

Pain-related evaluation and interventions in children in the anesthetic care unit*

Avaliação e intervenções relacionadas à dor em crianças na sala de recuperação anestésica

Ana Carolina Corbanezi Mendes Sancho¹, Rachel de Carvalho²

* Recebido da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). São Paulo, SP.

• Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Children in the post-operative period may have acute pain of variable intensity, and it is up to nurses and physicians to evaluate and treat pain, helping children to live this situation in the least traumatic way. This study aimed at evaluating the incidence of pain and the change in vital parameters of preschoolers in the immediate postoperative period of general surgeries, in addition to identifying prescribed and administered analgesics to treat pain during their stay in the anesthetic care unit (ACU).

METHOD: This was a field, descriptive-exploratory, prospective and quantitative research carried out with 32 children submitted to general surgeries and admitted to the ACU of a private hospital in São Paulo.

RESULTS: Most patients were males, with predominant age of 4 years. Most common surgeries were adenotonsillectomy, postectomy and adenoidectomy under general anesthesia and most commonly prescribed analgesics were dipirone and paracetamol. Only two children had pain during their ACU stay, being medicated with paracetamol and nalbuphine, with total pain remission.

CONCLUSION: Postoperative pain incidence was low, without significant changes in vital parameters.

Keywords: Anesthetic recovery period, Care unit, Children, Pain measurement, Postoperative pain.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: No período pós-operatório de pacientes pediátricos, pode ocorrer dor aguda de intensidade variável, e cabe aos enfermeiros e médicos avaliar e tratar a dor, ajudando as crianças a vivenciarem esta situação da forma menos traumática possível. Os objetivos deste estudo foram avaliar a incidência de dor e alterações dos parâmetros vitais, em crianças pré-escolares no pós-operatório imediato de cirurgias gerais, identificar os analgésicos prescritos e administrados no tratamento da dor, durante sua permanência na sala de recuperação anestésica (SRA).

MÉTODO: Pesquisa de campo, descritivo-exploratória, prospectiva e quantitativa, com 32 crianças submetidas a cirurgias gerais e internadas na SRA de um hospital particular de São Paulo.

RESULTADOS: A maioria dos pacientes era do gênero masculino, com idade predominante de 4 anos. As cirurgias mais realizadas foram adenoamigdalectomia, postectomia e adenoidectomia, sob anestesia geral e os analgésicos mais prescritos foram dipirone e paracetamol. Apenas duas crianças tiveram dor durante sua permanência na SRA, sendo medicadas com paracetamol e nalbufina, com regressão total da dor.

CONCLUSÃO: A incidência de dor no pós-operatório imediato foi baixa, não havendo alterações significativas nos parâmetros vitais.

Descritores: Criança, Dor pós-operatória, Medição da dor, Período de recuperação da anestesia, Sala de recuperação.

INTRODUÇÃO

No período pós-operatório, os pacientes pediátricos sentem a dor aguda do mesmo modo que os pacientes adultos¹. Os profissionais têm a responsabilidade de avaliar e utilizar estratégias adequadas para o tratamento da dor, ajudando os pacientes pediátricos a vivenciarem esta situação da forma menos traumática possível^{2,3}.

A dor é genuinamente subjetiva e pessoal, caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando na qualidade e na intensidade, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais⁴.

A avaliação da dor aguda envolve sua intensidade, qualidade, duração e influência psicoafetiva, para poder fazer diagnóstico e escolher a terapia mais eficaz para seu controle, evitando desconfortos, agitação e alterações hemodinâmicas e diminuindo o tempo de internação^{1,5}.

O conhecimento e a atuação de toda a equipe de saúde relativa à

1. Enfermeira da Clínica Médico-Cirúrgica do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). São Paulo, SP, Brasil.

2. Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). Diretora de Publicação e Divulgação da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 11 de setembro de 2012.

Aceito para publicação em 04 de janeiro de 2013.

Endereço para correspondência:

Rachel de Carvalho

Av. Prof. Francisco Morato, 4293 - Butantã

01409-001 São Paulo, SP.

