

RELATÓRIO DE PESQUISA

I - INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), dos cinco milhões de pessoas que morrem com câncer a cada ano no Brasil, quatro milhões morrem com dor. Entre os pacientes com câncer, a prevalência de dor é de 50,0% no curso da doença, podendo estar presente em até 90,0% dos indivíduos na fase avançada da doença neoplásica (OMS, 2017).

No Brasil as neoplasias são consideradas como problema de saúde pública, uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) incluídas desde 2013 como política nacional de prevenção e controle pelo Ministério da Saúde (MS). As DCNT, vem crescendo ao longo dos anos no mundo inteiro. Este fato tem relação com os dados estatísticos publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que em 2013/2014, aponta que a média de vida do brasileiro aumentou para 75,2 anos e com o envelhecimento da população há uma maior chance das pessoas desenvolverem DCNT, com destaque para as neoplasias.

A dor no paciente oncológico é considerada um problema de saúde pública nos EUA e no Brasil pois milhares de dólares e reais são investidos com internações hospitalares de pacientes sem que estes obtenham melhoras na sua qualidade de vida. Enquanto problema de saúde pública vale ressaltar ainda, que, um dos grandes motivos de internação hospitalar versa em controlar os sintomas advindos do tratamento oncológico, entre eles o controle da dor. Ainda, apesar do reconhecimento de sua alta prevalência entre os doentes com câncer, a dor tem recebido pouca atenção na literatura clínica de enfermagem, sendo poucos os estudos referentes a propostas de avaliação, intervenção e tratamento da dor no contexto da enfermagem oncológica (CARVALHO, 2009).

A avaliação e registro da experiência dolorosa evidenciada pelo paciente por meio das expressões verbais e não verbais importante para elucidação do quadro algico. A compreensão, a quantificação das características dessa dor, seus desdobramentos biopsicossociais bem como o manejo adequado para promover o alívio da dor ainda é um desafio para a enfermagem. Um dos pontos relevantes dessa questão é a falta de capacitação específica para o manejo da dor pelos profissionais de enfermagem (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

Entende-se que os profissionais de enfermagem devam estar capacitados para prestar atendimento de ordem preventiva, curativa e paliativa aos doentes oncológicos acometidos de dor. Conhecimento demanda tempo e dedicação para ser adquirido, mas permite que o profissional aja com qualidade e segurança ao cuidar do paciente oncológico com dor diante das situações que podem ocorrer durante a hospitalização.

Nas últimas décadas o conhecimento, o conceito e as intervenções terapêuticas para a dor no paciente oncológico tiveram grande evolução, porém a capacitação do enfermeiro e sua equipe ainda se mostra inadequada. Faz-se necessário conhecer o conjunto da obra dos principais pesquisadores acerca da dor em pacientes oncológicos e aproximar este resultado dos profissionais de enfermagem, por meio de estratégias que permitam reconhecer as evidências e incorporá-las à prática. E, posteriormente, alcançar aqueles que precisam adequar a sua prática afim de aprimorá-la, e que produzirão benefícios aos maiores interessados neste aprimoramento, os usuários dos serviços de saúde, especialmente aos que recebem atenção especializada, secundária e terciária.

A equipe de enfermagem sabe que para proporcionar cuidado eficaz ao paciente com câncer precisa reconhecer a avaliação da dor como uma atividade assistencial imperativa em sua atuação. O desconhecimento é barreira a ser enfrentada no controle da dor. Contudo mesmo que possuam alguns instrumentos para esta avaliação, verbalizam que enfrentam obstáculos de diversas ordens, principalmente no que se refere à falta de protocolos que sirvam especificamente ao "fazer" da enfermagem e que os mesmos não têm tido tempo para esta discussão (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI, 2010).

O problema de estudo se coloca pelo fato do cenário de pesquisa ser um hospital geral de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) e que atende a uma grande demanda de paciente de diferentes especialidades, incluindo oncologia e aos profissionais que nele atuam, não era exigido qualificação específica para a assistência oncológica. Desta forma observou-se que os pacientes oncológicos demandavam uma atenção diferenciada e específica que não era suprida no que se refere ao manejo da dor e que os profissionais de enfermagem. As ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem não demonstravam possuir conhecimento sobre dor e analgesia, bem como intervenções fisiológicas, emocionais, cognitivas e sociais no contexto oncológico.

A falta de conhecimento técnico específico sobre o manejo da dor e reconhecimento da importância da sua avaliação por parte da equipe de enfermagem pode acarretar em um

descontrole total da analgesia conquistada por um paciente. Este descontrole é evidenciado pelo quadro de fragilidade emocional apresentado pelo paciente, doses repetidas de medicações analgésicas sem respeito ao intervalo recomendado entre outros sinais. Este quadro é aceitável quando o paciente está iniciando o manejo da dor, quando ainda se está conhecendo o paciente e seu limiar de dor. Mas no paciente já em acompanhamento do quadro algico, tal descontrole não é comum e quando presente indica que o paciente necessita de reavaliação e ou que o profissional de enfermagem que o assiste necessita de capacitação sobre o manejo da dor.

Essa realidade tem despertado interesse e questionamentos de profissionais da saúde, sobre o controle adequado da dor oncológica, evidenciando que esforços devem ser mobilizados no sentido de direcionar a assistência, dando condições de aprendizagem aos profissionais de saúde, em formação ou já formados, para cuidar do paciente com dor (PAULA *et al.*, 2011).

O manejo da dor oncológica apresenta particularidades que podem advir do próprio câncer ou estar relacionada ao seu tratamento, mas que pode ser controlada. Diante disso, a enfermagem deve estar preparada para perceber essas especificidades e propor estratégias/planos de cuidados e atuar junto ao paciente oncológico que sofre essa dor e as suas nuances.

Atuando com enfermeira de um Hospital Universitário (HU) e observado intuitivamente (ocasionalmente) que alguns profissionais apresentavam certa dificuldade com o enfrentamento da dor em pacientes com diagnóstico de câncer, na abordagem e principalmente no tocante a avaliação e identificação dessa dor, e pela minha experiência anterior em tratamento oncológico em um Instituto de Referência Nacional, foi possível entender que algo poderia ser feito no intuito de contribuir com o processo de educação permanente que possibilitará ao profissional de enfermagem maior segurança ao cuidar do paciente com dor acometido por neoplasia em todas as fases da doença.

Desta forma, traçou-se como objetivo geral:

Elaborar uma tecnologia educacional sobre manejo de dor no paciente oncológico voltada para o enfermeiro

Os objetivos específicos são:

Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor no câncer;

Propor intervenção educativa para o manejo da dor no paciente oncológico.

Produto de intervenção: Tecnologia educacional – treinamento sobre o manejo da dor no paciente oncológico.

1.1 HIPOTESE

H0 os enfermeiros não possuem conhecimento adequado sobre o manejo da dor.

H1 A maior parte dos enfermeiros possuem conhecimento adequado sobre manejo da dor. O que refuta a minha H0. Estudos apresentam que existe pouco conhecimento dos enfermeiros para o manejo da dor em pacientes oncológicos. A força, o despreparo, o desconhecimento e o impacto deste no manejo da dor no câncer faz com que seja valorizado e intensificado o uso de estratégias educativas (OMS, 2017).

O conhecimento sobre tecnologias envolve tanto a apropriação do conhecimento sobre as máquinas, mas também, o conhecimento das relações estabelecidas entre enfermeiro-usuário bem como o ambiente do cuidado. Essa relação, quando bem planejada, por meio do entendimento do enfermeiro junto ao doente gera uma situação mais aceitável com maior possibilidade de efeitos terapêuticos satisfatórios ao paciente. Nesse contexto, produzir uma tecnologia educativa - curso de capacitação com conteúdo simples, prático e objetivo, a partir de conhecimentos prévios de enfermeiros sobre o tema, dando ênfase aos pacientes com dor advinda de tratamento oncológico torna-se coerente e oportuno. Formular uma proposta educativa com uso de uma tecnologia leve-dura, servirá como base para um aprendizado sistematizado sobre dor e analgesia. Para dar conta das demandas e necessidade de conhecimento por parte dos enfermeiros e rege-se o emprego de metodologias ativas na aprendizagem.

O uso da tecnologia educacional em saúde como ferramenta vem crescendo nos últimos anos. O reconhecimento da visão tecnológica do cuidado, tanto como produto, quanto processo se deu com o advento da fundamentação científica do cuidado de enfermagem explicitando uma ideia de que na história da civilização, a tecnologia e o cuidado estão fortemente interligados (SILVA; LOURO, 2010).

Este estudo contribuirá para o ensino e para a pesquisa sobre o manejo do paciente com dor, pela reflexão-intervenção sobre a prática do enfermeiro e pode despertar o interesse de graduandos e alunos de pós-graduação, bem como, de profissionais do campo prático para produzir novos conhecimentos na área. Pode estimular o desenvolvimento de outros estudos em continuidade a este e de pesquisas na área de Enfermagem e do Cuidado ao paciente oncológico com dor. Assim, contribui para a construção do conhecimento e fortalecimento da linha de pesquisa Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGSTEH/UNIRIO).

Espera-se contribuir para um avanço na qualidade da assistência ao paciente oncológico com dor, com ênfase para a uma abordagem técnica humanizada, subsidiando os profissionais de enfermagem para a assistência. É necessário considerar os vários fatores que interagem no processo da experiência dolorosa, uma vez que o objetivo do manejo da dor é contribuir para a reabilitação global da pessoa. No âmbito social, a pesquisa contribuirá para uma abordagem ao paciente oncológico com dor com mais dignidade e assim propiciando um curso da doença mais tranquilo. Possibilitará ainda uma melhor qualidade de vida considerando o quadro de dor.

CAPITULO II - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dor no paciente oncológico

O primeiro desafio da equipe de enfermagem é identificar o tipo de dor que envolve o paciente. No que se refere ao tempo, em uma distinção inicial, ela se divide em aguda e crônica. Definida como um sinal de alerta à sobrevivência ou ameaça à integridade a dor aguda tem início súbito, duração, relativamente curta ou um término previsível. Evoca respostas neurovegetativas, tais como taquicardia, taquipnéia, elevação da pressão arterial, ansiedade e agitação psicomotora e, preparam o indivíduo para a luta ou fuga e permite ao organismo mobilizar-se para responder à agressão e defender-se. Está relacionada à existência de uma doença ou lesão orgânica. Curando a lesão ou doença a dor desaparece. Dor aguda é aquela resultante de um período pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte, entre elas cardíacas, abdominais e vasculares; procedimentos diagnósticos e terapêuticos, processos inflamatórios agudos ou de necrose e morte de tecidos e estão presentes na evolução e tratamento do paciente oncológico. Um paciente com câncer pode apresentar quadros de dores agudas, que na maioria dos casos estão relacionadas com tratamento de quimioterapia, radioterapia, cirurgias, biópsias, entre outros, embora também apresentem com maior frequência dor crônica (PINHEIRO *et al.*, 2014).

No tocante a dor no paciente oncológico, uma avaliação pertinente é em relação a dor crônica. Com duração de mais de três meses a dor crônica é contínua ou intermitente, persistindo mesmo sem presença de lesão ou após sua cura. Apresenta-se mal delimitada no tempo e no espaço, a função de alerta não é predominante e, portanto, respostas neurovegetativas não se manifestam com as mesmas características presentes na dor aguda. Frente à dor crônica, grande parte dos estudos estão relacionados com o câncer e com as dores crônicas de origem neuropática (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Se na dor aguda há o desespero, na dor crônica há a desesperança e a depressão está em geral presente. Contribui para o quadro de desesperança o fato da dor crônica evocar resposta reflexa de contração muscular, ocasionando isquemia tecidual e um ciclo de mais dor e contração muscular. Em concomitância há tendência de ocorrer diminuição da movimentação devido as incapacidades relacionadas a dor crônica, piorando o quadro muscular. Contudo, tende a surgir alterações de humor e modificações no estilo de pensamento, expressas por meio de humor deprimido, ansiedade, raiva, hostilidade, alterações no ciclo vigília, dificuldades no trabalho e de raciocínio, memória e concentração, além de

prejuízos nas relações interpessoais (PINHEIRO et al., 2014; SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

As modificações e alterações provocadas pela persistência da dor trazem muito sofrimento para os pacientes e suas famílias, influenciando de forma significativa a percepção da qualidade de vida destes. No entanto, compreender os conceitos e tipologias de dor colabora para a identificação e tratamento adequado por parte dos profissionais de saúde, em destaque a enfermagem.

A classificação neurofisiológica da dor baseia-se nos mecanismos dolorosos desencadeantes, diferenciando as dores em nociceptivas e não-nociceptivas. A dor nociceptiva pode ser somática ou visceral e decorre da estimulação de receptores específicos para a dor por processos inflamatórios, infecciosos, traumáticos, deformidades mecânicas, destruição tecidual. Exemplos: gota, cistite, fratura óssea, artropatias degenerativas, síndromes dolorosas miofasciais, coronariopatias, doença arterial periférica (MARTELLI; ZAVARIZE, 2013; DUBIN; PATAPOUTIAN, 2010).

Sobre a dor visceral esta é causada por processos patológicos em órgãos internos, tais como o útero, o intestino, o estômago, a bexiga urinária e outros. Incluem distensão devido a impacto ou tumor, isquemia, inflamação e tração. Manifesta-se com a sensação de aperto, queimação ou cólica que pode se intensificar com a atividade do órgão e podem estar associada a sintomas como náusea, febre e mal-estar (MARTINS, 2015). A dor visceral resulta da ativação de nervos aferentes sensoriais que inervam os órgãos internos. Ela apresenta características clínicas singulares: não é evocada por todas as vísceras, nem sempre está associada a dano/lesão, é difusa e dificilmente localizada, devido a organização das vias aferentes das vísceras no sistema nervoso central, é referida a outros locais, pela convergência central dos estímulos somáticos e viscerais e, é acompanhada por reflexos autonômicos e mecânicos, tais como náuseas, vômitos, tensão e dores musculares (ZAKKA; TEIXEIRA; YENG, 2013).

