



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

Vânia Garcia da Silva

ANÁLISE DA EFICÁCIA DO SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER NA AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES COM CÂNCER

Projeto apresentado à Fundação Antônio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center, para obtenção do Título de Mestre em Oncologia pelo Programa de Mestrado Profissional.

Orientadora:

Profª. Dra. Maria Paula Curado

Co-orientadora:

Dra. Maria das Graças Silva Matsubara

São Paulo

2024

Ficha Catalográfica

Silva, Vânia Garcia

**Análise da eficácia do Sistema de Traigem Manchester na
avaliação da dor em pacientes com câncer** / Vânia Garcia da Silva –
São Paulo, 2024. 29f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Fundação Antônio Prudente. Programa
de Pós-Graduação em Ciências – Área de concentração: Oncologia.

Título em inglês: Assessment of the Effectiveness of the
Manchester Triage System in Evaluating Pain in Cancer Patients.

1. Neoplasias. 2. Dor do câncer. 3. Triagem. 4. Serviço hospitalar de
emergência. 5. Oncologia.

1. Neoplasms. 2. Cancer Pain. 3. Triage. 4. Emergency Service
Hospital. 5. Medical Oncology.

Vânia Garcia da Silva

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DO SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER NA
AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES COM CÂNCER**

Aprovado: 11/06/2024

Orientadora: Dra. Maria Paula Curado

Co-orientadora: Dra. Maria das Graças Silva Matsubara

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da Banca:

Dr. Genival Barbosa de Carvalho - Membro Titular

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Dr. Ivan Leonardo Avelino França e Silva - Membro Titular

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Agradecimentos

À Prof^a. Dra. Maria Paula Curado, por acreditar em mim, pela oportunidade, constante estímulo e aprendizagem. Sou grata também pelo carinho, disponibilidade e apoio ao longo destes anos.

À estimada co-orientadora Dra. Enf. Maria das Graças Silva Matsubara, pela dedicação, paciência, convivência enriquecedora, constante estímulo, aprendizagem pela valiosa contribuição e apoio nesta jornada.

À Barbara Beltrame Bettim Maiorano que realizou a análise estatística desta pesquisa.

À Rafael Vanhoz Ribeiro pelo apoio com a plataforma REDCap.

Aos especialistas, que colaboraram imensamente, com sua experiência e sabedoria, para que os objetivos deste trabalho fossem alcançados.

Aos profissionais do A.C.Camargo Cancer Center setor da emergência da área de enfermagem, que me apoiaram durante as coletas, especialmente ao Coordenador Cleuton Santos Alves e enfermeiros Edesio de Paulo Silva, Jessica Talita M. W. Ranier, Maria Gabriela C. V. Silva e Igor Borba.

Resumo

Silva VG, Curado MP, Matsubara MGS, Analise da Eficácia do Sistema de Triagem Manchester na Avaliação da Dor em Pacientes com Cancer.[Dissertação] Apresentada à Fundação Antônio Prudente para obtenção do título de Mestre em Oncologia; São Paulo; 2024.

Introdução: A dor é um fator determinante de prioridade e um dos principais eventos responsáveis pela procura dos pacientes com câncer pelo Serviço de Emergência Oncológico. A triagem é o primeiro processo de avaliação e classificação usado para priorizar os atendimentos nesse serviço, tendo como ferramenta o Sistema de Triagem Manchester. **Objetivos:** Avaliar a eficácia do Sistema de Triagem Manchester na priorização de risco de pacientes que procuram o Serviço de Emergência oncológica com queixa de dor. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, transversal de caráter quantitativo, realizado no município de São Paulo, São Paulo, Brasil. Foram incluídos pacientes com queixa de dor, no período de fevereiro a abril de 2022. Considerando que cada paciente poderia ter mais de um atendimento neste período, foi definido por avaliar o último atendimento. Os dados foram coletados por meio de análise do Prontuário Eletrônico do Paciente. O estudo teve uma casuística de 1662 participantes. Os resultados foram analisados por meio dos testes teste Qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher. Em todos os testes de hipóteses o nível de significância foi fixado em 5%. **Resultados:** Participaram 1662 pacientes com média de 57,9 anos, maioria do sexo feminino, com câncer do aparelho digestivo alto (19,8%) e mama (17,6%), não utilizavam opioide (69,3%) e tiveram como desfecho clínico a alta (72,4%). As categorias do Sistema de Triagem Manchester mostram maioria com fluxograma dor abdominal do adulto (27,5%), discriminador para dor leve (63,1%) e classificação de prioridade para dor pouco urgente (67,3%). Na Associação do fluxograma e discriminador do STM com o uso de opioide observa-se significância estatística ($p \leq 0,5$). **Conclusão:** A maioria dos pacientes com câncer, com queixa de dor atendidos no Serviço de Emergência Oncológica não utilizavam opioide, foram triados com prioridade não urgente, com dor leve e moderada, com fluxograma dor abdominal em

adulto, apresentando como desfecho clínico, a alta. Observou-se uma significância estatística na associação entre o fluxograma e o discriminador do STM com o uso de opioides ($p \leq 0,05$), indicando uma relação entre a triagem e o tratamento com opioides.

Descritores: Neoplasias; Dor do Câncer; Triagem; Serviço Hospitalar de Emergência; Oncologia;

Abstract

Silva VG, Curado MP, Matsubara MGS, Analysis of the Effectiveness of the Manchester Triage System in Assessing Pain in Cancer Patients. [Dissertation] Presented to the Antonio Prudente Foundation to obtain the title of Master in Oncology; São Paulo; 2024.

Introduction: Pain is a key factor in determining priority and is one of the main reasons patients with cancer seek the Oncological Emergency Service. Triage is the initial process of assessment and classification used to prioritize care in this service, utilizing the Manchester Triage System as a tool. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of the Manchester Triage System in prioritizing the risk of patients seeking the Oncological Emergency Service with complaints of pain. **Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional quantitative study conducted in São Paulo, Brazil. Patients with complaints of pain from February to April 2022 were included. Since a patient might have more than one visit during this period, only the most recent visit was evaluated. Data were collected through analysis of Electronic Patient Records. The study included 1662 participants. Results were analyzed using Pearson's Chi-square test and Fisher's Exact test. The significance level for all hypothesis tests was set at 5%. **Results:** The study included 1662 patients with a mean age of 57.9 years, mostly female, with diagnoses of upper gastrointestinal cancer (19.8%) and breast cancer (17.6%). Most did not use opioids (69.3%) and the clinical outcome was discharge (72.4%). The Manchester Triage System categories showed the majority had the abdominal pain adult flowchart (27.5%), a discriminator for mild pain (63.1%), and a priority classification for non-urgent pain (67.3%). A statistical significance was observed in the association between the flowchart and discriminator of the STM with opioid use ($p \leq 0.05$). **Conclusion:** Most cancer patients with pain complaints attended at the Oncological Emergency Service did not use opioids, were triaged with non-urgent priority, presenting mild to moderate pain, with the abdominal pain adult flowchart, and the clinical outcome was discharge. A statistical significance was observed in the association between the flowchart and discriminator of the STM with opioid use ($p \leq 0.05$), indicating a relationship between triage and opioid treatment.

