

DOR IATROGÉNICA E SUA PREVENÇÃO EM ONCOLOGIA

Ana Catarina Sanches Infante

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria – Unidade de Queimados

Existe pouca informação sobre a dor associada aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Foram realizados numerosos progressos com o objectivo de avaliar e aliviar a dor dos doentes oncológicos e vários estudos reflectem sobre os efeitos iatrogénicos dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. No entanto, nem todas as dores são atribuíveis à doença ou tratamentos. Algumas relacionam-se com os cuidados e procedimentos invasivos, realizados pelos profissionais. É essencial investigar mais o impacto dos nossos cuidados sobre o doente.

PALAVRAS-CHAVE: Dor, Iatrogenia, Oncologia, Qualidade de Vida.

There is little information available on the pain caused during care-giving by health care professionals. Much progress has been made in evaluating and relieving the pain suffered by oncology patients and several studies have been made of the iatrogenic effects of chemotherapy and radiotherapy treatments. However, not all pain can be attributed to the illness or to the treatments. Some pain is caused during care-giving and by invasive procedures performed by health care professionals. It is necessary to examine in greater depth the impact of care-giving on the patient.

KEYWORDS: Pain, Iatrogeny, Oncology, Quality of Life.

Dor iatrogénica

O adjectivo «iatrogénico» deriva do latim «iatro» que significa médico e «genesis» que significa origem. As dores iatrogénicas são aquelas provocadas pelos prestadores de cuidados de saúde, ou seja, correspondem às dores provocadas pelos cuidados, pelos gestos terapêuticos, de diagnóstico e tratamentos,¹ sendo frequentemente associadas à noção de patologia ou de complicação. Qualifica-se de iatrogénico as situações onde o fenómeno observado não é intencional, de frequência aleatória e cuja prevenção não é fácil de realizar, mas possível.²

Em 2003, foi publicado o resultado de um inquérito efectuado pelo Instituto Bergonié (Bordeaux), referindo que os doentes consideram a dor iatrogénica mais intensa que a dor associada a uma cirurgia³ (Figura 1).

Tipos de dor iatrogénica

A dor iatrogénica, como acima foi referido, pode ter diferentes origens.^{1,4}

Dor induzida pelos cuidados: São dores induzidas pelos cuidados básicos, como a mobilização do doente, transferências, cuidados de higiene corporal e dentária, entre outros. O grau de dor varia de acordo com a autonomia do doente e suas necessidades fundamentais.

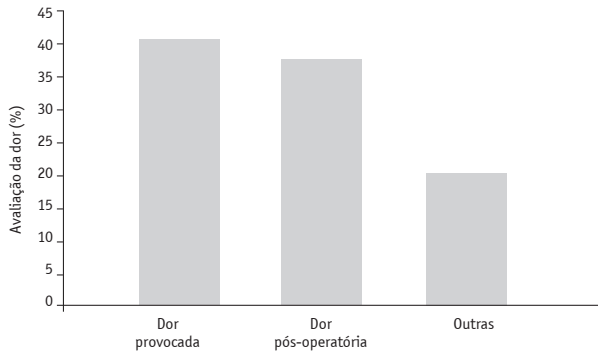


Figura 1: Avaliação da dor provocada pelos cuidados depois das primeiras 24 horas de pós-operatório: resultados do inquérito efectuado pelo Instituto Bergonié, 2003.

Adaptado de Duguey I, et al. Évaluation de la douleur induites par les soins infirmiers - Lors d'un séjour de 24h en soins intensifs. Département Anesthésie-Réanimation de L'Institut Bergonié, 2002. Acesso em 2009: <http://www.bergonie.org>.

Uma das principais causas das dores iatrogénicas, em instituições geriátricas, está relacionada com os cuidados de higiene prestados aos doentes.⁵

Dor provocada por gestos técnicos: São dores provocadas por diferentes técnicas de diagnóstico ou tratamento, como colheitas de sangue, punções venosas, arteriais, lombares, administração de medicação venosa, intramuscular, subcutânea, colocação de sonda naso-gástrica, sonda vesical, realização de pensos, entre outros.