É muito difícil diferenciar o tipo de dor que o paciente apresenta sem saber exatamente a doença de base. Por exemplo quando se está no INCA, onde durante a assistência de enfermagem temos um diagnóstico fechado de neoplasia em determinada área e existe algum tipo de progressão da doença a distância (metástase), a avaliação da dor fica de certa forma mais fácil de se identificar a origem e o tipo de dor pois é possível direcionar durante toda a anamnese com o paciente. Já em um hospital geral onde inicialmente não existe o diagnóstico

de base e ainda menos ainda o estadiamento da doença a avaliação acaba levando mas tempo de ser determinada.

É possível observar que na dor somática ou ainda chamada dor incidental a causa provém de estímulos oriundos da periferia do corpo (pele, músculos, periósteo, articulações) ou de tecidos de suporte do organismo. Pode ser superficial ou profunda, é bem localizada e variável, conforme a lesão básica, como ocorre nas dores ósseas, pós-operatórias, dores musculoesqueléticas, dores artríticas, entre outras, sendo exacerbada ao movimento e aliviada pelo repouso (MARTINS, 2015)

Em tratando-se de dor os quadros algícos podem perpassar por mais de um tipo de dor. No contexto oncológico pode se identificar ainda a dor não-nociceptiva definida como a experiência dolorosa resultante da estimulação de neurônios não relacionados com a dor na coluna espinhal. É um dos tipos de dor, mas frequente nos pacientes oncológicos, e que subdivide em dor neuropática e psicogênica (PALLADINI, 2015).

A dor neuropática envolve estruturas nervosas e está relacionada à existência de processos somatossensoriais aberrantes no sistema nervoso central ou periférico, causados pela sensibilização periférica, que é um estado de hiper excitabilidade dos aferentes nociceptivos primários ou pela sensibilização central. É causada por lesão parcial/total das vias nervosas centrais, periféricas ou ambas, manifestando-se por sinais e sintomas sensoriais, como hipoestesia, alodínea, formigamento e queimação, entre outros. Em geral, persistem por longo tempo após o evento precipitante. Esta pode ser episódica, temporária ou crônica, persistente, podendo inclusive não estar associada a qualquer lesão detectável. Esta dor também pode ser consequência de algumas doenças degenerativas que levam a compressão ou a lesões das raízes nervosas, ao nível da coluna (PALLADINI, 2015).

Dentre as causas da dor neuropática incluem-se infecções, trauma, anormalidades metabólicas, cirurgia, irradiação, neurodegenerações hereditárias, a neuralgia do nervo trigêmeo, a neuralgia pós-herpética e a neuropatia periférica, dentre outras. No câncer, a dor neuropática pode ter relação com a doença ou com o tratamento. Estudos recentes britânicos trazem evidência que relata neuropatia periférica induzida por quimioterapia em até 90% dos pacientes, sendo esta uma dor de grande intensidade (FALLON, 2013).

A dor por desaferentação trata-se de uma subdivisão da dor neuropática, que pode decorrer de algum tipo de dano ao sistema somatossensorial em qualquer ponto ao longo de

seu percurso. São exemplos as dores precipitadas por lesões periféricas (dor fantasma), e as dores precipitadas por lesões centrais (acidente vascular cerebral, secundárias a metástases ou a tumores cerebrais). A dor fantasma aflora pela persistência da sensação dolorosa, ou seja, existe uma permanência da “memória da dor” mesmo após a remoção de sua causa (FALLON, 2013).

Pessoas que perderam um membro, frequentemente percebem-no como se ainda estivesse presente guardando a mesma dor anterior ao procedimento de amputação. Devemos observar as diferenças entre dor fantasma, sensação fantasma e dor no coto. Na sensação fantasma, o cliente sente o membro perdido, mas não apresenta dor; a dor no coto é a dor que o cliente refere no local da amputação (dor na ferida cirúrgica) e na dor fantasma, o cliente queixa-se de dor em um membro já amputado antes doloroso. Estes quadros citados também podem ser evidenciados no paciente oncológico (KALAPATAPU; MILLS; EIDT, 2017).

Das dores já mencionadas e explicitadas, a dor psicogênica traz em si aspectos de crença e atitudes da equipe de saúde que limitam seu tratamento. Neste sentido, pode haver mais de um tipo de dor envolvido, como a dor complexa ou mista, encontrada em pacientes com tumores cujo crescimento provoca inflamação e compressão, originando dor com padrões complexos, exigindo, quase sempre, a associação de drogas para o seu controle. Ela decorre de processos nociceptivos e não-nociceptivos num mesmo evento doloroso, ou seja, é concomitante ao dano tecidual e relacionada a alterações no sistema nervoso central ou periférico (THOMAZ, 2010 apud MENDES et al., 2014).

Controlar a dor faz parte do tratamento oncológico. Tratar a dor desde o início e evitar que ela piore é a melhor maneira de controlá-la. Em se tratando desta temática é o fato de existir a dor oncológica que é o ponto principal deste estudo, podendo ser nociceptiva, não-nociceptiva ou mista e apresenta etiologias variadas. Quando advém do próprio câncer aparece em cerca de 46%-92% das vezes, quando relacionada ao câncer em 12%-29% e em decorrência do tratamento antitumoral 5%-20% e 8%-22% de distúrbios concomitantes. Às causas podem decorrer de invasão óssea (metástases), invasão visceral, invasão do sistema nervoso central, infiltração do sistema nervoso periférico e acometimento de partes moles. As dores causadas por lesões por pressão, linfedema e constipação intestinal são exemplos de complicações relacionadas ao câncer que expõem os indivíduos a experiência dolorosa. Enquanto as dores pós-operatória, pós-radioterapia e pós-quimioterapia estão associadas ao tratamento antitumoral, as dores relacionadas a distúrbios concomitantes referem-se a

afecções não relacionadas ao câncer, mas que estão presentes antes ou mesmo na vigência do câncer e que pode ser quase sempre aliviada ou diminuída (MINSON *et al.*, 2011).

A exacerbação transitória da dor, que ocorre somada a uma dor de base persistente. É uma dor intensa de curta duração, pode ser chamada de dor irruptiva ou ainda dor incidental. A dor incidental deve ser diferenciada da dor no intervalo da administração (*end-of-dose failure*), que é a exacerbação da dor que ocorre antes da próxima dose do analgésico, isto é, a dor que ocorre quando o efeito da medicação não dura até o próximo horário de administração (SIMÕES, 2011).

O paciente que tiver a dor de base controlada e apresentar um ou mais episódios de dor severa e principalmente nas últimas 24 horas será classificado como tendo dor de base controlada e dor incidental. Os episódios de dor incidental (*breakthrough pain*) podem estar relacionados à movimentação ou a realização de alguma atividade específica, como ocorre na dor óssea, visceral, neuropática e somática de tecidos moles, e podem não ser relacionados ao movimento como se observa nas dores neuropáticas, visceral e somática. Pode ser controlada com o uso de opióides de ação rápida e pelo próprio paciente por meio da bomba de Analgesia Controlada pelo Paciente (ACP), e a dor no intervalo da administração da medicação pode ser ajustada com aumento da dose da medicação analgésica, uso de doses de resgate e/ou redução do intervalo entre as doses. (SIMÕES, 2011).

2.2 Assistência de enfermagem no enfrentamento da dor no paciente oncológico

Um dos principais sintomas vivenciados pelos doentes hospitalizados, no contexto oncológico é a dor, podendo esta apresentar um sintoma angustiante e considerado uma emergência. O conceito de dor é subjetivo e pessoal, sendo compreendido ao longo dos anos por três dimensões, sendo elas físicas, psíquicas, sociais ou espirituais. Quando englobamos a dor presente nos quatro aspectos citados, obtemos um conceito que foi criado por *Cicely Saunders*, matriarca e precursora dos cuidados paliativos, chamado de Dor Total de acordo com Agencia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2017).

O conceito de “dor total” traz um outro caráter ao manejo da dor no câncer. Com surgimento na década de 1960 pela enfermeira, médica e assistente social *Cicely Saunders* na Inglaterra, o conceito de dor total traz a avaliação de uma abordagem psicológica da dor e são considerados os aspectos inconscientes nos quadros dolorosos, fazendo compreender o

subjetivo envolvido no sentir a dor. Para Saunders, quando não era mais possível curar, era possível aliviar (BOULAY, 2011).

No cuidado da dor *Cicely Saunders* percebeu a presença de um estado complexo de sentimentos dolorosos no paciente terminal como os componentes: dor física; dor psíquica (medo do sofrimento e da morte, tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão, isolamento e estigma); dor social (rejeição, perdas, dependência, inutilidade, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia); dor espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, culpas perante Deus) (BOULAY, 2011).

Frente a assistência de enfermagem voltada para o paciente oncológico, o principal avanço consiste na inclusão da avaliação de dor como o quinto sinal vital e adoção das escalas de dor. A valorização do relato do paciente é “padrão ouro” sobre a temática. Para enfermeiros, a assistência é direcionada a questões como durante o tratamento, administrações de quimioterápicos, alívio da dor e as dimensões emocionais da conveniência ao paciente com câncer, onde o cuidado oncológico necessita de conhecimento especializado e humanizado de toda equipe de enfermagem (FORTUNATO et al., 2013)

Considerando que a assistência à saúde seja um dos direitos humanos em qual for a magnitude incluindo a assistência de enfermagem, pensando na realidade prática onde se deve respeito ao paciente hospitalizado em sua plenitude, o alívio da dor é o mínimo que se deve proporcionar, afim de garantir um tratamento digno ao paciente. Sendo assim, o alívio da dor foi motivo de campanha global no século XXI realizada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), onde foi demonstrado que a dor relacionada ao câncer tem características específicas e merece um olhar diferenciado (MERSKEY; BOGDUK, 2017).

O enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo junto ao paciente com dor, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do paciente e aliviar sua dor, através de cuidados especiais oferecidos para o conforto do paciente, de modo que ele possa desenvolver sua capacidade funcional e sobreviver sem dor.

O Enfermeiro deve saber reconhecer/identificar "indícios da dor". Esta é uma tarefa que pode gerar dificuldades, visto que pacientes e profissionais podem ter concepções diferentes da dor. Esta pode apresentar-se de diversas maneiras, tais como através do choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor ou comportamento verbal. Entretanto, o não aparecimento dos sinais citados não significa ausência de dor. Alguns pacientes podem

adaptar-se à dor, através do desenvolvimento de um elevado autocontrole, suprimindo os sinais de sofrimento, ou apenas permanecendo prostrados ou mais quietos que o habitual, devido ao esgotamento físico e mental causados pela doença (TULLI, *et al* 2008).

É possível notar durante a assistência de enfermagem que a dor prolongada causa no paciente, depressão, raiva, falha no desempenho de atividades rotineiras (ex.: atividade sexual, tomada de decisões). O profissional de enfermagem deve avaliar a dor através de levantamento de dados, para planejar a assistência de enfermagem, ajudar a selecionar as medidas de alívio mais adequadas e verificar a eficácia da terapêutica adotada. É imperativo que o profissional da saúde não subestime as queixas do paciente e realize avaliação completa de todos os sintomas relatados, aprendendo a perceber quando a dor é elevada devido a distúrbios psicológicos, para providenciar o imediato tratamento.

Não existe até o momento um roteiro específico para a identificação da dor embora um roteiro a ser seguido seja uma tentativa de identificação dessa dor. Deverá ser baseado na intensidade, localização, tipo, início e duração, fatores que proporcionam alívio e piora, efeito ocasionado pelas terapias empregadas, anamnese exame físico. Não há método totalmente adequado de avaliação da dor, visto que não sabemos como mensurar aspectos sensitivos e afetivos. Todavia, existem algumas escalas que são empregadas. Em uma delas, o indivíduo expressará a sua dor através de palavras ou símbolos. Exemplo: Sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa, dor excruciante. Um outro tipo de mensuração compreende uma escala numérica de 0 a 10, onde pede-se ao paciente que dê nota à sua dor. Em uma terceira escala, podemos levantar um questionário onde a dor é avaliada em: ausente, média, moderada, severa e intolerável.

Ao cuidar de um paciente com dor é importante considerar dois tópicos que são relevantes para o exame, a intervenção e a avaliação. Primeiro: é o enfermeiro que deve acreditar quando o paciente diz estar com dor. Não existem escalas exatas que mensurem a dor, portanto, a avaliação é obtida através de dados sobre causas físicas, mentais ou emocionais da dor. Segundo: é a observação da variedade de comportamentos não verbais que indicam a presença da dor. Aspectos avaliados: a avaliação da enfermagem é feita através dos seguintes aspectos: a) Determinação da dor: Aguda ou Crônica; b) Atitudes do paciente; c) Identificação de fatores que influenciam a dor e a resposta do paciente a ela. Esta avaliação proporciona ao enfermeiro a realização de um planejamento de enfermagem (TULLI *et al*, 2009).

2.3 Tecnologia educacional - treinamento

A enfermagem se desenvolveu com o avanço da tecnologia. O progresso, a triagem e a observação dos pacientes foram introduzidos por *Florence Nigthingale*, na Guerra da Crimeia, no século XIX, possibilitando o modelo para o cuidado de enfermagem ao paciente criticamente enfermo, hoje encontrado em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). A enfermagem que atua nas UTIs caminhou com essa evolução assumindo novas obrigações e adquirindo mais valorização e liberdade para tomar decisões (BARRA et al., 2006).

Ao longo dos anos, percebeu-se aumento na produção das tecnologias dura, leve dura ou leve pela enfermagem, havendo referência às tecnologias educacionais (dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos, nos vários processos de educação formal-acadêmica, formal-continuada); tecnologias assistenciais (dispositivos para a mediação de processos de cuidar, aplicadas por profissionais com os clientes-usuários dos sistemas de saúde na atenção primária, secundária e terciária) e tecnologias gerenciais (dispositivos para a mediação de processos da gestão, utilizadas por profissionais nos serviços e unidades dos distintos sistemas de saúde)(WESTIN *et al*, 2012).