Key words: Neoplasms; Cancer Pain, Triage; Emergency Service, Hospital; Medical Oncology.

Lista de tabelas

Tabela 1	Dados sociodemográficos e clínicos de pacientes adultos com câncer, atendidos em um SEO, com queixa de dor (n=1662).....	8
Tabela 2	Distribuição das categorias segundo STM de pacientes adultos com câncer, com queixas de dor atendidos no SEO (1305).....	9
Tabela 3	Associação do fluxograma e discriminador do STM com o uso de opioide de pacientes adultos com câncer atendidos em um SEO, com queixa de dor.....	10

Lista de siglas e abreviaturas

PNH	Política Nacional de Humanização
STM	Sistema de Triagem Manchester
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade
SEO	Serviços de Emergência Oncológica

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVOS.....	4
	2.1 Objetivo geral.....	4
	2.2 Objetivos específicos.....	4
3	MÉTODO.....	5
	3.1 Tipo de estudo.....	5
	3.2 Preceitos Éticos em Pesquisa	5
	3.3 Desenho do estudo.....	5
	3.2.1 Critérios de inclusão	5
	3.2.2 Critérios de exclusão.....	6
	3.2.3 Variáveis do estudo.....	6
	3.3 Análise de dados.....	6
4	RESULTADOS.....	7
5	DISCUSSÃO.....	10
6	CONCLUSÃO.....	14
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
	7.1 Limitações do estudo.....	15
	7.2 Implicações para a prática.....	15
8	REFERÊNCIAS.....	16
	ANEXOS.....	20

Anexo 1 Aprovação Comitê de Ética

1. INTRODUÇÃO

As estimativas mundiais para 2030, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por essa causa. Estes dados estão relacionados com o crescimento e envelhecimento da população, associada a maior exposição a fatores de risco. Portanto, observa-se um aumento progressivo nos efeitos relacionado as diversas modalidades de tratamento^{1,2}.

Diante desta realidade observa-se um crescimento gradativo e diário no atendimento de pacientes com câncer nos Serviços de Emergência, com uma variedade de queixas, sejam elas urgentes ou não urgentes. Esse cenário repercute em superlotação, aumento do tempo de permanência dos pacientes para tomada de decisão da equipe médica e da realização de exames diagnósticos, gerando sobrecarga, insatisfação do paciente, podendo comprometer a qualidade do cuidado prestado^{2,3}.

A Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências, o acolhimento como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) e a triagem classificatória de risco que visa organizar a fila de espera, priorizando o atendimento de acordo com o grau de necessidade apresentado associado à classificação de risco, que tem por finalidade garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, aumentando o acesso e oferecendo um atendimento acolhedor e resolutivo⁴.

Para tanto, existem alguns protocolos de classificação de risco, com destaque para o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que se originou em 1997 na cidade de Manchester, na Inglaterra e, começou a ser implantado com mais vigor a partir do ano de 2007 no Brasil, ante a necessidade do aprimoramento na qualidade da assistência nos serviços de urgência e emergência, por se tratar de ferramenta que oportuniza o estabelecimento de ordem de atendimento, com prioridade embasada na gravidade do quadro e ou queixa apresentada pelo paciente e, não mais na ordem de chegada ao serviço⁵.

A execução do protocolo de STM no Brasil, quando praticada pela enfermagem é respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), conforme Resolução Nº 423/2012, sendo atribuição exclusiva do enfermeiro⁶. No entanto, a aplicação dessa ferramenta nas instituições deve ser precedida de capacitação dos profissionais, por meio de cursos certificados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), órgão oficial que representa o STM a nível nacional. Esses cursos são oferecidos na modalidade presencial e à distância, sendo necessários uma revalidação a cada três anos⁷.

O STM é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 55 fluxogramas (53 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas), sendo que somente cinco não estão ligados ao discriminador da dor⁷.

O processo da triagem se inicia com o registro da queixa principal apresentada pelo paciente, que direciona para um fluxograma específico, onde são realizadas perguntas que levam a um conjunto de discriminadores e cada nível de prioridade clínica possui discriminadores (sinais vitais e sintomas), que definem o nível de risco do paciente. Quando o discriminador é definido, o nível de urgência, a cor correspondente e o tempo-alvo de atendimento também são determinados⁷.

Destaca-se que o paciente pode ser classificado em cinco diferentes níveis de prioridade identificados por número, nome, cor e tempo-alvo até o início da avaliação médica, sendo elas: prioridade um, emergência (vermelho, com atendimento imediato); prioridade dois, muito urgente (laranja, com atendimento em até 10 minutos); prioridade três, urgente (amarelo, com atendimento em até 1 hora); prioridade quatro, pouco urgente (verde, com atendimento em até 2 horas) e; prioridade cinco, não urgente (azul, com atendimento em até 4 horas)⁸.

A utilização da cor branca na classificação de risco é indevida nos serviços de urgência como porta de entrada administrativa ou o seu uso para procedimentos eletivos ou não urgentes, o que agrava a pressão sobre esses serviços, além de estimular sua utilização distorcida não só pelos pacientes, como também pelos profissionais. Ela permite quantificar o problema nas instituições, para que seja feito um planejamento de ações que promovam um atendimento com foco no risco-benefícios⁸.

É importante que o enfermeiro conheça o perfil epidemiológico do paciente que busca o serviço de emergência, assim como a fisiopatologia das alterações mais recorrentes, escuta qualificada, de forma a garantir intervenções seguras, rápidas e tomada de decisão precisa, descriminando de forma clara qual o encaminhamento necessário do paciente após a classificação⁹.

No caso de Serviços de Emergência Oncológica (SEO), a busca do paciente está relacionada principalmente aos efeitos dos tratamentos e complicações da doença. Porém, dentre as principais queixas, destaca-se a dor, que, seja aguda ou crônica¹⁰.

Esse sintoma é uma das principais complicações que acometem o paciente com câncer, pois se manifesta em todos os estágios do processo neoplásico. No Brasil a estimativa é que 62 a 90% dos pacientes com câncer apresentam algum tipo de dor e 24,5 a 46,6% tem sua dor inadequadamente controlada¹¹.

A dor é um elemento importante, porém, de difícil compreensão, devido aspectos subjetivos e complexos envolvendo tanto o paciente como o profissional da triagem. A escala de dor de Manchester é numérica e visual, com variação de zero (sem dor) a 10 (pior dor). Cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, podendo ser leve acima de 7 dias (um ao quatro) correspondente à prioridade azul; leve recente, com início até sete dias (um a quatro) correspondente à prioridade verde; moderada (cinco a sete), prioridade amarela e; grave (oito a 10), prioridade laranja¹².

A avaliação é um importante passo para o planejamento de cuidados e deve ser realizada em conjunto por todos os profissionais que acompanham o paciente, sendo fundamental a valorização, avaliação e quantificação correta deste evento, de forma a escolher e implementar o tratamento adequado, possibilitando conforto e bem-estar. Ressalta-se que essa condição impacta diretamente a qualidade de vida de pacientes com câncer¹³.

