

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM  
NO MANEJO DA DOR DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS INTERNADOS EM CLÍNICA  
MÉDICA E CIRÚRGICA**

**KARYN CRISTIANE MATIAS MARQUES SANCIANI**

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio Prudente para  
obtenção de Título de Mestre em Ciências**

**Área de concentração: Oncologia**

**Orientadora: Dra. Diana Lima Villela de Castro**

**Coorientador: Dr. José Oswaldo Oliveira Jr**

**São Paulo**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Preparada Ensino Apoio ao aluno da Fundação Antônio Prudente

S211 Sanciani, Karyn Cristiane Matias Marques  
**Conhecimento da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica** / Karyn Cristiane Matias Marques Sanciani – São Paulo, 2020.  
30p.  
Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.  
Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.  
Orientadora: Diana Lima Villela de Castro

Descritores: 1. Dor/enfermagem/Pain/nursing. 2. Manejo da dor/Pain management. 3. Neoplasias/Neoplasms. 4. Pacientes Internados/Inpatients. 5. Estudos Retrospectivos/Retrospective Studies. 6. Inquéritos e Questionários/Surveys and Questionnaires

Elaborado por Suely Francisco CRB 8/2207

\*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os pacientes oncológicos que tive o privilégio de cuidar com o meu intenso amor.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o maior orientador da minha vida. Senti sua presença ao meu lado em todos os momentos, o que me deu forças para continuar até a conclusão.

À minha mãe Norma, a maior incentivadora das realizações dos meus sonhos.

Ao meu marido Jefferson que além de cuidar dos afazeres da casa enquanto eu permanecia dedicada com esta pesquisa, foi capaz de me dar suporte me incentivando todos os dias.

À minha orientadora Diana, por me influenciar na minha trajetória desde o início da carreira na enfermagem até a área acadêmica, minha “principal” referência como pessoa e profissional.

Ao meu coorientador Dr José Oswaldo de Oliveira Jr, pelo reconhecimento como profissional, pelos convites aos seminários e a oportunidade de palestrar pela “primeira vez” em um congresso, me fazendo sentir especial.

À enfermeira Rosimary Amorin Lopes pelo incentivo, reconhecimento e a oportunidade que me foi dada para participar de eventos, fundamentais para o cuidado do paciente que vivencia a experiência dolorosa.

À Fundação Antônio Prudente, pela oportunidade de estudar e fazer pesquisa em uma instituição tão conceituada em conhecimento e também por poder trabalhar durante sete anos num local que se preocupa constantemente com a qualidade da assistência ao paciente oncológico.

À gerência de enfermagem e às supervisoras das UIS, que permitiram a realização do projeto.

Ao Gilmar Angelo Ribeiro, que sempre foi muito atencioso e colaborou muito com o fornecimento de dados.

Aos meus colegas de trabalho (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que contribuíram com o projeto, preenchendo o questionário durante o horário de trabalho. À enfermeira Maria das Graças Silva Matsubara que me ajudou fornecendo o protocolo institucional de manejo da dor para a obtenção dos dados.

Aos participantes da banca de qualificação, Dra Giane Nakamura e Dr Hazem Adel Ashmawi, que contribuíram muito com suas correções para o melhor andamento do trabalho.

## RESUMO

Sanciani KCMM. **Conhecimento da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica.** [Dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2020.

**Introdução:** O manejo da dor pela equipe de enfermagem é primordial, um atendimento priorizado valorizando as queixas, identificando a dor em todos os aspectos, buscando métodos para avaliação e planejamento de cuidados para ter sucesso no manejo da dor. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem com relação ao manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo prospectivo, com análise quantitativa de dados obtidos por meio de um questionário aplicado aos profissionais da enfermagem das unidades de internação no hospital A.C.Camargo Cancer Center durante o período de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Os dados foram analisados com auxílio estatístico por meio da ferramenta de captura de dados RedCap com a realização dos testes de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando apropriado. **Resultados:** Foram incluídos 280 profissionais de enfermagem, sendo 101 auxiliares, 70 técnicos e 109 enfermeiros. Eram do sexo feminino 71,6% (220), média de idade 35 anos e com 5 anos a média de tempo de contratação. Em relação ao conhecimento da equipe de enfermagem, 191 (68,2%) afirmou saber a diferença entre dor aguda e dor crônica, 175 (62,5%) conhecem e empregam como instrumento de avaliação da dor a escala verbal numérica em pacientes capazes de verbalizar, porém quando questionados quanto ao instrumento de avaliação em pacientes sedados, os resultados mostraram a divisão de opiniões entre os profissionais, prevalecendo os que não tiveram opinião a respeito (101-36,1%), seguida dos que utilizam as três escalas simultaneamente: escala verbal numérica, de cores e de expressões faciais (74-26,4%). Quanto ao tempo de reavaliação do paciente após medida de alívio, 144 (51,4%) faz nova avaliação em 1 hora. Sobre os efeitos adversos dos opióides, os 269 (96,1%) sabem reconhecer corretamente e 214 (76,4%) acreditam que o paciente fala a verdade quando refere dor, no entanto, concordaram que os opióides causam dependência. **Conclusão:** A equipe de enfermagem mostrou conhecimento adequado para manejo da dor, porém, a própria equipe reconheceu em uma das perguntas que esse manejo é apenas satisfatório. Ressalta-se que a escala de dor é padronizada na instituição e que apenas 62,5% conhecem a escala. É de suma importância o profissional ter domínio científico sobre a dor, impacto e como manejar de forma adequada, para que possamos proporcionar ao paciente um tratamento seguro e efetivo.

**Descritores:** Dor/enfermagem. Manejo da dor. Neoplasias. Pacientes Internados. Estudos Retrospectivos. Inquéritos e Questionários

## ABSTRACT

Sanciani KCMM. **[Knowledge of the nursing team in pain management of cancer patients admitted to medical and surgical clinic]**. [Dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2020.

**Introduction:** Management of pain by the nursing team is paramount, giving priority to prioritizing complaints, identifying pain in all aspects, seeking methods for assessing and planning care to be successful in pain management. **Objective:** To evaluate the knowledge of the nursing team regarding the pain management of cancer patients admitted to medical and surgical clinics. **Objective:** To evaluate the knowledge of the nursing team regarding the pain management of cancer patients admitted to medical and surgical clinics. **Method:** This is a prospective study, with quantitative analysis of data obtained through a questionnaire applied to nursing professionals in the inpatient units at the A.C. Camargo Cancer Center hospital from November 2018 to January 2019. The data were analyzed with statistical assistance using the Redcap data capture tool with chi-square tests or Fisher's exact test, when appropriate. **Results:** 280 nursing professionals were included, 101 assistants, 70 technicians and 109 nurses. 71.6% (220) were female, with an average age of 35 years and the average time of hiring at 5 years. Regarding the knowledge of the nursing team, 191 (68.2%) stated that they know the difference between acute pain and chronic pain, 175 (62.5%) know and use the numerical verbal scale in pain assessment instruments in capable patients to verbalize, but when asked about the assessment instrument in sedated patients, the results showed the division of opinions among professionals, prevailing those who had no opinion about it (101-36.1%), followed by those who use the three scales simultaneously: verbal numerical, color and facial expression scale (74-26.4%). Regarding the patient's reassessment time after relief measure, 144 (51.4%) made a new assessment in 1 hour. Regarding the adverse effects of opioids, 269 (96.1%) know how to recognize correctly and 214 (76.4%) believe that the patient speaks the truth when referring to pain, however, they agreed that opioids cause dependence. **Conclusion:** The nursing team showed adequate knowledge for pain management, however, the team itself recognized in one of the questions that this management is only satisfactory. It should be noted that the pain scale is standardized at the institution and that only 62.5% know the scale. It is of utmost importance that the professional has scientific control over pain, impact and how to manage it properly, so that we can provide the patient with a safe and effective treatment.

**Keywords:** Pain/nursing. Pain management. Neoplasms. Inpatients. Retrospective Studies. Surveys and Questionnaires

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização da amostra .....	9
<b>Tabela 2</b>	Descrição dos itens do questionário relacionados a classificação da dor, avaliação e importância segundo a categoria profissional .....	10
<b>Tabela 3</b>	Descrição dos instrumentos de avaliação de dor segundo a categoria profissional.....	11
<b>Tabela 4</b>	Descrição do intervalo de tempo entre a reavaliação da dor segundo a categoria profissional .....	11
<b>Tabela 5</b>	Descrição da intensidade de dor segundo a categoria profissional.....	11
<b>Tabela 6</b>	Descrição sinais e sintomas apresentados pelo paciente quando este refere dor segundo a categoria profissional.....	12
<b>Tabela 7</b>	Descrição credibilidade do relato do paciente referente a sentir dor segundo a categoria profissional .....	12
<b>Tabela 8</b>	Descrição dos conceitos de dor aguda, crônica e cronicidade da dor no pós operatório segundo a categoria profissional.....	13
<b>Tabela 9</b>	Descrição dos conceitos de opióide segundo a categoria profissional.....	14
<b>Tabela 10</b>	Descrição dos efeitos adversos do uso de opioides segundo a categoria profissional.....	15
<b>Tabela 11</b>	Descrição dos instrumentos de avaliação de dor em pacientes adultos sedados segundo a categoria profissional .....	15

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>BPS</b>	Behavioral Pain Scale
<b>BQT</b>	Barriers Questionnaire-Taiwan
<b>EVA</b>	Escava Visual Analógica
<b>EVN</b>	Escala Visual Numérica
<b>IARC</b>	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
<b>IASP</b>	Internacional Association for the Study of Pain
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>NCCN</b>	National Comprehensive Cancer Network
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PCA</b>	Analgesia controlada pelo paciente
<b>OS</b>	Pronto socorro
<b>SBIBAE</b>	Associação Beneficente Albert Einstein
<b>SE</b>	Sergipe
<b>SSVV</b>	Sinais vitais
<b>UIs</b>	Unidades de internação
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>6</b>
3.1	Tipo de estudo.....	6
3.2	Questão de estudo .....	6
3.3	Local do estudo.....	6
3.4	Amostra.....	6
3.4.1	CrITÉrios de inclusão .....	7
3.4.2	CrITÉrios de exclusão.....	7
3.5	Coleta de dados.....	8
3.6	Análise do Comitê de tica .....	8
3.7	Análise dos dados .....	8
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>9</b>
4.1	Análise Descritiva da Amostra .....	9
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

### ANEXOS

**Anexo 1** Carta de aprovao do Comitê de tica em Pesquisa-CEP

**Anexo 2** Protocolo assistencial de Manejo da dor em pacientes adultos

### APÊNDICES

**Apêndice 1** Instrumento de coleta de dados

**Apêndice 2** Termo de consentimento livre e esclarecido-TCL

# 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas em geral podem causar dores constantes, sendo o motivo mais frequente de incapacidade e sofrimento para pacientes com câncer em progressão. Conforme descrito pela *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP), em 1979, a dor pode ser interpretada como uma “experiência sensitiva e emocional complexa, desagradável, descrita em termos de lesões reais ou potenciais”<sup>1</sup>.

Segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), órgão ligado à Organização Mundial da Saúde (OMS), no conjunto da população, os cânceres mais comuns são os de pulmão, mama e colorretal. Os mais letais são os de pulmão, colorretal, fígado e estômago. Existem aproximadamente 18 milhões de novos casos de câncer, 9,5 milhões de mortes por câncer entre os continentes da Ásia, Europa, América do Norte, América Latina e Caribe, África e Oceania<sup>2</sup>.

Dados apresentados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, para o triênio 2020-2022, a estimativa de incidência do número de novos casos de câncer é de aproximadamente 625 mil casos, não incluindo os casos de câncer de pele não melanoma, sendo o câncer de próstata mais prevalente nos homens com 65.840 casos novos para cada ano e nas mulheres o câncer de mama com 66.280 casos novos<sup>3</sup>.

As estimativas da prevalência de dor no câncer são variadas devido a diversidade de causas ocasionada pela doença bem como os tratamentos relacionados. De acordo com os dados de prevalência de dor em pacientes com câncer do Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>4</sup> as causas mais frequentes de dor sentida pelo paciente estão relacionadas a invasão óssea tumoral; - invasão tumoral visceral; - invasão tumoral do sistema nervoso periférico; - extensão direta às partes moles; - aumento da pressão intracraniana; - espasmo muscular; - linfedema; - escaras de decúbito; - constipação intestinal, entre outras. Associada ao tratamento antitumoral-5% a 20%: - pós-operatória: dor aguda, pós-toracotomia, pós-mastectomia, pós-esvaziamento cervical, pós-amputação (dor fantasma); - pós-quimioterapia: mucosite, neuropatia periférica, nevralgia pós-herpética, espasmos vesicais, necrose da cabeça do fêmur, pseudo-reumatismo (corticoterapia); - pós-radioterapia: mucosite, esofagite, retite actínica, radiodermite, mielopatia actínica, fibrose actínica de plexo braquial e lombar<sup>5</sup>. Muitos pacientes com câncer avançado sofrem de mais de um tipo de dor e o tratamento adequado vai depender da identificação de sua origem. A dor pode ser completamente aliviada em 80% a 90% dos pacientes e um nível

aceitável de alívio pode ser alcançado na maioria dos restantes.

Quanto a duração (tempo) as dores podem ainda ser classificadas em agudas e crônicas. A magnitude da sensibilização é o fator que predomina na classificação da dor em relação ao tempo de evolução, quase rivalizando sua importância com a própria duração. A dor aguda é de início recente. É o tipo de dor esperada frente a determinada estimulação dolorosa. Sua duração não excede algumas semanas. A dor aguda é desencadeada por ativação de transdutores nociceptivos. O nível de sensibilização do sistema nervoso, periférico ou central, é baixo. Na dor aguda, as mudanças detectadas no sistema nervoso desaparecem com a resolução da causa dos estímulos dolorosos. A dor crônica é aquela que perdura por tempo além do esperado, frente a determinada estimulação dolorosa. A sensibilização do sistema nervoso, na situação de dor crônica, é intensa, incluindo a mudança da expressão genética. O tempo mínimo para que a dor possa ser considerada crônica está dentro de uma faixa entre três e seis meses <sup>6</sup>.

A dor pode ser classificada quanto a sua etiologia (causa) em primárias (quando não é possível a detecção de sua causa) ou em secundárias (quando existe uma clara relação com uma causa diagnosticável). A dor pode ser classificada também conforme sua fisiopatologia em três tipos distintos: dor por aumento de nocicepção (ou nociceptiva), dor neuropática (secundária a doença ou lesão do sistema nervoso, periférico e/ou central) ou ainda dor nociplástica (pertencente a um terceiro grupo criado a partir do final da década passada. A dor nociceptiva ocorre por estímulo e sensibilização persistente dos nociceptores (receptores sensíveis a um estímulo nocivo) ou aferências. Pode ser somática, quando afeta tecidos cutâneos e profundos, ou visceral, quando afeta vísceras torácicas, abdominais e pélvicas, podendo se manifestar distante do local onde há lesão anatômica. A dor neuropática decorre de lesões ou doenças que acometem o sistema nervoso, especialmente a parte relacionada com as vias sensitivas <sup>6</sup>.

A dor nociplástica é um tipo de dor recentemente reconhecida que decorre de disfunção do sistema nervoso, sem estar relacionada a uma causa detectável <sup>6</sup>.

A dor aguda dispõe de mecanismos diferenciados da crônica que representam uma sensibilização menos intensa e persistente e influência de fatores de humor que favorecem o aparecimento do desconforto em repouso e durante o movimento. A dor aguda mantém maior nexo em relação a lesão ou estimulação dolorosa que a crônica, as dores agudas desaparecem após a cura da lesão se tratada corretamente, contudo, as implicações para o manejo inadequado são efeitos sistêmicos a nível respiratório, cardiovascular, efeitos musculoesqueléticos, imunológicos e gastrointestinais além de aumentar as chances do desenvolvimento das dores crônicas <sup>6-11</sup>.

No período pós-operatório os doentes podem sofrer de todos os tipos de dores, mesmo

aquelas que não são diretas ou indiretamente relacionadas com o procedimento cirúrgico, no entanto, as associadas são as que verdadeiramente podem ser consideradas dores pós-operatórias <sup>11</sup>.

O conceito de *Dor Total* inserido por Cicely Saunders no ano de 1967 no St. Christopher's Hospice, Inglaterra, evidencia a importância de se analisar o fenômeno doloroso não exclusivamente no aspecto físico mas também nos aspectos emocionais, sociais e espirituais que impactam na origem e na manifestação da queixa dolorosa <sup>7</sup>.

Apesar da clareza do impacto da dor nos pacientes, ela não é identificada corretamente na mesma proporção em que não é aliviada e tratada por todos envolvidos no âmbito hospitalar, (profissionais da saúde, familiares e responsáveis), ocasionando sofrimento aos pacientes, pois quanto maior o tempo de dor, maior o sofrimento associado <sup>12,13</sup>.

Estudos evidenciam que o manuseio inadequado da dor é vivenciado no mundo todo de acordo com as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde dos 5 milhões de pessoas que vão a óbito causado pelo câncer por ano, a dor esteve presente em 80% dos casos. O Brasil é categorizado como o segundo país da América Latina em que os pacientes com câncer vivenciam frequentemente a experiência dolorosa, cerca de 24,5 a 46,6% dos pacientes sofrem com o manuseio inadequado da dor <sup>14</sup>.

O sub tratamento da dor foi documentado na década de 1970 e conseqüentemente, ao longo das duas próximas décadas, diversos esforços foram feitos para reeducar os profissionais de saúde para atingir o mais importante desenvolvimento de diretrizes na prática clínica, contudo, a prática clínica mudou muito pouco, e melhorias no tratamento da dor parecem ocorrer lentamente <sup>15</sup>.

A equipe de enfermagem tem um convívio maior com o paciente com dor por estar diretamente relacionada na realização dos cuidados prestados, sendo de extrema importância o alívio do sintoma doloroso constante. Porém na vivência diária, notamos que os profissionais possuem avaliação limitada da dor, não conseguindo manejar a dor corretamente por não saberem avaliar, identificar, lidar, e acreditar que a dor faz parte da doença e do tratamento <sup>16,17</sup>. Autores atribuem a avaliação inadequada da dor e o desconhecimento sobre as estratégias disponíveis para o seu controle a uma variedade de causas, incluindo a falta de educação dos profissionais de saúde sobre os mecanismos e terapia da dor, bem como atitudes que interferem no cuidado de pacientes com dor aguda e crônica <sup>18,19</sup>.

Neste sentido, para o adequado manejo da dor, é fundamental destacar a avaliação do profissional de saúde na assistência direta e individualizada, por meio de um atendimento priorizado, valorizando as queixas, identificando a dor em todos os aspectos, físicos, psíquicos,

sociais e espirituais, buscando métodos para avaliação e utilização de planejamento de cuidados  
20.

Assim a necessidade de realizar este estudo surgiu a partir da vivência da autora em um setor de internação de um hospital oncológico, que presta assistência a pacientes oncológicos de clínica médica e cirúrgica. O questionamento surge como proposta de estudo. Qual será o conhecimento desses profissionais relacionado ao manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica?

## **2 OBJETIVO**

Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem com relação ao manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo de abordagem quantitativa, cujas informações foram obtidas a partir da aplicação de um questionário com questões de múltipla escolha que avaliou o conhecimento da equipe de enfermagem com relação ao manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica.