Estas dores agudas podem ser evitadas através de programação dos exames que o doente tem a realizar e da administração de pré-medicação.⁶

Dor das punções: A pele tem a maior densidade de inervação de nociceptores, em média, 200 terminações livres por cm², na maioria fibras C do tipo polimodal.⁷

Este tipo de dor é referenciada como uma dor que não diferente de outros tipos de dor aguda. São exemplo os procedimentos que requerem a penetração da pele e outros tecidos por agulhas ou outros instrumentos com a finalidade de obter amostras ou facilitar a administração de medicação.⁸

A cateterização intravascular representa um dos procedimentos mais comuns a nível hospitalar, expondo, assim, os doentes a diversas complicações⁹, sendo estas a flebite, infecção local e da corrente sanguínea e estão relacionadas com a morbilidade, hospitalizações e aumento dos custos.¹⁰

Uma das armas mais eficazes no tratamento do cancro é a quimioterapia que implica o uso de drogas citotóxicas. A disponibilidade de um acesso venoso adequado é essencial. Em alguns doentes, a cateterização periférica é extremamente difícil, sendo um dos factores de stress físico e psicológico da quimioterapia, pelo que tem que se recorrer a outras técnicas como a cateterização venosa central.¹¹⁻¹³

Dor provocada pelos tratamentos e procedimentos de diagnóstico: Menos de 10% de doentes com cancro têm dores não relacionadas com a sua doença ou tratamentos.¹⁴ Miser *et al.*, demonstraram que a dor associada ao cancro diminuía, ao longo do tratamento do mesmo, mas era substituída pela dor provocada pelo tratamento.¹⁵

Muitos procedimentos de diagnóstico são efectuados frequentemente nos doentes com cancro, primeiramente para detectar a doença e mais tarde para avaliar a sua progressão e resposta à terapêutica. Muitos destes procedimentos são dolorosos, como é o caso das biopsias que se podem complicar com hemorragia, abcessos ou fístulas.¹⁶

Prevenção da dor iatrogénica

Existem vários meios que são acessíveis a todos os que prestam cuidados e que ajudam na prevenção e diminuição da dor (Quadro 1).¹⁷ Todos os pormenores são importantes e constituem meios de luta contra a dor provocada pelos cuidados. Deve-se estabelecer uma relação de cuidado onde a atenção e o humanismo com que se trata o outro podem atenuar a sintomatologia dolorosa.¹⁸

A informação pode funcionar como um efeito placebo no alívio da dor^{4,17} e diminui o stress, aumentando o clima de confiança entre o doente e os profissionais de saúde. Deve-se comunicar algum tempo antes do procedimento para que possa interiorizar essa informação, mas não muito tempo antes para que o doente não fique muito ansioso, nem muito próximo da hora, podendo este sentir-se traído e apanhado de surpresa. A linguagem, o local e a quantidade de informação também devem ser tidas em consideração.¹⁷

Num estudo realizado para avaliar a dor iatrogénica nos doentes oncológicos, verificou-se que os

profissionais de saúde declaram que informam os doentes, ao contrário do que os últimos referem. De igual forma, verificou-se que, no que diz respeito aos sentimentos percebidos pelos médicos e enfermeiros sobre a dor relacionada com a repetição dos procedimentos, para ambos os profissionais de saúde a apreensão é o sentimento expresso pelos doentes mais frequente e a indiferença e a recusa o menos frequente. A resignação é a principal justificação dos doentes para a aceitação da dor associada aos procedimentos invasivos, seguida das vantagens dos cateteres centrais. Esta conformação aos tratamentos deve incutir uma maior responsabilidade aos profissionais de saúde.¹⁹

Também a prescrição de analgésicos e ansiolíticos antes dos cuidados, exames ou tratamentos que irão ser prestados é fundamental e tem que se ter em conta o tempo de acção destes medicamentos. Estudos demonstram que a aplicação de um anestésico tópico minutos antes da punção diminui a dor da mesma bem como os efeitos vagais resultantes.²⁰

Outros aspectos são fundamentais para evitar a dor, como o reagrupamento dos cuidados, a organização e planificação dos mesmos e a escolha do material apropriado. É necessário testar os materiais e escolher aquele que é menos traumatizante.¹⁷

Deve ser dado relevo à avaliação da dor, antes, durante e depois do procedimento através da Escala Numérica ou Escala Visual Analógica (EVA).⁴

É importante, de igual forma, desenvolver competências técnicas, uma vez que a falta de destreza pode provocar dor. É importante aceitar que se falhou e desistir e pedir a colaboração do doente.¹⁷ Constatou-se no estudo acima referido, que tanto os doentes como enfermeiros referem que a repetição das picadas influencia a dor associada aos procedimentos invasivos. No entanto para os doentes este factor vem em segundo lugar, sendo o primeiro lugar atribuído a quem faz os procedimentos.¹⁹ (Figura 2)