Portanto, considerando a dor, um fator determinante de prioridade e um dos principais eventos responsáveis pela procura dos pacientes com câncer pelo Serviço de Emergência, com necessidade de triagem, com uso de fluxo com prioridade adequada para atendimento desses pacientes, este estudo tem como pergunta:

- Qual a eficácia do Sistema de Triagem Manchester no atendimento de pacientes com câncer com queixa de dor?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a eficácia do Sistema de Triagem Manchester na priorização de risco de pacientes que procuram o Serviço de Emergência oncológica com queixa de dor.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer que procuram o Serviço de Emergência Oncológica, cuja queixa esteja relacionada ao fluxograma e discriminador de dor;
- Identificar o desfecho clínico após reavaliação médica se alta, internação clínica para controle algico ou por outros motivos, dos pacientes que procuram o Serviço de Emergência Oncológica com queixa de dor;
- Correlacionar o fluxograma, discriminador, prioridade do STM e desfecho clínico, dos pacientes com queixa de dor com e sem uso de opioide.

3. MÉTODO

2.3 Tipo de estudo

Estudo descritivo, retrospectivo, transversal de caráter quantitativo.

- **Preceitos Éticos em Pesquisa**

A realização desta pesquisa foi precedida da apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos de protocolo número 5.858.989 (Anexo 1). Foi solicitado a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de uma caustica alta, sendo assegurado o anonimato e sigilo.

2.4 Desenho do estudo

Os participantes foram compostos por pacientes com câncer, atendidos no Serviço de Emergência do A.C.Camargo Cancer Center, com queixa de dor, no período de fevereiro a abril de 2022. Considerando que cada paciente poderia ter mais de um atendimento neste período, foi definido por avaliar o último atendimento. Os dados foram coletados por meio de análise do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A definição por este período justifica-se pela similaridade do cenário pandêmico, o que pode impactar nas queixas pela busca dos Serviços de Emergência. O estudo teve uma casuística de 1662 participantes.

A avaliação do desfecho clínico refere-se a tomada de decisão no serviço de emergência, como alta hospitalar, internação para controle algico ou internação por motivo diversos.

2.4.1 Critérios de inclusão

- Pacientes maiores de 18 anos;
- Diagnóstico de câncer, independente do sítio tumoral ou estágio da doença, atendidos no Serviço de Emergência;
- Atendidos no Serviço de Emergência, com queixa de dor.

2.4.2 Critérios de exclusão

- Pacientes com diagnóstico não oncológico;
- Atendidos no SEO com queixa de dor relacionada a queda.

2.4.3 Variáveis do estudo

Foram selecionadas para o estudo as variáveis dependentes tais como, idade, sexo, sítio tumoral, fluxograma, discriminador e prioridades na triagem, segundo a classificação de prioridade do STM, uso de opioide, tipo de opioide e acompanhamento dos pacientes com indicação de internação para controle álgico. A variável independente incluiu a avaliação do fluxograma, discriminador e desfecho clínico dos pacientes com e sem uso de opioide.

2.5 Análise de dados

Para as variáveis quantitativas, foram usados valores das médias e medianas para resumir as informações, e valores de desvio padrão, mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados. A associação entre as variáveis qualitativas foi avaliada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher.

O software livre R versão 3.5 e o software IBM SPSS versão 25 foram utilizados para análise dos dados. Em todos os testes de hipóteses o nível de significância foi fixado em 5%. Assim, resultados cujos valores p são menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

4. RESULTADOS

A amostra foi de 1662 pacientes atendidos no Serviço de Emergência Oncológica com queixa de dor, com características clínicas e sociodemográficas distintas, com média de idade de 57,9 anos e variação de 18 a 97 anos, sendo maioria do sexo feminino, com diagnóstico de câncer do aparelho digestivo alto e mama, com desfecho de alta após atendimento (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos de pacientes adultos com câncer, atendidos em um Serviço de Emergência Oncológico, com queixa de dor (n=1662) e sítio tumoral dos pacientes internados para controle algico (n=91)

Variáveis	N (%)
Idade	
Média (Desvio padrão)	57,9 (15,7)
Mínimo- máximo	18-97
Sexo	
Masculino	592(35,6)
Feminino	1070 (64,4)
Sítio tumoral	
Aparelho digestivo alto	18 (19,8)
Mama	16 (17,6)
Ginecologia	11 (12,1)
Hematologia	10 (11,0)
Urologia	10 (11,0)
Colorretais	8 (8,8)
Cabeça e pescoço	6 (6,6)
Sarcomas partes moles	3 (3,3)
Sistema Nervoso Central	3 (3,3)
Pulmão e tórax	2 (2,2)
Pele	2 (2,2)
Ossos	2 (2,2)
Uso de opioide	
Não	1153 (69,3)
Sim	152 (9,1)
Dados omissos	357 (21,4)
Tipo de opioide	
Forte	106 (69,7)
Forte e fraco	9 (5,9)
Fraco	37 (24,3)
Tipo de desfecho	
Alta	1203 (72,4)
Internação por motivos diversos	368 (22,1)
Internação para controle algico	91 (5,5)

Na análise descritiva do acompanhamento prévio com especialistas (Terapia Antialgica e Cuidados Paliativos) dos 91 pacientes com câncer atendidos com queixa de dor no Serviço de Emergência Oncológico e, que tiveram solicitação de internação para controle algico, observa-se que 59,3% (54) não tinham acompanhamento, 31,9% (29) eram acompanhados pela equipe de Cuidados Paliativos e 0,5% (8) pelo departamento de Terapia Antialgica.

Observa-se dentre as características do STM, que a maioria dos pacientes adultos com câncer atendidos no Serviço de Emergência Oncológica, com queixa de dor foram classificados no fluxograma de dor abdominal em adulto, com dor leve e prioridade pouco urgente (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das categorias segundo STM de pacientes adultos com câncer, com queixas de dor atendidos no SEO (1305)

Variáveis	N (%)
Fluxograma da dor STM	
Dor abdominal em adulto	457 (27,5)
Problemas em extremidades	178 (10,7)
Dor lombar	167 (10,0)
Infecções locais e abscessos	120 (7,2)
Cefaleia	97 (5,8)
Dor de garganta	96 (5,8)
Dor torácica	90 (5,4)
Problemas urinários	88 (5,3)
Diarreia e ou vômitos	74 (4,5)
Mal-estar em adulto	74 (4,5)
Dor cervical	44 (2,7)
Feridas	44 (2,6)
Quedas	19 (1,1)
Outros	114 (6,8)
Discriminador de dor STM	
Dor leve	1048 (63,1)
Dor moderada	373 (22,4)
Dor intensa	42 (2,5)
Evento recente	46 (2,8)
Dor precordial ou cardíaca	20 (1,2)
Dor pleurítica	25 (1,5)
Dor ou coceira leve recente	25 (1,5)
Vômito/vômitos persistentes	13 (0,8)
Outros	70 (4,2)

Classificação de prioridade STM	
Dor não urgente	13 (0,8)
Dor pouco urgente	1118 (67,3)
Dor urgente	437 (26,3)
Dor muito urgente	94 (5,7)

STM= Sistema de Triagem Manchester.

Observa-se que a associação do fluxograma, classificação de prioridade e discriminador apresentam significância estatística, quando comparado pacientes os pacientes que utilizavam e os que não usavam opioide, ou seja, pacientes com histórico de uso de opioide quando atendidos no SEO com queixa de dor, apresentam no fluxograma, dor abdominal, lombar, testicular e torácica; classificados com prioridade de dor urgente e discriminador de dor (Tabela 3).

Tabela 3. Associação do fluxograma e discriminador do STM com o uso de opioide de pacientes adultos com câncer atendidos em um SEO, com queixa de dor (n=1305)

Variável	Uso de opioide			p
	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)	
Fluxograma STM				0,002
Dor abdominal/lombar/testicular/torácica	87 (57,2)	495 (42,9)	582 (44,6)	
Dor cervical/Dor de garganta/problemas dentários	13 (8,6)	93 (8,1)	106 (8,1)	
Feridas	3 (2,0)	28 (2,4)	31 (2,4)	
Infecções locais e abscessos	2 (1,3)	95 (8,2)	97 (7,4)	
Mal-estar em adulto	3 (2)	57 (4,9)	60 (4,6)	
Problemas em extremidades	19 (12,5)	115 (10,0)	134 (10,3)	
Problemas urinários	3 (2,0)	66 (5,7)	69 (5,3)	
Outro	22 (14,5)	204 (17,7)	226 (17,3)	
Classificação de prioridade STM				0,02
Dor não urgente	2(1,3)	9 (0,8)	11(0,8)	
Dor pouco urgente	83 (54,6)	764 (66,3)	847 (64,9)	
Dor urgente	52 (34,2)	316 (27,4)	368 (28,2)	
Dor muito urgente	15 (9,9)	64 (5,6)	79 (6,1)	
Discriminador de dor STM				0,02
Dor	133 (87,5)	1077(93,4)	1210(92,7)	
Evento recente	8 (5,3)	33 (2,9)	41 (3,1)	
História aguda de vômito de sangue	3 (2,0)	9 (0,8)	12 (0,9)	
Sepse possível	5 (3,3)	12 (1,0)	17 (1,3)	
Outro	3 (2,0)	22 (1,9)	25 (1,9)	
Tipo de desfecho				6,20
Alta	82 (53,9)	799 (69,3)	881 (67,5)	
Internação por motivos diversos	37 (24,3)	308 (26,7)	345 (26,5)	
Internação para controle algico	33 (21,7)	46 (4,0)	79 (6,1)	

STM= Sistema de Triagem Manchester. Dados omissos= 357. Diferença estatisticamente significativa para $p \leq 0,05$.

5. DISCUSSÃO

Os dados obtidos com a presente investigação delinearam um perfil clínico e sociodemográfico de pacientes adultos com câncer atendidos no SEO com queixa de dor, condizentes com o cenário epidemiológico a nível nacional, no que concerne a idade e tipo de câncer¹⁴. Em relação ao sexo, o resultado converge com outros estudos mostrando maior número de mulheres^{15,16}.

A prioridade do STM está associada a um melhor desfecho clínico dos pacientes com queixa de dor¹⁵. Portanto, considerando que a maioria de pacientes foi classificado no discriminador dor leve, com prioridade pouco urgente justifica o resultado do desfecho clínico, que 72,3% receberam alta hospitalar após o atendimento. Em um estudo que avaliou o desfecho clínico em serviço de emergência, para atendimento de pacientes com diversas doenças, incluindo neoplasias, segundo o nível de prioridade do STM, observou que os pacientes com prioridade vermelha apresentaram maior percentual de óbito, os das categorias laranja e amarela tiveram maiores percentuais de alta hospitalar e maior número de internações para aqueles triados na categoria laranja¹⁶. Outro estudo envolvendo pacientes com câncer atendidos no serviço de emergência de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), mostrou que 76,3% receberam alta hospitalar¹⁷.

A intensidade da dor influencia na classificação do STM, que condiz com o presente estudo, com maior frequência para dor leve e moderada culminando na classificação de prioridade pouco urgente e urgente¹⁸.

Desta forma, o STM mostrou ser um recurso clínico e organizacional importante para apoiar à gestão do atendimento do paciente com câncer que buscou o serviço de emergência com queixa de dor, aprimorando e qualificando o cuidado prestado ao organizar a demanda conforme os padrões de riscos expressos pela gravidade no momento da apresentação do paciente¹⁹.

A dor é um sintoma comum em pacientes com câncer e a avaliação precisa é fundamental para o tratamento adequado do paciente²⁰. Destaca-se que essa condição é um dos principais fatores que levam os pacientes com câncer a recorrerem aos serviços de emergência, impactando diretamente na qualidade de vida desses indivíduos^{21,22}.

Neste contexto a triagem adequada e uma avaliação precisa da natureza da dor são cruciais para garantir que os pacientes recebam o tratamento mais apropriado, o que está relacionado à necessidade de protocolos de triagem eficazes²³.

No que diz respeito ao discriminador, nota-se que a maior frequência foi observada na dor abdominal em adultos, o que pode ser explicado pela maior prevalência de pacientes com câncer no trato digestivo superior. Segundo a literatura, cerca de 50% desses casos são diagnosticados em estágios avançados, e uma proporção considerável dos pacientes com doença em estágio inicial experimenta recorrência após o tratamento²⁴.

Observou um baixo número de pacientes em uso de opioide, o que corrobora com o maior percentual de classificação para dor leve e moderada. Porém, a maioria fazia uso de opioide forte. Pacientes com tipos específicos de dor, como dor aguda, dor pós-operatória ou dor relacionada a procedimentos invasivos, são mais propensos a receber opioides devido à natureza intensa e imediata dessa dor. Por outro lado, pacientes com dores crônicas ou dor de etiologia incerta podem não receber opioides como primeira opção de tratamento, devido a preocupações com o desenvolvimento de dependência e efeitos colaterais²⁵.

Dentre os dados, constatou-se que existe correlação significativa para pacientes com queixa de dor, que utilizavam opioide, com o fluxograma, classificação de prioridade e discriminador.

Estes resultados mostram que pacientes com histórico de uso de opioide apresentaram dor em regiões específicas, como a abdominal, lombar, testicular e torácica, confluyente com um estudo que mostrou uma prevalência maior de uso de opioides para esse tipo de dor em comparação com outras categorias²⁶.

Os pacientes em terapia com opioides foram classificados com prioridade de dor urgente, o que é notável, considerando que estavam em tratamento com medicamentos potentes, que constituem a base do manejo da dor oncológica de moderada a intensa²⁷. Isso sugere uma possível inadequação no manejo da dor, seja por questões clínicas ou culturais.

