

## Aspectos do Controle da Dor na Criança

M. J. Conceição, TSA<sup>¶</sup>, C. A. Silva Jr., TSA<sup>§</sup> & F. X. Roberge, TSA<sup>ξ</sup>

Conceição M J, Silva Jr. C A, Roberge F X — Pain relief methods in children. Rev Bras Anest, 1985; 35: 4: 311 - 315

Infants and children differ pharmacologically from adults because the progressive maturation of the various systems during development leads to variations in drug action and dosage.

The emotional trauma associated with anesthesia and pain relief method in children has been widely recognized by psychiatrists and pediatricians in the last decades. It is not new that night terror, disobedience, temper tantrums, destructiveness, dependency reactions and increased fears may follow surgical and/or painful procedures.

Most psychological techniques used to diminish the terrors of pain and anesthesia have not been published in the scientific literature, but they form a recognized part of the art of pain management in children and they include the use of stories, music, flavors on the masks and the classic "pretending".

Physiological factors influencing drug action in infants and children affect absorption, distribution, receptor sites, metabolism and excretion of drugs. Albumin levels are lower in the newborn and reach adult numbers within the first year, except in premature babies. These differences would influence protein binding of these drugs predominantly bound to albumin. Displacement of bilirubin from protein sites may be caused by salicylates and sulphadimethoxine, increasing the risk of kernicterus in infants with hyperbilirubinemia. Myelin synthesis is not yet complete in the child's brain resulting in an increased permeability of certain substances into the brain, leading to increased toxicity and prolonged effects.

The vicious cycle of pain must be broken: pain causes change, and change causes stress, and stress causes pain or increases the pain.

Pain alters the person, both physiologically and psychologically. Theories about pain may be worthless unless they are integrated with other knowledges. Children are changing with time and they probably better informed by the strong mass communication ways, nowadays. We live in a child-centered society, and treat our children not rarely as small adults. It is more interesting to know that how child perceives the pain and not the reason. Fear increases the pain, and it has many facets, like a crying face or a mute attitude.

We must be careful not to create stereotypes or make judgments and not to inflict pain when trying to alleviate it.

Key - Words: PAIN: management; SURGERY: pediatric

As crianças diferem de forma substancial dos adultos, entretanto, diferenças importantes não são as mais óbvias. Se no recém-nascido o seu tamanho é a diferença mais gritante, a sua atividade enzimática ainda em desenvolvimento, é uma diferen-

ça entre ele e o adulto mais importante. O reconhecimento das diferenças fisiológicas com relação ao metabolismo e a função de vários órgãos e sistemas é de grande valor prático no tratamento de crianças.

Ainda que tenha havido um grande desenvolvimento na farmacologia pediátrica, proporcionando bases sólidas para a moderna anestesiologia infantil, muito precisa ser aprendido e o campo da patologia pediátrica continua com áreas abertas à pesquisa. Ultimamente um aspecto vem ganhando popularidade: o das diferenças nos fatores psicológicos e psicofisiológicos. mesmo que não tenham surgido conceitos novos nesta área do conhecimento, seu interesse aumenta pela lacuna formada entre o desenvolvimento no campo dos fatores biológicos e o campo dos psicológicos<sup>1</sup>.

¶ *Chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão e Anestesiologista da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, SC*

§ *Professor Assistente de Anestesiologia da Universidade Federal de Santa Catarina*

ξ *Anestesiologista do Hospital Infantil Joana de Gusmão*

*Correspondência para M. J. Conceição  
Rua Secundino Peixoto, 149  
88000 - Florianópolis, SC*

*Recebido em 16 de fevereiro de 1984  
Aceito em 06 de novembro de 1984*

© 1985, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

**I – Diferenças Psicológicas**

Medir diferenças psicológicas ou emocionais, cientificamente, não é tarefa fácil. Normalmente recorremos a padrões pré-determinados como fatores de comparação para os fenômenos observados. A primeira dúvida surge exatamente na aceitação, ou não, destes fatores predeterminados.