#### **3.2 QUESTÕES DO ESTUDO**

Qual será o conhecimento da equipe de enfermagem relacionado ao manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica?

#### **3.3 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada nas unidades de internação do A.C.Camargo Cancer Center, localizado no bairro da Liberdade, no Estado de São Paulo, primeiro Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa em Câncer da América Latina.

#### **3.4 AMOSTRA**

Com o propósito de responder aos objetivos do presente estudo, adotou-se a abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa refere-se a verificação entre variáveis de modo a testá-las observando uma teoria <sup>21</sup>.

Relacionado as técnicas de pesquisa, será utilizado a descritiva, com o propósito de medir e descrever características de uma questão de pesquisa <sup>22</sup>.

Quanto ao corte, foi transversal, em que os dados foram coletados em um período de tempo específico <sup>21</sup>.

Para o cálculo de tamanho amostral, foi utilizado um cenário genérico com correção para populações finitas. O tamanho amostral obtido inicialmente foi composto de 328 auxiliares

de enfermagem, 85 técnicos de enfermagem e 172 enfermeiros, totalizando 585 profissionais da enfermagem. Após ajuste do tamanho amostral de acordo com as proporções de cada categoria profissional, permaneceram os enfermeiros atuantes na assistência direta ao paciente nas unidades de internação, sendo 180 auxiliares de enfermagem, 120 enfermeiros e 70 técnicos de enfermagem, concluindo 380 profissionais de enfermagem com variação de erro de 5%. Baseado na quantidade total da coleta de dados (280 profissionais de enfermagem), realizado novo cálculo com a variação de erro:

Resultado obtido:

- 101 auxiliares de enfermagem, variação de erro 8,2%.
- 109 enfermeiros, variação de erro 5,7%.
- 70 técnicos de enfermagem, variação de erro 5%.

Fórmulas utilizadas:

• N = Tamanho da população	
• $E_0$ = erro amostral tolerável	
• $n_0$ = primeira aproximação do tamanho da amostra	$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$
• $n$ = tamanho da amostra	$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$

### 3.4.1 Critérios de Inclusão

- Ser enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem assistencial da unidade de internação, com no mínimo, um ano de experiência na instituição.
- Aceitar participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice 2;
- Prestar assistência direta ao paciente.

### 3.4.2 Critérios de Exclusão

Baseados nos motivos em que que interfeririam na forma da resposta do questionário:

- Afastamento pelo INSS.
- Não atuante no dia da coleta de dados por motivo de folga, férias ou qualquer outro tipo de afastamento.



### **3.5 COLETA DE DADOS**

Para a seleção dos sujeitos, a pesquisadora solicitou uma lista à coordenação de enfermagem com o nome de todos os colaboradores de enfermagem atuantes na assistência direta ao paciente nas unidades de internação. Após, foi realizada a visita nas unidades de internação nos períodos manhã, tarde e noite, fazendo o contato pessoal com cada participante explicando o objetivo do estudo e sua metodologia, a fim de identificar aqueles que possuíam mais de um ano de atuação no setor bem como o interesse e disponibilidade em participar do estudo.

A aplicação do questionário ocorreu no horário de trabalho nas unidades de internação, sendo o local de fácil acesso aos participantes, acordado com a supervisão de enfermagem e os sujeitos da pesquisa. O questionário foi composto com dados de identificação da amostra e questões de múltipla escolha (Apêndice 1) para análise quantitativa, com respostas baseadas no conhecimento dos participantes do estudo relacionado ao manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica.

### **3.6 ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA**

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética do A.C.Camargo Cancer Center segundo a Resolução do ministério da Saúde nº466/12 (número do protocolo 2482/18). (Anexo 1)

### **3.7 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram obtidos através do questionário (Apêndice 1), submetidos à uma ferramenta de captura de dados denominado REDcap, em seguida, realizada uma análise descritiva das variáveis, em que são apresentadas as distribuições de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e as principais medidas resumo, como a média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas. Para avaliar a associação entre variáveis qualitativas, foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando apropriado.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

Foram incluídos 280 profissionais de enfermagem, sendo 100% da amostra programada. A análise estatística foi realizada de 3 maneiras: considerando a categoria profissional, a idade e o sexo. Optou-se por enfatizar os resultados relacionados a diferença entre as categorias profissionais.

Em relação as características dos profissionais, os participantes eram em sua maioria do sexo feminino 78,6% (220), enfermeiros 38,9% (109), com idade mediana de 35 anos e experiência de trabalho mediana na instituição de 5 anos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil dos médicos participantes do estudo (N=265).

Características	n	mínimo	média	mediana	máximo
<b>Idade</b>	280	21	35,50	35	58
<b>Experiência de trabalho</b>	280	0,00	5,81	5	32
<b>Gênero</b>	n	%			
Masculino	60	21,4			
Feminino	220	71,6			
<b>Categoria do profissional de enfermagem</b>					
Auxiliar de enfermagem	101	36,1			
Técnico de enfermagem	70	25,0			
Enfermeiro	109	38,9			
Total	280	100,0			

\*Proporção significativa, IC(95%).

Os resultados revelaram que os participantes das três categorias profissionais, enfermeiros 51,4% (56), técnicos de enfermagem 55,1%(38) e auxiliares de enfermagem 44,6% (45), classificaram o atual manejo da dor nas unidades de internação como satisfatório, sobressaindo a opinião dos auxiliares de enfermagem 44,6% (45) considerando como bom e 21,1% (23) dos enfermeiros indicando a insatisfação do manejo da dor. 69,7% (195) dos participantes consideraram que a avaliação da dor nas unidades de internação deveria ser realizada em todos os plantões identificando a avaliação da dor ser importante por beneficiar no resultado do tratamento do paciente, proporcionando cuidado humanizado e melhora (Tabela 2).

**Tabela 2** - Descrição dos itens do questionário relacionados a classificação da dor, avaliação e importância segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Como você classifica o atual manejo do paciente com dor nas unidades de internação do A.C.Camargo Cancer Center?	Excelente	3 (3,0%)	0 (0,0%)	3 (2,8%)	6 (2,1%)	0,002
	Bom	45 (44,6%)	27 (39,1%)	27 (24,8%)	99(35,3%)	
	Satisfatório	45 (44,6%)	38 (55,1%)	56 (51,4%)	139(49,7%)	
	Insatisfatório	8 (7,9%)	4 (5,8%)	23 (21,1%)	35 (12,5%)	
Como deve ser realizada a avaliação da dor nas unidades de internação do A.C.Camargo Cancer Center?	No momento da admissão do paciente	25 (24,8%)	12 (17,1%)	13 (12,0%)	50 (17,9%)	0,041
	Quando o paciente se queixar de dor	13 (12,9%)	12 (17,1%)	9 (8,3%)	34 (12,1%)	
	Em todos os plantões, ajudando nas ocorrências de dor e eficácia na terapêutica	63 (62,4%)	46 (65,7%)	86 (79,6%)	195(69,7%)	
Qual a importância da identificação da dor nas unidades de internação do A.C.Camargo Cancer Center ?	Beneficiar a orientação e resultado do tratamento e do paciente, proporciona cuidado humanizado e melhora do paciente	85 (86,7%)	64 (91,4%)	101 (92,7%)	250(89,3%)	0,290
	Apenas ajudar a classificar se o tratamento sugerido está sendo efetivo	5 (5,1%)	5 (7,1%)	6 (5,5%)	16 (5,8%)	
	Determinar que o paciente indica infecção	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
	Apenas proporcionar o bem estar do paciente	7 (7,1%)	1 (1,4%)	2 (1,8%)	10 (3,6%)	

Sobre o conhecimento dos instrumentos utilizados para avaliação da dor em pacientes internados, 62,5% (175) dos profissionais reconhecem e aplicam a escala verbal numérica como padrão na instituição estudada contra 24,3% (68) dos profissionais que utilizam a escala verbal numérica acrescida da escala de cores e expressões faciais (Tabela 3).

**Tabela 3** - Descrição dos instrumentos de avaliação de dor segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Quais os instrumentos são utilizados para avaliar a dor nas unidades de internação do A.C.Camargo Cancer Center?						
Escala visual numérica (EVN)	Sim	16 (15,8%)	7 (10,0%)	7 (6,4%)	30 (10,7%)	0,086
	Não	85 (84,2%)	63 (90,0%)	102 (93,6%)	250(89,3%)	
Escala visual analógica (EVA)	Sim	1 (1,0%)	1 (1,4%)	4 (3,7%)	6 (2,1%)	0,512
	Não	100 (99,0%)	69 (98,6%)	105 (96,3%)	274(97,8%)	
Escala verbal numérica	Sim	57 (56,4%)	45 (64,3%)	73 (67,0%)	175(62,5%)	0,271
	Não	44 (43,6%)	25 (35,7%)	36 (33,0%)	105(37,5%)	
Escala verbal numérica, de cores e de faces	Sim	25 (24,8%)	17 (24,3%)	26 (23,9%)	68 (24,3%)	0,989
	Não	76 (75,2%)	53 (75,7%)	83 (76,1%)	212(75,7%)	
Não tenho opinião a respeito	Sim	2 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	0,191
	Não	99 (98,0%)	70 (100,0%)	109 (100,0%)	278(99,3%)	

Sobre o tempo de reavaliação da dor após a administração de um analgésico, concluiu-se que os profissionais reavaliam da dor em 60 minutos, 51,4% (144) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Descrição do intervalo de tempo entre a reavaliação da dor segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Durante quanto tempo (minutos) é realizada a reavaliação de dor após a administração de um analgésico?						
	30 minutos	6(5,9%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	8 (2,8%)	0,115
	45 minutos	8(7,9%)	12 (17,1%)	11 (10,1%)	31(11,1%)	
	60 minutos	86(85,1%)	58(82,9%)	0 (0,0%)	144(51,4%)	
	120 minutos	1(1,0%)	0(0,0%)	98 (89,9%)	99(35,3%)	

Referente a intensidade de dor corresponder a indicação de escore 6, diferenças significativas foram encontradas, mostrando conhecimento maior entre os enfermeiros 89,9% (98) que classificaram como dor moderada, (Tabela 5).

