



CLÍNICA

REAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SUBMETIDOS À ANALGESIA TÓPICA LOCAL NA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.

REACCIONES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ANALGESIA TÓPICA LOCAL EN LA PUNCIÓN VENOSA PERIFÉRICA.

***Macedo, E. C., **Batista, G.S., ***La Cava, A. M.**

*Mestranda da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Enfermeira Pediatra do Hospital dos Servidores do Estado/Ministério da Saúde-MS. **Médico. Chefe de Clínica da Enfermaria de Pediatria do Hospital dos Servidores do Estado/MS. ***Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança da EEAP/UNIRIO. Brasil.

Palavras-chave: assistência pediátrica - analgesia - enfermeira.

Palabras clave: cuidado pediátrico - analgesia - enfermera.

RESUMO

O objeto de estudo é a reação do cliente submetido à analgesia tópica local, nos períodos pré, trans e pós-punção venosa periférica. O objetivo é conhecer estas reações e avaliar a eficácia do medicamento. Foi utilizada a abordagem qualitativa e os instrumentos para produção dos dados foram a observação participante e entrevista semi-estruturada. O cenário foi o Hospital Dia Pediátrico do Hospital dos Servidores do Estado. Os sujeitos são 12 clientes de 5 à 18 anos que com seus cuidadores foram informados sobre as etapas do procedimento. Antes da punção 84% dos sujeitos verbalizaram medo do procedimento, 16% demonstraram tranquilidade e disseram não sentir medo. Durante a punção 58% cooperaram, enquanto 42% necessitaram de contenção física pela mãe. Após o procedimento 100% verbalizaram não terem sentido dor. Conclui-se que há eficácia na analgesia, mas que os períodos pré e trans-punção foram traumáticos. O raciocínio indutivo nos fez refletir que há necessidade de avaliarmos os fatores causais que levaram as crianças a sentir medo e necessitarem de contenção física pela mãe, mesmo após receberem as explicações da enfermeira sobre o procedimento.

RESUMEN

El objeto del estudio es la reacción del cliente sometido a analgesia tópica local en el período anterior, durante y después de la punción venosa periférica. El objetivo es conocer estas reacciones y evaluar la eficacia de la medicina. Fue utilizado el método cualitativo y los instrumentos para la producción de los datos fueron la observación participante y la entrevista semiestructurada. El lugar fue el Hospital de Día Pediátrico en el Hospital dos Servidores do Estado. Los sujetos son 12 clientes de 5 a 18 años que con sus cuidadores habían sido informados de las etapas del procedimiento. Antes de la punción, el 84% de los sujetos hablaron que tenían miedo al procedimiento, el 16% había demostrado tranquilidad y había dicho no sentir miedo. Durante la punción el 58% había cooperado, mientras que el 42% había necesitado la contención física por la madre. Después del procedimiento, 100% dijeron no haber sentido dolor. Se concluye que tiene eficacia la analgesia, pero que los períodos pre y trans-punción habían sido traumáticos. El razonamiento inductivo nos ha hecho reflexionar sobre la necesidad de evaluar los factores causales que habían llevado a los niños a la sensación de miedo y a necesitar de la contención física por la madre, incluso después de haber recibido las explicaciones de la enfermera sobre el procedimiento.

INTRODUÇÃO

A punção periférica é uma intervenção constante na enfermagem pediátrica do Hospital dos Servidores do Estado/RJ, visto que as crianças são submetidas a venopunção para terapia medicamentosa e coleta de sangue de forma sistemática. Deste modo, é um desafio para a prática clínica pediátrica minimizar a dor e o desconforto do cliente mediante tal procedimento.

A preocupação com a presente situação foi referida em reunião de serviço, realizada entre as gerências de Enfermagem e médica do Setor de Pediatria do Hospital dos Servidores do Estado/RJ, à qual o Hospital Dia é integrante. Daí surgiu a viabilidade de aplicar o anestésico local tópico precedendo as intervenções dolorosas, o que motivou-nos à elaboração desta investigação.