Fones (11) 2151-1001 - (11) 99545-9948

E-mails: rachel@einstein.br ou anacarolinasancho@hotmail.com

avaliação e ao controle da dor são fundamentais para a recuperação da criança. Os profissionais da enfermagem conhecem os instrumentos disponíveis para avaliar a dor em crianças⁶, porém existe fragilidade em relação ao controle da dor, que se restringe aos métodos farmacológicos⁷. As escalas mais utilizadas para avaliação da dor em pediatria são a escala comportamental, a escala de faces, a escala analógica visual e a escala numérica^{6,8}.

O controle da dor envolve o uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas. As técnicas farmacológicas podem incluir a prescrição de analgésicos regulares e de resgate, bem como as técnicas não farmacológicas, sempre direcionando o tratamento de acordo com as necessidades de cada paciente, considerando as especificidades do estágio de desenvolvimento em que se encontra^{8,9}.

Devido à importância do enfermeiro na detecção e no tratamento da dor pós-operatória, este estudo se propõe a investigar a ocorrência e as intervenções de enfermagem à criança submetida ao procedimento anestésico-cirúrgico.

Os objetivos foram verificar a incidência de dor e as alterações dos parâmetros vitais, bem como os analgésicos prescritos e os administrados em crianças pré-escolares no período pós-operatório imediato de cirurgias gerais, durante sua permanência na sala de recuperação anestésica (SRA).

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória, prospectiva, com análise quantitativa dos dados, em uma unidade de recuperação pós-anestésica com 20 leitos, que suprem 12 salas cirúrgicas, atendendo, em média, 150 pacientes pediátricos por mês, de um hospital geral, de grande porte, da rede privada, situado no município de São Paulo.

A amostra do estudo foi composta por 32 crianças em idade pré-escolar, ou seja, entre 3 e 6 anos, submetidas a cirurgias gerais e internadas na SRA, que foram incluídas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável. Foram coletados dados relativos à criança, como gênero e idade, bem como tipo de cirurgia, anestesia realizada e tempo de duração de ambas, avaliação da dor e dos sinais vitais a cada 15 minutos, identificação dos analgésicos prescritos e descrição das intervenções não farmacológicas, eventualmente realizadas para aliviar a dor.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística, com cálculo de média, mediana e desvio-padrão para as alterações dos sinais vitais e os escores de dor, sendo apresentados sob a forma de tabelas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (protocolo número CAAE - 0044.0.028.000-2011).

RESULTADOS

A maioria das crianças era do gênero masculino (59,4%), com predomínio da idade de 4 anos (43,8%).

A anestesia mais utilizada foi a geral, sendo também usada a anestesia geral combinada com bloqueio peridural e local. A duração da anestesia variou entre 25 e 200 minutos, com predominância da faixa entre 45 e 60 minutos, seguida de 65 a 80 minutos (Tabela 1).

Tabela 1 – Tipos e tempos de duração da anestesia.

Tipos de Anestésias	n	%
Geral	28	87,5
Geral + peridural	02	6,25
Geral + local	02	6,25
Duração (minutos)		
até 40	05	15,6
41 a 60	09	28,1
61 a 80	07	21,9
81 a 100	03	9,4
101 a 200	08	25,0
Total	32	100,0

As cirurgias com maior prevalência foram a adenoidectomia simples ou associada a outra operação e a postectomia (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipos de cirurgias realizadas.

	n
Postectomia	05
Adenoamigdalectomia	05
Adenoamigdalectomia + turbinoplastia	01
Adenoidectomia	03
Adenoidectomia associada à outra cirurgia	07
Herniorrafia inguinal	03
Herniorrafia umbilical	01
Correção de estrabismo	02
Outras	05
Total	32

A duração das cirurgias variou entre 10 e 170 minutos, com maior prevalência para cirurgias entre 25 e 40 minutos, seguida de cirurgias com duração entre 45 a 60 minutos. (Tabela 3).

Tabela 3 – Duração das cirurgias.

Duração das Cirurgias (min)	n	%
05 a 20	4	12,5
21 a 40	12	37,5
41 a 60	7	21,9
61 a 80	3	9,4
81 a 200	62	18,7
Total	32	100,0

O tempo de permanência na SRA foi de 45 minutos para 31% das crianças e de 40 minutos para 16% delas.