**Tabela 5** - Descrição da intensidade de dor segundo a categoria profissional

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
A qual a intensidade de dor corresponde a indicação de escore 6 numa escala numérica de 0 a 10?	Dor forte	33 (33,0%)	21 (30,0%)	11 (10,1%)	65(23,2%)	0,000
	Dor fraca	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
	Dor moderada	67 (67,0%)	48 (68,6%)	98 (89,9%)	213(76,1%)	

Os profissionais de enfermagem mostraram pleno conhecimento referente aos sinais indicados pelo paciente na ocorrência de dor intensa, pois 95% (96) auxiliares de enfermagem, 90% (63) técnicos de enfermagem e 96,3% (105) enfermeiros, indicaram elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca (Tabela 6).

**Tabela 6** - Descrição sinais e sintomas apresentados pelo paciente quando este refere dor segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Quais os sinais indicados pelo paciente na ocorrência de dor intensa?						
Elevação da pressão arterial	Sim	96 (95,0%)	63 (90,0%)	105 (96,3%)	264(94,3%)	0,188
	Não	5 (5,0%)	7 (10,0%)	4 (3,7%)	16 (5,7%)	
Febre	Sim	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	280(100%)
	Não	101 (100%)	70 (100%)	109 (100,0%)	280(100%)	
Bradycardia	Sim	2 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	0,191
	Não	99 (98,0%)	70 (100%)	109 (100%)	278(99,3%)	
Taquipneia	Sim	2 (2,0%)	4 (5,7%)	6 (5,5%)	12 (4,3%)	0,341
	Não	99 (98,0%)	66 (94,3%)	103 (94,5%)	268(95,7%)	
Não tenho opinião a respeito	Sim	2 (2,0%)	3 (4,3%)	0 (0,0%)	5 (1,8%)	0,049
	Não	99 (98,0%)	67 (95,7%)	109 (100%)	275(98,2%)	

Sobre a credibilidade do paciente referente a sentir dor, os percentuais não variam de acordo com a categoria profissional, mostrando que 76,4% (214) dos profissionais acreditam que o paciente fala a verdade quando refere estar com dor e 14,6% (41) concordaram parcialmente (Tabela 7).

**Tabela 7** - Descrição credibilidade do relato do paciente referente a sentir dor segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Você concorda que o paciente está falando a verdade quando refere estar com dor?	Concordo	77 (77,8%)	53 (80,3%)	84 (78,5%)	214(76,4%)	0,872
	Discordo parcialmente	6 (6,1%)	2 (3,0%)	4 (3,7%)	12 (4,3%)	
	Concordo parcialmente	14 (14,1%)	11 (16,7%)	16 (15,0%)	41 (14,6%)	
	Discordo totalmente	2 (2,0%)	0 (0,0%)	3 (2,8%)	5 (1,8%)	

Quando questionados referente a diferença entre dor crônica e aguda, a análise permite verificar que os profissionais apresentaram sólidos conhecimentos, destacando as respostas dos enfermeiros em sua maioria como sendo conhecedores do tema em questão 76,4%(81) (Tabela 8).

O enfermeiros do estudo consideraram que a dor relacionada a procedimentos cirúrgicos, por tempo prolongado, pode torná-la dor crônica 64,3% (180) e os auxiliares de enfermagem discordaram 41,6% (42). Entretanto, os percentuais não tem associação com a categoria profissional (Tabela 8).

**Tabela 8** - Descrição dos conceitos de dor aguda, crônica e cronicidade da dor no pós operatório segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Qual a diferença entre dor crônica e dor aguda?	Dor crônica está diretamente associada a lesão tecidual e reação inflamatória e a dor aguda pode ser associada a tumores e seus tratamentos	13 (13,5%)	8 (12,1%)	4 (3,8%)	25(8,9%)	0,037
	Na dor aguda ocorre o desaparecimento do sintoma doloroso após a cura da lesão em vista que a dor crônica é patológica e persistente	62 (64,6%)	48 (72,7%)	81 (76,4%)	191(68,2%)	
	Dor aguda está diretamente associada a lesão tecidual e reação inflamatória, enquanto na dor crônica ocorre o desaparecimento do sintoma doloroso após a cura da lesão	8 (8,3%)	1 (1,5%)	12 (11,3%)	21 (7,5%)	
	Dor aguda é descrita como agulhadas e pontadas enquanto a crônica é mais demorada e atinge territórios maiores	13 (13,5%)	9 (13,6%)	9 (8,5%)	31 (11,1%)	
A dor relacionada a procedimentos cirúrgicos, por tempo prolongado, pode tornar a dor crônica?	Sim	59 (58,4%)	44 (62,9%)	77 (70,6%)	180(64,3%)	0,174
	Não	42 (41,6%)	26 (37,1%)	32 (29,4%)	100(35,7%)	

Relacionado a identificação de opioides, 81,8%(229) dos profissionais concluíram que são considerados opioides fortes: metadona, sulfato de morfina e citrato de Fentanila (Tabela 9).

**Tabela 9** - Descrição dos conceitos de opióide segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Sobre opioides, é correto afirmar que:	São considerados opióides fracos: sulfato de morfina, cloridrato de metadona, fosfato de codeína, cloridrato de tramadol, entre outros	4 (4,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	5 (7,8%)	0,222
	São considerados opióides fortes: fosfato de codeína, cloridrato de tramadol, citrato de Fentanila, entre outros	7 (6,9%)	5 (7,1%)	5 (4,6%)	17(6,1%)	
	São considerados opióides fortes: cloridrato de metadona, sulfato de morfina, citrato de Fentanila, entre outros	74 (73,3%)	61 (87,1%)	94 (86,2%)	229(81,8%)	
	São considerados opióides fracos: AINHs, paracetamol + fosfato de codeína, cloridrato de tramadol	13 (12,9%)	3 (4,3%)	7 (6,4%)	23 (8,2%)	
	Nenhuma das alternativas	3 (3,0%)	1 (1,4%)	2 (1,8%)	6 (2,1%)	

Quanto ao conhecimento da equipe de enfermagem relacionado aos efeitos adversos mais comuns ao uso de opioides, independente da categoria profissional os participantes do estudo reconhecem os sintomas, apontando ser náuseas, êmese e constipação 96,1% (269) ( $p = 0,203$ ).

No que se refere a administração de analgésicos opioides causar dependência no paciente, houve diferença entre as respostas, mostrando que os técnicos de enfermagem 82,1% (55) e os auxiliares de enfermagem 77% (77) concordaram sendo que os enfermeiros referem concordar parcialmente 27,8% (30) ( $p = 0,002$ ).

Independente da categoria profissional, os profissionais responderam que o momento de se administrar um opioide forte no paciente seria tanto para os casos de dor de intensidade moderada quanto em dor forte ( $p = 0,111$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10** - Descrição dos efeitos adversos do uso de opioides segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Quais são os efeitos adversos mais comuns do uso de opioides?	Náuseas, êmese e constipação	95 (94,1%)	69 (98,6%)	105 (96,3%)	269(96,1%)	0,203
	Diarréia, dor, fadiga	2 (2,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	3 (1,1%)	
	Sudorese, febre e arrepio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	2 (0,7%)	
	Nenhuma das alternativas	4 (4,0%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	6 (2,1%)	
A administração de analgésicos opioides pode causar dependência no paciente?	Concordo	77 (77,0%)	55 (82,1%)	62 (57,4%)	194(69,3%)	0,002
	Discordo parcialmente	5 (5,0%)	1 (1,5%)	12 (11,1%)	18 (6,4%)	
	Concordo parcialmente	18 (18,0%)	9 (13,4%)	30 (27,8%)	57 (20,3%)	
	Discordo totalmente	0 (0,0%)	2 (3,0%)	4 (3,7%)	6 (2,1%)	
Em que situação você administraria um opioide forte no paciente?	Em casos de dor de intensidade moderada	5 (5,0%)	4 (5,7%)	4 (3,7%)	13 (4,6%)	0,111
	Em casos de dor de intensidade forte	63 (63,0%)	35 (50,0%)	51 (47,2%)	149(53,2%)	
	Em casos de dor de intensidade leve	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
	As alternativas a e b estão corretas	31 (31,0%)	31 (44,3%)	53 (49,1%)	115(41,1%)	

Sobre os instrumentos de avaliação de dor em pacientes adultos sedados internados nas Uis da instituição estudada, os resultados mostraram a divisão de opiniões entre os profissionais, prevalecendo os que não tiveram opinião a respeito 36,1% (101), seguida dos que utilizam as três escalas simultaneamente: escala verbal numérica, de cores e de expressões faciais 26,4% (74). 13,9% (39) dos profissionais utilizam como instrumento de avaliação a escala visual numérica e 18,9% (53) aplicam a escala visual analógica. A minoria dos profissionais utiliza a escala verbal numérica como instrumento único 5% (14) (Tabela 11).

**Tabela 11** - Descrição dos instrumentos de avaliação de dor em pacientes adultos sedados segundo a categoria profissional.