A Associação Internacional do Estudo da Dor¹ definiu a dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial".

É conhecido que a percepção do estímulo doloroso é individual e sofre influências de padrões culturais, do grau de medo e ansiedade e das experiências dolorosas prévias. A dor poderá desencadear aumento da frequência respiratória e cardíaca, aumento das pressões arterial e intracraniana, diminuição da oxigenação e diminuição da competência imunológica².

Atualmente tem sido utilizada a anestesia tópica para prevenção da dor na prática pediátrica, sobretudo no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos, garantindo o bem-estar da clientela, bem como maior taxa de sucesso com menor incidência de intercorrências durante a sua realização³. Preconizamos que a utilização da analgesia tópica deve ser parte relevante na assistência integral à criança e adolescente hospitalizados.

O EMLA (Eutetic Mixture of Local Anesthetics) é uma mistura de anestésicos locais (lidocaína a 2,5% e prilocaína a 2,5%,) para aplicação na pele intacta com curativo oclusivo, no mínimo 60 minutos antes da punção venosa. Seu início de ação ocorre cerca de 1 hora após a aplicação tópica e seu efeito tem vida média de 1 a 2 horas. A sua aplicação é feita na dose de 2g/10cm², através de um curativo oclusivo. Não deve ser aplicado sobre mucosas ou em áreas da pele com soluções de continuidade. A área máxima aplicada recomendada varia com o peso da criança e pode ser vista na tabela 1⁴.

A utilização do EMLA deverá ser cuidadosa em clientes com doença hepática, deficiência de glicose-6-td, ou em uso de drogas que possam induzir a metahemoglobinemia (sulfas, paracetamol, benzocaína, cloroquina, dapsona, nitrofurantoína, nitroglicerina, nitroprussiato, fenobarbital, dantoína). A dose de EMLA deverá ser reduzida em clientes com alteração da função renal ou hepática.

As contra - indicações, além de hipersensibilidade aos componentes da fórmula e portadores de metaglobulinemia congênita ou adquirida, são para crianças com menos de 1 mês de vida e crianças com menos de 1 ano de vida em uso de drogas com potencial para induzir metahemoglobinemia.

Embora a literatura comprove a eficácia do produto^{3, 5, 6}, tal prática ainda não está instituída neste hospital. Soma-se ao fato, questões como o tempo de espera que o anestésico requer para que surta o efeito desejado e a utilização exclusiva de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor.

Em decorrência do exposto, foram elaboradas as seguintes **questões norteadoras**:

- Que manifestações comportamental e emocional estão presentes no cliente pediátrico submetido à administração do anestésico local, no pré, trans e pós-punção venosa periférica?
- Qual a eficácia da administração do anestésico local na minimização dos efeitos dolorosos durante a punção venosa?

Esta investigação tem como **objeto de estudo** as reações do cliente submetido à analgesia tópica local, nos períodos pré, trans e pós-punção venosa periférica. Os **objetivos** são conhecer estas reações e avaliar a eficácia do anestésico.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O estudo justifica-se pela necessidade de contribuir para a sistematização da assistência voltada para o manejo da dor em pediatria, mais especificamente acerca da prevenção, visto que a punção venosa é o procedimento mais comumente realizado nas unidades hospitalares, como também aquele que gera maior nível de estresse na criança e sua família. Logo, receber estratégias para o alívio da dor é um direito de todo o cliente pediátrico e um cuidado imprescindível nas ações da equipe de saúde, em particular de Enfermagem.

Deste modo, pretendemos objetivar a ênfase no cuidado à criança e adolescente enfermos, buscando a resignificação da prática de pediátrica mediatizada por uma tecnologia terapêutica. Além do que, buscamos oferecer subsídios para a implementação de uma rotina assistencial que contribua para a minimização dos danos intercorrentes da hospitalização e para a promoção de conforto ao cliente em processo de crescimento e

desenvolvimento.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, já que esta responde a questões muito particulares⁷.