Não ocorreram grandes alterações nos parâmetros vitais avaliados. A média de frequência cardíaca (FC) foi $103,4 \pm 17,9$ bpm, a frequência respiratória (FR) ficou em $20,2 \pm 0,4$ inspirações por minuto, a temperatura (T) foi de $34,7 \pm 0,6^\circ$ C e a saturação de oxigênio (SatO_2) apresentou média de $96,2 \pm 2,3\%$.

Os sinais vitais se mantiveram estáveis durante os 40 a 45 minutos de permanência das crianças na SRA, pois a intensidade da dor foi leve (Tabela 4), uma vez que apenas duas crianças precisaram ser medicadas para dor. Em uma delas, a intensidade da dor era de escore 4, 30 minutos após a admissão na SRA. Esta criança foi medicada com 16 mg de paracetamol por via oral e, aos 45 minutos, estava

Tabela 4 – Tempo de duração das cirurgias.

Tempo na SRA	Dor
Entrada	0,0 ± 0,0
15 min	0,1 ± 0,6
30 min	0,2 ± 0,9
45 min	0,0 ± 0,0

Valores expressos em média ± DP; SRA = sala de recuperação anestésica.

sem dor. No outro paciente, a intensidade da dor era de escore 3, 15 minutos após a admissão na SRA. Este foi medicado com 1 mg de nalbufina por via venosa e, aos 30 minutos, estava sem dor. Seis tipos de analgésicos foram prescritos, sendo que a dipirona foi a mais prescrita (46,43%), seguida pelo paracetamol (39,29%). A maioria das crianças (78,1%) teve um acompanhante, pai ou mãe, durante o período em que permaneceu na SRA, para diminuir o medo e, eventualmente, a dor, sendo considerada uma estratégia não farmacológica. Outra estratégia não farmacológica é a permissão para que a criança leve algum brinquedo que a faça se sentir mais segura, sendo que 21,9% delas levaram um brinquedo para o hospital.

DISCUSSÃO

Ao avaliar a dor na criança, o profissional deve tomar cuidado com crenças errôneas, como a ideia de que elas não sentem a mesma dor que um adulto, ou que não se lembrarão da experiência de dor. Existem trabalhos que mostram a utilização de analgésicos em doses sub terapêuticas em pacientes pediátricos, principalmente nos casos de cirurgias, em que a dor pode ser intensa, pois ocorre em lesão de tecidos e manipulação de estruturas e órgãos^{2,3}. Para qualquer idade, a cirurgia representa uma situação de ansiedade e medo do desconhecido, mas quando se trata de crianças passando por um procedimento cirúrgico, muitas vezes se deixa de lado a necessidade de explicar, de modo simples e claro, o que irá acontecer com ela e, assim, diminuir sua ansiedade e seu medo. Também é imprescindível a prestação de uma assistência eficiente e de qualidade no processo de recuperação, sempre e em quaisquer situações¹⁰.

A maioria dos pacientes deste estudo era do gênero masculino, com idade predominante de 4 anos, semelhante a outro estudo que incluiu crianças submetidas à cirurgias classificadas pelos autores como “simples”, destacando-se correção de hérnias, apendicites e cirurgias urológicas, em que a maioria também foi do gênero masculino². Os anestésicos mais utilizados em crianças são os inalatórios, seguidos pela indução anestésica venosa. A maior parte das cirurgias foi realizada sob anestesia geral, podendo-se considerar que todas as crianças foram submetidas a este tipo de anestesia, porém, em alguns casos, o anestesiológista associou a anestesia geral à peridural ou local¹¹.

A duração da anestesia varia devido ao tempo de duração da operação, do mesmo modo que o nível anestésico varia de acordo com a complexidade e a duração da cirurgia e, como cada organismo reage de modo diferente aos anestésicos, o tempo de duração da anestesia também pode variar, mesmo se tratando de cirurgias do mesmo porte^{3,12}. Neste estudo, houve grande variação no tempo

de anestesia, entre 25 e 200 minutos, sendo a maior incidência no intervalo de 45 a 60 minutos e o tempo de cirurgia variou de 5 a 180 minutos, com maior percentual entre 25 e 40 minutos, uma vez que as cirurgias eram ambulatoriais e de porte I.