Pergunta	Resposta	Aux. enf	Tec. enf	Enfermeiro	Total	p
Como a avaliação da dor é realizada em pacientes adultos sedados na unidade de internação do A.C. Camargo Cancer Center?						
Escala visual numérica (EVN)	Sim	21 (20,8%)	7 (10,0%)	11 (10,1%)	39(13,9%)	0,045
	Não	80 (79,2%)	63 (90,0%)	98 (89,9%)	241(86,1%)	
Escala visual analógica (EVA)	Sim	15 (14,9%)	10 (14,3%)	28 (25,7%)	53(18,9%)	0,070
	Não	86 (85,1%)	60 (85,7%)	81 (74,3%)	227(81,1%)	
Escala verbal numérica	Sim	5 (5,0%)	4 (5,7%)	4 (3,7%)	14 (5%)	0,823
	Não	96 (95,0%)	66 (94,3%)	105 (96,3%)	267(95,3%)	
Escala verbal numérica, de cores e de faces	Sim	30 (29,7%)	24 (34,3%)	20 (18,3%)	74 (26,4%)	0,040
	Não	71 (70,3%)	46 (65,7%)	89 (81,7%)	206(73,6%)	
Não tenho opinião a respeito	Sim	30 (29,7%)	25 (35,7%)	46 (42,2%)	101(36,1%)	0,169
	Não	71(70,3%)	45 (64,3%)	63 (57,8%)	179(63,9%)	



## 5 DISCUSSÃO

A experiência dos profissionais da enfermagem com pacientes oncológicos nas unidades de internação que vivenciam sensações dolorosas constantes em diversos cenários, incentivou a pesquisadora a realizar um levantamento sobre o conhecimento e satisfação do atual manejo da dor na instituição estudada, na intenção de obter informações para melhoria contínua. Ao questionar a equipe sobre o grau de satisfação, 35,3% (99) dos participantes, classificou como bom e 49,7% (139) “satisfatório”.

Em relação ao momento de realizar a avaliação de dor, 69,7% (195) da equipe de enfermagem considerou que deve ser realizada em todos os plantões, complementando ser importante por beneficiar no resultado do tratamento do paciente, proporcionando cuidado humanizado e melhora 89,3% (250). Achado semelhante foi relatado por Nascimento e Kreling<sup>23</sup>, no qual se analisou os motivos relatados pelos profissionais de enfermagem sobre a importância da verificação da dor. Destacou-se o bem-estar do paciente (21,1%) e que o paciente não deve sentir dor em um hospital (18,7%).

Outro estudo cujo objetivo foi caracterizar o manejo da dor, realizado pelas equipes de enfermagem nas UTIs e PS, mostrou que 94,29% dos participantes responderam ser importante avaliar a dor de forma rotineira no ambiente de trabalho em que atuavam<sup>24</sup>.

Sobre o conhecimento dos instrumentos utilizados para avaliação da dor em pacientes internados, 62,5% (175) dos profissionais aplicam a escala verbal numérica versus 24,3% (68) dos profissionais que utilizam a escala verbal numérica acrescida da escala de cores e expressões faciais. Em um estudo prospectivo realizado com profissionais da enfermagem, Magalhães et al.<sup>25</sup> identificaram que os instrumentos utilizados para avaliação e quantificação da dor, 86,2% dos profissionais relataram que o instrumento mais conhecido e utilizado é a escala verbal numérica.

Outro estudo prospectivo com formandos de enfermagem avaliou o conhecimento sobre avaliação da dor. Quando questionados sobre a escala mais conhecida para avaliação em pacientes adultos, a escala verbal numérica foi a mais citada 31,4% versus 14,2% participantes que referiram a escala de faces<sup>26</sup>.

No presente estudo, os membros da equipe de enfermagem referiram que a intensidade de dor correspondente a indicação de escore 6, significava dor moderada 76,1% (213) ( $p < 0,001$ ), evidenciando conhecimento pleno diante da classificação da dor através do instrumento

de avaliação categórica numérica. Estudo realizado em um hospital da cidade de Londrina – Paraná, avaliou a implantação da escala numérica da intensidade da dor dos pacientes submetidos a amigdalectomia. Tal escala foi empregada no momento em que os pacientes estavam na sala de recuperação anestésica até serem encaminhados às unidades de internação. Após implementação, 85,7% dos profissionais foram capazes de aplicar escala numérica identificando a intensidade da dor dos pacientes, demonstrando mais precisão e considerando ser importante a utilização da escala numérica para avaliação da intensidade da dor do paciente como o 5º sinal vital <sup>27</sup>.

É sabido que a escala verbal numérica é comumente escolhida pelos profissionais por ser de fácil aplicabilidade e entendimento, visto que a rotina de trabalho na unidade de internação requer agilidade e praticidade <sup>28</sup>.

As políticas institucionais de avaliação da dor no local do estudo (Anexo 2), determinam que as equipes de saúde das unidades de internação envolvidas no cuidado, avaliem a dor utilizando a escala verbal numérica, aplicável somente aos pacientes conscientes, capazes de verbalizar a intensidade da dor.

Assim como a avaliação da dor é imprescindível para o manejo assertivo, a reavaliação da dor é um componente-chave no tratamento eficaz da dor, devendo ser realizada de maneira cuidadosa para determinar a resposta à terapia medicamentosa <sup>29</sup>.

Não houve diferenças significativas nas alternativas que corresponde ao tempo de reavaliação da dor após a administração de um analgésico, predominando do ponto de vista dos participantes que a reavaliação da dor é realizada em 60 minutos ( $p < 0,05$ ), conforme o protocolo institucional do local do estudo (Anexo 2).

Idell et al.<sup>30</sup> e implantaram em um hospital oncológico melhores práticas para a reavaliação da dor utilizando estratégias baseadas em diretrizes americanas e ferramentas de avaliação, sendo elaborado testes pré e pós para analisar melhor adesão da equipe. Os resultados revelaram que a reavaliação dentro de uma hora ocorreu 61% pré-teste enquanto que a reavaliação em uma hora ocorreu 78% no pós-teste.

O estudo citado acima segue diretrizes de práticas clínicas da *National Comprehensive Cancer Network, Adult Cancer Pain-NCCN*, no qual afirma que a reavaliação da dor deve ocorrer 60 minutos após a administração de analgésico oral e 15 minutos após dosagem de analgésicos IV <sup>31</sup>.

Em comparação com outras diretrizes das instituições de saúde brasileiras, ficou evidente que na maioria dos protocolos de manejo da dor, é recomendado a reavaliação da dor em 60 minutos após a administração de analgésicos independente das vias de administração,

exceto a reavaliação da dor em analgesia controlada pelo paciente (PCA), citada no protocolo SBIBAE, onde as avaliações obedecem aos horários determinados de 2/2 h nas primeiras 12 h e depois a cada 6 h <sup>32-34</sup>.

Na variável analisada que corresponde aos sinais indicados pelo paciente na ocorrência de dor intensa, mostrou que as três categorias profissionais com experiência institucional superior a 5 anos apresentam pleno conhecimento, sobressaindo a alternativa que corresponde a elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca. Estudo qualitativo identificou a importância de se avaliar a dor juntamente com os sinais vitais do paciente, ação que facilita na identificação do sintoma doloroso, uma vez que alterações nesses parâmetros podem significar dor, conforme citado em um dos relatos do profissional. [...] *quando o paciente está com dor, altera a pressão arterial e outros sinais vitais, principalmente a frequência cardíaca* <sup>35</sup>.

Outro estudo de caráter prospectivo com 51 profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva destinada à pacientes vítimas de trauma, destacou que após um curso de capacitação, os profissionais passaram a identificar a dor pela taquicardia (94,1%), sudorese (82,3%) e hipertensão arterial (86,2%) <sup>25</sup>.

Sobre concordar que o paciente está falando a verdade quando refere estar com dor, 77,8 % dos auxiliares, 80,3% dos técnicos de enfermagem e 78,5% dos enfermeiros concordam com o relato de dor dos pacientes. Os resultados mostram que os profissionais do presente estudo responderam de maneira semelhante aos enfermeiros turcos (69,1%), os enfermeiros da Arábia Saudita (78,9%) e os enfermeiros iranianos (63,8) <sup>36-38</sup>.

No presente estudo, a quantidade de profissionais que concordam parcialmente no relato de dor do paciente é relevante. Estudo italiano mostrou que 56,1% dos enfermeiros não concordam com o relato de dor dos pacientes, e 35,5% dos enfermeiros oncológicos subestimam a dor <sup>39</sup>.

Nascimento et al. <sup>41</sup> no seu estudo mostraram que 5% dos profissionais relataram que o paciente solicita o analgésico sem precisar. <sup>40</sup> E em outro estudo mostrou que 73,2% dos profissionais de saúde relataram que o paciente mente ao informar a presença e intensidade da dor.

A atitude comportamental dos profissionais de saúde, pode ser resultante de suas experiências clínicas com pacientes que geralmente exibem comportamentos ao declarar sua dor em diversas condições dolorosas.

A dor é um fenômeno multidimensional e única de cada indivíduo, por isso torna-se extremamente difícil a avaliação por muitos profissionais da equipe de enfermagem que se sentem despreparados ou com certa dificuldade para avaliar a dor <sup>42</sup>.

Quando questionados referente a diferença entre dor crônica e aguda, os profissionais caracterizaram que na dor aguda ocorre o desaparecimento do sintoma doloroso após a curada lesão em vista que a dor crônica é patológica e persistente. Estudo investigando os conhecimentos básicos sobre dor em um hospital universitário de Aracaju (SE), revelou que 42,31% dos enfermeiros definiram a dor aguda como sendo repentina/súbita não frequente. Referente a dor crônica, 34,64% dos enfermeiros caracterizaram como uma doença frequente e constante <sup>43</sup>.

Na análise relacionada a identificação de opioides, os profissionais concluíram que são considerados opioides fortes: metadona, sulfato de morfina, citrato de fentanila entre outros. No estudo de Capellini et al. <sup>44</sup>, os medicamentos para a dor aguda apontada pelas enfermeiras foi o tramadol (52,9%), fentanil (41,2%), midazolam (35,3%) e entre os auxiliares de enfermagem a morfina (2,9%).

Quanto ao conhecimento da equipe de enfermagem relacionado aos efeitos adversos mais comuns ao uso de opioides, observou-se que a maioria dos profissionais indicaram náuseas, êmese e constipação. Posso et al. <sup>45</sup> identificaram no estudo com enfermeiros, que os efeitos adversos dos opioides conhecidos foram a dependência (65%), a depressão respiratória (46,7%), seguidos pela constipação intestinal, prurido, sonolência e náuseas/vômitos (41,7%) e (3,3%) citaram a parada respiratória.

Evidenciado no estudo que na perspectiva das três categorias profissionais, a administração de analgésicos opioides pode causar dependência no paciente.

Oitenta e sete por cento dos enfermeiros iranianos acreditam que a dependência ocorrerá nos pacientes <sup>38</sup>, 76% dos auxiliares e técnicos de enfermagem, relataram dificuldades na administração de analgésicos opioides, por medo da dependência <sup>40</sup>.

Em um estudo em hospital do Paraná, enfermeiros enfatizam a não eficácia dos tratamentos e da possibilidade de dependência psicológica às medicações pelos pacientes <sup>46</sup>.

Os resultados de um estudo realizado em Taiwan indicaram que os cuidadores e pacientes mantinham algumas preocupações em relação ao manejo da dor no câncer. Essas preocupações foram demonstradas pela pesquisa do Barriers Questionnaire-Taiwan (BQT) o qual indicou que 38,02% dos cuidadores e 45,18% dos pacientes referiram que a necessidade de doses crescentes de analgésicos opioides significa dependência <sup>47</sup>.

Coluzzi et al. <sup>48</sup> citam alguns eventos farmacológicos do tratamento com opioides. A tolerância e dependência física podem ocorrer após a exposição crônica a muitos medicamentos, incluindo os opiáceos. Tolerância é caracterizada pela diminuição do efeito farmacológico que ocorre após a administração repetida de agonistas dos receptores de

opioides, condição a qual o organismo se acostuma ao fármaco necessitando de doses aumentadas para surtir o efeito desejado. Essas alterações da homeostase corporal, leva a dependência física, um estado de neuro-adaptação a um opioide específico, caracterizado pela crise de abstinência se a administração do agonista for interrompida abruptamente. Portanto, esses dois fenômenos estão relacionados entre si e são independentes da dependência psíquica, também chamada de dependência, mas geralmente a acompanham.

Portanto, verifica-se que o medo e as crenças sobre dependência de opioides podem estar associadas ao desconhecimento sobre a teoria da dor, farmacocinética e farmacodinâmica dessa classe de medicamentos <sup>49</sup>.

Quando questionados em qual situação administrar um opioide forte no paciente, grande parte dos profissionais responderam em casos de dor de intensidade forte. Estudo realizado em um hospital do Paraná questionou similarmente os profissionais de saúde sobre qual a intensidade inicial que o paciente necessita expressar para receber analgésicos, 48,2% relataram intensidade moderada <sup>40</sup>.

Os profissionais de enfermagem do presente estudo, convivem constantemente com pacientes oncológicos em pós operatório que experimentam sensações dolorosas e a intensidade pode variar dependendo do tipo de cirurgia, sendo dor leve. Grande parte da equipe de enfermagem considerou que a dor relacionada a procedimentos cirúrgicos, por tempo prolongado, pode torná-la dor crônica, no entanto, uma quantidade relevante dos participantes discordaram. Guimarães et al. <sup>50</sup>, citam uma variedade de procedimentos cirúrgicos como fatores preditores de cronificação da dor pós operatória. Dentre eles, destacam-se os procedimentos realizados com frequência na instituição estudada: as colecistectomias, colectomias, histeriorrafia inguinal, histerectomia, mamoplastia, mastectomia, prostatectomia, tireoidectomia, toracotomia.

Outros fatores foram citados como facilitadores para a cronicidade da dor pós operatória. Dentre eles a ansiedade, depressão, estresse do paciente no pré cirúrgico, idade, aspectos socioculturais, obesidade, carga genética, histórico de cirurgias prévias, técnica cirúrgica empregada, isquemia muscular, lesão de nervos, tipo de analgesia e presença de dor pré- operatória <sup>51,52</sup>.

Conviver com pacientes com dor no pós operatório requer cuidados específicos que os profissionais da enfermagem reconhecem <sup>53,54</sup>, porém, estudos que analisam conhecimento e atitudes dos profissionais frente a dor pós operatória não definem com precisão sobre a ciência do profissional relacionada a cronicidade da dor.

Pacientes oncológicos em fase avançada de doença apresentam uma alta carga de

sintomas especialmente no final da vida, podendo ser físicos (dor, dispneia, constipação e fadiga) por fatores psicoemocionais e espirituais. Durante esse processo, é realizado o manejo dos sintomas para que não haja sofrimento, porém, quando os sintomas retornam com frequência dificultando o manejo, a sedação paliativa é uma opção de tratamento <sup>55</sup>.

A sedação paliativa é uma intervenção médica ética e bem aceita, definida como o uso deliberado de medicamentos sedativos para reduzir a consciência dos pacientes com o objetivo do alívio de um ou mais sintomas refratários, após repetidas e intensas tentativas de tratamento tolerável, em pacientes com doença avançada terminal <sup>56</sup>.

Nesse contexto, as ferramentas para a comunicação da experiência dolorosa são fundamentais para compreensão do quadro algico, sendo necessária a implementação de métodos de avaliação nas instituições de saúde com o objetivo de identificá-la corretamente facilitando o manejo. Diversas escalas foram desenvolvidas com base em indicadores comportamentais e vêm sendo aplicadas para avaliar e documentar o sintoma doloroso nesses pacientes, dentre elas, podemos destacar a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), como uma das melhores ferramentas validadas para pacientes incapazes de relatar a dor, aprovada em vários estudos <sup>57</sup> e citada como padrão ouro por ser precisa e de fácil uso na prática clínica <sup>58-60</sup>. A BPS é indicada para pacientes adultos impossibilitados de se expressarem verbalmente de forma efetiva, como os pacientes graves que se encontram inconscientes e/ou em ventilação mecânica, seja devido à doença de base ou pelo uso de sedativos com ou sem bloqueio neuromuscular. Ela consiste na avaliação de três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. A BPS permite definir a intensidade da dor entre 3 (nenhuma dor) e 12 (a maior intensidade de dor) pontos. Cada indicador foi categorizado em quatro descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 pontos (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima); o tempo estimado para seu preenchimento é de 2 a 5 minutos. <sup>61</sup>

Assim sendo, 34,3% dos técnicos de enfermagem, 29,7% auxiliares de enfermagem e 18,3% enfermeiros ( $p = 0,04$ ) utilizam as escalas verbal numérica, de cores e de expressões faciais. A escala visual analógica foi relatada por 25,7% dos enfermeiros, 14,9% auxiliares de enfermagem e 14,3% técnicos de enfermagem escala visual analógica; e a escala verbal numérica por 5,7% técnicos de enfermagem, 5% auxiliares de enfermagem e 3,7% enfermeiros. Os que não tiveram opinião sobre qual escala foi 42,2% dos enfermeiros, 35,7% técnicos de enfermagem e 29,7% auxiliares de enfermagem.

No presente estudo, durante o período da coleta de dados, a escala BPS ainda não havia sido implementada nas UIS e o sistema de registro da dor para tal escala não existia. A mesma

foi implantada no mês de agosto do ano de 2019. Consequentemente, prevaleceram as respostas sobre não ter opinião a respeito quando questionados sobre avaliação da dor nos pacientes sedados internados nas UIS. Portanto, uma nova abordagem para avaliar o conhecimento dos profissionais neste quesito é necessário para verificar a aderência, aprendizagem e aplicabilidade.

- **LIMITAÇÕES**

A falta de agilidade de alguns profissionais ao responder o questionário, por motivos pessoais ou por estarem em horário de trabalho referindo escassez de tempo, fato que levou o pesquisador a dedicar um longo período de tempo nas unidades de internação. Tempo este de aproximadamente 5 horas por plantão, sendo necessário a rotatividade entre os três locais do estudo: Antônio Prudente, Hilda Jacob e Torre Brentani, para a aplicabilidade do questionário. Na coleta de dados do plantão noturno, foi necessário permanecer das 19:00 até as 2:00 horas da manhã por duas vezes para coletar os dados de plantões opostos.

Durante a ausência temporária nas UIS, é possível que alguns participantes do estudo tenham conseguido copiar as respostas uns dos outros devido terem sido compartilhadas no plantão por se concentrarem no mesmo local de trabalho (posto de enfermagem) para a anotação em prontuário eletrônico. Foram feitos todos os esforços para evitar isso, pois os participantes foram informados sobre o preenchimento do questionário ser de maneira individual. O estudo nos alerta para a necessidade de atualizações constantes voltadas ao manejo da dor. Acreditamos que mais pesquisas nessa linha e métodos de estudos qualitativos sejam bem-vindas na instituição, para que os dados coletados possam ser analisados de maneira mais aprofundada.

## **6 CONCLUSÃO**

A equipe de enfermagem estudada mostrou conhecimento adequado para manejo da dor em um cenário multiprofissional e dinâmico de atendimento.

- **PERSPECTIVAS**

A avaliação obtida neste estudo apontou falhas/ lacunas no conhecimento quanto ao manejo da dor, no entanto, a pesquisadora se surpreendeu com os resultados obtidos referente a categoria dos auxiliares de enfermagem, mostrando que houve evolução referente ao conhecimento desses profissionais no cuidado com o paciente oncológico internado.

A aplicação de instrumentos semelhantes bem como a pesquisa qualitativa podem guiar as correções necessárias em programas de educação continuada que resultarão na melhora da atuação da enfermagem e de toda equipe de saúde.