Geralmente se aceita que as crianças ao nascerem tem uma resposta emocional mínima, desenvolvendo-se rapidamente a medida do crescimento<sup>1,2</sup>. Por exemplo, entre 1 a 2 anos de idade, o desenvolvimento cognitivo ultrapassa a habilidade de expressão tornando a criança hipersensitiva. Quando a linguagem se desenvolve e aprimora, este estado de coisas é atenuado. Esta fragilidade psicológica, na verdade, pode se prolongar até a idade adulta. A resposta emocional da criança varia desde a explosão súbita, sem controle, até a atitude passiva sem nenhuma reação. Aliás, para alguns autores<sup>1,2,3</sup>, esta falta de alto controle e o metabolismo aumentado, tornam difícil a previsão dos efeitos de sedativos e analgésicos, muitas vezes insuficientes mesmo em doses relativamente elevadas.

A criança em idade pré-escolar, raramente cooperará, apesar de todas as aparências adversas e será mais fácil seduzí-la do que persuadí-la. Nesta faixa etária o uso de "sabores" artificiais lambuzados nas máscaras faciais, brinquedinhos preferidos, estorinhas, favorecem sobremaneira a abordagem destas crianças para a indução da anestesia ou procedimentos terapêuticos.

Um outro conceito bastante difundido e aceito, é o de que as experiências emocionais da infância persistem e calam mais profundamente do que aqueles da idade adulta e podem ter efeitos sérios no desenvolvimento psicológico futuro da criança.

Parece-nos razoável citar alguns aspectos comuns nas lides hospitalares, sempre rotineiros para nós, mas impressionantes para o paciente pediátrico que será também o próprio receptor destas "agressões". (Tabela I).

Tabela I – Aspectos aterrorizantes no contato da criança com o hospital

Dor Física	Desconforto/dor	Emocional
Agulhas	Náuseas	Separação Pais
Feridas Operatórias	Exames Físicos	Odores Ruins
Drenos Tórax	Soluções	Gostos Ruins
Curativos	Sonda Nasogástrica	Sons Angustiantes
Mudança Decúbito	Tubagem Traqueal	Visões
Tração Ortopédica	Aspiração	Insônia

**II – Diferenças na resposta a agentes farmacológicos**

A dura lição aprendida com os erros do passado, é que as dosagens de drogas para crianças, especialmente recém-nascidos, não podem ser calculadas a partir das dosagens dos adultos. Ainda não temos

uma fórmula confiável para a administração de drogas farmacológicas potentes a crianças, de forma a podermos predizer com segurança o comportamento do organismo pediátrico diante do agente farmacológico. Muitas maneiras já foram tentadas utilizando-se o peso, a superfície corporal e até o número de calorías metabolizadas.

As variáveis que determinaram o nível e a duração da concentração de uma droga no plasma são (4):

- 1) - dose e forma da droga
- 2) - absorção
- 3) - distribuição
- 4) - ação específica no receptor
- 5) - biotransformação e excreção

As variáveis, no paciente, que determinam alterações na farmacocinética da droga são (4):

- 1) - idade
- 2) - fatores genéticos
- 3) - doença
- 4) - ambiente

Muitas drogas tem diferentes efeitos nos pacientes de acordo com sua idade<sup>1,3</sup>. Os antibióticos apresentam toxicidade variável no período neonatal e a sensibilidade aos narcóticos é imprevisível na mesma faixa etária<sup>1</sup>. Crianças de 1 a 3 anos são mais susceptíveis à acidose salicítica provocada pelos salicilatos e à hiperplasia gengival provocada pela hidantoína.

A absorção dos agentes inalatórios em recém-nascidos e lactentes é mais rápida do que em adultos. A explicação para o fato é o débito cardíaco aumentado e um aumento no volume dos tecidos ricamente vascularizados<sup>5</sup>. Isto tornará a indução anestésica mais rápida. Porém, a Concentração Alveolar Mínima (CAM) é o dobro se comparada com a dos adultos para o halotano. A dose média efetiva (ED<sub>50</sub>) para o halotano na faixa etária compreendida entre 0 e 6 meses é 1,20%, já para os adultos esta ED<sub>50</sub> é de 0,94%<sup>5</sup>.