As técnicas não invasivas no alívio da dor podem ser adjuvantes no seu controlo, como a massagem, técnicas de respiração, música, humor, hipnose, entre outras.²¹

Questionar as rotinas dos serviços também é oportuno. Não faz sentido, mas muitas vezes é feito,

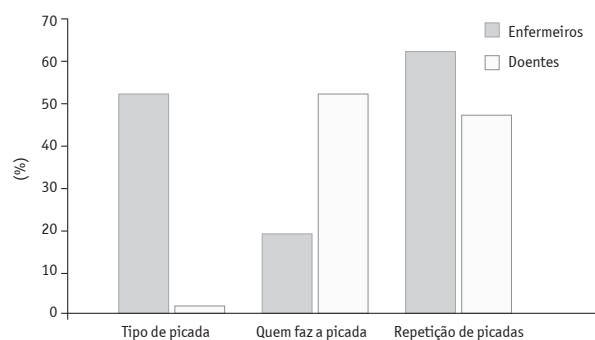


Figura 2: Factores que influenciam a dor dos procedimentos.

acordar um doente para lhe prestar cuidados que não são urgentes.¹⁷

Esta sensibilidade permitirá limitar ou suprimir a dor, utilizando, assim, meios profissionais e técnicos, embora frequentemente considerados apenas de «detalhes».¹⁸

Complicações da dor iatrogénica

As complicações das dores iatrogénicas são as mesmas que na dor em geral.

Quando há dor, são libertadas localmente substâncias endógenas, envolvidas na reacção inflamatória, como prostaglandinas, leucotrienos, ATP, citocinas, bradiquina, serotonina, histamina, substância P, entre outros.²² Se a dor é mantida e não aliviada, entram em acção as hormonas sistémicas do stress (nor-epinefrina, epinefrina, aldosterona, TSH, hormona do crescimento, glucagon) que determinam o aumento da glicemia e restrição à sua utilização pelos tecidos, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, aumento da ansiedade, aumento do consumo oxigénio, aumento da resistência vascular sistémica, diminuição do volume corrente, diminuição da capacidade vital, diminuição da ventilação alveolar, diminuição do fluxo renal, aumento da glicemia capilar, aumento das catecolaminas, atraso no esvaziamento gástrico, diminuição da motilidade intestinal, alteração das funções imunitárias, entre outros.²³

Desta forma, a dor não tratada pode impedir a cicatrização, favorecer a infecção e prolongar a hospitalização.

Quadro 1. Medidas para alívio da dor iatrogénica.

Dar atenção aos pormenores
• Informar o doente sobre o procedimento
• Prescrever ansiolíticos e analgésicos antes dos cuidados
• Organizar e planificar os cuidados
• Escolher o material apropriado
• Ter competências técnicas para a realização do cuidado
• Usar técnicas não invasivas como o toque, massagem, distração
• Avaliar a dor antes, durante e após os procedimentos
• Ter atenção ao ambiente
• Observar o doente durante a realização do procedimento (comunicação não verbal/expressões faciais)
• Satisfazer as necessidades humanas básicas antes do cuidado
• Escutar o que diz o doente sobre as suas experiências anteriores
• Quando o doente não puder falar, deve-se combinar com este uma forma gestual de comunicação

Questionar as rotinas do Serviço

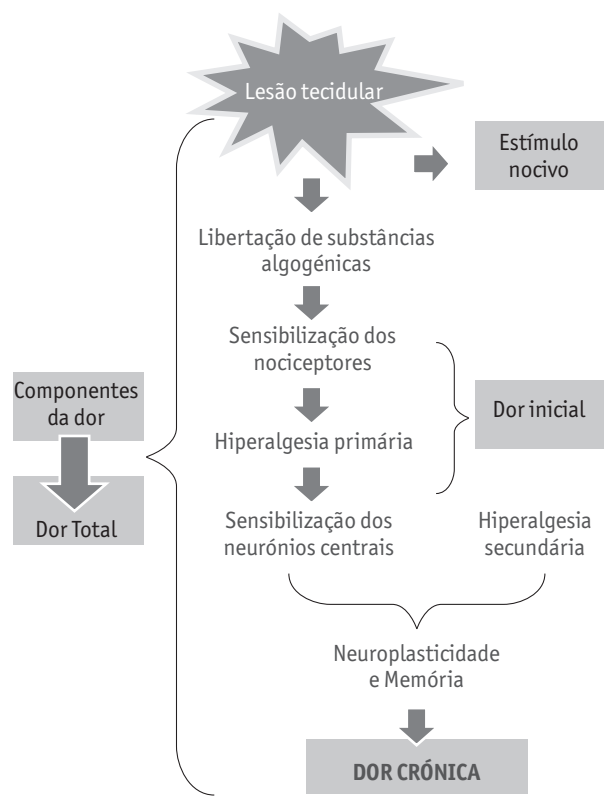


Figura 3: Mecanismo da dor iatrogénica

Adaptado de Muller A, Schwetta M. Fisiologia e fisiopatologia da dor. In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002: 5-28.