Em relação às tecnologias educacionais, acredita-se que podem ser concebidas de formas diferentes se analisadas no decorrer da história e por diversas áreas do conhecimento. Na era da sociedade tecnológica, entender a amplitude e implicação do significado educativo atrelado às tecnologias educativas em enfermagem facilita a fundamentação de estudos que venham a ser desenvolvidos na área.

Nesse contexto a assistência à enfermagem vem sendo influenciada por mudanças no âmbito da tecnologia, gerando inquietações e indagações sobre os benefícios, riscos e as relações existentes entre trabalhadores, doentes e o manuseio desses equipamentos como instrumentos indispensáveis ao cuidado de enfermagem. Principalmente nas unidades de terapia intensiva (UTIs), a assistência ao cliente em estado crítico envolve a utilização de recursos específicos exigindo dos enfermeiros, conhecimentos e aptidão tanto para operacionalizar as máquinas quanto a sua adequação às necessidades de quem precisa dela como ocorre durante a assistência prestada aos pacientes oncológicos com a instalação de medicações analgésicas com suporte bombas infusoras entre outras máquinas (SCHWONKE *et al*, 2011).

O enfermeiro, ao exercer o papel de educador, deve desenvolver estratégias educativas que facilitem a aprendizagem significativa. Para isso, necessita conhecer e utilizar conceitos coerentes, capazes de melhorar o cuidado em saúde. Contudo o cuidado em saúde pode ser visto a partir da existência de três recursos, como forma de ilustrar o conjunto tecnológico utilizado na assistência. No primeiro se encontram os instrumentos, no segundo, o conhecimento técnico estruturado e, no terceiro, as relações construídas entre sujeitos que só têm materialidade em agir. (WESTIN *et al*, 2012).

Relacionado ao conhecimento técnico estruturado, a detenção do conhecimento em relação ao manuseio das máquinas, aspectos fisiopatológicos da doença em curso, bem como a compreensão sobre os métodos de exame clínico que coordenam e sistematizam os elementos para construir um diagnóstico de enfermagem, aliado aos fundamentos do cuidado de enfermagem incluem a observação, a ausculta, a palpação como habilidades configuradas sendo um cuidado especializado denominado de tecnológico (SILVA; FERREIRA; APOSTOLIDIS, 2014).

Em todas as situações cotidianas, sejam críticas, rotineiras ou não, revela-se o saber fazer e utilizar o conhecimento e instrumentos. Por isso que se defende a necessidade do enfermeiro desenvolver conhecimentos que possam favorecer e aprimorar a avaliação fazendo uso da tecnologia, como ferramenta necessária para o gerenciamento do cuidado em enfermagem mais humanizado. Exercitar-se na execução de uma tarefa, no aprimoramento de uma conduta ou prática é o método mais assertivo para o alcance da melhor performance em uma atividade assistencial. Repetir à execução, o exercício, a tarefa é algo que só aprimora e capacita para quando chega a hora decisiva naquela atividade. Por isso, o treinamento é algo tão decisivo na execução de qualquer atividade (WESTIN *et al*, 2012).

O treinamento nada mais é do que o processo pelo qual se adquire conhecimento através do estudo ou do ensino. O instrutor é detentor desse conhecimento, que uma vez adquirido deve dar ao indivíduo a capacidade de executar uma função com: competência, segurança e alcance dos resultados esperados. Treinamento é um processo de assimilação cultural a curto prazo que objetiva repassar ou reciclar conhecimentos, habilidades ou atitudes, relacionados diretamente à execução de tarefas ou à sua otimização no trabalho. O conceito de treinamento está ligado aos conceitos de educação e desenvolvimento, o que difere um do outro, é a finalidade a que se presta a ação educacional a ser analisada. O treinamento prepara o profissional para aperfeiçoar o desempenho de uma atividade atual.

Considerando esta definição, adotou-se a modalidade de Treinamento como atividade educativa para ampliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o manejo da dor (CHIAVENATO, 2010).

CAPITULO III - MÉTODO

3. 1 Amostra, local e período

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, cuja população-alvo são os 86 enfermeiros que atuavam na assistência a pacientes em unidade hospitalar, em um hospital geral do município do Rio de Janeiro. Todos os sujeitos da população-alvo foram convidados a participar desta pesquisa, sendo a amostra por conveniência constituída por 86 indivíduos. Seis enfermeiros se recusaram a participar do estudo e um participou como pesquisador, não sendo incluído na amostra.

Para a realização da coleta de dados foi elaborado para um instrumento para identificar as variáveis independentes do estudo relacionadas com as características sociodemográficas, profissionais e estruturais associadas aos processos/estratégias de educação permanente. Foram investigados os seguintes dados: Sociodemográficos: sexo, idade e religião; Profissionais: graduação, pós-graduação e tempo de atuação profissional; Estrutural: frequentou educação permanente e curso de atualização sobre manejo da dor no câncer no último ano (APENDICE I).

Em acordo com os dados sociodemográficos, foi utilizado ainda o instrumento “Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da dor no câncer – OMS” (RAMOS, 1994). Trata-se de um instrumento de autorrelato, construído seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), composto por 24 itens de escala tipo *likert*, distribuídos em três domínios (avaliação da dor, estratégias de controle e cuidado contínuo), com 8 itens cada um. Cada item é graduado e pontuado de acordo com a frequência de realização das afirmativas que compõem o instrumento (sempre = 4,16 pontos; às vezes = 1,04 pontos e nunca = 0). As pontuações dos domínios variam entre 0 e 33,28 pontos e a pontuação total varia entre 0 e 100 pontos, e é obtida somando-se as pontuações de cada item (RAMOS, 1994) ((APENDICE II).

O instrumento já foi utilizado em estudos prévios realizados em nosso meio (RAMOS, 1994), e, no presente estudo, teve a confiabilidade avaliada por meio da consistência interna. A escala total apresentou boa confiabilidade (alfa de *Cronbach*=0,77) e os seus domínios –

avaliação da dor (alfa de *Cronbach*=0,67) e cuidado contínuo (alfa de *Cronbach*=0,60) apresentaram boa confiabilidade. O domínio estratégias de controle apresentou confiabilidade razoável (alfa de *Cronbach*=0,56) (FERREIRA *et al*, COELHO *et al*, 2016).

Determinou-se o ponto de corte para a pontuação total por meio da curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC). Assumindo-se uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 99,0%, o ponto de corte foi de 67 pontos, sendo valores menores que estes considerados conhecimento inadequado.

O cenário escolhido foi um hospital geral, universitário, de médio porte localizado no estado do Rio de Janeiro. Este Hospital é uma importante instituição de referência do Sistema de Regulação do Rio de Janeiro, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma capacidade instalada de 244 leitos, após o plano de contingenciamento, ocorrida em dezembro de 2015, passou para 171 leitos distribuídos em Clínica médica, Clínica Cirúrgica, Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Pediatria, Torácica, Otorrino (cabeça e pescoço), Pediatria, Obstetrícia, CTI adulto e pediátrico e unidade de Pacientes Externos com 125 consultórios e 19 salas de exames. Considerado como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), de acordo com o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) registro esse que deve ser feito anualmente e encaminhado as bases de dados do INCA, foram analisados no ano de 2014 cerca de 3.897 laudos histopatológicos e identificados 226 casos com laudos compatíveis com neoplasias (SOUZA, 2016; SIS RHC-HUGG).

Constituiu a amostra, os enfermeiros do serviço diurno e noturno num total de 112. Destes, 86 enfermeiros compuseram a amostra total. As escalas de trabalho foram fornecidas à pesquisadora pela Divisão de Enfermagem e com o auxílio das chefias de enfermagem das unidades de internação, procedeu a triagem dos enfermeiros identificando os afastamentos e a lotação em atividades gerenciais no período da coleta de dados. As equipes assistenciais foram classificadas como plantões A, B e C, com serviço diurno e noturno, assim como os diaristas de cada setor.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: ter no mínimo um ano de atuação profissional; participar do cuidado prestado a paciente em tratamento oncológico. Os critérios de exclusão foram: profissionais em afastamento da instituição no período da coleta de dados por licença médica ou maternidade.

3.2 Procedimento de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2017, nos períodos diurno e noturno até completar a totalidade de profissionais. Os participantes foram abordados no local e horário de trabalho pela pesquisadora. A coleta de dados foi realizada em ambiente calmo e privativo, na sala da supervisão de enfermagem ou na sala de estar da enfermagem.

O pesquisador envolvido aguardou a devolução dos questionários, na mesma ocasião, o que levou, em média, 30 minutos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIRIO, Parecer CEP/UNIRIO nº 2.080.794, CAAE: 64903617.6.0000.5285, de acordo com as diretrizes contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO I).

A pesquisa contou com financiamento da própria pesquisadora, não acarretando nenhuma despesa ao participante, que também não recebeu nenhuma remuneração pela sua participação.

Foi apresentado e informado aos participantes da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III), antes da aplicação do instrumento de coleta de dados. O instrumento intitulado “O conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da dor no câncer”, solicitada sua assinatura. Foi oferecido o direito de não participar deste estudo sem que isso interfira na sua vida profissional.

Os participantes tiveram sua identidade preservada por meio da codificação nas respostas por letras. Seu nome não constou em nenhum formulário a ser preenchido pela pesquisadora. Os dados ficaram armazenados, por no máximo, cinco anos, sendo depois descartados, mas a identidade do participante não será divulgada, sendo mantido o sigilo.

Sobre os riscos decorrentes da participação dos enfermeiros estes foram mínimos, uma vez que o estudo não prevê nem realizará nenhuma intervenção intencional. Caso o participante sinta-se incomodado, seja psicológica ou socialmente, ele pode escolher optar ou não participar de quaisquer discussões e ou entrevista.

3.3 Análise dos dados

A análise estatística foi desenvolvida em quatro etapas: análise descritiva, análise multivariada e análise de resíduos. Na análise descritiva dos dados, foram calculadas medidas de tendência central e medidas de dispersão, bem como as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis classificatórias. A etapa seguinte envolveu a análise bivariada, para verificar a existência de associação entre cada variável independente e o conhecimento sobre o manejo da dor no câncer. A relação entre as variáveis classificatórias foi avaliada com o teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher ou Razão de verossimilhança. Para as variáveis quantitativas avaliou-se a diferença entre as médias com teste *t-student* ou teste U de *Mann-Whitney*, após verificação de normalidade pelo teste de *Shapiro-Wilk*.

A análise multivariada foi realizada com vistas a avaliar os fatores associados ao conhecimento sobre o manejo da dor no câncer, bem como controlar as possíveis variáveis de confusão. Nesta etapa utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, sendo o desfecho o conhecimento adequado ou não. Calculou-se a razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança (IC 95%). Nessas análises utilizou-se a biblioteca *sandwich* do programa estatístico R 3.2.7.1.

A variável resposta foi categorizada em conhecimento adequado e inadequado, e as variáveis independentes foram: acredita que quando existe câncer há sempre dor (sim ou não), comportamento diante do paciente com dor do câncer – frustração, tolerância ou ajuda (sim ou não); fontes de informação sobre dor oncológica – curso de graduação, curso de pós-graduação, treinamento em serviço ou curso de atualização (sim ou não); abordagens de dor que você tem conhecimento – fisiologia da dor, aspectos éticos, teoria da dor ou aspectos culturais (sim ou não); estratégias para o controle da dor que tem conhecimento – medicações adjuvantes ou medidas de alívio de dor (sim ou não) e opinião sobre uso de placebos (contra ou a favor), uma vez que influenciam o conhecimento, crenças e atitudes relacionadas à dor.

Na análise não ajustada, as covariáveis que apresentaram nível crítico de $p \leq 0,20$ foram consideradas como candidatas para permanência no modelo multivariado. O ajuste de variáveis potencialmente confundidoras foi realizado por meio da utilização da técnica multivariada passo a passo, com a inclusão no modelo final das variáveis significativamente

associadas à variável resposta. Após a inclusão simultânea de todos os efeitos principais, foram testadas as interações plausíveis.

A seleção do modelo final considerou o valor do critério de *Akaike* (AIC), a análise dos resíduos por observação gráfica e a significância epidemiológica. Foram considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados a partir da caracterização da amostra com as variáveis sociodemográficas de profissionais enfermeiros de um Hospital Federal Universitário. Houve uma predominância de mulheres (80,2%). A maior parte dos profissionais (91,9%) aponta que tem religião. Em relação a instituição de graduação, observou-se que mais da metade frequentou instituição pública (59,3) e quase a totalidade dos profissionais (91,9%) tinham pós-graduação. O tempo médio de formação profissional foi 14,4 anos, o tempo de experiência profissional de 14,3 anos e com um desvio padrão de 9,7 e 10,0 respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Variáveis sociodemográficas, relacionadas a formação e a atuação profissional	n	%
Sexo		
Feminino	69	80,2
Masculino	17	19,8
Idade (Anos):Média (DP)	41,2 (11,0)	
Religião		
Sim	79	91,9
Não	7	8,1
Graduação		
Sim	85	98,8
Não	1	1,2
Instituição de graduação		
Pública	51	59,3
Privada	35	40,7
Pós-Graduação		
Sim	79	91,9
Não	5	5,8
Em curso	2	2,3
Tempo de formado(a) (Anos):Média (DP)	14,4 (9,7)	
Tempo de experiência profissional (Anos): Média (DP)	14,3 (10,0)	

Na Tabela 2, estão descritas as variáveis relacionadas a dor e seus oito domínios existentes no instrumento da OMS (RAMOS, 1994) Destacando-se os achados mas relevantes.