Os instrumentos para a produção dos dados foram a entrevista e a observação participante. Esta última como uma possibilidade de se captar fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas⁸.

Para iniciar a produção dos dados, seguimos o seguinte protocolo:

Antes da punção venosa periférica:

1º - Conversar com a criança ou adolescente e família, explicando tudo que irá acontecer detalhadamente.

2º - Aplicação do anestésico obedecendo às seguintes recomendações:

♦ **Tabela 1 – Área máxima aplicada com EMLA (pele intacta)**

Peso da criança (Kg)	Área máxima aplicada (cm ²)
<10	100
10-20	600
>20	2000

3º - Colocação do oclusivo por 1 hora.

4º - Retirada do oclusivo e limpeza do resíduo do anestésico.

5º - Avaliação do choro, movimento, agitação, postura e verbalização.

A punção venosa propriamente dita:

6º - Avaliação do choro, movimento, agitação, postura e verbalização.

Após a punção venosa:

7º - Estimulo a verbalização da criança sobre sua sensação durante o procedimento.

8º - Avaliação do choro, movimento, agitação, postura e verbalização pós-punção.

Os sujeitos foram 12 crianças e adolescentes de 5 a 18 anos, assistidos no Hospital Dia Pediátrico, pertencente à enfermaria pediátrica do Hospital dos Servidores do Estado, submetidos a venopunção periférica. Todos tiveram mais de uma experiência prévia com procedimentos invasivos, e nunca receberam anestésico local pré - punção.

Atendendo à Resolução CNS 196/96, que trata da Pesquisa com Seres Humanos⁹, o cuidador e o cliente foram informados sobre todas as etapas da pesquisa, seus benefícios e

para participação na pesquisa.

DISCUTINDO A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DO ESTÍMULO DOLOROSO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

A dor surge a partir de uma lesão tecidual, devido a estímulos mecânicos, térmicos e químicos e é transmitida ao SNC através de nociceptores periféricos localizados na pele e vísceras. Após a ocorrência da lesão tecidual e a conseqüente sensação dolorosa, o indivíduo manifesta uma resposta sistêmica, que pode provocar aumento da glicemia, do ritmo metabólico, da frequência e do débito cardíacos; a diminuição da função gástrica e intestinal e alteração na função imune.

No que diz respeito ao metabolismo protéico, leva o paciente a um processo consumptivo, podendo chegar até à desnutrição, na dependência da duração do estímulo nocivo e da dor decorrente deste estímulo. Causa uma diminuição da produção de anticorpos, predispondo ao desenvolvimento de infecções. Pode ocorrer aumento da resistência vascular periférica, com conseqüente aumento da pós-carga e maior trabalho cardíaco, levando a maior consumo de oxigênio pelo miocárdio².

A punção venosa periférica é um procedimento considerado doloroso e que certamente pode ativar a liberação de hormônios do estresse, levando ao medo, pânico e outras reações. Outrossim, a criança hospitalizada prescinde de tal conduta, principalmente nos primeiros dias que sucedem a internação. Sendo a equipe de enfermagem responsável pela instalação e manutenção do acesso venoso, faz-se necessário que sejam implementadas ações que minimizem ou eliminem as reações já descritas.

Dentre estas ações, consideramos como prioridade que o cliente pediátrico e sua família sejam adequadamente preparados para o procedimento, ou seja, que lhes sejam dadas as informações técnicas sobre a conduta, que incluam desde a necessidade de sua realização até o material a ser utilizado. Também, em nossa prática cotidiana temos utilizado estratégias não farmacológicas para controle e alívio da dor, como estimulação cutânea, técnicas de distração, e uso de atividades lúdicas.