A diminuição da concentração das proteínas plasmáticas é significativa nas crianças. Isto oferece uma concentração de droga livre no plasma maior. Os salicilatos, por exemplo, podem deslocar a bilirrubina de suas ligações proteicas e causar um aumento da bilirrubina livre com impregnação letal do Sistema Nervoso Central. Esta menor concentração de proteínas plasmáticas pode ser a explicação para a maior sensibilidade aos níveis tóxicos de anestésicos locais entre recém-nascidos e lactentes se comparados a pacientes adultos<sup>5</sup>.

O conceito da vagotomia fisiológica do recém-nascido, parece encontrar cada vez menos adeptos. Os recém-nascidos e lactentes, apresentam respostas vagais perfeitamente demonstráveis. A bradicardia que acompanha a succinilcolina em níveis pro-

fundos de anestesia pelo halotano pode ser um exemplo, bem como a bradicardia reflexa durante a tubagem traqueal ou a tração da musculatura extrínseca do olho. Estes reflexos podem ser bloqueados eficientemente pela atropina<sup>5</sup>.

Muitas vias metabólicas estão ainda em desenvolvimento na criança. As reações de oxidação, redução e hidrólise são mais lentas quando comparadas à dos adultos. Talvez a hipersensibilidade de crianças menores à morfina, acetanilida e esteróides, esteja relacionada com a deficiência na produção na glicoronil transferase, enzima relacionada com os processos de conjugação<sup>1,5</sup>. Um defeito genético nas enzimas plasmáticas com as pseudocolinesterases, pode resultar em efeitos prolongados e tóxicos de anestésicos locais tipo éster como a procaína e tetracaína. As altas taxas metabólicas das crianças podem tornar as doses habituais de medicamentos ineficientes.

#### IV — O Sistema Nervoso Central (SNC)

A mielinização das fibras nervosas está intimamente ligada à sua funcionalidade. Os tratos motores só terão sua mielinização completa por volta dos 2 a 3 anos<sup>6</sup>. A falta de uma mielinização completa favorece a penetração da droga no cérebro destas crianças, mesmo porque a mielinização cerebral segue mais lentamente completando-se somente na adolescência<sup>6</sup>. Baseados nos estudos feitos em animais, alguns autores<sup>1,5</sup> sugerem que o efeito prolongado e a toxicidade mais alta do fenobarbital e morfina em recém-nascidos, estão relacionados com a falta de mielinização favorecendo a maior penetração destas drogas no cérebro. Em virtude destes fatos, barbitúricos e morfina não devem ser usados em recém-nascidos e lactentes até 6 meses de idade e em crianças até 2 anos recomenda-se uma redução nas doses<sup>5</sup>.

A disseminação ascendente das soluções caudais nas crianças até os 12 anos, já que antes da puberdade ainda não se desenvolveu plenamente a resistência anatômica na articulação lombosacra, é mais ampla e até previsível<sup>7</sup>.

Enquanto o Sistema Nervoso Autônomo é bem desenvolvido, funcionalmente o SNC da criança apresenta uma variação muito grande no controle das funções vitais como a respiração, a atividade muscular e a regulação da temperatura, uma evidência desta característica é a rápida fadiga das respostas nervosas<sup>1</sup>.

#### IV — Como a Criança Percebe a Dor

A dor, causa alterações profundas na pessoa que a sofre. Fisiologicamente, por via nervosa, modifica a pressão arterial, a frequência cardíaca, a marcha, a transpiração etc. Psicologicamente vem o desasocego, a ansiedade, hostilidade, angústia e o desespero. Qualquer que seja o seu grau, a dor causa mudanças, e mudanças geram estresse e o estresse aca-

ba aumentando a dor. Este é o círculo vicioso a ser quebrado. As crianças experimentam a dor com medo, talvez sem conseguir entender o que se passa com elas. As teorias sobre a dor e seus mecanismos fisiológicos são muitas. Mas este conhecimento se torna inútil se não for acompanhado de outros detalhes e um destes é que o comportamento e as características de um indivíduo variam de acordo com as várias etapas do seu desenvolvimento.

É interessante observar que somos uma sociedade centrada na criança. Livros são escritos sobre elas, para elas e até por elas. Não raro, entretanto, tratamos as crianças como adultos em miniatura. As crianças estão mudando. Hoje elas são melhor informadas pela sofisticação e acessibilidade dos meios de comunicação. Elas tem uma consciência das fraquezas e mazelas do ser humano, pelos programas na televisão e as notícias nos jornais. A grande maioria após os 4 anos já não acredita na cegonha ou em Papai-Noel. As crianças podem ser diferentes cultural, econômica e socialmente. Podem ser de diferentes credos e raças, mas mesmo assim conservam certos pontos que lhes são comuns dentro da mesma faixa etária. É isto é importante no planejamento do cuidado da criança que tem dor Segundo Schultz<sup>8</sup>, é mais interessante se saber como as crianças em determinada faixa etária sentem a dor, e não porque reagem desta ou daquela maneira, chegando-se assim mais próximo de entender os medos, fantasias, culpas e iras que as crianças experimentam quando mudanças inexplicáveis ocorrem, em nosso caso, a dor.

O medo aumenta a dor. Ele pode ser sugerido por lágrimas e atitudes hostis, ou por uma atitude extremamente quieta, de mutismo total e recusa da alimentação mesmo com fome. O medo se intensifica com a hospitalização e, é universal para qualquer injúria física. Muitas vezes pequenos ferimentos podem suscitar reações desproporcionais de estresse e medo. Não podemos cometer o erro de supermedicar estas crianças acreditando que sua dor é insuportável, mas também não podemos cair no outro extremo ignorando-as sob a alegação de estarem exagerando e fazendo "barulho" por coisa à-toa. Precisamos entender que este comportamento é normal, escutar e reavaliar estas crianças, porque o medo e a dor são reais.

Nossos métodos de alívio da dor e da ansiedade, como as injeções pré-anestésicas e analgésicas, podem muitas vezes serem mais dolorosas e aterrorizantes do que a própria dor. A escolha da via oral ou retal, nestas ocasiões deve ser pensada. Em crianças com peso inferior a 20 kg, em nossa experiência<sup>9</sup> o tiopental sódico por via retal tem se mostrado um bom método de sedação e/ou pré-medicação, administrado alguns minutos antes da indução anestésica. A droga, por esta via de adminis-

tração, promove uma boa narcose, permitindo a manipulação pré-cirúrgica (punção de veia, monitorização, colocação de máscaras) sem que a criança tenha conhecimento destes procedimentos. A via oral é utilizada por outros autores, para a administração de medicação pré-anestésica evitando-se picadas<sup>10</sup>.

A indução inalatória nem sempre é um método livre de traumas. A colocação "à força" da máscara sobre a face da criança, provoca sensação de asfixia e se torna fácil imaginar o terror virtual de três ou quatro pessoas segurando um paciente se debatendo desesperadamente para se libertar. Uma criança cuja anestesia foi induzida desta forma, em uma segunda oportunidade, jamais aceitará a máscara. A indução inalatória deve ser procedida pelo próprio paciente segurando a máscara, depois de ter sido orientado sobre o que vai ocorrer. O uso de "sabores" artificiais lambuzados nas máscaras ajuda o procedimento. Nos recém-nascidos, obviamente, esta preparação é impossível, mesmo assim, as máscaras podem ser colocadas gentilmente sobre a face destes pequenos pacientes, acariciando-os e evitando-se que chorem durante o procedimento. Conversar com as crianças durante a indução inalatória, sem importar muito o que se está dizendo, mas como se está dizendo, ajuda a criar um elo de con-

fiança entre o anestesista e o paciente, principalmente, se já houve um contato prévio na visita pré-anestésica.