As dores iatrogénicas requerem todo a atenção de quem cuida. Quando repetidas geram uma relação desagradável que pode levar à hostilidade entre o doente e o profissional cuidador.⁵

A depressão e a ansiedade são factores de forte comorbilidade com os quadros dolorosos, ressaltando a importância da sua avaliação e tratamento.²⁴

Além das acima referidas, as dores iatrogénicas podem dar origem ao aparecimento da dor crónica.⁷

Estas diferentes complicações da dor provocada têm por origem os cuidados que protagonizamos e têm repercussões negativas sobre a saúde das pessoas que tratamos. Um paradoxo aparece então entre o objectivo do cuidado, que corresponde ao regresso da saúde de um indivíduo e a dor que pode ser provocada.

Fisiopatologia da dor iatrogénica

A fisiopatologia da dor iatrogénica não difere da fisiopatologia da dor em geral (Figura 3).

Desta forma, a via da sensibilidade dolorosa inicia-se com a activação de receptores periféricos, designados de nociceptores, com posterior transformação do estímulo nódico em potenciais de acção para o Sistema Nervoso Central. Neste processo, designado de transdução, ocorre a amplificação da dor pela libertação local de uma conjunto de diferentes substâncias químicas denominadas de algogénicas (serotonina, bradicininas, noradrenalina, histamina, citocinas, entre outras), que surgem em grandes quantidades nos tecidos no decurso de processos inflamatórios, traumáticos ou isquémicos.²² Muitas substâncias endógenas podem ser libertadas da região inflamada ou mesmo nela sintetizadas, tendo estas, propriedades que fomentam dor quando aplicadas aos tecidos normais.²⁵

As substâncias algogénicas podem ter uma acção excitatória directa, responsável pela sensação de dor aguda, e uma acção menos repentina e mais prolonga-

da sobre a excitabilidade dos nociceptores que resulta na sua sensibilização. Esta, por sua vez, resulta na hiperexcitabilidade celular, que leva ao aumento da resposta dos nociceptores a estímulos nódicos e redução do limiar de activação, facilitando o aparecimento de potenciais de acção, em resposta a estímulos de menor intensidade e resultando na ocorrência da hiperalgesia e alodinia.

A hiperalgesia é o aumento da percepção da dor provocada por um estímulo nódico e pode ser primária e secundária.²⁶ O processo de sensibilização local, que ocorre na zona da lesão e depende de mecanismos periféricos, denomina-se de hiperalgesia primária.^{22,26} Quando se estende progressivamente às regiões não envolvidas pelo estímulo nociceptivo inicial ocorre a hiperalgesia secundária.²² Esta depende de mecanismos de sensibilização que ocorrem no corno dorsal da medula espinhal, sendo assim, um mecanismo central.²⁶ Desta forma, os estímulos que normalmente não são, ou são pouco dolorosos podem desencadear dor generalizada, como por exemplo, os estímulos tácteis que podem originar uma dor patológica.²² Esta hiperalgesia secundária explica, por exemplo, a imensa sensibilidade de todo o pé, ao mínimo toque, que surge no dia seguinte a uma entorse do tornozelo.²⁷

A hiperalgesia secundária e a alodínia, podem ocorrer como resposta a dor aguda por lesão tecidual e não necessariamente apenas na dor crónica.²⁸