Considerando que cada indivíduo tem um limiar para suportar a dor e na tentativa de reduzir as reações provocadas pelo estímulo doloroso, temos também utilizado o anestésico local e consideramos que este deve contribuir para a minimização das sensações de desconforto de nossa clientela.

Em nossa unidade contamos com uma sala específica para a realização de procedimentos, onde dispomos de um ambiente terapêutico, bem como de recursos básicos necessários para o conforto e segurança da criança-família e equipe de saúde. É indispensável dizer que estimular a participação da cuidadora, solicitando seu apoio e colaboração, é uma condição fundamental em todo processo, visto que além de fortalecer o vínculo mãe-filho, geram uma relação de confiança no relacionamento destes com a equipe.

AValiação DA DOR EM PEDIATRIA

Dispomos para a avaliação do evento doloroso, de métodos qualitativos comportamentais, parâmetros clínicos e ainda de métodos quantitativos. A dor precisa ser avaliada e tratada de forma confiável e válida¹⁰. De acordo com nosso ponto de vista, acrescentamos a segurança na viabilização de uma conduta adequada para cada situação particular.

A dificuldade na avaliação da dor no paciente pediátrico é maior quanto menor for sua idade. O escolar é capaz de expressar verbalmente sua experiência dolorosa, até mesmo quantificando-a. Já no lactente e recém nascido (RN), a avaliação depende de uma observação atenta e sensível de quem lhe presta assistência.

Uma grande variedade de estratégias para avaliação da dor pode ser utilizada sendo que cada modo de avaliação fornece informações qualitativas e quantitativas a respeito da dor. Não existe um método de avaliação da dor adequado para todas as crianças¹¹. A seleção de uma escala ou escore de avaliação deve ser feita de acordo com as condições do cliente, a idade, sexo, nível cognitivo, cultura, dentre outros.

A escala visual analógica vem sendo empregada em ambientes clínicos por sua rapidez e fácil aplicabilidade¹². Mas o relato da criança é o indicador mais simples e confiável da existência e da intensidade da dor. A avaliação, pelo profissional, do choro, movimento, agitação e postura poderá definir a intensidade da dor. Medidas terapêuticas para reduzi-la deverão ser tomadas.

REAÇÕES DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE SUBMETIDOS À ANALGESIA TÓPICA LOCAL

Foi realizado o procedimento com doze clientes, sendo que 58,3% com idade entre 5 e 7 anos; 25% entre 8 e 10 anos; 8,3% entre 11 e 13 anos e 8,3% com 18 anos.

O período pré-punção e o medo da dor

Antes da punção 84% dos sujeitos verbalizaram medo do procedimento, 16% demonstraram tranquilidade e disseram não sentir medo.

A reação mais comumente apresentada é o medo, ainda que se fale sobre o creme (anestésico). Algumas crianças explicitam este sentimento com palavras, outras recusam o toque, e algumas ainda solicitam que o procedimento seja breve ou lento.

Surgem expressões como: “Vai doer?” - “Tia estou com medo!” - “Não quero!” - “Vai devagarinho!” - “Rápido tia!”.

A minoria relata ausência de medo e, deste modo, demonstram coerência, mantendo-se firmes, sem esboçarem qualquer movimento, colaborando com o procedimento. Este comportamento é mais comum entre os adolescentes.

O período per-punção: a cooperação do cliente mediante o suporte da cuidadora

Durante a punção, 58% cooperaram enquanto 42% resistiram ao tratamento, necessitando inclusive de restrição física pela mãe.

Há aqueles que fecham os olhos para não verem e os que fazem questão de enxergar tudo acompanhando cada etapa do procedimento. O choro demonstra a capacidade de autocontrole para alguns clientes quando verbalizam: “Deixa eu chorar, só não pode mexer, né?”. Na prática muitos choram, mas poucos se mexem.