É crucial que os profissionais da área da saúde compreendam as barreiras que impactam no uso opioides para o tratamento da dor oncológica. Pode ocorrer o

subtratamento por falta de conhecimento sobre o manejo da dor oncológica ou por questões culturais. Embora os oncologistas tenham demonstrado maior conhecimento quanto o uso de opioides no tratamento da dor oncológica do que os médicos de outras especialidades, ainda há importante déficit de informações dentro da própria especialidade²⁸. Importante salientar que a minoria dos pacientes da presente investigação não era acompanhada por especialista da dor. Já na perspectiva do paciente, as barreiras latentes para o uso de opioides podem incluir, a falta de comunicação com os médicos, resultando em insuficiente notificação de sintomas; dúvidas quanto a medicação para a dor, por medo de efeitos colaterais, dependência, redução da tolerância; e crenças fatalistas, ou seja, se a dor está aumentando, cria-se a ideia de progressão inevitável e incontrolável da doença. As preocupações e dúvidas sobre medicamentos podem gerar prejuízo na adesão²⁹⁻³¹.

A seleção do discriminador define a prioridade clínica, sendo observado que o paciente que utiliza opioide foi direcionado para o discriminador dor. Importante destacar que os discriminadores, como o nome indica, permitem a discriminação dos pacientes de forma a consentir a sua inclusão numa das cinco prioridades clínicas e, que suas características dentro dos fluxogramas incluem, risco de vida; dor; hemorragia; grau de estado de consciência; temperatura e início ou agravamento das queixas³². Em um estudo realizado em Portugal, constatou que o discriminador foi o principal motivo de não conformidades no STM resultando na escolha errada da prioridade³³.

O resultado do presente estudo mostra assertividade na escolha do discriminador. Há de se destacar que a triagem na instituição sede do estudo é realizada por enfermeiros experientes, com formação contínua, uma vez que realizam o programa educativo recomendado pelo GBCR, que influenciam na eficácia da triagem por esse profissional³³.

Na comparação do desfecho clínico dos pacientes que utilizam o opioide observa-se mais internação para controle algico com o especialista da dor, porém sem significância estatística e consonante com a condição do paciente²⁸.

Atender as necessidades individuais para o alívio da dor em pacientes com câncer deve ser prioridade dentro de um serviço de emergência³⁴. Assim, verificou-se

que conhecer as particularidades dos pacientes que utilizam opioide podem direcionar a adoção de estratégias de triagem eficaz, que culmina na recomendação de um fluxograma direcionado para esta condição.

Destaca-se que o Sistema de Triagem de Manchester (STM) é uma ferramenta de suporte para o desfecho clínico na triagem de pacientes nos serviços de emergência, visando padronizar os procedimentos, oferecer suporte à tomada de decisão, promover a qualidade e a adequação dos cuidados, e responsabilizar tanto os usuários quanto os profissionais desses serviços^{32,35}, mas necessitam de adequações³⁶.

6. CONCLUSÃO

Os pacientes com câncer que apresentaram queixa de dor e foram atendidos no SEO possuía uma média de idade de 57,9 anos, com predominância do sexo feminino e diagnósticos de câncer no aparelho digestivo alto e mama. De acordo com o STM, foram classificados com prioridade não urgente, apresentando dor leve a moderada e com o fluxograma de dor abdominal em adulto. O desfecho mais comum foi a alta do SEO.

A minoria desses pacientes tinha histórico de uso de opioides e acompanhamento por especialista em dor, mas 75,6% receberam prescrição de opioides fortes. Observou-se significância estatística na associação entre o fluxograma e o discriminador do STM com o uso de opioides ($p \leq 0,05$), sugerindo uma relação entre a triagem e a prescrição de opioides.

Os resultados fornecem *insights* valiosos sobre a interação entre diferentes variáveis no contexto oncológico, indicando que o STM pode ter menor eficácia para pacientes com câncer que usam opioides. Embora o sexo não tenha mostrado uma associação significativa com o uso de opioides, fatores como a classificação de urgência, o tipo de desfecho e o acompanhamento prévio por especialista demonstraram uma influência significativa na prescrição desses medicamentos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Limitações do estudo

As limitações do estudo incluem a falta de dados detalhados sobre a intensidade da dor e discordâncias dos usuários em relação ao protocolo de Manchester. Apesar das associações estatisticamente importantes indicadas pelos testes qui-quadrado, a ausência de valores de significância em alguns casos e células com contagens baixas podem afetar a interpretação. Limitações adicionais abrangem o escopo temporal da coleta de dados, a especificidade da amostra, fatores não considerados na análise, falta de detalhes sobre o tratamento, características não especificadas dos opioides e possíveis vieses de seleção. Embora os resultados destaquem associações estatisticamente significativas, é crucial notar que a significância estatística não implica causalidade. O tamanho limitado da amostra em alguns contextos e a presença de variáveis não abordadas podem afetar a generalização dos resultados e a robustez das conclusões.

7.2 Implicações para a prática

Os resultados do estudo oferecem contribuições significativas para a prática clínica, aprofundando o entendimento sobre pacientes com câncer com queixa de dor no SEO. Os resultados referentes a associação do uso de opioide com o STM sugerem a implementação de um fluxograma específico para a triagem de pacientes em uso deste fármaco. Recomenda-se também a discussão com equipe especialista em dor para reflexão sobre a busca do SEO por pacientes em uso de opioide. Outra consideração importante é a avaliação da viabilidade do uso da telemedicina para o atendimento desses pacientes que relatam dor, especialmente porque a maioria dos que buscaram o serviço de emergência apresentava dor de intensidade leve. Isso pode possibilitar o gerenciamento do sintoma sem a obrigatoriedade de deslocamento até a instituição, resultando em maior comodidade e bem-estar para os pacientes.

8. REFERÊNCIAS

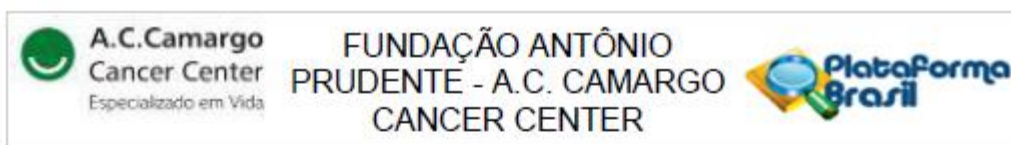
1. Boaventura AP, Vedovato CA, Santos FF. Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. *Ciências y Enfermeiria*. 2015; (2): 51-62.
2. Gonçalves MM, Guedes NAB, Matos SS, et al. Perfil dos atendimentos a Paciente Oncológicos em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Revista de enfermagem do Centro-oeste Mineiro*. 2018, 8:e2595.
3. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, Chianca TCM. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Rev. Eletr. Enferm.* 2014;16(2):312-20.
4. Silva AS, et al, Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais /São Luís/MA.
5. Santos filho, LAM. Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco. Salvador: 2013.VIII, 28p.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Qual categoria profissional de enfermagem está apta a realizar a classificação de risco? [Internet]. [citado 10 de dezembro de 2023]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/qual-a-categoria-profissional-de-enfermagem-esta-apta-a-realizar-a-classificacao-de-risco/#:~:text=1%C2%B0%20No%20%C3%A2mbito%20da,as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20legais%20da%20profiss%C3%A3o%20>
7. Rausch M do CP, Junior WC, Carvalho CA de, Nascimento GFL, Rocha PTB. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. Sistema Manchester de Classificação de Risco Segunda Edição Brasileira. <https://www.gbcr.org.br/wpcontent/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>
8. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Versão brasileira de Cordeiro Jr Welfane; Rausch MCP. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2º ed. Belo Horizonte: Folium; 2018.