## 7 REFERÊNCIAS

- 1 Chaves MD, Costa AIS. Pain in cancer patients under chemotherapy. *Rev Dor*. 2012;13(1):45-9.
- 2 Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;144(8):1941-53.
- 3 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020/incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
- 4 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001. p.16-8.
- 5 International Association for the Study of Pain International. Global year against cancer pain (October 2008-October 2009). Disponível em: <https://bit.ly/2BSX852>. [2020 jan 12]
- 6 Pagura JR, Oliveira Jr JO. Taxonomia da dor. In: Posso IP, Grossmann E, Fonseca PRB, Perissinotti DMN, Souza JB Oliveira Júnior JO, et al. *Tratado de dor: publicação da Sociedade Brasileira Para o Estudo da Dor*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p.57-61.
- 7 Naime F. *Manual de tratamento da dor: dor aguda e dor de origem oncológica, tratamento não invasivo*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2012. Aspectos conceituais sobre a dor; p.1-18.
- 8 Cruz RLD, Naddeo PESDO, Naddeo SASDO. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da unidade básica de saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP. *Rev Science Health*. 2012; 3(2):74-86.

- 9 Ferreira AM, Rigotti MA. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.
- 10 Paula PI. Impacto da dor na vida do paciente: como tratá-la. *Rev Change Pain* 2014;1(2): 4-5.
- 11 Montarroyos ES, Pimentel ICP, Yin CY. Por que a dor pós operatória não é tratada adequadamente. *Rev Dor*. 2017;18(Supp 1):S8-13.
- 12 Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, Oliveira LF, Felix MMS, Barroso SM, et al. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(5):605-11.
- 13 Oliveira Junior JO, Serrano SC. Central da dor e estereotaxia. In: Lopes A, Costa CML, Soares FA, Guimarães GC, Iyeyasu H, Kowalski LP, et al. editores. *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia*. 4ª ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2017. p.344-8.
- 14 Cunha FF, Rêgo LP. Enfermagem diante da dor oncológica. *Rev Dor*. 2015;16(2):142-5.
- 15 McCaffrey M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *J Pain Symptom Manage*. 1997;14(3):175-88.
- 16 Queiroz FC. O manejo da dor por profissionais de enfermagem no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
- 17 Kanai KY, Wania MZF. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. *Rev Dor*. 2010;11(1):20-7.
- 18 Alves VS, Santos TS, Trezza MCSF, Santos RM, Monteiro FS. A enfermagem frente à dor oncológica. *Rev Bras Cancerol*. 2011;57(2):199-206.

- 19 Clarke, EB, French B, Bilodeau ML, Capasso VC, Edwards A, Empoliti J. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. *J Pain Symptom Manage*. 1996;11(1):18-31.
- 20 Pieszak GM, Terra MG, Rodrigues AP, Pimenta LF, Neves ET, Ebling SBD. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. *Rev Rene*. 2015;16(6):881-9.
- 21 Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad. de M. Lopes. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 22 Hair JR, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6ª ed. Porto Alegre, Bookman, 2009.
- 23 Nascimento LA, Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):50-4.
- 24 Lemos S, Miguel EA. Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Ciência, Cuidado Saúde*. 2009;7(Supl. 1):82-7.
- 25 Magalhães PAP, Mta FA, Saleh CMR, Dal Secco LM, Fusco SRG, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor*. 2011;12(3):221-5.
- 26 Santos AF, Machado RR, Ribeiro CJN, Mendes Neto JM, Ribeiro COM, Menezes MG, Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a avaliação da dor. *BrJP*, São Paulo, 2018;1(4):325-33.
- 27 Gonçalves FHS, Pereira MGN, Cezar ES. Avaliação da intensidade da dor em pacientes submetidos a amigdalectomia. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(1):85-94.

- 28 Souza VS, Corgozinho MM. A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. *Rev Cient Sena Aires*. 2016;5(1): 70-8.
- 29 Christina KU, Ticket LA, Charles BB. Symptom management in children with cancer. In: Orkin SH, Nathan DG, Ginsburg D, Look TA, Fisher DE, Lux S, editors. *Nathan and Oski's hematology and oncology of infancy and childhood*. 8<sup>th</sup> ed. New York: Elsevier; 2014. p.2349-2396.e14.
- 30 Idell CS, Grant M, Kirk C. Alignment of pain reassessment practices and National Comprehensive Cancer Network guidelines. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(3):661-71.
- 31 Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Cancer Netw*. 2019;17(8):977-1007.
- 32 Protocolo HSL: manejo multidisciplinar da dor paciente internado. HSL-PROT-S.DOR-001/REV.02. Disponível em: <https://bit.ly/2CdtKX8>. [2020 jan 12]
- 33 Protocolo de Gerenciamento da Dor na SBIBAE. Elaborado por Diego Marcelo May. Aprovado em 27/03/2018. Disponível em: <https://bit.ly/3iIy5SQ>. [2020 jan 12]
- 34 Protocolo de Gerenciamento da dor Hospital São Mateus. Elaborado por Natacha Vilas Boas de Abreu, Daniel S. Ávila e Veridiana Galetti de Rezende. Disponível em: <https://bit.ly/3iHTpYM>. [2020 jan 12]
- 35 Stube M, Cruz CT, Benetti ER, Gomes JS, Stumm EM. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. *REME: Rev Min Enferm*. 2015;19(3):696-703.
- 36 Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *Pain Manag Nurs*. 2008;9(1):17-25.
- 37 Samarkandi OA. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi J Anaesth*. 2018;12(2):220-6.

- 38 Shahriary S, Shir Yazdi SM, Shir Yazdi SA, Arjomandi A, Haghighi F, Vakili FM, et al. Oncology nurses knowledge and attitudes regarding cancer pain management. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(17):7501-6.
- 39 Bernardi M, Catania G, Lambert A, Tridello G, Luzzani M. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11(3):272-9.
- 40 Nascimento LA, Santos MR, Aroni P, Martins MB, Kreling MC. Manuseio da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. *Rev Eletr Enf*. 2011;13(4):714-20.
- 41 Nascimento LA, Cardoso MG, Oliveira AS, Quina E, Sardinha DSS. Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. *Rev Dor*. 2016;17(2):76-80.
- 42 Valerio AF, Fernandes KS, Miranda G, Terra FS. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados: revisão integrativa. *BrJP, São Paulo*, 2019;2(1):67-71.
- 43 Ribeiro COM, Costa IN, Ribeiro CJN, Nunes MS, Santos B, DeSantana JM. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia. *Rev Dor. São Paulo*, 2015;16(3):204-9.
- 44 Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev Eletr Enf*. 2014;16(2):361-9.
- 45 Posso MBS, Giaretta VMDA, Santanna ALGD, Ranzani RCM, Gouvea AL. Nurses' perception of the management of chronic non-malignant pain with opioids. *Rev Dor*. 2013;14(1):7-11.
- 46 Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enferm* 2001;9(4):44-9.

- 47 Lou F, Shang S. Attitudes towards pain management in hospitalized cancer patients and their influencing factors. *Chin J Cancer Res.* 2017;29(1):75-85.
- 48 Coluzzi F, Bifulco F, Cuomo A, Dauri M, Leonardi C, Melotti RM, et al. The challenge of perioperative pain management in opioid-tolerant patients. *Ther Clin Risk Manag.* 2017;13:1163-73.
- 49 Dos Santos Ferreira F, Meira KC, Félix RS, de Oliveira IRS, Pinto CMI, Dos Santos Silva MA, et al. Associated factors with the knowledge of nurses of a high complexity oncology centre in brazil, on the management of cancer pain. *Ecancermedicalscience.* 2019;13:928.
- 50 Guimarães GMN, Silva HBG, Machado RCS. Predictive factors for postoperative pain chronification. *Rev Dor.* 2017;18(1):24-8.
- 51 Schug AS, Bruce J. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. *Pain Report.* 2017;2(6):e627.
- 52 Seltzer Z. Transição de dor aguda para crônica pós-cirúrgica: fatores de risco e fatores de proteção. *Especialista Rev Neurother* 2009; 9:723-44.
- 53 Carvalho VVS, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de Enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2001;35(3):300-7.
- 54 Dessie M, Asichale A, Belayneh T, Enyew H, Hailekiros A. Knowledge and attitudes of ethiopian nursing staff regarding post-operative pain management: a cross-sectional multicenter study. *Patient Relat Outcome Meas.* 2019;10:395-403.
- 55 Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2012. Sedação paliativa; p.517-8.

- 56 Prado BL, Gomes DBD, Usón PLS Jr, Taranto P, França MS, Eiger D. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):13.
- 57 Azevedo-Santos IF, Alves IGN, Cerqueira Neto ML, Badauê-Passos D, Santana-Filho VJ, Santana JM. Validation of the Brazilian version of Behavioral Pain Scale in adult sedated and mechanically ventilated patients. *Rev Bras Anesthesiol*. 2017;67(3):271–7.
- 58 Sulla F, La Chimia M, Barbieri L, Gigantiello A, Iraci C, Virgili G, et al. A first contribution to the validation of the Italian version of the Behavioral Pain Scale in sedated, intubated, and mechanically ventilated paediatric patients. *Acta Biomed*. 2018;89(7-S):19–24.
- 59 Gomarverdi S, Sedighie L, Seifrabiei MA, Nikooseresht M. Comparison of two pain scales: behavioral pain scale and critical-care pain observation tool during invasive and noninvasive procedures in intensive care unit-admitted patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;24(2):151–5.
- 60 Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2017;49(1):66–72.
- 61 Morete MC, Mofatto SC, Pereira CA, Silva AP, Odierna MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor behavioural pain scale. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(4):373-8.

## Anexo 1 - Descrição dos resultados conforme gênero



**A.C. Camargo Cancer Center**  
Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

**COMITÊ DE ÉTICA  
EM PESQUISA - CEP**

São Paulo, 20 de junho de 2018.

