
Sacarose como analgésico?

Mariana Firmino Daré *

A sacarose é recomendada para o alívio da dor em punções venosas, arteriais, lombares e de calcâneo, inserção de cateter central, aspiração endotraqueal, sondagem, drenagem de tórax, intubação e injeção subcutânea e intramuscular em neonatos, podendo reduzir de um a dois pontos na escala de dor de recém-nascidos a termo e pré-termo. Aqui mesmo no DOL já falamos sobre a eficácia da sacarose no manejo da dor neonatal no editorial de abril de 2009 e no alerta do Boletim: 2 Ano: 2000.

Existem estudos que investigam a efetividade dessa solução adocicada para além do período neonatal. Em uma revisão sistemática de Harrison et al. (2010), concluiu-se que uma dose oral de 2-10ml de sacarose 25-50% ou glicose 30%, 2 minutos antes da vacinação, reduz a intensidade e duração do choro e os escores de dor em crianças entre 1 a 12 meses de idade.

Assim, não há mais dúvidas quanto aos benefícios do uso das soluções adocicadas no alívio da dor decorrente de um único procedimento doloroso e o seu uso nas unidades neonatais vem crescendo consideravelmente, conforme demonstrado no estudo de Johnston et al. (2011), que verificou um aumento de 14,3% no uso das soluções adocicadas do ano de 1997 para 2009, sendo a segunda intervenção mais usada nas unidades neonatais, após os analgésicos, utilizados em 16% dos procedimentos.

No entanto, uma questão que deve ser considerada é o volume de sacarose que os neonatos recebem durante sua internação em unidades neonatais. Segundo Holsti e Grunau (2010), se um bebê com 1 kg fosse submetido a dez procedimentos dolorosos/dia, utilizando 0,5-1,0ml de sacarose 24%, seria o mesmo que ofertar a uma criança de um ano, com 10 Kg, meia lata de refrigerante a base de coca por dia (~42g/355ml). Cabe ressaltar que um estudo francês de Carbajal et al. (2008) encontrou que recém-nascidos (RN) internados em unidades neonatais são submetidos a uma média de 12 procedimentos dolorosos/dia de hospitalização.

No que se refere aos efeitos de doses repetidas de sacarose por um maior período de tempo em recém-nascidos prematuros, uma revisão de Holsti e Grunau (2010) encontrou três estudos, mas em nenhum deles foi relatado efeitos adversos pelo uso repetido da sacarose, no entanto, os autores apontam que o período observado (máximo de 28 dias) foi pequeno diante do tempo em que esses bebês ficam hospitalizados e mesmo não apontando efeitos adversos significativos, um dos estudos encontrou uma associação entre a exposição a mais de 10 doses de sacarose em 24 horas e diminuição da atenção e atividade motora.

Em uma publicação recente, Wilkinson, Savulescu e Slater (2012) abordam algumas dúvidas sobre as propriedades analgésicas da sacarose, pois, segundo os autores, a administração oral dessa solução reduz as manifestações externas de desconforto quando dadas a recém-nascidos antes de procedimentos dolorosos agudos, ou seja, menores escores clínicos de dor e mudança na expressão facial, porém, algumas crianças manifestam respostas corticais sem uma mudança na expressão facial. Isto levanta a possibilidade de que a redução da atividade comportamental pode não indicar analgesia eficaz. Outra questão importante discutida nessa revisão é que um dos efeitos adversos da exposição de recém-nascidos a procedimentos dolorosos é o desenvolvimento da hiperalgesia, que é sensibilidade aumentada para subseqüentes eventos dolorosos, no entanto, as crianças que recebem sacarose não apresentam redução da hiperalgesia, assim como crianças que receberam placebo. Por isso os autores concluem que muitas são as perguntas sem respostas acerca da avaliação e manejo da dor em recém-nascidos para que a sacarose seja a melhor solução.

Pelo exposto, podemos perceber que, apesar do grande número de estudos publicados acerca da efetividade da sacarose como intervenção de manejo da dor

neonatal, a lacuna no conhecimento sobre o mecanismo de ação e efeitos em longo prazo permanece, o que tem sido um aspecto explorado nos estudos em desenvolvimento.

Referências

- Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, Saizou C, Lapillonne A, Granier M, Durand P, Lenclen R, Coursol A, Hubert P, de Saint Blanquat L, Boëlle PY, Annequin D, Cimerman P, Anand KJ, Bréart G.. *Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units*. JAMA. 2008 300(1):60-70.
- Harrison D, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Stevens B. *Analgesic effects of sweet-tasting solutions for infants: current state of equipoise*. Pediatrics. 2010 126(5):894-902.
- Holsti L, Grunau RE. *Considerations for using sucrose to reduce procedural pain in preterm infants*. Pediatrics. 2010 125(5):1042-7.
- Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, Carbajal R, Fillion F. *Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years?* Clin J Pain. 2011 27(3):225-32.
- Wilkinson DJ, Savulescu J, Slater R. *Sugaring the pill: ethics and uncertainties in the use of sucrose for newborn infants*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Jul 1;166(7):629-33.

* Bacharel e Licenciada em Enfermagem