As variáveis relacionadas a dor que contam com oito domínios demonstra que: as distribuições são bem semelhantes, onde mais da metade dos participantes (51,2%) referiu não ter experiência com dor oncológica, (75,6%) referiu não acreditar que sempre que existe câncer haverá dor e (96,5%) acredita que a dor oncológica é tratável.

Na variável comportamental, os mais referidos foram: impotência (50,0); compaixão (62,8%); solidariedade (73,3%) e ajuda (55,8%). Dos entrevistados (50,0%) relatou adquirir o conhecimento sobre dor oncológica nos cursos de graduação e (76,7%) da prática profissional, ou seja, maior distribuição relativa ao cotidiano.

Ocorre uma predominância do uso de fármacos, onde, as abordagens sobre dor a maior parte referiu conhecer as abordagens de medidas farmacológicas (70,9%) e não farmacológicas (51,2%). Destaque ainda para o quesito avaliação da dor (59,3%), enquanto (4,7%) referiu não ter conhecimento sobre as abordagens mencionadas.

Quanto as estratégias de controle da dor, (96,5%) dos profissionais relatou conhecer as medidas farmacológicas, (50,0%) as medidas adjuvantes e medidas de alívio da dor (54,7%), já calor (46,5) e acupuntura (47,7%).

A maioria (55,8%) referiu que acredita que a terapêutica com opióides causava complicações. E cerca de (60,9%) relatou ser contra o uso de placebo.

Tabela 2. Características gerais das variáveis relacionada a dor dos enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Variáveis relacionadas a dor	n	%
Experiência com dor Oncológica		
Sim	42	48,8
Não	44	51,2
Quando há câncer, há sempre dor?		
Sim	21	24,4
Não	65	75,6
A dor oncológica é intratável?		
Sim	3	3,5
Não	83	96,5
Comportamento diante do paciente com dor oncológica*		
Depressão	14	16,3
Frustração	16	18,6
Impotência	43	50,0
Revolta	7	8,1

Irritação	7	8,1
Medo de ser vítima	25	29,1
Solidariedade	63	73,3
Compaixão	54	62,8
Tolerância	39	45,3
Ajuda	48	55,8
Credibilidade	17	19,8
Fontes de Informação sobre dor Oncológica*		
Curso de graduação	43	50,0
Curso de pós-graduação	14	16,3
Treinamento em serviço	21	24,4
Curso de atualização	17	19,8
Prática profissional	66	76,7
Quais abordagens sobre dor você tem conhecimento? *		
Fisiologia da dor	48	55,8
Tipos de dor	53	61,6
Aspectos éticos	20	23,3
Aspectos comportamentais	19	22,1
Tratamento/Medidas farmacológicas	61	70,9
Medidas não farmacológicas	44	51,2
Teoria da dor	14	16,3
Avaliação da dor	51	59,3
Aspectos culturais	11	12,8
Não tenho conhecimento sobre as abordagens mencionadas	4	4,7
Quais estratégias para o controle da dor, você tem conhecimento? *		
Medidas farmacológicas	83	96,5
Medicamentos adjuvantes	43	50,0
Medidas de alívio de dor	47	54,7
Terapia ocupacional	20	23,3
Doin	5	5,8
Hipnose	10	11,6
Acumputura	41	47,7
Cordotomia	1	1,2
Bloqueio neurolítico	8	9,3
Neuro estimulação transcutânea	4	4,7
Calor	40	46,5
Frio	33	38,4
Outros	3	3,5
Acredita que a terapia com opióides causa problemas?		
Sim	48	55,8
Não	38	44,2
Qual a sua opinião sobre o uso de placebos?		
Contra	52	60,5
A favor	34	39,5

Quanto aos domínios de "Avaliação do paciente com dor no câncer" houve uma predominância nas respostas "sempre" como observado no item "Acredita nas queixas do paciente" cerca de (83,7%), observa-se ainda que "Realizar exame físico" uma frequência das respostas "às vezes"(54,7%) neste domínio a menos frequência de respostas "sempre" demonstra que 33 (38,4%) "Considera métodos alternativos de dor na avaliação" (Tabela 3).

Tabela 3. Características gerais do conhecimento sobre o manejo da dor no câncer - Domínio Avaliação da dor no câncer dos enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Conhecimento sobre o Manejo da Dor no Câncer	Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Domínio - Avaliação da dor						
1. Acredita nas queixas do paciente	72	83,7	14	16,3	0	0,0
2. Afere a intensidade da dor	47	54,7	34	39,5	5	5,8
3. Observa o estado psicológico do paciente	66	76,7	19	22,1	1	1,2
4. Realiza exame físico	37	43,0	47	54,7	2	2,3
5. Considera métodos alternativos de controle da dor na avaliação inicial	33	38,4	41	47,7	12	14,0
6. Afere o nível de controle da dor depois de iniciado o tratamento	61	70,9	21	24,4	4	4,7
7. Revê o diagnóstico em caso de dúvida da causa da dor	40	46,5	34	39,5	12	14,0
8. Faz uma história detalhada da queixa da dor	43	50,0	35	40,7	8	9,3

Na análise do domínio "Estratégia de controle" observa-se que existe uma maior frequência de resposta "sempre" no que se refere "Adapta estratégias" (62,8%), "Executa medidas terapêuticas para minimizar os efeitos indesejáveis"(72,1%) e uma predominância na resposta "Acredita que a dose da medicação deve ser individual" (88,4%). Mas é possível observar um percentual significativo frequência de respostas "às vezes" no tocante "Acredita no uso da medicação oral como via preferencial (62,8%) e "Acredita que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas"(79,1%) (Tabela 4).

Tabela 4. Características gerais do conhecimento sobre o manejo da dor no câncer - Domínio estratégia de controle dos enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Conhecimento sobre o Manejo da Dor no Câncer	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Domínio - Estratégias de controle						
1. Adapta as estratégias às necessidades de cada um	54	62,8	30	34,9	2	2,3
2. Executa medidas terapêuticas para minimizar efeitos indesejáveis	62	72,1	23	26,7	1	1,2
3. Desenvolve medidas alternativas para controle da dor	37	43,0	41	47,7	8	9,3
4. Acredita que a dose da medicação deve ser individual	76	88,4	8	9,3	2	2,3
5. Acredita no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor	17	19,8	55	64,0	14	16,3
6. Promove estratégias para aumentar as horas de sono e combater a insônia	39	45,3	39	45,3	8	9,3

7. Acredita que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas	16	18,6	68	79,1	2	2,3
8. Administra medicação para dor no câncer, mesmo o paciente sem queixa	36	41,9	37	43,0	13	15,1

Quanto ao domínio "Cuidado contínuo" houve um predomínio em todas as respostas "sempre" como observado claramente no item "Acha importante inclui a família no cuidado do paciente com dor" receberam o mesmo percentual de resposta 78(90,7%) (Tabela 5).

Tabela 5. Características gerais do conhecimento sobre o manejo da dor no câncer - Domínio Cuidado contínuo dos enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Conhecimento sobre o Manejo da Dor no Câncer Domínio - Cuidado Contínuo	Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	n	%	n	%
1. Procura assegurar o bem-estar biopsicossocial	66	76,7	19	22,1	1	1,2
2. Desenvolve ações para aliviar outros sintomas decorrentes da doença	56	65,1	26	30,2	4	4,7
3. Estabelece um sistema de apoio para que o paciente viva ativamente	65	75,6	19	22,1	2	2,3
4. Controla os efeitos secundários do uso de medicamentos	53	61,6	31	36,0	2	2,3
5. Acha importante incluir a família no cuidado do paciente com dor	78	90,7	8	9,3	0	0,0
6. Inclui a família e amigos em treinamentos para atendimento em domicílio	65	75,6	16	18,6	5	5,8
7. Promove meios para que o paciente não fique socialmente sozinho	55	64,0	28	32,6	3	3,5
8. Promove meios para que o paciente terminal não sofra dor	79	91,9	7	8,1	0	0,0

A média total observada entre os três Domínios nos enfermeiros estudados foi de (68,9%) com um desvio padrão de 14,3, com um destaque para o domínio cuidado contínuo de (26,9%) e uma variação de 5.6 (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação de média e desvio padrão entre os domínios existentes no instrumento de conhecimento sobre o manejo da dor no câncer pesquisados em enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Domínios	
Avaliação da dor: Média (DP)	22,3 (6,8)
Estratégias de controle da dor: Média (DP)	19,8 (6,1)
Cuidado contínuo: Média (DP)	26,9 (5,6)
Total: Média (DP)	68,9 (14,3)

Fonte: dados da pesquisa

A maioria dos profissionais demonstrou conhecimento adequado sobre o manejo da dor no câncer (58,1%) de acordo com o escore total (Tabela 7).

Tabela 7. Comparação dos escores obtido entre os enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Conhecimento sobre o Manejo da dor no Câncer	n	%
Adequado (Escore \geq 67 pontos)	50	58,1
Inadequado (Escore $<$ 67 pontos)	36	41,9

Na análise bivariada do presente estudo em relação comparando os dois grupos em relação ao conhecimento adequado e inadequado associado as variáveis sociodemográficas e profissionais não houve diferença estatística significativa entre as variáveis estudadas (tabela 8).

Tabela 8. Comparação do conhecimento dos enfermeiros sobre manejo da dor segundo características sociodemográficas e profissionais relacionadas a formação e o tempo de experiência dos enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Variáveis sociodemográficas, relacionadas a formação e a atuação profissional	Conhecimento Adequado		Conhecimento Inadequado		Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	41	82,0	28	77,8	69	80,2	0,628*
Masculino	9	18,0	8	22,2	17	19,8	
Idade (Anos): Média (DP)	41,3 (12,0)		40,9 (9,6)		41,2 (11,0)		0,902 [£]
Religião							
Sim	46	92,0	33	91,7	79	91,9	1,000**
Não	4	8,0	3	8,3	7	8,1	
Graduação							
Sim	49	98,0	36	100,0	85	98,8	1,000**
Não	1	2,0	0	0,0	1	1,2	
Instituição de graduação							
Pública	31	62,0	20	55,6	51	59,3	0,548*
Privada	19	38,0	16	44,4	35	40,7	
Pós-Graduação							
Sim	45	90,0	34	94,4	79	91,9	0,329***
Não	3	6,0	2	5,6	5	5,8	
Em curso	2	4,0	0	0,0	2	2,3	
Tempo de Formação Profissional (Anos): Média (DP)	15,0 (10,0)		13,7 (9,2)		14,4 (9,7)		0,611 [£]
Tempo de Experiência Profissional (Anos): Média (DP)	14,8 (10,4)		13,5 (9,4)		14,3 (10,0)		0,584 [£]

*: Teste Qui-quadrado

** : Teste Exato de Fischer

***: Razão de verossimilhança

‡: Teste U de Mann-Whitney para amostras independentes

Comparando os dois grupos em relação ao conhecimento adequado e inadequado associado as variáveis relacionada a dor houve diferença estatística significativa entre as variáveis estudadas. Onde tolerância apresentou uma sensibilidade de 0,040 (tabela 9).

Tabela 9. Comparação do conhecimento dos enfermeiros sobre manejo da dor, segundo as variáveis relacionadas a dor nos enfermeiros pesquisados, 2017, Rio de Janeiro

Variáveis relacionadas a dor	Conhecimento Adequado		Conhecimento inadequado		Total	Valor de p
Experiência com dor Oncológica	N	%	N	%	N	%
Sim	22	44,0	20	55,6	42	48,8
Não	28	56,0	16	44,4	44	51,2
Quando há câncer, há sempre dor?						
Sim	15	30,0	6	16,7	21	24,4
Não	35	70,0	30	83,3	65	75,6
A dor oncológica é intratável?						
Sim	1	2,0	2	5,6	3	3,5
Não	49	98,0	34	94,4	83	96,5
Comportamento diante do paciente com dor oncológica*						
Depressão	8	16,0	6	16,7	14	16,3
Frustração	6	12,0	10	27,8	16	18,6
Impotência	26	52,0	17	47,2	43	50,0
Revolta	3	6,0	4	11,1	7	8,1
Irritação	3	6,0	4	11,1	7	8,1
Medo de ser vítima	14	28,0	11	30,6	25	29,1
Solidariedade	37	74,0	26	72,2	63	73,3
Compaixão	33	66,0	21	58,3	54	62,8
Tolerância	18	36,0	21	58,3	39	45,3
Ajuda	32	64,0	16	44,4	48	55,8
Credibilidade	11	22,0	6	16,7	17	19,8
Fontes de Informação sobre dor Oncológica*						
Curso de graduação	22	44,0	21	58,3	43	50,0
Curso de pós-graduação	5	10,0	9	25,0	14	16,3
Treinamento em serviço	9	18,0	12	33,3	21	24,4
Curso de atualização	7	14,0	10	27,8	17	19,8
Prática profissional	40	80,0	26	72,2	66	76,7
Quais abordagens sobre dor você tem conhecimento? *						
Fisiologia da dor	23	46,0	25	69,4	48	55,8
Tipos de dor	31	62,0	22	61,1	53	61,6
Aspectos éticos	9	18,0	11	30,6	20	23,3
Aspectos comportamentais	9	18,0	10	27,8	19	22,1
Tratamento/Medidas	36	72,0	25	69,4	61	70,9

farmacológicas								
Medidas não farmacológicas	28	56,0	16	44,4	44	51,2	0,290*	
Teoria da dor	6	12,0	8	22,2	14	16,3	0,205*	
Avaliação da dor	31	62,0	20	55,6	51	59,3	0,548*	
Aspectos culturais	4	8,0	7	19,4	11	12,8	0,189**	
Não tenho conhecimento sobre as abordagens mencionadas	2	4,0	2	5,6	4	4,7	1,000**	
Quais estratégias para o controle da dor, você tem conhecimento? *								
Medidas farmacológicas	48	96,0	35	97,2	83	96,5	1,000**	
Medicamentos adjuvantes	21	42,0	22	61,1	43	50,0	0,080*	
Medidas de alívio de dor	31	62,0	16	44,4	47	54,7	0,107*	
Terapia ocupacional	14	28,0	6	16,7	20	23,3	0,220*	
Doin	3	6,0	2	5,6	5	5,8	1,000**	
Hipnose	7	14,0	3	8,3	10	11,6	0,510**	
Acupuntura	26	52,0	15	41,7	41	47,7	0,344*	
Cordotomia	0	0,0	1	2,8	1	1,2	0,419**	
Bloqueio neurolítico	5	10,0	3	8,3	8	9,3	1,000**	
Neuro estimulação transcutânea	1	2,0	3	8,3	4	4,7	0,304**	
Calor	22	44,0	18	50,0	40	46,5	0,582*	
Frio	17	34,0	16	44,4	33	38,4	0,326*	
Outros	1	2,0	2	5,6	3	3,5	0,569**	
Acredita que a terapia com opióides causa problemas?								
Sim	27	54,0	21	58,3	48	55,8	0,690*	
Não	23	46,0	15	41,7	38	44,2		
Qual a sua opinião sobre o uso de placebos?								
Contra	34	68,0	18	50,0	52	60,5	0,092*	
A favor	16	32,0	18	50,0	34	39,5		

*: Teste Qui-quadrado

** : Teste Exato de Fischer

***: Razão de verossimilhança

‡: Teste U de Mann-Whitney para amostras independentes

Tabela 10. Comparação dos escores médios obtidos pelos enfermeiros pesquisados segundo o conhecimento sobre manejo da dor no câncer, 2017, Rio de Janeiro

Conhecimento sobre o manejo da dor	Domínios		Estratégias de controle	Valor de p	Cuidado contínuo	Valor de p	Total	Valor de p
	Avaliação da dor	Valor de p						
Adequado		P<0,0001		P<0,000		P<0,0001		P<0,0001
Média (DP)	25,8 (5,9)	**	23,4 (4,7)	1*	29,6 (4,1)	01**	78,9 (8,1)	1*

Inadequado				
Média (DP)	17,3 (4,6)	14,8 (4,1)	23,1 (5,2)	55,1 (8,4)

*: Teste t de Student para amostras independentes

** : Teste U de Mann-Whitney

Fonte: dados da pesquisa

Na análise multivariada os profissionais de enfermagem que não têm comportamento de ajuda em relação aos pacientes com dor no câncer têm menor chance de ter conhecimento adequado em relação à dor oncológica quando comparado aos que têm comportamento de ajuda. Do mesmo modo, apresentaram maior chance de conhecimento adequado os profissionais de enfermagem que referiram não apresentar sentimento de tolerância (Tabela 11).

Tabela 11. Razão de prevalência do modelo de regressão final do fator associado ao conhecimento dos enfermeiros pesquisados sobre manejo da dor no câncer, 2017, Rio de Janeiro.

Variáveis associadas ao conhecimento adequado sobre o manejo da dor no câncer	RP não ajustada (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
Qual o seu comportamento / Sentimento diante de um paciente com dor?		
Ajuda		
Sim	1	0,68 (0,47-0,99)
Não	0,71 (0,48-1,05)	
Tolerância		
Sim	1	1,53 (1,05-2,24)
Não	1,48 (0,99-2,19)	

Na análise multivariada os profissionais de enfermagem que não têm comportamento de ajuda em relação aos pacientes com dor no câncer têm menor chance de ter conhecimento adequado em relação à dor oncológica quando comparado aos que têm comportamento de ajuda. Do mesmo modo, apresentaram maior chance de conhecimento adequado os profissionais de enfermagem que referiram não apresentar sentimento de tolerância (Tabela 11).

CAPITULO V - DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou predominância de mulheres entre enfermeiros avaliados no Hospital Geral Universitário. No final do século XIX, principalmente na Inglaterra da Era Vitoriana, sob influência de *Florence Nightingale*, ocorreu a feminização e foi instituída a divisão sexual nas práticas de enfermagem. Estas se caracterizam, respectivamente, pela ideia de vocação das mulheres para o cuidar e pela coexistência da divisão do trabalho entre a enfermeira e o médico e entre a enfermeira e os demais integrantes da equipe de enfermagem, com os quais a enfermeira divide o parcelamento dos cuidados (SOUZA et al, 2014).

Que a profissão de enfermagem é predominantemente feminina, disso temos certeza, é um fato. Por outro lado, também é verdade que o mercado de trabalho tem contratado cada vez mais profissionais, e com isso aumentando o número de homens que buscam a enfermagem como profissão. Dessa forma é necessário desmitificar que a profissão de enfermagem é apenas destinada a mulheres. Diminuir os estigmas e preconceitos que a profissão tem levantado ao longo dos anos (SOUZA et al, 2014).

Houve uma amostragem expressiva entre os enfermeiros que referiram possuir Religião. O estudo apresentou uma amostragem importante de mais de 90% dos pesquisados chamando a atenção para a questão da importância da religiosidade para o conhecimento adequado ou inadequado no manejo da dor (Tabela 1 e 2).

Dentre as formas de enfrentamento da dor, a religiosidade e espiritualidade têm se mostrado importantes nos doentes, e estão relacionadas à redução do estresse envolvido. A religiosidade é uma das primeiras estratégias de enfrentamento utilizada contra a dor. Indivíduos mais espiritualizados enfrentam melhor a dor, principalmente a dor crônica, devido a alterações fisiológicas e neurais decorrentes das crenças individuais (NASCIMENTO et al, 2012)

Para enfermeiros de um estudo qualitativo a religião é conjunta específico de crenças e práticas relacionadas com a fé, que reconhecem, aproximam e facilitam o acesso ao Sagrado, Divino, Deus e Verdade absoluta. Normalmente, é baseada em um conjunto de escrituras ou ensinamentos, e costuma oferecer um código moral de conduta. A espiritualidade, por sua vez, é um termo mais amplo que religião e refere-se ao aspecto da condição humana, que se

relaciona com a maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam o significado e propósito da vida, assim como a maneira que expressam um estado de conexão com o momento, consigo mesmo (*self*), com o mundo, com a natureza e com o sagrado (EVANGELISTA et al, 2016)

Neste estudo ressalta que os enfermeiros precisam conhecer as reais necessidades espirituais dos pacientes, para que possam refletir e esclarecer as preocupações que perturbam o equilíbrio espiritual de cada indivíduo. A enfermagem, por ser uma profissão que está em contato direto com o paciente, é responsável por um olhar que contempla, no processo de cuidar, as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano. Sob essa ótica, a compreensão do fenômeno espiritualidade é fundamental para a oferta de uma assistência de enfermagem de qualidade. Na medida em que o ser humano é uma unidade formada por corpo, mente e espírito, torna-se necessário que enfermeiros avaliem a necessidade de intervenção que possa ser capaz de contemplar o âmbito religioso, importante no resgate da essência do cuidado integral e, os profissionais, raramente, dispensam esses cuidados ao paciente com dor em tratamento oncológico (RONALDSON et al, 2012; NASCIMENTO et al, 2012).

A maioria dos participantes da pesquisa apresentava conhecimento adequado no manejo do câncer, porém um conhecimento de acordo com os valores estatísticos bem próximo da linha de corte. E o conhecimento foi relativamente dependente do tempo de formação profissional. É notável os resultados trazidos pelo presente estudo onde demonstrou uma média bem similar entre os profissionais enfermeiros avaliados no tocante tempo de formação profissional e experiência profissional (Tabela 2). O que vem de acordo com estudos que trazem a importância de se investir na valorização o profissional em uma instituição dando a ele condições de se estabelecer e de criar vínculos favorecendo um trabalho harmonioso e até mesmo prazeroso. Experiência e formação deve ser considerada estar sempre juntas dando subsidio uma a outra na geração de conhecimento (CLEIN; TOLEDO; OLIVEIRA, 2013).

Esperava-se que por se tratar de profissionais enfermeiros assistenciais atuantes de um hospital geral, independentemente de ser especializado ou não, os enfermeiros apresentassem conhecimento básico geral sobre manejo da dor adequado para uma assistência minimamente eficaz e ainda que estivessem sensíveis para avaliação, intervenção e monitoramento da dor , levando em consideração que este é um dos sintomas mais evidenciado por pacientes

oncológicos além de ser considerado como uma emergência oncológica. Nesse contexto foi evidente que o conhecimento inadequado se mostrou acima de 40% o que não é desejável, mostrando a importância de se investir em estratégias de educação permanente (Tabela 2 e 7).

Estudo transversal com um grupo de residentes de um programa de residência em multiprofissional em oncologia mostrou conhecimento inadequado sobre manejo da dor na totalidade dos estudantes. Por avaliarem residentes de primeiro (R1) e segundo (R2) ano do programa que se mostraram com conhecimento adequado foi notoriamente dependente do tempo de formação. Era esperado que os enfermeiros segundo ano de residência apresentassem um nível de conhecimento mais expressivo em relação aos do primeiro ano. Já que nesse sentido teria tido mais conteúdo teórico sobre dor e evidentemente mais contato com a realidade dolorosa vivida por esses pacientes oncológicos (FERREIRA *et al*, 2016).

Durante a formação acadêmica existem falhas no programa em relação ao conteúdo de dor e controle alérgico observados nos cursos de graduação da área de saúde e registrados em literaturas o que pode ser uma explicação a esses achados (RAMOS, 1994; COELHO *et al*, 2016), bem como aquelas observadas em nível de pós-graduação, que são confirmados pelos nossos resultados. (Tabela 1).

Comumente, as grades de cursos de graduação não costumam contemplar disciplinas com especificidades de dor. A temática é abordada de forma de forma geral dentro de blocos, sem existir uma obrigatoriedade ou preocupação por parte do programa em relacionar os conhecimentos aplicados anteriormente. É necessário uma grade mais abrangente onde o conteúdo seja capaz de reunir outros aspectos como avaliação, abordagens e estratégias de abordagem assim como de controle para tornar mais completa a formação desses profissionais. (ARGYRA *et al*, 2015).

Neste estudo mais da metade dos profissionais (51,2%) referiu não ter experiência com a dor oncológica. O que causa estranheza pelo fato desses profissionais terem uma relação de tempo considerável na assistência em hospital geral. Que embora não seja especializado atende toda população incluindo pacientes oncológicos (Tabela 2 e 8). Estudos sobre estimativa de câncer no Brasil mostra o aumento na sobrevivência e envelhecimento da população a oncologia vem adquirindo cada dia, mas prevalência no mundo acadêmico e no ambiente hospitalar um crescente ainda maior (BRASIL, 2005).

A oncologia vem crescendo ao longo dos anos, por apresentar situações de contato com a morte, necessidade cuidados de alta complexidade e paliativos, bem como a atenção à família, constituindo grandes desafios para os profissionais. Um sistema completo de vigilância acompanhada de modo contínuo, diversos parâmetros biológicos importantes para orientar o tratamento e detectar de imediato complicações indesejadas. (HERCOS *et al*, 2014).

Acreditar que sempre que existe câncer existirá dor e que essa dor oncológica poderá ser tratada é evidenciado nos resultados do presente estudo (Tabela 2 e 8). O que vem de encontro com a pesquisa realizada por (PINTO, 2015), onde traz que dentro do ambiente oncológico é possível que o cuidado, por ser específico à complexidade do câncer, seja, embora extremamente complexo, melhor pautado, acerca do conhecimento e manejo das situações que envolvem a doença, sobretudo a questão da ocorrência da dor. O manejo da dor pode estar atrelado a situações emergenciais ou crônicas, iniciais ou finais do estágio oncológico e nem por este motivo, requerem menor atenção. Controlar os sintomas da doença e melhorar a qualidade de vida desse paciente é um benefício que pode e deve ser proporcionado a ele (PINTO, 2015).

Diante da questão comportamental avaliado nos enfermeiros pesquisados, o estudo mostra que alguns componentes se apresentaram bem relevantes, como sensação de impotência e ajuda com relação a situação de dor existente no paciente; compaixão e solidariedade frente ao paciente com dor no câncer. É importante reforçar que apenas uma única coisa não pode ser considerada fútil em cuidado com o paciente com dor em oncologia: o cuidado com o paciente e seus familiares, realizado por equipe multiprofissional qualificada. Pois é esse cuidado que fará com que o enfrentamento dessas fases de comportamento no paciente seja melhor trabalhado. E vem concordar ainda com o fato do estudo trazer a importância da prática profissional e da formação acadêmica influenciar o conhecimento sobre dor oncológica (Tabela 2 e 9).

Ao enfermeiro que trabalha com educação, na esfera acadêmica ou no ambiente da prática, cabe compreender a sua importância e de tudo que norteia tal educação em relação aos seus pressupostos, pois ela é o único caminho para a constituição de uma sociedade melhor e pensar que ela não está somente no espaço da formalidade, mas está também no cotidiano, nas “entrelinhas”, do “não dito”, também confere desenvolvimento aos indivíduos, através da busca por modificações individuais e coletivas (FERREIRA, 2013).

Respaldado pela OMS, o enfermeiro que atua diretamente junto aos pacientes com câncer, deve ter acesso às especificidades do cuidado e manejo das situações vivenciados por esses pacientes. A educação permanente, é a melhor maneira de qualificar a assistência e assim assegurar os pressupostos de integralidade e humanização do cuidado no Sistema Único de Saúde. Portanto é inerente ao enfermeiro, a capacidade em realizar o levantamento das necessidades de aprendizado e aplicação prática de conteúdo específico, seja em ambientes especializados ou generalistas do cuidado, para o alcance da qualificação. Isto leva à compreensão da importância deste estudo não somente no intuito do aprimoramento profissional, como também na perspectiva do compromisso social em saúde. (BRASIL, 2005).

Quanto as estratégias de controle relacionadas ao conhecimento adequado e não adequado como já citado anteriormente quase a totalidade dos enfermeiros avaliados assumiu utilizar de estratégias para controle da dor no câncer, o que reforça o compromisso com a saúde no paciente oncológico. Um olhar clínico e diferenciado durante a assistência de enfermagem e especialmente no tocante aos tipos de abordagem sobre a dor oncológica deveria ser assumido pelos enfermeiros deste estudo. As medidas farmacológicas assumem uma posição de destaque, era de se esperar algo neste sentido, já que na formação geral acadêmica medidas como estas são inseridas na formação com a utilização de opióides, entre outras medicações (Tabela 2 e 9).

Estudos mostram que a estratégia de controle farmacológica da dor é a estratégia de tratamento de primeira escolha ainda que geralmente associada a efeitos colaterais indesejáveis, os que em diversas vezes interferem diretamente na qualidade de vida dessa paciente (CHOTOLLI; LUIZE, 2015). Este resultado vem de acordo com os achados deste estudo onde os enfermeiros referiram acreditar que a estratégia terapêutica com o uso de opióides causava problemas (Tabela 2 e 9).

Em contrapartida, a estratégia não farmacológica tem ganhado força no manejo da dor oncológica, onde se observou que a terapia farmacológica exclusiva não é o bastante para se controlar a dor nos pacientes com câncer (ROCHA et al, 2015). Assim como parte da estratégia de controle, as medidas adjuvantes e de alívio da dor é outro ponto a ser discutido por mobilizar mais da metade das opiniões dos pesquisados (Tabela 2 e 9).

A combinação entre os tratamentos farmacológico e métodos não farmacológicos, pode otimizar o alívio da dor, mas limitações deve ser reconhecida. Os opióides são o

principal tratamento para controle da dor, mas as consequências de tolerância, dependência, hiperalgesia e constipação devem ser reconhecidas. Para um eficiente controle da dor oncológica é necessário que uma equipe multidisciplinar de saúde com oncologistas, clínicos da dor, cirurgiões, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros que tenham familiaridade com uma gama de opções terapêuticas tais como terapias antineoplásicas, medicamentos, técnicas anestésicas, procedimentos cirúrgicos, procedimentos intervencionistas, técnicas psicológicas e técnicas de reabilitação. O sucesso do controle da dor é alcançado quando avaliações repetidas permitem a escolha da terapêutica mais apropriada para cada paciente, alcançando um efeito favorável entre o alívio da dor e efeitos adversos. Para maioria dos pacientes o controle da dor envolve a administração de analgésicos específicos (RANGEL; TELES, 2012).

Em 1986, a OMS publicou guia para tratamento da dor oncológica desenvolvendo a Escada Analgésica da OMS. Estudos de validação dessa escada sugerem que mais de 80% dos pacientes com dor oncológica têm sua dor controlada por esse método. A escada é utilizada como padrão no mundo inteiro. É opinião universal que a analgesia farmacológica é o principal pilar no tratamento da dor oncológica. Os cinco princípios básicos da escada analgésica são: 1) pela boca, a medicação deve ser preferencialmente dada pela boca. 2) pelo relógio, é fundamental respeitar o intervalo da administração da medicação de acordo com a meia vida de cada droga. 3) individualizado para cada paciente, uma avaliação contínua deve ser empregada durante todo tratamento antecipando os efeitos colaterais e ajustando doses sempre que necessário. A troca de opióides deve ser feita em caso de falha de analgesia. 4) pela escada. 5) reavaliações frequentes, permitem reajuste de doses de maneira mais eficiente assim como diagnósticos mais precisos em relação ao quadro algico (OMS, 1986). O que reforçam os resultados trazido pelo presente estudo em que mais de 62% dos enfermeiros avaliados acreditam no uso da medicação oral como via preferencial 62% (Tabela 4).

A especialidade oncológica vem crescendo muito nos últimos anos e a experiência em cuidar de paciente oncológico traz ao profissional um certo olhar diferenciado para as situações advindas da doença. "Acredita que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas"(79,1%).

Outro ponto a ser visto e que talvez o de maior valor seja a avaliação da dor, uma vez que a pesquisa demonstrou que mais da metade dos enfermeiros pesquisados referiu avaliar a dor do paciente. A avaliação da dor é a primeira etapa para tomada de decisão certa e a

terapêutica adequada e que deve ser realizada por meio de instrumentos multidimensionais e envolve um processo mais complexo. Na oncologia deve ser feita de acordo com utilização das escalas de dor aplicada de forma individual durante a avaliação de enfermagem baseada nos valores e na intensidade que o paciente referir (SILVA *et al*, 2011).

Uma das estratégias de controle que chamou a atenção nos resultados desta pesquisa foi a questão da aplicação de calor e acupuntura com mais de 40% das respostas dos enfermeiros avaliados (Tabela 2). São os chamados métodos físicos que compreendem manobras como a aplicação de calor e frio superficial, técnicas de estimulação elétrica aplicadas sobre a pele (transcutânea), o uso de massagens, uso de repouso, exercícios e alongamentos suaves, entre outras (CHOTOLLI; LOUIZE, 2015).

Para a seleção da técnica não-farmacológica é fundamental conhecer a etiologia da dor, o local e as estruturas envolvidas (pele, músculos, nervos, ossos ou vísceras). Alguns aspectos dos mecanismos que produzem analgesia variam de acordo com o método, mas, em todas as situações em que haja estimulação cutânea (calor, frio, massagem, vibração ou estímulo elétrico), há ativação de fibras do sistema sensitivo-discriminativo. O calor reduz a dor por reduzir a isquemia tecidual por meio do aumento do fluxo sanguíneo e do metabolismo da região e diminuição do tônus vasomotor. O calor também aumenta a elasticidade do tecido conectivo, produz alívio da rigidez articular, alivia o espasmo muscular e auxilia na resolução de inflamação superficial localizada (CHOTOLLI; LOUIZE, 2015).

No presente estudo mais de 60% dos enfermeiros pesquisados relatou ser contra o uso de placebo. (Tabela 2 e 9). Quando se fala em uso de placebo é importante pensar em todos os aspectos que o envolve principalmente a questão bioética desde o vértice da autonomia, da equidade e da justiça. Envolve ainda o ponto de vista do pesquisador, da responsabilidade profissional, e do ponto de vista social além do conflito de valores entre os interesses dos patrocinadores da pesquisa, da responsabilidade profissional e da autonomia do paciente.

Existem estudos mostram o efeito placebo é o efeito psicológico ou psicofisiológico produzido pelos placebos. E de que símbolos, crenças e expectativas podem despertar ocorrências fisiológicas, tanto positivas como negativas. Grande parte do efeito placebo é um aspecto vastamente conhecido pelos antropologistas como cura simbólica, ou seja, qualquer tipo de tratamento que não depende de qualquer tratamento físico ou farmacológico (SANTOS; LABISA, 2013).

O sucesso no tratamento da dor no paciente oncológico requer do enfermeiro uma cuidadosa avaliação no tocante a natureza dessa dor e com o vínculo entre o paciente e o profissional que avalia. Valorizando as queixas e demandas apresentadas pelo paciente, no entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor assim como na realização do exame físico durante a avaliação para se estabelecer o melhor tratamento como traz a presente pesquisa. Um item ainda observado foi o fato dos profissionais enfermeiros referirem em torno de 38% que consideram métodos alternativos de avaliação da dor (Tabela 3).

Um estudo quantitativo, descritivo exploratório com 159 pacientes oncológicos em que avaliou a intensidade e descrição do quadro de dor na categoria sensitiva, avaliativa e emocional onde a descoberta de câncer esteve relacionada à dor em 55 (34,6%) dos pacientes. E 105(66%) dos entrevistados a relataram em algum momento da patologia. O estudo mostra que na qualidade sensitiva os itens que se destacaram foram “lateja, cólica e ferroa”. Na avaliativa prevaleceram “queima, ardência e esquentar”. Na categoria qualitativa, a emocional predominou como “uma dor incômoda, cansativa e desgastante”. Contudo o estudo mostra como é importante valorizar a realização da avaliação quantitativa tanto quanto a qualitativa do quadro algico para uma adequada assistência ao alívio da dor em pacientes oncológicos (SILVA *et al*, 2011).

A análise de cuidado contínuo demonstra sensibilidade por parte dos avaliados neste estudo onde mais de 90% dos enfermeiros pesquisados demonstraram ter importância na inclusão da família no cuidado com o paciente oncológico. O estudo semelhante mostra a relação da avaliação do comportamento associados à dor, que deve ser interpretada com precaução. A expressão da dor reflete o estado físico e emocional, o tipo de colaboração e as expectativas familiares e culturais podendo ser erradamente interpretada pelo enfermeiro. A dor como fenômeno subjetivo e multidimensional exige que o seu tratamento seja individualizado e realizado por uma equipe multidisciplinar na qual, obviamente se inclui a pessoa e sua família. O seu funcionamento deve assentar numa comunicação clara entre os seus membros, onde cada um sabe qual é o seu papel (BATALHA, 2016).

É inegável a importância dos medicamentos no tratamento da maioria das doenças e a necessidade do hospital manter um sistema efetivo de sua distribuição para garantir que o paciente os receba de acordo com a prescrição médica. Na análise do domínio estratégia de controle foi possível identificar que os enfermeiros avaliados demonstraram em mais de 88%

acreditar na importância da dose individual da medicação ao paciente com dor oncológica o que é bem interessante quando se pensa na situação de iatrogenia.

O estudo de RIBEIRO, 1993 sobre erros de medicação, estão incluídos entre as causas das doenças iatromedicamentosas, podendo ser definidos como: a administração do medicamento ou dose errada, o tratamento requerendo o uso de tais agentes para o paciente errado ou na hora errada, a omissão da administração do agente certo no tempo especificado ou da maneira prescrita ou normalmente considerada aceitável na prática. Em geral, esses tipos de erros são facilmente situações vividas pela equipe de enfermagem, principalmente em hospitais que ainda empregam os sistemas tradicionais de distribuição de medicamentos, onde o preparo da dose e a sua administração são tarefas designadas a esses profissionais. A falta de conhecimento técnico específico sobre a estabilidade, biodisponibilidade, armazenamento e preparo de medicamentos são, também, causas frequentes de erros de medicamento em hospitais brasileiros (RIBEIRO, 1993).

O domínio sobre o uso de medicações ainda é um importante desafio no campo da enfermagem, são campo que ainda requer atenção e suporte multiprofissional da equipe de farmacologia aplicada a oncologia. A especialidade oncológica vem crescendo muito nos últimos anos e a experiência em cuidar de paciente oncológico traz ao profissional um certo olhar diferenciado para as situações advindas da doença e suas terapias. Ainda sobre a análise de controle onde o resultado traz que quase 80% dos enfermeiros pesquisados responderam as vezes acreditar que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas (Tabela 4).

Uma boa avaliação inicial da dor dá chance de ao enfermeiro de atuar de maneira mais eficaz ao instituir a estratégia de controle como já citado em diversos momentos na presente pesquisa. De acordo com estudos determinadas medicações analgésicas possuem seu tempo de ação em torno de 4 horas. O uso de opióides fracos (tramadol e codeína) no controle da dor oncológica tem sido questionada por alguns especialistas, julgam serem caros e não ter tanta eficácia e pacientes que iniciam o tratamento da dor com opióides fortes como primeira linha parecem ter melhor alívio da dor (RANGEL e TELLES, 2012).

O sucesso da terapia da dor no paciente com câncer baseia-se principalmente no diagnóstico do mecanismo da dor e conseqüentemente do diagnóstico da síndrome dolorosa preponderante. O sofrimento pode desempenhar papel importante na qualidade de vida do paciente. Ignorar o sofrimento é tão desastroso como ignorar a dor do outro. Comparando os escores a maioria dos profissionais demonstrou conhecimento técnico específico adequado

sobre o manejo da dor no câncer cerca de mais de 58% dos profissionais de acordo com o escore total, mas não descarta a possibilidade de estratégia de se melhorar a qualidade desse conhecimento levando em consideração o resultado de mais 40% demonstrar o contrário um inadequado conhecimento (Tabela 7).

Na análise bivariada comparando os dois grupos em relação ao conhecimento técnico sobre dor adequado e inadequado associado as variáveis relacionada a dor não houve diferença estatística significativa entre as variáveis estudadas onde “tolerância” apresentou uma sensibilidade de 0,040 (tabela 9). Pensando assim é possível atrelar esse resultado ao fato de ser tolerante ou intolerante ao sentimento do da outra pessoa ser uma questão de comportamento ainda em estudo. O conceito de pessoa está atrelado ao de dignidade; ambos são atributos que distinguem os seres humanos de todos os demais; a dignidade é o sustentáculo de todos direitos fundamentais da pessoa humana. “A dignidade de cada homem consiste em ser, essencialmente, uma pessoa, isto é, um ser cujo valor ético é superior a todos os demais no mundo” (COMPARATO, 2010). Manifesta-se na ação responsável e livre do ser humano. Dignidade é uma característica inerente a todos os seres humanos; remete a uma postura de vida ética, responsável coerente e libertadora dos homens nas sociedades em que vivem. Um princípio antropológico que define o ser como humano. Entretanto, o conceito de dignidade esbarra na subjetividade, uma vez que é impossível estabelecer limites rígidos, objetivos e definitivos para o que é digno e o que é indigno. Essa imprecisão pode induzir a uma falsa tolerância que se traduz, na prática, em atitudes de desrespeito à pessoa como pode ser entendido na presente pesquisa.

Já na análise multivariada dos dados além da componente tolerância, destacam se ainda a questão comportamental voltada para o componente ajuda onde os profissionais de enfermagem que não têm comportamento de ajuda em relação aos pacientes com dor no câncer apresentam menor chance de ter conhecimento adequado em relação à dor oncológica em comparação aos que têm comportamento de ajuda (Tabela 11).