À

**Dra. Diana Lima Villela de Castro**  
**Aluna: Karyn Cristiane Matias Marques (Mestrado)**

**Ref: Projeto de Pesquisa nº. 2482/18**  
**"PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR**  
**DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA E**  
**CIRÚRGICA."**

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center, em sua última reunião de **19/06/2018**, **analisaram e aprovaram** os seguintes documentos:

- Emenda ao projeto em referência, em documento datado de 21 de maio de 2018;
- Folha de rosto com a alteração do título de: "*Percepção da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica.*", para: "*Conhecimento da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica.*";
- Projeto: alterado objetivo geral (item 2), Metodologia (item 3 - 3.1 Tipo de Estudo), Questão do Estudo (item 3.2 alterado somente a palavra conhecimento – negrito e sublinhado), Amostra (item 3.4), Coleta de dados (item 3.5), Análise de dados (item 3.6);
- TCLE: II-Dados sobre a pesquisa científica (item 1) Título do protocolo de pesquisa: alterado somente a palavra conhecimento – negrito e sublinhado, (item III) informações ao participante, (item IV) objetivos da pesquisa, (item V) justificativa para a proposta da pesquisa: alterado somente a palavra conhecimento – negrito e sublinhado.

Atenciosamente,

  
**Dr. Jefferson Luiz Gross**  
**1º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa**



## Anexo 2 - Protocolo assistencial de Manejo da dor em pacientes adultos



**A.C. Camargo  
Cancer Center**  
Centro Integrado de Diagnóstico,  
Tratamento, Ensino e Pesquisa

### PTA - PROTOCOLO ASSISTENCIAL MANEJO DA DOR EM PACIENTES ADULTOS

**Código:**PRA-PTA-0041

**Status:** Revisão

**Vigência da Versão:-**

**Versão:**01

**Data de Validade:-**

**Área Emitente:**PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

---

#### 1. OBJETIVO

- 1.1. Padronizar as melhores práticas para manejo da dor em pacientes adultos.

#### 2. APLICAÇÃO

- 2.1. Este protocolo se aplica a toda equipe assistencial do A.C. Camargo Cancer Center.

#### 3. ABRANGÊNCIA

- 3.1. Este protocolo abrange todas as áreas assistenciais do A.C. Camargo Cancer Center.

#### 4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- 4.1. Não aplicável.

#### 5. GLOSSÁRIO

- 5.1. Não aplicável.

#### 6. DESCRIÇÃO

##### 6.1. DOR

##### 6.1.1. Definição

6.1.1.1. Segundo a definição da IASP (Internacional Association for the Study of Pain), "dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja definição pode corresponder à existência de tal lesão". Esta definição prevê que a dor pode ser associada ou não a uma lesão tecidual e/ou a variáveis cognitivas ou emocionais;

6.1.1.2. É preciso avaliar o indivíduo no contexto biopsicossocial e espiritual, contemplando seus aspectos físico, mental, social e espiritual, únicos e biográficos. A expressão não verbal da dor deve ser identificada e valorizada tanto quanto sua expressão verbal;

6.1.1.3. A prática do controle da "dor total" relacionada ao câncer é prioridade do cuidado, implica no tratamento impecável dos sintomas, priorizando o controle adequado da dor, o apoio psicossocial e espiritual, a comunicação contínua entre o paciente, a equipe que cuida e a família, valorizando o paciente como ser único e que deve ser o centro do cuidado;

6.1.1.4. A dor não controlada pode associar-se ao aumento do sofrimento existencial;

6.1.1.5. A dor relacionada ao câncer é um fenômeno complexo e multidimensional, composto por componentes sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais, sendo um dos sintomas mais comuns e o mais temido em doença maligna avançada.

##### 6.1.2. Dor Oncológica

## Apêndice 1 - Instrumento de coleta de dados

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

“Conhecimento da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica.”

#### **Parte I: Caracterização da amostra**

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Nível de categoria de enfermagem: ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) Técnico de enfermagem  
( ) Enfermeiro(a)

**Data de contratação do cargo atual no A.C.Camargo Câncer Center :** \_\_\_\_\_

#### **Parte II: Questionário**

1. Como você classificaria o atual manejo do paciente com dor nas unidades de internação do A.C.Camargo Câncer Center ?

- b) Bom.
- c) Satisfatório.
- d) Insatisfatório.
- e) não tenho opinião a respeito.

2. Como deve ser realizada a avaliação da dor nas unidades de internação do A.C.Camargo Câncer Center ?

- a) no momento da admissão do paciente
- b) depois da realização de procedimentos dolorosos
- c) quando o paciente se queixar de dor
- d) em todos os plantões, ajudando no controle das ocorrências de dor e eficácia da terapêutica
- e) não tenho opinião a respeito

3. Qual a importância da identificação da dor nas unidades de internação do A.C.Camargo Câncer Center ?

- a) beneficiar a orientação e resultado do tratamento e do paciente, proporciona cuidado humanizado e melhora do paciente
- b) apenas ajudar a classificar se o tratamento sugerido está sendo efetivo

- c) determinar que o paciente indica infecção
  - d) apenas proporcionar o bem estar do paciente
  - e) não tenho opinião a respeito
4. Quais os instrumentos utilizados para avaliação da dor nas unidades de internação do hospital A.C.Camargo Câncer Center?
- a) Escala visual numérica (EVN).
  - b) Escala visual analógica (EVA).
  - c) Escala verbal numérica
  - d) Escala verbal numérica, de cores e de expressões faciais.
  - e) não tenho opinião a respeito.
5. Durante quanto tempo (minutos) é realizada a reavaliação de dor apos a administração de um analgésico?
- b) 45 minutos.
  - c) 60 minutos.
  - d) 72 minutos.
  - e) 120 minutos.
6. Você está a frente de um paciente e o mesmo refere dor de intensidade = 6. Como podemos classificar essa dor quanto à sua gravidade, considerando que a avaliação foi realizada com uma escala numérica de 0 a 10?
- a) nenhuma dor.
  - b) dor forte.
  - c) dor leve.
  - d) dor moderada.
  - e) não tenho opinião a respeito.
7. Quais os sinais que um paciente pode apresentar na ocorrência de dor intensa? Considerar relato de dor na escala numérica de 10.
- a) elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca
  - b) febre
  - c) bradicardia
  - d) taquipneia
  - e) não tenho opinião a respeito
8. Você concorda que o paciente esta falando a verdade quando refere estar com dor?
- a) concordo
  - b) discordo parcialmente
  - c) concordo parcialmente
  - d) discordo totalmente
  - e) não tenho opinião a respeito.
9. Qual a diferença entre dor crônica e dor aguda?
- a) dor crônica está diretamente associada a lesão tecidual e reação inflamatória e a dor aguda pode ser associada a tumores e seus tratamentos.
  - b) na dor aguda ocorre o desaparecimento do sintoma doloroso apos a cura da lesão em vista que a dor crônica é patológica e persistente.
  - c) dor aguda está diretamente associada a lesão tecidual e reação inflamatória, enquanto na dor crônica ocorre o desaparecimento do sintoma doloroso após a cura da lesão.
  - d) dor aguda é descrita como agulhadas e pontadas enquanto a crônica é mais demorada e atinge territórios maiores.
  - e) não tenho opinião a respeito.
10. Sobre opioides, é correto afirmar que:
- a) são considerados opioides fracos: sulfato de morfina, cloridrato de metadona, fosfato de codeína, cloridrato de tramadol, entre outros.
  - b) são considerados opioides fortes: fosfato de codeína, cloridrato de tramadol, citrato de Fentanila, entre outros.

- c) são considerados opioides fortes: cloridrato de metadona, sulfato de morfina, citrato de Fentanila, entre outros.
  - d) são considerados opioides fracos: AINHs, paracetamol + fosfato de co deina, cloridrato de tramadol.
  - e) nenhuma das alternativas
11. Quais são os efeitos adversos mais comuns do uso de opioides?
- a) náuseas, vômito e constipação.
  - b) diarreia, dor, fadiga.
  - c) sudorese, febre e arrepios.
  - d) dor, diarreia e cegueira.
  - e) nenhuma das alternativas.
12. A administração de analgésicos opioides pode causar dependência no paciente?
- a) concordo
  - b) discordo parcialmente
  - c) concordo parcialmente
  - d) discordo totalmente
  - e) não tenho opinião a respeito.
13. Em que situação você administraria um opioide forte no paciente?
- a) em casos de dor de intensidade moderada.
  - b) em casos de dor de intensidade forte.
  - c) em casos de dor de intensidade leve.
  - d) alternativas a e b estão corretas.
  - e) não tenho opinião a respeito.
14. A dor relacionada a procedimentos cirúrgicos, por tempo prolongado, pode torna-la dor crônica?  
( ) verdadeiro ( ) falso
15. Como a avaliação da dor é realizada em pacientes adultos sedados na unidade de internação do A.C. Camargo Cancer Center?
- a) Escala visual numérica (EVN).
  - b) Escala visual analógica (EVA).
  - c) Escala verbal numérica (EVN).
  - d) Escala verbal numérica (EVN), de cores e de expressões faciais.
  - e) não tenho opinião a respeito.

## Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

#### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PARTICIPANTE: .....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO : M F  
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE: .....  
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2. RESPONSÁVEL LEGAL: .....  
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.): .....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO : M F  
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE: .....  
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....

#### II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

##### 1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Conhecimento da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica cirúrgica.

##### 2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Diana Lima Villela de Castro

##### 3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

- Diana Lima Villela de Castro – Docente do Departamento de Pós-graduação Stricto Sensu do A.C. Camargo Cancer Center
- Karyn Cristiane Matias Marques – Aluna de Mestrado do A.C. Camargo Cancer Center

##### 4. DURAÇÃO DA PESQUISA:

24 meses