Neste momento o cuidador é o suporte com quem o cliente pediátrico mais conta: “Fica comigo!” - “Me aperta!” - “Não deixa, mãe!” - são expressões que acompanham o difícil momento para a criança ou adolescente, independente do anestésico local.

O período pós-punção: “Nem senti”.

Após o procedimento quando questionadas sobre a presença ou não de dor, 100% dos clientes verbalizaram não terem sentido dor.

Expressões de alívio foram apresentadas: “Acabou!” - “Não doeu nada!” - “Nem senti!”.

Um pré-escolar demonstrou não verbalmente, movimentando a cabeça, que não sentiu dor, enquanto as lágrimas ainda escorriam pelo rosto.

Alegria pelo término, surpresa pela ausência de dor e mágoa por ter passado mais uma vez pelo sofrimento, foram os sentimentos identificados nas crianças e adolescentes que necessitaram de procedimentos dolorosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que há eficácia na analgesia, mas que os períodos pré e trans-punção foram traumáticos. O raciocínio indutivo nos fez refletir que há necessidade de avaliarmos os fatores causais que levaram as crianças a sentir medo e necessitarem de contenção física pela mãe, mesmo após receberem as explicações da enfermeira sobre o procedimento.

As impressões dos cuidadores demonstraram expectativas atendidas quanto a atenuação da dor de seus filhos durante a punção venosa. A maioria pediu para que o anestésico local fosse sempre utilizado.

Apreendemos que as reações emocionais (medo, ansiedade, mágoa, etc.) persistem mesmo na ausência da dor.

Pelo fato de terem sido colhidos dados à partir de uma experiência única do cliente com a aplicação do anestésico local, acreditamos que com sua utilização sistemática, acrescida ao uso de estratégias de preparo adequadas, obteremos uma melhor resposta de nossos clientes. Espera-se que deste modo possamos minimizar as reações de estresse advindas com a expectativa e a realização da punção venosa periférica.

**APÊNDICE A - Roteiro de observação das reações antes, durante e após o procedimento quanto a:
medo, choro, movimentação, postura e verbalização.**

**APÊNDICE B – Entrevista
ANTES DO PROCEDIMENTO:
Você tem medo de ser puncionado?**

**APÓS O PROCEDIMENTO:
Você sentiu dor?**

REFERÊNCIAS

1. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP pain terminology. Available from: <http://www.halcyon.com/iasp/terms-p.html>.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. SBED. Fatores da dor. <http://www.dor.org.br/dor-fatores.asp>.
3. UDELSMANN AB et al. Estudo comparativo entre a inalação de óxido nitroso e a aplicação da mistura eutética de anestésicos locais na prevenção da dor da punção venosa em anestesia pediátrica. Revista Brasileira de Anestesiologia, 47(6): 497-501 nov-dez. 1997.
4. MODELO DE BULA ASTRAZENECA. <http://www.astrazeneca.com.br/azws/azws006/upload/home/bulas/emlacreme.doc>.
5. OKADA M et al. Dor em Pediatria. Revista Médica, 80: Ed.esp.pt. 1: 135-56. São Paulo, 2001
6. LAGO P et al. Analgesia e sedação em situações de emergência em unidades de tratamento intensivo pediátrico. Jornal de Pediatria. vol.79, supl. 2. Porto Alegre, nov. 2003.
7. MINAYO MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, 80p.
8. NETO OC. O Trabalho de Campo como descoberta e criação, p.59. In OKADA M et al. Dor em Pediatria. Revista Médica, 80: Ed.esp.pt. 1: 135-56. São Paulo, 2001.
9. BRASIL MS. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Resolução nº196/96. Brasília, 1996
10. SOUSA FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem, maio/jun. 2002. vol.10, no. 3, p.446-447. ISSN 0104-1169.
11. MCGRATH PA. Pain in the pediatric patient: practical aspects of assessment. Pediatric Ann 1995, 24:126-38.
12. WHALEY L WONG DL. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ªed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1999

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia