais como contenção, contacto pele com pele, o próprio sabor do leite materno, distração e a indução hormonal que isso implica.

No caso de vacinações, reduz a dor da administração relativamente a 1 ou 2 vacinas. Tem também um efeito sobre a técnica de picar o calcanhar. Se a amamentação não for possível, a importância da contenção juntamente com a sucção não nutritiva é evidente (Saitua Iturriaga et al., 2009).

Sacarose oral: Consiste na administração de soluções de sacarose oral ou outras como glicose ou dextrose em diferentes concentrações, cerca de 2 minutos antes da realização do procedimento invasivo. Dura aproximadamente 7 minutos. Existe pluralidade no que diz respeito aos volumes a administrar. O limite de analgesia fiável é aos 12 meses de idade, para além deste tempo a sua eficácia não é clara.

A sacarose é eficaz em certos procedimentos como a lança do calcanhar, a punção venosa e a injeção intramuscular, tanto em crianças pré-termo como a termo. Nenhum efeito adverso é evidente, embora não seja possível identificar consenso quanto à dose correcta. Há também provas de que a sacarose em conjunto com outras intervenções não-farmacológicas, tais como a sucção não-nutricional, é mais eficaz do que a sacarose por si só. São necessárias mais provas sobre a utilização de sacarose em bebés prematuros grandes, instáveis ou com ventilação mecânica. Há necessidade de determinar o efeito da sacarose durante a dolorosa experiência e o efeito da administração repetida a curto e longo prazo (Stevens, Yamada, Ohlsson, Haliburton, & Shorkey, 2016).

## GESTÃO DA DOR E ANALGESIA NÃO-FARMACOLÓGICA EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Método canguro ou pele sobre pele (Raies, Doren, & Torres, 2012): Surgiu em 1978 em Bogotá (Colômbia) devido à falta de incubadoras e recursos económicos nos serviços neonatais dos hospitais públicos. Baseou-se no contacto prolongado pele a pele e na nutrição através da amamentação de bebés prematuros de baixo peso ao nascer. Assim, verificou-se ser um método muito benéfico para bebés pré-termo e a termo para a termorregulação, desenvolvimento neurológico, relação mãe-filho, desenvolvimento infantil e diminuição dos dias de hospitalização. É considerado pelos profissionais de saúde como um método seguro que pode ser incorporado nos cuidados padrão, favorecendo a humanização dos cuidados.

A técnica consiste em colocar o recém-nascido semi-nú ou com a fralda numa posição ventral sobre a mãe/pai durante o maior número de horas possível. A cabeça seria virada para o lado e ligeiramente estendida, os quadris e os braços dobrados e as pernas estendidas. A posição supina ali é uma evidência que aumenta a percepção da dor face a qualquer estímulo doloroso. Há também benefícios em ouvir o bater do coração dos pais pelo recém-nascido (Cabrejas & Ureta, 2014).

Tucking Facilitado (Valero & Calvo, 2017): Manteríamos o bebé numa posição lateral, com os braços e pernas dobrados e próximos do tronco, simulando a postura do útero materno.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adrián Gutiérrez, J., Aldecoa Bilbao, V., Alonso Salas, M., Baraibar Castelló, R., Bartoli, D., Benito Fernández, F. J., ... Travería Casanova, F. J. (2009). *Manual de analgesia y sedación en urgencias de pediatría* (1st ed., Vol. 1). Madrid: Ergon. Retrieved from [www.cedro.org](http://www.cedro.org)

Bárcena Fernández, C. E., Benito Fernández, • J, Santervas, Y. F., Martín De La, • L, Navarro, R. C. M., & Casanova, • F J Travería. (2012). *Manual de analgesia y sedación en urgencias de pediatría*. (S. Capapé, Ed.) (2nd ed., Vol. 2). Madrid: Ergon.

Cabrejas, de R. L., & Ureta, V. N. (2014). *Método madre/padre canguro*. Retrieved from <https://www.aeped.es/rss/en-familia/metodo-madrepadre-canguro>

Míguez Navarro MC, Guerrero Márquez G, de la Mata Navazo S. Manejo del dolor en Atención Primaria En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 377-393.

Raies, C. L., Doren, F. M., & Torres, C. U. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index de Enfermeria*, 21(4), 209–213. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962012000300007>

Saitua Iturriaga, G., Aguirre Unceta-Barrenechea, A., Suárez Zárata, K., Zabala Olaechea, I.,

GESTÃO DA DOR E ANALGESIA NÃO-FARMACOLÓGICA EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Rodríguez Núñez, A., & Romera Rivero, M. M. (2009). Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. *Anales de Pediatría*, 71(4), 310–313. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.06.023>

Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001069.pub5>

Valero, L., & Calvo, N. (2017). Analgesia no farmacológica para disminuir el dolor en niños ante procedimientos dolorosos - Publicaciones Científicas. *Triage Enfermería Ciudad Real*. Retrieved from [https://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo\\_imprimir.asp?idarticulo=609&accion=](https://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=609&accion=)

GESTÃO DA DOR E ANALGESIA NÃO-FARMACOLÓGICA EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

## RINSAD

A Revista Infância e Saúde (RINSAD), ISSN: 2695-2785, surge da colaboração entre administrações em Portugal, Galiza, Castela e Leão, Extremadura e Andaluzia no âmbito do projecto [Interreg Espanha-Portugal RISCAR](#) e visa divulgar artigos científicos relacionados com a saúde infantil, proporcionando aos investigadores e profissionais da área uma base científica para aprenderem sobre o progresso nas suas respectivas áreas.

O projecto RISCAR é co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Interreg V-A Espanha-Portugal (POCTEP) 2014-2020, com um orçamento total de 649.699 euros.

Revista resultante do projecto [Interreg Espanha - Portugal RISCAR](#) com a [Universidade de Cádiz](#) e o [Departamento de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade de Cádiz](#).

As obras publicadas na revista RINSAD estão licenciadas sob a licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareALike 4.0 International](#) license.