Quando um doente é continuamente submetido a diferentes técnicas/cuidados dolorosos, mesmo pouco, os estímulos nociceptivos intensos e prolongados, conduzidos pelas fibras nociceptivas A-delta e C, acarretam o que se conhece como sensibilização central e posterior neuroplasticidade.²² É importante referir que os fenómenos de sensibilização central que ocorrem logo após uma estimulação nódica, aguda, que termina pouco depois do fim da estimulação, não induzem a qualquer alteração da funcionalidade dos neurónios. No entanto, se a estimulação nódica é mais prolongada induz a alterações neuronais que perduram para além do período de estimulação e se tornam independentes da mesma.²⁶ Este processo de sensibilização provoca sensibilização do Sistema Nervoso Periférico e Sistema Nervoso Central, provocan-

do despolarização ao menor estímulo e amplificando os sinais ascendentes devido às descargas espontâneas que passam a surgir do próprio Sistema Nervoso. Desta forma, o Sistema Nervoso tem a capacidade de alterar os seus níveis de actividade em resposta ao trauma, não sendo apenas um condutor de estímulos, mas sim reagindo a eles quando persistentes, modificando-se anatómica e funcionalmente (neuroplasticidade) e também armazenando essa informação (memória).²⁹

Esta capacidade de transformação está na origem da passagem à cronicidade da dor.⁵⁵ Isto acontece na dor neuropática, como por exemplo a dor do membro fantasma que é um dos exemplos muito conhecidos, que devido à lesão das fibras C- nociceptivas e à redução das sinapses neste sistema, os terminais das fibras A beta-mecanoreceptoras, localizadas em lâminas mais profundas, surgem em direcção às lâminas superiores (substância gelatinosa), formando novas conexões sinápticas (reorganização anatómica), fazendo com que estímulos antes não dolorosos passem a ser percebidos como dor.²⁹

A dor aguda, inicialmente suportável, pode tornar-se um pesadelo. Além da dor do membro fantasma, outros exemplos muito frequentes são as neuropatias periféricas pós-quimioterapia e as flebites químicas. Menos assustadoras são as flebites pós-punção de acesso periférico, mas muito frequentes nos nossos hospitais. A experiência da prática profissional diária demonstra-nos que se realizam múltiplas técnicas que são dolorosas para o doente, como a punção de uma veia periférica, tanto para a colheita de sangue para análises como para a administração de terapêutica endovenosa. É também evidente, da prática hospitalar, que se concede pouca importância a este tipo de dor, considerada de menor intensidade, no entanto, ao colocar um corpo estranho numa veia produz-se uma lesão do endotélio, e, desta forma, existe um risco potencial de produzir reacção inflamatória.³⁰

É importante, de igual forma, considerar que a dor é mais do que a sua componente física, mas o resultado de um conjunto de factores que, em uníssono, trabalham para o fenómeno de “Dor Total”. Existem várias vias de transmissão da dor para os núcleos supraespinhais e que as estruturas cerebrais, como o

tálamo, o hipotálamo, a amígdala e o córtex têm uma importância fundamental para o fenómeno da dor. Desta forma, a componente sensorial e discriminativa da dor e a componente cognitiva e afectiva, ou seja, a relação entre dor e memória, racionalização, interpretação e a capacidade de tolerância à dor, são essenciais para o processamento da mesma. Estas vias estão interligadas de forma a interagirem e a dar origem à experiência da dor.³¹

A compreensão dos mecanismos da dor deve incitar a prevenir ou tratar rapidamente qualquer dor provocada a fim de evitar a amplificação dos processos, dando origem à passagem para a cronicidade.⁷

A dor provocada pelos cuidados é resultado de inúmeras pequenas agressões do corpo que, separadamente, não induzem a uma dor insuportável, mas a acumulação diária de todas essas sensações pode provocar uma dor que o doente já não pode suportar.¹⁷