Algumas crianças sentem a dor como um impedimento para suas vontades e necessidades, além do trauma físico e psicológico<sup>8</sup>. A dor nestes casos significa o fato de não poder se divertir, correr, jogar bola.

Não podemos criar estereótipos ou fazer pré-julgamentos ao lidarmos com uma criança com dor. Precisamos cuidar para que os métodos usados para aliviar a dor não passem a infligi-la em escala maior.

Qualquer doença desequilibra a relação pai-filho. A criança, fonte de prazer, torna-se fonte de angústia, irritação e de culpa, quando doente. A mãe, além do tratamento adequado espera a confirmação de que é uma boa mãe e a doença não é sua culpa.

É importante não se iludir quanto ao fato das crianças calmas e bem preparadas para enfrentar o hospital não estarem assustadas. Elas estão. Apenas por causa da preparação, vão se comportar com coragem e sentindo-se seguras. Esta confiança não pode ser traída. Conte tudo o que vai acontecer. Os traumas serão bem menores nestes casos e, talvez até melhore sua própria auto-confiança para o futuro<sup>11</sup>.

Conceição M J, Silva Jr. C A, Roberge F X — Aspectos do controle da dor na criança. Rev Bras Anest, 1985; 35: 4: 311 - 315

As crianças diferem dos adultos, mas mesmo assim, ainda são algumas vezes tratadas como adultos em miniaturas. A farmacocinética na população pediátrica tem uma série de diferenças que afetam os efeitos clínicos das drogas farmacologicamente ativas.

A Sistema Nervoso Central apresenta mielinização incompleta afetando, e até mesmo tornando imprevisíveis, os efeitos de determinadas drogas.

A abordagem da criança com dor deve partir da pergunta: como a criança sente a dor? E não por que ela se comporta desta ou daquela maneira. De acordo com as várias etapas do seu desenvolvimento o indivíduo apresenta diferentes reações diante da dor.

Estes são os tópicos analisados neste trabalho.

Unitermos: CIRURGIA: pediátrica; DOR: tratamento

Conceição M J, Silva Jr. C A, Roberge F X — Aspectos del control dolor en niños. Rev Bras Anest, 1985, 35: 4: 311 - 315

Los niños difieren de los adultos, no entanto, así mismo son algunas veces tratados como adultos en miniatura. La farmacocinética en la población pediátrica tiene una serie de diferencias que afectan los efectos clínicos de las drogas farmacológicamente activas.

El Sistema Nervioso Central presenta mielinización incompleta afectando hasta, y así mismo tornando imprevisibles los efectos de determinadas drogas. El abordage del niño con dolor debe partir de la pregunta: como el niño siente el dolor? Y no por qué ella se comporta de esta o aquella forma. De acuerdo con las varias etapas de su desenvolvimiento, el individuo presenta diferentes reacciones delante del dolor.

Estos son los tópicos analisados en este trabajo.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith R M — Anesthesia for Infants and Children. 4<sup>o</sup>ed. St. Louis CV Mobby Company, 1980; 3 - 7.
2. Stward D J — Manual of Pediatric Anesthesia. New York, Churchill Livigstone, 1979; 1 - 8.

3. Davenport H I – Paediatric Anesthesia, 2ª ed. Rotterdam Willian Heine mann Medical Books Ltd., 1976; 2 - 40.
4. Fingl E, Woodbury D M – Principios Gerais, em As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Goodman L S e Gilman A, 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1973; 1 - 33.
5. Brown T C K – Paediatric Pharmacology. Anesth Int Care, 1973; 1: 473 - 479.
6. Erhart E A – Neuroanatomia. 4ª ed., São Paulo, Atheneu Editora, 1968; 379 - 399.
7. Steimberg-Schulte O, Raahlf V W – Spread of extradural analgesia following causal injection in children. Br J Anaesth, 1977; 49: 1027 - 1034.
8. Schultz N V – How children perceive pain, em Pain. Weisemberg M, St. Louis, CV Mosby Co, 1975; 105 - 110.
9. Silva Jr. C A, Conceição M J – Indução com tiopental sódico retal em crianças. Rev Bras Anest, 1983; 33: 153.
10. Ursolino G L, Mele R R, Cunto J J, Biagini J A – Medicação Pré-anestésica em pediatria. Rev Bras Anest, 1976; 26: 318 - 331.
11. Jackson K – Psychologic preparation as a method of reducing the emotional trauma of Anesthesia in children. Anesth. Analg, 1951: 32: 293 - 300.