9. Lima D da Conceição, Ibiapina II GR, Silva ADM. Cuidados em emergência: conhecimento e aplicabilidade do protocolo de Manchester por enfermeiros. Research, Society and Development, 2021, 10 (14), e47101421635, 2021.
10. Da Silva AP, Diniz AS, Araújo FA, de Souza CC. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013.
11. Cunha FF, Rego LP. Enfermagem diante da dor oncológica Rev. Dor. 2015; 16(2):142-5.
12. Coutinho AAP, Cecilio LCde O, Mota JAC, Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev. méd. Minas Gerais v:22(2) jun.2012.
13. Silva LMH da Zago MMF, O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. Rev. 2001, Latino-Am. Enfermagem 9 (4).
14. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. 2023 [citado 10 de dezembro de 2023]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>.
15. Miranda B et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. Rev assoc med BRas 2016; 62(3):207-211.
16. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, et al. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital servisse. Rev Bras Enferm. 2021 Jul 14;74(3):e20201361.
17. Salomão LA, Henriques LRP, Barbosa De Santis R, et al. Relação entre estadiamento tumoral e desfecho clínico de pacientes oncológicos atendidos na unidade de emergência de um hospital oncológico de Belo Horizonte. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas – 2019 3(1): 49-53.
18. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, (Eds.). Emergency triage: Manchester Triage Group [Internet]. 3rd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2014

- [cited 2020 Dec 05]. 192p. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118299029>
19. Sacoman TM, Beltrammi DGM, Andrezza R, et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde Debate*; 121(43):354-67.
 20. Reibnitz KS, Waterkemper R. Palliative care: the nurses contributions in pain assessment. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010, 31 (1).
 21. Guedes AKC, Pedrosa APA, Osório MA, Pedrosa TF. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica. *SBPH.* 2019, 22(2).
 22. Francisco LA, et al. Antinociceptive activity of ethanolic extract of *Azadirachta indica* A. Juss T (Neem, Meliaceae) fruit through opioid, glutamatergic and acid-sensitive ion pathways in adult zebrafish. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 2018, 108: 408–416
 23. Souza FN, Silva VG, Silva AS. Elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares. *Saude Debate.* 2023, 47 (138): 707-716.
 24. Fuchs CS, Shitara K, Di Bartolomeo M, et al.: Ramucirumab with cisplatin and fluoropyrimidine as first-line therapy in patients with metastatic gastric or junctional adenocarcinoma (RAINFALL): A double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol*; 2019; 20:420-435.
 25. Teixeira MJ, et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. *Revista De Medicina*, 2001, 80(spe1), 1-21.
 26. Oliveira GN, Vancini-campanharo CR, okuno, MFP, et al. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2013, 21(2).
 27. Yen TY, Chiou JF, Chiang WY, Su WH, Huang MY, Hu MH, et al. Proportional dose of rapid-onset opioid in breakthrough cancer pain management: An open-label, multicenter study. *Medicine.* 2018;97(30):e11593.
 28. Silva LJ, Diego Mendanha DM, Gomes PP. The use of opioids in the treatment of oncologic pain in the elderly. *BrJP*; 2020; 3(1):63-72.

29. Coluzzi F, Taylor R Jr, Pergolizzi JV Jr, Mattia C, Raffa RB. [Good clinical practice guide for opioids in pain management: the three Ts – titration (trial), tweaking (tailoring), transition (tapering)]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2016;66(3):310-7.
30. Cella IF, Trindade LCT, Sanvido LV, Skare TL. Prevalence of opiophobia in cancer pain treatment. *Rev Dor*. 2016;17(4):245-7. 24.
31. Lin CP, Hsu CH, Fu WM, Chen HM, Lee YH, Lai MS, et al. Key opioid prescription concerns in cancer patients: a nationwide study. *Acta Anaesthesiol Taiwan*. 2016;54(2):51-6.
32. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, (Eds.). *Emergency triage: Manchester Triage Group* [Internet]. 3rd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2014 [cited 2020 Dec 05]. 192p. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118299029>
33. Amaral PMF. *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam* [Dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2017.
34. Silva BU, Yoshioka E, Salvetti MG. Conhecimento de Enfermeiros sobre o Manejo da Dor Oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2022; 68(4): e-072552
35. Silva, L. C., et al. “A prioridade do sistema de triagem de Manchester está associada a um melhor desfecho clínico dos pacientes com queixa de dor.” *Revista Dor*, 2019, 20(2): 101-105
36. Azeredo TRM, Guedes HM, Almeida RAR, et al. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*;. 2015 Apr;23(2):47-52.

ANEXO 1 - Aprovação Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA DOR DO PACIENTE ONCOLÓGICO SEGUNDO O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO MANCHESTER

Pesquisador: Maria Paula Curado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66352322.6.0000.5432

Instituição Proponente: FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.858.989

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa", "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2067390.pdf", gerado pela Plataforma Brasil em 27/12/2022; e do documento "preprojetoVaniacorrecao_15_12_22.pdf", postado na PB em 19/12/2022.

Introdução:

As estimativas mundiais para 2030, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por essa causa. Estes dados estão relacionados com o crescimento e envelhecimento da população, associada a maior exposição a fatores de risco. Portanto, observa-se um aumento progressivo nos efeitos relacionado as diversas modalidades de tratamento.^{1,2} Diante desta realidade observa-se um crescimento gradativo e diário no atendimento de pacientes oncológicos nos Serviços de Emergência, com uma variedade de queixas, sejam elas urgentes ou não urgentes. Esse cenário repercute em superlotação, aumento do tempo de permanência dos pacientes para tomada de decisão da equipe médica e da realização de exames diagnósticos, gerando sobrecarga, insatisfação do paciente, podendo comprometer a qualidade do cuidado prestado.^{2,3} A Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências, o acolhimento como diretriz

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



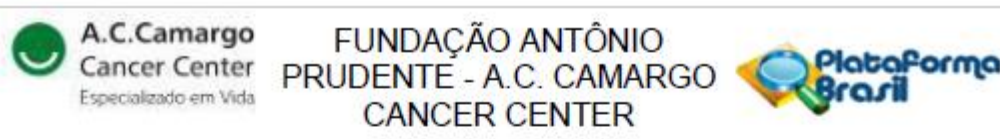
FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 5.858.989

operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) e a triagem classificatória de risco que visa organizar a fila de espera, priorizando o atendimento de acordo com o grau de necessidade apresentado associado à classificação de risco, que tem por finalidade garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, aumentando o acesso e oferecendo um atendimento acolhedor e resolutivo.⁴ Para tanto, existem alguns protocolos de classificação de risco, com destaque para o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que se originou em 1997 na cidade de Manchester, na Inglaterra e, começou a ser implantado com mais vigor a partir do ano de 2007, no Brasil, ante a necessidade do aprimoramento na qualidade da assistência nos serviços de urgência e emergência, por se tratar de ferramenta que oportuniza o estabelecimento de ordem de atendimento, com prioridade embasada na gravidade quadro e ou queixa apresentada pelo paciente e, não mais na ordem de chegada ao serviço.⁵ A execução do protocolo de STM no Brasil, quando praticada pela enfermagem é respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme Resolução No 423/2012, sendo atribuição exclusiva do enfermeiro.⁶ No entanto, a aplicação dessa ferramenta nas instituições deve ser precedida de capacitação dos profissionais, por meio de cursos certificados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), órgão oficial que representa o STM a nível nacional. Esses cursos são oferecidos na modalidade presencial e à distância, sendo necessários uma revalidação a cada três anos.⁷ O STM é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 55 fluxogramas (53 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas), sendo que somente cinco não estão ligados ao discriminador da dor.⁷ O processo da triagem se inicia com o registro da queixa principal apresentada pelo paciente, que direciona para um fluxograma específico, onde são realizadas perguntas que levam a um conjunto de discriminadores e cada nível de prioridade clínica possui discriminadores (sinais vitais e sintomas), que definem o nível de risco do paciente. Quando o discriminador é definido, o nível de urgência, a cor correspondente e o tempo-alvo de atendimento também são determinados.⁷ Destaca-se que o paciente pode ser classificado em cinco diferentes níveis de prioridade identificados por número, nome, cor e tempo-alvo até o início da avaliação médica, sendo elas: prioridade um, emergência (vermelho, com atendimento imediato); prioridade dois, muito urgente (laranja, com atendimento em até 10 minutos); prioridade três, urgente (amarelo, com atendimento em até 1 hora); prioridade quatro, pouco urgente (verde, com atendimento em até 2 horas) e; prioridade cinco, não urgente (azul, com atendimento em até 4 horas).⁸ A utilização da cor branca na classificação de risco é indevida nos serviços de urgência como porta de entrada administrativa ou o seu uso para procedimentos eletivos ou não urgentes, o que agrava a pressão sobre esses serviços, além de estimular sua

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



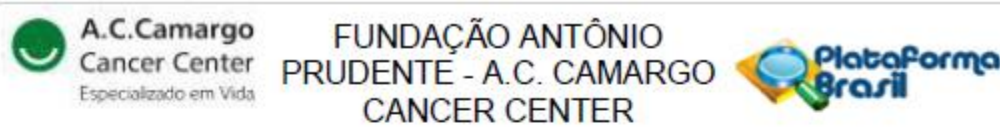
Continuação do Parecer: 5.858.989

utilização distorcida não só pelos pacientes, como também pelos profissionais. Ela permite quantificar o problema nas instituições, para que seja feito um planejamento de ações que promovam um atendimento com foco no risco-benefícios.⁸ É importante que o enfermeiro conheça o perfil epidemiológico do paciente que busca o serviço de emergência, assim como a fisiopatologia das alterações mais recorrentes, escuta qualificada, de forma a garantir intervenções seguras, rápidas e tomada de decisão precisa, discriminando de forma clara qual o encaminhamento necessário do paciente após a classificação.⁹ No caso de Serviços de Emergência Oncológica, a busca do paciente está relacionada principalmente aos efeitos dos tratamentos e complicações da doença. Porém, dentre as principais queixas, destaca-se a dor, seja aguda ou crônica.¹⁰ Esse sintoma é uma das principais complicações que acometem o paciente oncológico, pois se manifesta em todos os estágios do processo neoplásico. No Brasil a estimativa é que 62 a 90% dos pacientes com câncer apresentam algum tipo de dor e 24,5 a 46,6% tem sua dor inadequadamente controlada.¹¹ A dor é um elemento importante, porém, de difícil compreensão, devido aspectos subjetivos e complexos envolvendo tanto o paciente como o profissional de triagem. A escala de dor de Manchester é numérica e visual, com variação de zero (sem dor) a 10 (pior dor). Cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, podendo ser leve acima de 7 dias (um ao quatro) correspondente à prioridade azul; leve recente, com início até sete dias (um ao quatro) correspondente à prioridade verde; moderada (cinco ao sete), prioridade amarela e; grave (oito ao 10), prioridade laranja.¹² A avaliação é um importante passo para o planejamento de cuidados e deve ser realizada em conjunto por todos os profissionais que acompanham o paciente, sendo fundamental a valorização, avaliação e quantificação correta deste evento, de forma a escolher e implementar o tratamento adequado, possibilitando conforto e bem-estar. Ressalta-se que essa condição impacta diretamente a qualidade de vida de pacientes oncológicos.¹³ Portanto, considerando a dor, um fator determinante de prioridade e um dos principais eventos responsáveis pela procura dos pacientes oncológicos pelo Serviço de Emergência, com necessidade de triagem, com uso de fluxo com prioridade adequada para atendimento de pacientes oncológicos, este estudo tem como pergunta: • Qual a eficácia do Sistema de Triagem Manchester no atendimento de pacientes oncológicos com queixa de dor?

Hipótese:

Apresentar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes oncológicos que procuram o Serviço de Emergência Oncológica, cuja queixa esteja relacionada ao fluxograma e discriminador de dor; Identificar o desfecho clínico dos pacientes que procuram o Serviço de Emergência Oncológica com

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 5.858.989

queixa de dor em uso de opioide, com acompanhamento pela equipe da terapia antialgica e sem uso de opioide; Correlacionar os dados clínicos, sociodemográficos, prioridade de triagem e desfecho clínico, dos pacientes com queixa de dor em uso de opioide, com acompanhamento pela equipe da terapia antialgica e sem uso de opioide.

Metodologia Proposta:

Estudo descritivo, retrospectivo, transversal de caráter quantitativo. A coleta de dados do prontuário eletrônico será realizada após a aprovação do Comitê de Ética Institucional, será conduzida pela equipe de enfermagem envolvida no projeto, para posterior análise estatística.

Critério de Inclusão:

Pacientes maiores de 18 anos; Diagnóstico de câncer, independente do sítio tumoral ou estágio da doença, atendidos no setor de Emergência; Atendidos no Serviço de Emergência, com queixa de dor.

Critério de Exclusão:

Pacientes com diagnóstico não oncológicos; Atendidos no Serviço de Emergência Oncológica com queixa de dor relacionada a queda ou traumas.

Desfecho Primário:

Avaliar a dor do paciente com cancer atendido no serviço de emergencia oncologica.

Desfecho Secundário:

Contribuir para o aprofundamento do conhecimento de profissionais da área de urgência e emergência, quanto as especificidades relacionadas ao paciente oncológico com queixa de dor, que busca o serviço de Emergência; * Contribuir para avaliação de desempenho dos protocolos e organização de fluxo no serviço de emergência, aumentando a segurança do paciente; * Propor a adoção de fluxo de prioridade para atendimento de paciente em uso de opioide, em acompanhamento pela equipe da terapia antialgica, que procuram o Serviço de Emergência Oncológica.