BIBLIOGRAFIA

- Florence V. La prise en compte de la douleur provoquée iatrogène chez l'adulte. Institut de Formation en soins infirmiers. Toulouse. 2002-2005. Acesso em Maio de 2009: http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/memoire_Vo_Van.pdf
- Boureau F. Douleurs provoquées Iatrogènes ou induites ? Le choix des mots. In Annequin D, Aubrun F, Boureau F, Donnadiou S, Eledjain J, Fonassier P, et al, Editores. Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur. Paris. 2005:9-10. Acesso em Maio de 2009: http://www.institut-ups-a-douleur.org/fr-FR/2_les_douleurs_induites.igwsh
- Duguey I, Minaro O, Zanetti R, Dixmérias F. Évaluation de la douleur induites par les soins infirmiers-Lors d'un séjour de 24H en soins intensifs. Département Anesthésie-Réanimation de L'Institut Bergonié. 2002. Acesso em 2009: <http://www.bergonie.org>
- Courtiol C. Douleur provoquée par les soins: prévention et optimisation de la prise en charge en cancérologie adulte. La lettre. Institut UPSA de la douleur. 2003. N°5. Acesso em Maio de 2009: http://www.institut-ups-a-douleur.org/fr-FR/L_infirmi_re_et_la_douleur.igwsh
- Pradines B. La douleur incidente liée aux soins. Association Daniel Goutaine. 2005-2006. Acesso em Maio de 2009: <http://www.geocities.com/bpradines/Douleuriatro.htm>
- Muller A, Schwetta M. Grandes syndromes douloureux In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002:225-265.
- Guirimand F. Physiopathologie des douleurs induites et facteurs de passage à la chronicité. In Annequin D, Aubrun F, Boureau F, Donnadiou S, Eledjain J, Fonassier P, et al, Editores. Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur. Paris. 2005:11-28.
- Madjar I. Giving comfort and inflicting pain. Canada. Qual Institute Press; 1998:I-XI.
- Ena J, Cercenado E, Martinez D, Bouza E. Cross-sectional epidemiology of phlebitis and catheter-related infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 1992;13:15-20.
- Pearson ML. Guideline for prevention of intravascular-device-related infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 1996;17:438-473.
- Mota P, Gómez D, García L, Sánchez R, Macias C, Zamorano P. Acceso venoso subcutáneo implantado - razones que justifican su uso. Rev Rol Enf. 2002;25:58-64.
- Gyves J, Ensminger W, Niederhuber J, Liepman M, Cozzi E, Doan K, et al. Totally implanted system for intravenous chemotherapy in patients with cancer. Am J Med. 1982; 73:841-845.
- Strum S, McDermed J, Korn A, Joseph C. Improved methods for venous access: The Port-A-Cath, a totally implanted catheter system. J Clinical Onc. 1986;4:596-603.
- Breitbart W, Payne D. Pain. J Pain Symptom Manage. 2000;38:450-467.
- Miser A, McCalla J, Dothage J, Wesley M, Miser J. Pain as a presenting symptom in children and young adults with newly diagnosed malignancy. Pain. 1987;29: 85-90.
- Chapman C R. Pain related to cancer treatment. J Pain Symptom Manage. 1988;3:188-193.
- Metzger C, Schwetta M, Walter C. Cuidados de Enfermagem e dor. In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002:183-224.
- Gautier I, Geroffroy B, Pavan E, Simon L, Toque M. Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux. Soins Gérontologie. 2000;26:29-31.
- Infante A. Dor iatrogénica no doente oncológico. Tese de Mestrado em Ciências da dor. Universidade de Medicina de Lisboa; 2009.
- Vaghadia H, Ahdal O, Nevin K. EMLA® patch for intravenous cannulation in adult surgical outpatients. Can J Anaesth. 1997;44: 798-802.
- Swenson C. Gestão da dor. In: Otto S Editor. Enfermagem em Oncologia. 3ª Edição. Lusociência; 2000:815-863.
- Marquez J. Bases de anatomia e fisiopatologia. Dor diagnóstico e tratamento. 2004;1:3-10.
- Valença A. Neurofisiologia da dor e comportamento. In: Rico T, Barbosa A. Editores. Dor: Do neurónio à pessoa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Permanyer; 1995:39-51.
- Catana C. Dor crónica na perspectiva da psicologia clínica-Apontamentos do curso ciências da dor da Universidade de Medicina de Lisboa. 2006:1-11.
- Rico T. Mecanismos neurológicos e bioquímicos da dor. In: Rico T, Barbosa A. Editores. Dor: Do neurónio à pessoa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Permanyer; 1995:56-76.
- Lopes J. Nociceptores. In: Lopes J. Editor. Biblioteca da Dor - Fisiopatologia da dor. Permanyer; 2003:2-12.
- Muller A, Schwetta M. Fisiologia e fisiopatologia da dor. In: Metzger C, Schwetta M, Muller A, Walter C. Editores. Cuidados de Enfermagem e dor. Paris. Lusociência; 2002:5-28.
- Pizzi J, Holden J. The challenge of chronic pain. Adv Drug Delivery Rev. 2003;55:935-948.
- Barros N. Manifestações clínicas da dor crónica e princípios do tratamento. Dor diagn tratamento. 2004; 1:3-10.
- Mora M, Moyano P, González F. Dolor en las canalizaciones vasculares. Rev Rol Enf. 2005;28:763-766.
- Besson J-M, Guilbaud G, Ollat H. Forebrain areas involved in pain processing. Paris. John Libbey Eurotext. 1995. Acesso em Maio de 2009: <http://books.google.com>