## Resumo de Literatura

### ETOMIDATO INIBE A FUNÇÃO ADRENORTICAL EM PACIENTES CIRÚRGICOS

*Foi estudada a função adrenocortical no pós-operatório em três grupos de pacientes: 1) indução com tiopental e manutenção da anestesia com tiopental + óxido nítrico (grupo controle); 2) indução com etomidato e manutenção com etomidato + óxido nítrico; 3) indução com etomidato e manutenção com tiopental + óxido nítrico. Os níveis plasmáticos de noradrenalina não diferiram significativamente entre os grupos. A resposta do cortisol plasmático à estimulação com ACTH no pós-operatório foi normal no grupo controle e baixa em todos os pacientes que receberam etomidato, seja por administração única (grupo 3) seja por infusão contínua (grupo 2). Da mesma maneira, no pós-operatório os níveis de aldosterona em resposta ao ACTH foram normais no grupo controle e baixos nos grupos 2 e 3. Como o ACTH em questão foi exógeno, parece que a supressão da resposta adrenocortical induzida pelo etomidato constitui um efeito direto sobre a glândula adrenal, presente mesmo quando os níveis séricos de etomidato estão em escala sub-hipnótica. Os autores concluem que pode ser necessária a suplementação com corticosteróides em pacientes que, tendo recebido etomidato, desenvolvem um estresse inesperado no pós-operatório.*

*(Wagner R L, White P F – Etomidate inhibits adrenocortical function in surgical patients. Anesthesiology, 1984; 61: 647 - 651).*

**COMENTÁRIO:** *As primeiras notícias sobre depressão da função adrenocortical pelo etomidato tiveram origem num relato de autores escoceses sobre aumento da mortalidade em pacientes de UTI mantidos sob infusão contínua com este anestésico, relativamente a outros pacientes da mesma classe mantidos sob infusão contínua com tiopental. A partir daí os estudos se sucederam e sabe-se hoje que o etomidato bloqueia passos bioquímicos da síntese de cortisol e de aldosterona no córtex adrenal. Este efeito pode ter importância clínica, especialmente em pacientes críticos, que dependem de um débito adequado de corticosteróides para manter suas funções cardiovasculares dentro dos limites da normalidade (J R Nocite).*

## ANTICOLINESTERÁSICOS NO TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

*São relatados três casos de pacientes com dor crônica nos quais se obteve grande alívio ou mesmo abolição da dor com drogas anticolinesterásicas: 1) paciente de 47 anos com dor de origem talâmica, duração de seis anos, subsequente a hemorragia subaracnóidea a partir da rotura de aneurisma de carótida interna; 2) paciente de 50 anos com dor de síndrome ombro-mão, com causalgia (distrofia simpática reflexa); 3) paciente de 61 anos com dor de origem talâmica subsequente e infarto cerebral parietal esquerdo há cinco anos. Os anticolinesterásicos utilizados foram a fisostigmina e a piridostigmina, inicialmente por via venosa e depois por via oral. A neostigmina por ambas as vias também foi utilizada em um paciente. Os resultados foram considerados excelentes, obtendo-se abolição da dor ou diminuição das quantidades de analgésicos necessárias para controlá-la. Observaram-se como efeitos colaterais náuseas, vômitos, cólicas intestinais, de controle relativamente fácil.*

*(Schott G D, Loh L – Anticholinesterase drugs in the treatment of chronic pain. Pain 1984; 20: 201 - 206).*