Objetivo da Pesquisa:

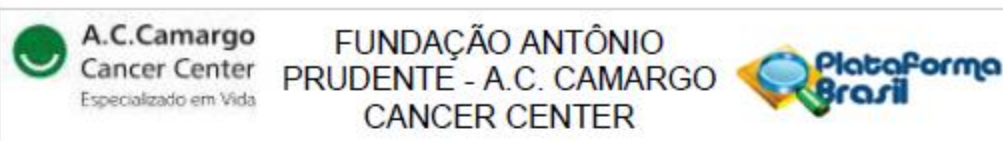
Objetivo Primário:

Avaliar o Sistema de Triagem Manchester na priorização de risco de pacientes que procuram o Serviço de Emergência oncológica com queixa de dor.

Objetivo Secundário:

Apresentar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes oncológicos que procuram o Serviço de

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 5.858.989

Emergência Oncológica, cuja queixa esteja relacionada ao fluxograma e discriminador de dor; Identificar o desfecho clínico dos pacientes que procuram o Serviço de Emergência Oncológica com queixa de dor em uso de opioide, com acompanhamento pela equipe da terapia antálgica e sem uso de opioide; Correlacionar os dados clínicos, sociodemográficos, prioridade de triagem e desfecho clínico, dos pacientes com queixa de dor em uso de opioide, com acompanhamento pela equipe da terapia antálgica e sem uso de opioide.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios, conforme descritos pelo pesquisador são:

Riscos:

Os potenciais riscos que a pesquisa poderá provocar é a perda de sigilo dos dados dos participantes.

Benefícios:

Contribuir para o aprofundamento do conhecimento de profissionais da área de urgência e emergência, quanto as especificidades relacionadas ao paciente oncológico com queixa de dor, que busca o serviço de Emergência; Contribuir para avaliação de desempenho dos protocolos e organização de fluxo no serviço de emergência, aumentando a segurança do paciente; Propor a adoção de fluxo de prioridade para atendimento de paciente em uso de opioide, em acompanhamento pela equipe da terapia antálgica, que procuram o Serviço de Emergência Oncológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de submissão inicial de estudo original, unicêntrico, transversal e retrospectivo, que propõe a coleta e análise de dados de prontuário de pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de câncer, atendidos no Serviço de Emergência do AC Camargo Cancer Center, no período de 01/01/2022 à 31/08/2022, com queixa de dor.

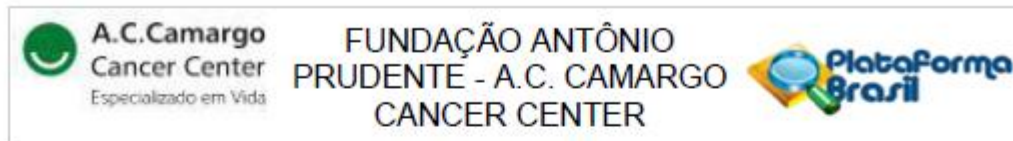
Tem como objetivo apresentar o perfil clínico e sociodemográfico dos participantes da pesquisa que procuram um Serviço de Emergência Oncológica, identificar o desfecho clínico, o uso de opioides e o acompanhamento pela equipe da terapia antálgica.

Está previsto recrutamento de 7.000 participantes.

A pesquisadora principal solicita dispensa do TCLE, devido a casuística do estudo e da dificuldade de acesso aos participantes (evolução para óbito ou sem retorno no serviço em um curto período).

Em função do desenho do estudo, são identificados riscos mínimos aos participantes do estudo, de perda de confidencialidade.

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 5.858.989

Não haverá nenhum benefício direto aos participantes.

O estudo será custeado pela própria pesquisadora.

Previsão de início do estudo: 1º semestre de 2023.

Previsão de término do estudo: 2º semestre de 2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto em referência (registro CEP nº. 3355/22) será desenvolvido por Vania Garcia da Silva, aluna de Mestrado profissional.

NOTA: Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses a partir desta data em relatório (modelo CEP).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2067390.pdf	27/12/2022 19:36:02		Aceito
Outros	CEP_formulario.docx	27/12/2022 19:35:02	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.docx	27/12/2022 19:32:38	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	Declaracao_publi_dados.docx	27/12/2022 19:31:37	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	Declaracao_dados.docx	27/12/2022 19:29:49	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	Cur_lattes.docx	27/12/2022 19:26:59	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	Declaracao_comprometimento.docx	27/12/2022	Maria Paula Curado	Aceito

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo

Bairro: Liberdade

CEP: 01.509-900

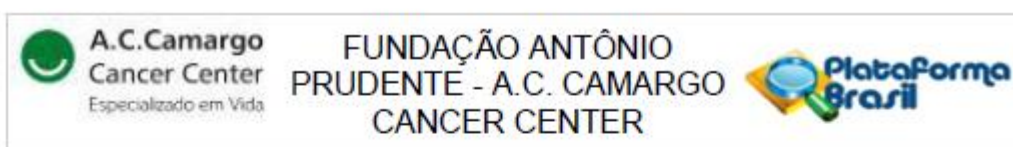
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2189-5020

Fax: (11)2189-5020

E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 5.858.989

Outros	Declaracao_comprometimento.docx	19:26:21	Maria Paula Curado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra.docx	27/12/2022 19:24:58	Maria Paula Curado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_dispenza.docx	27/12/2022 19:24:15	Maria Paula Curado	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	27/12/2022 19:23:26	Maria Paula Curado	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	27/12/2022 19:23:12	Maria Paula Curado	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	27/12/2022 16:42:59	Maria Paula Curado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	preprojetoVariacorrecao_15_12_22.pdf	19/12/2022 17:32:39	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	formulario_submissao_mpc.pdf	19/12/2022 16:55:33	Maria Paula Curado	Aceito
Cronograma	cronograma_emenda_mpc.pdf	19/12/2022 16:54:13	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	declaracao_publi_dados.pdf	19/12/2022 12:21:22	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	19/12/2022 12:14:20	Maria Paula Curado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_dispenza.pdf	19/12/2022 12:13:04	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	Declaracao_ciencia_comprometimento.pdf	19/12/2022 08:21:34	Maria Paula Curado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_instalacoes.pdf	19/12/2022 08:20:54	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	identificacao_lattes.pdf	17/12/2022 04:51:26	Maria Paula Curado	Aceito
Outros	declaracao_dados.pdf	17/12/2022 04:49:40	Maria Paula Curado	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/12/2022 04:44:07	Maria Paula Curado	Aceito

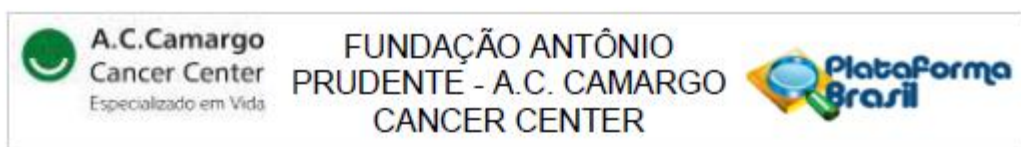
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
 Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 5.858.989

SAO PAULO, 20 de Janeiro de 2023

Assinado por:
LUCIANA DE MOURA LEITE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade, Atrium - Subsolo
Bairro: Liberdade CEP: 01.509-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br