Do mesmo modo, apresentaram maior chance de conhecimento técnico adequado os profissionais de enfermagem que referiram não apresentar sentimento de tolerância (Tabela 11), se o profissional não tem conhecimento adequado para intervir na situação dor apresentada pelo paciente ele acaba por tolerar ou protelar a intervenção, justamente por não saber. Já se o profissional está devidamente preparado para intervir na situação de dor, ele não tolera ver o paciente se queixar. Isso se torna fácil explicar quando o conceito de tolerância é

visto de forma ampla como na Declaração Universal dos Direitos Humanos- Organização das Nações Unidas (DUDH- ONU, 2008).

Na DUDH a tolerância aparece não como o direito de ser tolerante ou de ser tolerado, mas como consequência de uma situação em que os direitos humanos são experimentados e praticados. Analisada de modo amplo e generalizado, a tolerância está vinculada à diversidade cultural. Na leitura deste documento, vale a pena ressaltar a tolerância como prática para uma convivência pacífica. Como destaque desta leitura sobre a declaração onde vai ressaltar trechos que dá ênfase ao reconhecimento e à prática de aceitação do outro: A tolerância é, antes de tudo, uma atitude ativa fundada no reconhecimento dos direitos universais da pessoa humana e das liberdades fundamentais do outro. A prática da tolerância significa que toda pessoa tem a livre escolha de suas convicções e aceita que o outro desfrute da mesma liberdade. Significa aceitar o fato de que os seres humanos, que se caracterizam naturalmente pela diversidade de seu aspecto físico, de sua situação, de seu modo de expressar-se, de seus comportamentos e de seus valores, têm o direito de viver em paz e de ser tais como são (GUIMARÃES, 2010). O que vem de acordo com a presente pesquisa, onde o resultado mostra claramente que se o profissional durante a assistência de enfermagem ao paciente oncológico com dor e diante das inúmeras situações de desgaste e sofrimento vivenciadas por estes pacientes, em que ser tolerante pode não ser a melhor opção e sim um sinal de fragilidade do conhecimento técnico.

CAPITULO VI- CONCLUSÃO

O estudo descreveu o conhecimento técnico específico sobre manejo da dor no câncer avaliado entre os enfermeiros de um NACON na cidade do Rio de Janeiro. Como resposta ao problema foi proposto uma intervenção educacional por meio de um Treinamento aos enfermeiros. Embora a hipótese levantada pelo estudo tenha sido refutada de que é elevado o número de enfermeiros pesquisados que detivessem conhecimento técnico específico inadequado segundo padrões da OMS para o manejo da dor em pacientes oncológicos, ainda sim se faz necessário o treinamento como intervenção, reforço, ampliação e manutenção do conhecimento, já que 40% dos profissionais avaliados em relação ao seu conhecimento se deu como inadequado. Esse resultado é um número bem expressivo para esta avaliação do conhecimento sobre manejo da dor no câncer.

Apresenta-se como limitação deste estudo o fato da entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) promovendo uma mudança imediata da Gestão no campo de estudo, ocasionando uma grande troca de profissionais da saúde e de enfermeiro diminuindo assim o N significativamente. Outro ponto ainda a ser observado, foi a migração de alguns desses profissionais da assistência para área de gerenciamento e supervisão. Pois devido à crise instalada nos Hospitais Universitários que atingiu o, algumas enfermarias estiveram fechadas no período da coleta dos dados e os profissionais que as lotavam foram realocados, alguns fora da assistência. O que inviabilizou participarem da coleta.

O produto de intervenção - Curso de Treinamento profissional para profissionais do Hospital Universitário: Manejo da dor manejo da dor oncológica para enfermeiros será implantado na instituição campo deste estudo, pela Educação Permanente. Serão publicados dois artigos científicos divulgando os resultados sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor no paciente oncológico e o produto de intervenção e também apresentação dos resultados em eventos científicos. Há necessidade de prosseguir com a pesquisa ampliando o conhecimento sobre alguns aspectos do manejo da dor como a necessidade de se utilizar de diferentes estratégias para o manejo da dor no câncer. Deve-se também testar e validar o produto bem como avaliar os seus resultados junto ao programa de educação permanente. Buscando a avaliação da eficácia da terapêutica instituída pelo enfermeiro, faz-se necessário compreender o significado projetado pelo paciente sobre a dor bem como suas reações e comportamentos desenvolvidos nesta vivência.

APÊNDICES

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ICD)**INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL**

NOME: _____

1. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

2. IDADE: _____ (Em anos)

3. SEXO:

3.1. () MASCULINO

3.2. () FEMININO

4. RELIGIÃO: _____ () NÃO TENHO RELIGIÃO

5. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

GRADUAÇÃO:

ANO DE INÍCIO _____

ANO DE TÉRMINO _____

5.1. UNIVERSIDADE PÚBLICA ()

5.2. UNIVERSIDADE PRIVADA ()

5.3. TEMPO DE FORMADO (A): _____ (anos)

PÓS-GRADUAÇÃO:

5.4. POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO? 1. () SIM 2. () NÃO

5.5. QUAL A ÁREA? _____

6. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

6.1. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL: _____ (anos)

6.2. VOCÊ TEVE EXPERIÊNCIA COM DOR NO CÂNCER FORA DO TRABALHO?

1. () SIM 2. () NÃO

CASO SIM, COM QUEM?

1. () COM PAIS

2. () COM CÔNJUGE

3. () COM AMIGOS

4. () COM FILHOS

5. () COM IRMÃOS

6. () COM PARENTE PRÓXIMO

7. DOR

7.1. VOCÊ ACREDITA QUE QUANDO HÁ DOR NO CÂNCER ELA É INTRATÁVEL?

1. () SIM

2. () NÃO

7.2. VOCÊ ACREDITA QUE QUANDO EXISTE CÂNCER HÁ SEMPRE DOR?

1. () SIM

2. () NÃO

7.3. DAS ALTERNATIVAS ABAIXO RELACIONADAS, QUAL OU QUAIS AS QUE MAIS SE IDENTIFICAM COM VOCÊ EM RELAÇÃO AO SEU COMPORTAMENTO DIANTE DO PACIENTE COM DOR NO CÂNCER?

1. () DEPRESSÃO

2. () FRUSTRAÇÃO

3. () IMPOTÊNCIA

4. () REVOLTA

5. () IRRITAÇÃO

6. () MEDO DE SER VÍTIMA

7. () SOLIDARIEDADE

8. () COMPAIXÃO

9. () TOLERÂNCIA

10. () AJUDA

11. () CREDIBILIDADE

7.4. QUAIS FORAM SUAS FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE DOR NO CÂNCER?

1. () CURSO DE GRADUAÇÃO

2. () CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO

3. () TREINAMENTO EM SERVIÇO
4. () CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM EVENTOS
5. () PRÁTICA PROFISSIONAL

7.5. DAS ABORDAGENS DE DOR ABAIXO RELACIONADAS, QUAIS AS QUE VOCÊ TEM CONHECIMENTO?

1. () FISIOLOGIA DA DOR
2. () TIPOS DE DOR
3. () ASPECTOS ÉTICOS
4. () ASPECTOS COMPORTAMENTAIS
5. () TRATAMENTO/ MEDIDAS FARMACOLÓGICAS
6. () MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS
7. () TEORIA DA DOR
8. () AVALIAÇÃO DA DOR
9. () ASPECTOS CULTURAIS

7.6. DAS ESTRATÉGIAS ABAIXO RELACIONADA, QUAIS AS QUE VOCÊ CONHECE?

1. () MEDIDAS FARMACOLÓGICAS
2. () MEDICAÇÕES ADJUVANTES PARA ALIVIO DA DOR NO CÂNCER
3. () MEDIDAS ALTERNATIVAS PARA ALIVIO DA DOR
4. () TERAPIA OCUPACIONAL
5. () DOWIN
6. () HIPNOSE
7. () ACUPUNTURA
8. () CORDOTOMIA
9. () BLOQUEIO NEUROLÍTICO DO PLEXO CILÍACO
10. () NEURO ESTIMULAÇÃO TRANSCUTÂNEA
11. () CALOR
12. () FRIO

13. () OUTROS QUAIS? _____

7.7. VOCÊ ACREDITA QUE A TERAPÊUTICA COM OPIÁCEOS CAUSA PROBLEMAS PARA O PACIENTE COM CÂNCER?

() sim

() não

Se a resposta for afirmativa, justifique: _____

7.8. QUAL A SUA OPINIÃO A RESPEITO DO USO DE PLACEBOS PARA PACIENTES DE CÂNCER COM DOR?

() Contra

() A favor

D) CONTROLA OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DO USO DE MEDICAMENTOS?

() Sempre () Às vezes () Nunca

E) ACHA IMPORTANTE INCLUIR A FAMÍLIA NO CUIDADO DO PACIENTE COM DOR NO CÂNCER?

() Sempre () Às vezes () Nunca

F) INCLUI A FAMÍLIA, AMIGOS EM TREINAMENTOS PARA ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO?

() Sempre () Às vezes () Nunca

G) PROMOVE MEIOS PARA QUE O PACIENTE NÃO FIQUE SOCIALMENTE SOZINHO?

() Sempre () Às vezes () Nunca

H) PROMOVE MEIOS PARA QUE O PACIENTE TERMINAL NÃO SOFRA DOR?

() Sempre () Às vezes () Nunca

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “MANEJO DA DOR NO CÂNCER: PROPOSTA DE TECNOLOGIA PARA EDUCAÇÃO DE ENFERMEIROS”.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor no câncer e o conceito de dor total e elaborar uma cartilha (banner/card informativo) sobre manejo da dor oncológica para enfermeiros.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para acrescentar à literatura dados referentes ao tema citado. Para isso precisamos contar com sua participação. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará cerca de 10 minutos, onde irá responder: 1- Questionário de auto-relato sóciodemográficos e profissional; 2- Instrumento “Conhecimento do Enfermeiro Sobre o Manejo da Dor no Câncer – OMS” (RAMOS, 1994); 3- Uma pergunta aberta sobre dor total em impresso próprio. Toda entrevista será conduzida pelo pesquisador ao entrevistado; bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará na aquisição de dados e irá agregar à literatura informações referentes ao tema, resultando em contribuições de fundamentação bioética para a comunidade científica, e para os formuladores de políticas públicas específicas, fornecendo dados e informações que esclareçam possíveis dificuldades encontradas que possam contribuir para o desenvolvimento desta pesquisa, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sendo a aluna Aquiene Santos da Silva Pires da Costa a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Tania Cristina de Oliveira Valente. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você

tenha. Caso seja necessário, contacte Aquiene Santos da Silva Pires da Costa no telefone (21) 31068447 / (21) 964160782, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____. Telefone de contato: _____.

Endereço: _____

Assinatura (Pesquisador): _____. Data: _____

Nome: _____

APÊNDICE IV – PRÉ E PÓS TESTE PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE DOR NO CÂNCER

Pré e Pós Teste sobre Conhecimento Sobre Manejo da Dor no Câncer

Nome: _____ Data de nascimento: __/__/__ Idade: __ Sexo: __

1. Você teve experiência com dor no câncer fora do trabalho? 1. () sim 2. () não
2. Você acredita que quando há dor no câncer ela é intratável? 1. () sim 2. () não
3. Você acredita que quando existe câncer há sempre dor? 1. () sim 2. () não
4. Você acredita que a terapêutica com opiáceos causa problemas para o paciente com câncer?

1.() sim 2. () não se a resposta for afirmativa, justifique: _____

5. qual a sua opinião a respeito do uso de placebos para pacientes de câncer com dor?

1.() contra 2.() a favor

1. ao avaliar o paciente com dor no câncer, você:

- a) acredita nas queixas do paciente? () sempre () às vezes () nunca
- b) afere a intensidade da dor? () sempre () às vezes () nunca
- c) observa o estado psicológico do paciente? () sempre () às vezes () nunca
- d) afere o nível de controle da dor do paciente depois de iniciado o tratamento?
() sempre () às vezes () nunca

2. ao desenvolver as estratégias terapêuticas para o alívio do paciente de câncer com dor, você:

- a) acredita que a dose da medicação deve ser individual? () sempre () às vezes () nunca
- b) acredita no uso de medicação oral como via preferencial para alívio da dor no câncer?
() sempre () às vezes () nunca
- c) acredita que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas?
() sempre () às vezes () nunca
- d) administra medicação para alívio da dor no câncer, mesmo estando o paciente acordado, em repouso e sem queixa? () sempre () às vezes () nunca

3. ao planejar o cuidado contínuo para o paciente com dor no câncer, você:

- a) procura assegurar bem estar total ao (bio-psico-social)? () sempre () às vezes () nunca
- b) acha importante incluir a família no cuidado do paciente com dor no câncer?
() sempre () às vezes () nunca
- c) inclui a família, amigos em treinamentos para atendimento em domicílio?
() sempre () às vezes () nunca
- d) promove meios para que o paciente terminal não sofra dor? () sempre () às vezes () nunca

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANEJO DA DOR NO CÂNCER: PROPOSTA DE TECNOLOGIA PARA EDUCAÇÃO DE ENFERMEIROS(Provisório).

Pesquisador: COSTA A.S.S.P

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64903617.6.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.080.794

Apresentação do Projeto:

Introdução: A dor é um dos principais sintomas vivenciados pelos doentes hospitalizados e no contexto oncológico é considerada uma emergência.