*COMENTÁRIO: Sabe-se que o sistema nervoso simpático desempenha importante papel em determinados tipos de dor crônica, como os dos pacientes do presente trabalho. O controle simpático da área afetada é anormal, de tal modo que a dor pode ser aliviada pelo bloqueio simpático. Os autores propõem um novo tratamento: ao invés do bloqueio simpático (que nem sempre dá bons resultados), administrar drogas que aumentem o fluxo de impulsos parassimpáticos, como os anticolinesterásicos. A julgar pelos resultados apresentados, o método é promissor desde que se faça a seleção correta de pacientes com dor crônica onde haja envolvimento do sistema nervoso simpático. A casuística necessita ser aumentada antes de se fazer melhor juízo do método. (J R Nocite).*

## Títulos de Artigos

Prezado Senhor Editor:

Estive revendo artigos da RBA e encontrei mais um que se popõe a ser original, e na verdade não tem nada de novo<sup>1</sup>.

Parece-me que existe entre nós o micróbio da originalidade e por qualquer coisa os títulos exibem as palavras "Nossa Técnica"<sup>1</sup> ou "Novo Artíficio"<sup>3</sup>.

Nossos autores precisam fazer pesquisa bibliográfica mais intensa<sup>2</sup> antes de se outorgarem a autoria de alguma técnica ou conduta<sup>1,3</sup>. Além disso, é mais elegante descrever qualquer novidade sem muita pretensão. O batismo da técnica fica por conta de leitores e autores, que ao fazerem referência, a relacionarão com o autor da publicação mais antiga.

Winnie<sup>4,5</sup> nunca atribuiu a si a autoria de nenhuma técnica. Apenas descreveu o que fez. Nós é que nos referimos a "Técnica de Winnie" numa homenagem a quem divulgou tanta coisa importante<sup>4,5</sup> ou idealizou sem alardes uma conduta para imobilizar agulhas na realização de bloqueios<sup>4</sup>.

A proposta de "Nossa Técnica"<sup>1</sup> é improvisar, segundo suas possibilidades, um equipamento a partir da borracha usada como garrote para puncionar veias, com a finalidade de substituir a preço mais conveniente os alongamentos descartáveis. No entanto a técnica descrita é a mesma proposta por Winnie<sup>4,5,6</sup>. Até mesmo quando "se coloca em po-

sição, sentado ao lado do paciente" pois mesmo sem fazer referência a este detalhe, todos nós sabemos que Winnie trabalha sentado.

Para evitar estas falhas, chamo a atenção da Comissão Editorial, a qual pertencço, para orientar os autores e evitar esses títulos ou conteúdos que expõem a Revista Brasileira de Anestesiologia e os anesthesiologistas brasileiros à crítica internacional, já que nossa revista é atualmente lida por quase toda a América Latina e vários de nossos autores são citados em livros internacionais, demonstrando sua penetração e a qualidade dos artigos publicados.

M. A. Gouveia, TSA  
Visconde de Pirajá, 379/404  
22410 - Rio de Janeiro, RJ

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro A B — Bloqueio Interescalênico dos Plexos Cervical e Braquial. *Nossa Técnica de Punção*. Rev Bras Anest, 1982; 32: 119 - 121.
2. Gouveia M A — Introdução de Sonda Naso Gástrica. *Novo Artíficio* (carta). Rev Bras Anest, 1984; 34: 444.
3. Kalutau P B R, Freire R S, Fascio M N C — Introdução de Sonda Naso -Gástrica. *Novo Artíficio*. Rev Bras Anest, 1984; 34: 254 - 255.
4. Winnie A P — An Imobile Needle For Nerve Blocks. *Anesthesiology*, 1969; 31: 577 - 578.
5. Winnie A P — Interescalene Brachial Plexus Block. *Anesth Analg* 1970; 49: 455 - 466.
6. Winnie A P — Interescalene Cervical Plexus Block. A Single Injection Technic. *Anesth Analg*, 1975; 54: 370 - 375.