Eram procedimentos eletivos, de pequeno porte, com reduzida probabilidade de perda de fluidos e sangue durante o procedimento, resultado esperado, uma vez que o enfoque foi para crianças internadas na SRA do centro cirúrgico ambulatorial de um hospital geral.

Durante a permanência na SRA para o controle dos sinais vitais até a completa recuperação dos efeitos residuais da anestesia, a dor geralmente é o primeiro sintoma referido, podendo ocorrer agitação psicomotora pela sedação residual da anestesia geral.

Neste estudo, a intensidade da dor foi leve, pois apenas duas crianças apresentaram dor, que foi totalmente controlada com a terapêutica medicamentosa.

Estudo que avaliou crianças com episódios de dor após cirurgia evidenciou que o tratamento medicamentoso da dor exige maior atenção, já que alguns analgésicos podem induzir ou agravar eventual depressão respiratória no período pós-operatório imediato.

A escolha dos analgésicos utilizados para o tratamento da dor pós-operatória varia de acordo com a complexidade da cirurgia, a escolha do anestesiológista e do cirurgião, bem como o nível de dor do paciente. O tratamento da dor aguda responde bem aos analgésicos anti-inflamatórios e apresenta menores efeitos colaterais. Neste estudo, os analgésicos mais prescritos foram a dipirona e o paracetamol, que não causam depressão respiratória, seguidos da nalbufina, que, apesar de ser opioide, tem baixo potencial para deprimir centros respiratórios, embora produza certo grau de sedação no paciente¹³.

Outros fatores que contribuíram para a pequena incidência de dor foram o fato de serem cirurgias de menor complexidade, terem recebido analgésicos endovenosos antes de saírem da sala de cirurgia e o uso de anestesia local ou regional, associada à anestesia geral.

Quanto às medidas não farmacológicas, neste estudo destacam-se a presença de um dos pais e de um brinquedo da preferência da criança, em concordância com um estudo⁴ que destaca a necessidade de promover conforto e familiaridade à criança, já que esta se encontra em um lugar desconhecido, com uma situação diferente e estressante, como é o pós-operatório. A calma e o conforto proporcionados pela presença de um dos pais e um brinquedo contribuíram para que elas se acalmassem, pois segurar seu brinquedo favorito trouxe alguma tranquilidade naquele momento difícil.

CONCLUSÃO

A incidência de dor em crianças pré-escolares no período pós-operatório imediato de cirurgias gerais foi baixa, as alterações dos parâmetros vitais não foram significativas, e os analgésicos mais prescritos foram dipirona, paracetamol e nalbufina.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro FA, Carvalho R. Ocorrência de dor no período pós-operatório imediato de crianças submetidas à amigdalectomia. Rev Dor. 2010;11(1):50-4.

2. Tacla MTGM, Hayashida M, Lima AG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2008;6(3):289-95.
3. Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev Latino-am Enferm.* 2003;11(2):215-9.
4. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-am Enferm.* 2002;10(3):446-7.
5. Queiroz FC. Manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(1):87-91.
6. Kanai KY, Fidelis WMZ. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. *Rev Dor.* 2010;11(1):20-7.
7. Silva MS, Pinto MA, Gomes LMX, Barbosa TLA. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. *Rev Dor.* 2011;12(4):314-20.
8. Pereira LV, Souza FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Latino-am Enferm.* 1998;6(3):77-84.
9. Pimenta CAM. Controle da dor no pós-operatório. *Rev Esc Enf USP.* 2001;35(2):180-3.
10. Huerta Edel PN. Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Rev Esc Enf USP.* 1996;30(2):340-53.
11. Tardelli MA, Joaquim EHG, Iwata NM, et al. Anestesia com sevoflurano e halotano em crianças. Estudo comparativo. *Rev Bras Anesthesiol.* 1997;47(1):1-9.
12. Imbelloni LE, Viciara EM, Beato L, et al. Raquianestesia com a mistura enantiomérica de bupivacaína a 0,5% isobárica (S75-R25) em crianças com idades de 1 a 5 anos para cirurgia ambulatorial. *Rev Bras Anesthesiol.* 2002;52(5):652-7.
13. Imbeloni LE, Maia C P. Efeitos cardiopulmonares da nalbufina e morfina como medicação pré-anestésica em pacientes hígidos. *Rev Bras Anesthesiol.* 1986;36(3):203-6.