O manejo adequado ainda é um desafio para profissionais de saúde. Objetivos: Descrever o conhecimento dos enfermeiros de um Hospital Geral

Universitário do estado do Rio de Janeiro, sobre o manejo da dor no câncer e o conceito de dor total e elaborar uma cartilha (banner/card

informativo) sobre manejo da dor oncológica para enfermeiros. Método: Estudo quantitativo, transversal. A coleta de dados se dará nas unidades de

internação do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e contemplará todos os enfermeiros que atuam nas unidades de internação adulta ou

pediátrica, na assistência direta a pacientes. Os enfermeiros serão solicitados a responder o instrumento "Conhecimento do Enfermeiro sobre o

Manejo da Dor no Câncer – OMS" e uma pergunta relacionada ao conceito de dor total – "O que você entende sobre dor total?". Os dados obtidos

subsidiarão a construção da uma cartilha (banner/card informativo) sobre manejo da dor oncológica. Os dados coletados serão inseridos em planilha

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.080.794

e analisados no programa Excel® e no programa estatístico SPSS v.20.0. O conhecimento sobre o manejo da dor no câncer será descrito de forma categórica (adequado e não adequado) e contínua (média e desvio-padrão) para os três domínios e escore total do instrumento. As variáveis categóricas serão descritas em números absolutos (n) e percentuais (%). A análise das relações entre o conhecimento sobre o manejo da dor no câncer e as variáveis nominais e ordinais será feita por meio do teste de Qui-quadrado ou Razão de verossimilhança. Para analisar as relações entre o conhecimento sobre o manejo da dor no câncer e as variáveis contínuas, será utilizado o teste de Mann-Whitney ou teste T-Student a depender da distribuição da variável independente. As pergunta sobre dor total será categorizada e quantificada segundo similaridade dos núcleos obtidos e apresentadas em termos de frequências relativas e absolutas. A presente pesquisa contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema, resultando em contribuições de fundamentação bioética para a comunidade científica, e para os formuladores de políticas públicas específicas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o conhecimento dos enfermeiros de um Hospital Geral Universitário do estado do Rio de Janeiro, sobre o manejo da dor no câncer e o conceito de dor total.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- O participante poderá se sentir constrangido em relação ao questionário de auto relato (mesmo sabendo que não será identificado);

Benefícios:

Serão incontáveis, uma vez que formular uma proposta educativa com uso das tecnologias, servirá como base para a continuidade de um aprendizado especializado em dor, através da descrição do conhecimento de enfermeiros sobre o tema poderá estabelecer troca de conhecimento reforçando a prática assistencial;

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.080.794

Manutenção da educação contínua em relação a dor oncológica;
Capacitar os profissionais;
Formar multiplicadores;
Auxiliar na identificação e no manejo da dor oncológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
de relevância

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Adequados

Recomendações:
-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Sanadas pendências

Considerações Finais a critério do 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_820069.pdf	01/05/2017 11:04:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.doc	01/05/2017 11:03:45	COSTA A.S.S.P	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOMODIFICADA.pdf	01/05/2017 11:01:12	COSTA A.S.S.P	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CORRIG_PLATAFORMA_BRASIL.docx	01/02/2017 01:33:33	COSTA A.S.S.P	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/02/2017 01:32:40	COSTA A.S.S.P	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	31/01/2017 22:41:43	COSTA A.S.S.P	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquis.jpg	31/01/2017 22:39:49	COSTA A.S.S.P	Aceito
Declaração de Instituição e	termo_da_int.jpg	31/01/2017 22:37:57	COSTA A.S.S.P	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.080.794

Infraestrutura	termo_da_int.jpg	31/01/2017 22:37:57	COSTA A.S.S.P	Aceito
----------------	------------------	------------------------	---------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Maio de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

(U)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

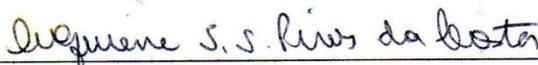
TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Aquiriense Santos da Silva Pires da Costa, portadora do RG nº12140988-2, vinculado a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG, a realizar a pesquisa sob o título de: “MANEJO DA DOR NO CÂNCER: PROPOSTA DE TECNOLOGIA PARA EDUCAÇÃO DE ENFERMEIROS”. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2016.



Pesquisador (a)

ANEXO III – FOLHA DE ROSTO DE SUBMISSÃO DA PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: MANEJO DA DOR NO CÂNCER: PROPOSTA DE TECNOLOGIA PARA EDUCAÇÃO DE ENFERMEIROS.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 86			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: COSTA A.S.S.P			
6. CPF: 083.676.427-75		7. Endereço (Rua, n.º): AVENIDA ACRÍSIO MOTA GUADALUPE CASA/FRENTE- 191 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 21660270	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (21) 3106-8447	10. Outro Telefone:
		11. Email: aquienepires@oi.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>12</u> / <u>12</u> / <u>16</u>		<u>Dequene S S. Pires da Costa</u> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO		13. CNPJ: 34.023.077/0001-07	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (21) 1542-7771		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Fernando Ferry</u>		CPF: <u>892.425.058-49</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor</u>			
Data: <u>12</u> / <u>12</u> / <u>2016</u>		<u>Fernando Ferry</u> Superintendente HUGG/EBSERH Portaria nº 85 de 03/05/2016 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO IV – TERMO DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG está de acordo com a execução do projeto MANEJO DA DOR NO CÂNCER: PROPOSTA DE TECNOLOGIA PARA EDUCAÇÃO DE ENFERMEIROS, coordenado pela servidora do processo seletivo temporária lotada na 4ª enfermagem da Clínica Cirúrgica ginecológica. A pesquisadora AQUIENE SANTOS DA SILVA PIRES DA COSTA, da UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR MESTRADO PROFISSIONAL, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2016

Fernando Ferraz
Superintendente HUGG/EBSERH
Portaria nº 85 de 03/05/2016

Nome do responsável institucional ou setorial

Cargo do Responsável pelo consentimento

Carimbo com identificação ou CNPJ

REFERENCIAS:

Agencia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. História dos cuidados paliativos. 2017. Disponível em: <paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos>. Acesso em: 16 mar 2017.

ARGYRA, E. et al. How does an undergraduate pain course influence future physicians' awareness of chronic pain concepts? A comparative study. *Pain Med* 2015;16(2):301-11.

BATALHA, L.M.C. **Avaliação da dor**. Coimbra, PT: ESEnfC; 2016.

BARRA, D. C. C. et al.. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev Eletr EnF**. Revista Eletrônica, v. 8, n. 3, 2006, p. 422-230. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BIASI, P.T. et al.. Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. **PERSPECTIVA, Erechim**. v. 35, n. 129, p. 157-166, mar. 2011. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_163.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BOULAY, D. S. **Cicely Saunders: fundador do movimento de hospício para cuidados paliativos**. Curitiba, PR: Ed. Palavra, 2011. V. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005 dez. 09. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso: 12 out. 2018.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. A dor do adoecer e do morrer. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 322-328, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 5 out. 2017.

COMPARATO, F. K. A afirmação histórica dos direitos humanos. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos na organização**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHOTOLLI, M.R.; LUIZE, P.B. Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de enfermagem, **Rev. Dor**, São Paulo, v.16, n. 2, abr.-jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n2/pt_1806-0013-rdor-16-02-0109.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CLEIN, Claudelir; TOLEDO, Milka Inês K. de; OLIVEIRA, Lindomar S. de. **Qualificação e Capacitação: investir no capital humano como forma de crescimento e vantagem competitiva**. 2013.

COELHO, J.C; et al.. Conhecimento de enfermeiros residentes sobre o manejo da dor no câncer: a influência de uma intervenção educativa. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa de São Paulo**, v. 61, 2016, p. 51-63. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2016/AO96_1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

DUBIN, Adrienne E.; PATAPOUTIAN, Ardem. Nociceptors: the sensors of the pain pathway. **The Journal of Clinical Investigation**, v.120, n.11, p.3760-3772, nov. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2964977/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

EVANGELISTA, C. B. et al.. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016, p. 176-182. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

FALLON, M.T. Neuropathic Pain in Cancer. **British Journal of Anaesthesia**. Revista eletrônica, v. 111, n. 1, p. 105–111, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794652>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

FERREIRA, R.G.S. **Implicações das estratégias de ensino-aprendizagem dos programas de educação continuada em enfermagem para os enfermeiros**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013.

SANTOS FERREIRA, Flávia dos; SANTOS, Juliano dos; CARDOSO MEIRA, Karina. Knowledge of resident nurses on the management of cancer pain: a cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 694-703, dec. 2016. ISSN 1676-4285. Available at: <<https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5439>>. Date accessed: 19 nov. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20165439>.

FORTUNATO, J. et al... Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, set. 2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426>. Acesso em: 24 Jan. 2018.

GUIMARÃES, Elisabeth da Fonseca. Humanização, dignidade, igualdade, liberdade, respeito e tolerância: direitos humanos como conteúdo de sociologia no ensino médio. **Mediações**, Londrina, v. 15, n.1, p. 108-124, Jan/Jun. 2010.

HERCOS, T. M., et al. O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, 2014, p. 51-58. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

KALAPATAPU, V.; MILLS, L.J.; EIDT, J.F. Lower extremity amputation. **Uptodate**, Revista on-line, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-amputation>>. Acesso em: 12 out. 2017.

MARTINS, Raphael. A expectativa de vida da população em cada estado do Brasil. **Revista EXAME**. Revista on-line, dez. 2015. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/a-expectativa-de-vida-da-populacao-em-cada-estado-do-brasil/>>. Acesso em: 16 out. 2017.

MENDES, Thaís R. et al.. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo: Occurrence of pain in cancer patients in palliative care. **Acta paul. Enferm**, Revista eletrônica, v. 27, n. 4, p. 356-361, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0356.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Classification of chronic pain, Seattle: International Association for the Study of Pain; 1994 [cites 2017 out 5]. Disponível em: <<http://www.aisp-pain.org/terms-p.html>>. Acesso em: 12 out. 2017.

MINSON, F. P. et al.. **II Consenso nacional de dor oncológica**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr; 2011.

NASCIMENTO, L. C. et al.. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**. Revista on-line, v.22, n. 1, p. 52-60. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100007&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2018.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Secretaria Especial da Presidência da República. 2008.

Organização Mundial de Saúde – OMS. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/portuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PALLADINI, Mariana C. Dor Neuropática: diagnóstico e tratamento. In.: SOCIEDADE Brasileira de Diabetes. **Diabetes na prática clínica Ebook 2.0**. 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/77-capitulo-14-dor-neuropatica-diagnostico-e-tratamento>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PAULA, Gisele R. de, et al.. Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. **Revista Dor**. São Paulo, v. 12, n. 3, jul.-set. 2011, p. 265-269. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300014&lng=pt&nrm=iso&tIng=en>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PINHEIRO, Ana Lúcia U. et al.. Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. **Journal Nursing and Health**. Revista eletrônica, v. 4, n. 1, 2014, p. 77-89. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3395/3510>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PINTO, C. S. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil do ponto de vista da paliativista? *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 54, n. 4, 2008, p. 393-396. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/282773635/Quando-o-Tratamento-Oncologico-Pode-Ser-Futil-Paliativista>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

RAMOS, M.C.M.H. Manejo da dor no câncer: conhecimento do enfermeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

RANGEL, Odileia; TELLES, Carlos. Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. **Revista HUPE**, v. 11, n. 2, abr.-jun. 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RENNÓ, Cibele S.N; CAMPOS, Claudinei J.G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **REME**. Revista on-line, v. 18, n. 1, p. 106-115, jan.-mar. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/912>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RIBEIRO, Eliane. Dose unitária": sistema de distribuição de medicamentos em hospitais. **ERA- revista de administração de empresas**. São Paulo, v. 33, n. 6, nov.-dez. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901993000600007>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RONALDSON, S. et al.. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. **Journal of Clinical Nursing**. Revista eletrônica, v. 21, n. 15-16, aug. 2012, p. 2126-2135. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22788554>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

SALLUM, Ana Maria C.; GARCIA, Dayse M.; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**. Revista eletrônica, v. 25, n. esp. 1, 2012, p. 150-154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

SANTOS TEIXEIRA, D.; LABISA PALMEIRA, A.. Priming, mindfulness and placebo effect. Association with health, physical exercise and non-structured physical activity: A systematic review of the literature. **Rev Andal Med Deporte**, Sevilla, v. 6, n. 1, p. 38-45, marzo 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1888-75462013000100008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SCHWONKE, C.R.G.B.; et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a28.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2018.

SILVA, R.C.L.; LOURO, T.Q. A incorporação das tecnologias duras no cuidado de enfermagem em terapia intensiva e o desenvolvimento do discurso da humanização. **Revista de enfermagem UFPE**, Revista On-line. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 1557- 1564, jul.-set. 2010.

SILVA, R. C; FERREIRA, M. A; APOSTOLIDIS, T. Practices of intensive care nurses in the face of technologies: analysis in the light of social representations. *Texto contexto - enferm.*,

Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 328-337, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200328&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003780012>.

SILVA, T. O`H. N. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Revista enfermagem UERJ*; 19(3): 359-363, jul-set. 2011.

SIMÕES, Ângela S. L. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. *Revista Dor*. São Paulo, v. 12, n. 2, abr-jun 2011, p.166-171. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a14.pdf> >. Acesso em: 15 mar. 2018.

SOUZA, Leonardo L. de et al.. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, v. 19, n. 2, 2014, p. 218-232. Disponível em: <http://www.academia.edu/27418875/Representações_De_Gênero_Na_Prática_De_Enfermag em_Na_Perspectiva_De_Estudantes>. Acesso em: 15 mar. 2018.

TULLI.P.C.A; PINHEIRO.C.S.; TEIXEIRA.Z.; Dor Oncológica: Os Cuidados de Enfermagem *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*. 2009.

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya S.; MONTICELLI, Marisa. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. *REBEn*, Brasília, v. 63, n. 2, mar.-abr. 2010, p. 334-339. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/26.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

WESTIN, U.M.; et al. Ciência, tecnologia e inovação e a pesquisa científica em saúde. In: Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS, 13, Curitiba, PR, 2012. *Anais...* Curitiba, PR: SBIS, 2012.

ZAKKA, Telma M.; TEIXEIRA, Manoel J.; YENG, Lin T. Dor visceral abdominal: aspectos clínicos. *Revista Dor*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 311-314, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2018.

ZAVARIZE, S. F. et al...,Incidência de lesões musculoesqueléticas nas equipes base de futebol da associação atlética ponte preta. *Revista Unilasale*. v. 1, n.2, 2013.