

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

Ana Carolina Valle

COMPARAÇÃO DAS ATITUDES DE ENFERMEIROS RESIDENTES E  
ENFERMEIROS ONCOLÓGICOS FRENTE À DOR NO DOENTE COM CÂNCER

Rio de Janeiro – RJ  
2015

Ana Carolina Valle

COMPARAÇÃO DAS ATITUDES DE ENFERMEIROS RESIDENTES E  
ENFERMEIROS ONCOLÓGICOS FRENTE À DOR NO DOENTE COM CÂNCER

Trabalho apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), como pré-requisito para a conclusão do programa de residência multiprofissional em oncologia.

Orientador: Enf<sup>o</sup> MS. Juliano dos Santos

Rio de Janeiro – RJ  
2015

Comparação das atitudes de enfermeiros residentes e enfermeiros oncológicos frente a dor  
no doente com câncer

Ana Carolina Valle<sup>1</sup>

Juliano dos Santos<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Residente do programa de Pós-Graduação *Lato sensu* “Residência Multiprofissional em Oncologia” do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. E-mail: carolonco@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Tecnologista Pleno do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Mestre e Doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). E-mail: jlmsantos@yahoo.com.br.

## Resumo

**Introdução:** Dor é um sintoma prevalente entre os doentes com câncer e apesar das estratégias para melhorar o seu manejo, continua a ser subtratada ou tratada de maneira inadequada. As atitudes, conhecimentos e crenças dos enfermeiros em relação ao manejo da dor são influenciadas por experiências prévias, portanto conhecer essas variáveis em profissionais que estão em diferentes fases da vida profissional caracteriza-se como importante estratégia para identificar lacunas relacionadas à realização de uma analgesia adequada. **Objetivo:** Descrever e comparar as atitudes frente à dor no doente com câncer entre 22 enfermeiros de um programa de residência multiprofissional em Oncologia e 126 enfermeiros oncológicos de um centro de referência em Oncologia. **Método:** Estudo seccional que utilizou um instrumento construído com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde para o controle da dor oncológica e que contempla três domínios: avaliação da dor, estratégias de controle e cuidado contínuo. **Resultados:** Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, em relação as médias dos escores dos domínios avaliação da dor (23,3 vs 19,9 pontos;  $p=0,00$ ) e estratégias de controle (18,9 vs 16,6 pontos;  $p=0,05$ ), que foi maior entre os enfermeiros oncológicos. O domínio cuidado contínuo obteve maior escore entre os residentes (26,9 vs 25,0 pontos,  $p=0,20$ ), mas foi o que mostrou resultados mais favoráveis, nos dois grupos. **Conclusão:** O estudo demonstrou atitudes mais favoráveis entre os enfermeiros oncológicos, no entanto os baixos escores observados revelam que as atitudes relacionadas à avaliação e ao controle da dor ainda apresentam déficits nos dois grupos e sinalizam a necessidade de intervenções direcionadas.

**Descritores:** Dor, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Oncológica, Educação em Enfermagem, Manejo da Dor

### Abstract

**Introduction:** Pain is a prevalent symptom among cancer patients and, despite the strategies to improve its management, it continues to be undertreated or treated inappropriately. Nurses' attitudes, knowledge and beliefs in relation to the management of pain are influenced by previous experience; therefore, knowing these variables in professionals who are in various stages of working life is an important strategy to identify the related gaps. Aim: To describe and compare attitudes toward pain in patients with cancer among 22 nurses from a multidisciplinary residency program in oncology and 126 oncology nurses from a referral center for oncology. **Method:** This is a cross-sectional study that used an instrument that was built based on the guidelines of the World Health Organization to control cancer pain and which covers three domains: pain assessment, control strategies and continuous care. **Results:** There was a statistically significant difference between the groups regarding the averages of the scores of the domains pain assessment (23.3 vs. 19.9 points;  $p=0.00$ ) and control strategies (18.9 vs 16.6 points;  $p=0.05$ ), which was higher among oncology nurses. The continuous care domain had a higher score among residents (26.9 vs 25.0 points;  $p=0.20$ ), but this was the domain that showed more favorable results in both groups. **Conclusion:** The study showed more favorable attitudes among oncology nurses; however the low scores observed reveal that the attitudes related to assessment and pain control still present deficits in both groups and signal the need for targeted interventions.

**Key Words:** Pain, Health Knowledge, Attitudes, Practice, Nursing Care, Oncology Nursing, Education, nursing, Pain Management.

## **Introdução**

A sensação de dor é um importante domínio da experiência humana e, talvez, aquela que tenha, continuamente e com mais sucesso, iludido inúmeras tentativas de conceituação consistente, de quantificação, ou mesmo de documentação sistemática, por gerações de especialistas de diferentes áreas do conhecimento (SILVA,2011). Atualmente, é descrita como quinto sinal vital, como forma de sensibilização dos profissionais para a importância do problema. No entanto, apesar das evidências do impacto negativo da dor sobre as atividades de vida diária e qualidade de vida dos doentes, dor continua sendo subidentificada e subtratada (SILVA, 2003).

Os Enfermeiros possuem importante papel no controle da dor, pois lidam diretamente com esta, avaliando-a constantemente e intervindo para o seu controle. Diante da complexidade do problema, as atitudes adquiridas por estes profissionais devem ser minuciosas, precisas, e capazes de abranger a todos os possíveis fatores interferentes a sua presença e exacerbação.

Em meio a todas as variáveis que influenciam o manejo da dor e diante da diversidade de possibilidades de ação, as escolhas das intervenções para o controle da dor podem ser adequadas ou inadequadas à situação vivenciada. Atitudes inadequadas fazem com que, apesar do considerável progresso científico e farmacológico, a dor continue a ser tratada de forma inadequada (BRASIL, 2011).

Estima-se que entre 30,0% e 40,0% dos doentes oncológicos sentem dor à data do diagnóstico ou numa fase precoce da doença, que cerca de 90,0% apresentam dor na fase avançada e que quase todos têm dor na fase terminal da doença (BRASIL, 2011). No Brasil, estima-se que 62,0% a 90,0% dos doentes com câncer apresentam algum tipo de dor (MINSON, 2011). Dada a sua alta prevalência, o estudo da queixa álgica torna-se ainda mais relevante ao cuidado integral do paciente oncológico.

Alguns profissionais, baseados em suas próprias experiências, avaliam a dor de maneira superficial e não incutem a devida importância a esse evento (BRASIL, 2011). Esse tipo de comportamento torna-se ainda mais problemático, se considerarmos o contexto oncológico, onde dor, além de ser uma das principais razões de incapacidade e sofrimento para os pacientes, é considerada uma emergência.

O presente estudo tem por objetivo descrever e comparar as atitudes de enfermeiros residentes e enfermeiros oncológicos de um centro de referência de alta complexidade oncológica.

A residência busca formar profissionais críticos e reflexivos, preparados para atuar de forma integral e interdisciplinar na Atenção Oncológica em diferentes modalidades (MELO, 2014). E, desta maneira, tem como finalidade capacitá-los à realização de intervenções adequadas à manutenção e recuperação da saúde dos pacientes com câncer, incluindo intervenções diante da dor oncológica. Os Enfermeiros oncológicos são os principais preceptores dos residentes em seus campos de atuação e, ambos os grupos lidam diretamente com este tipo de dor. Uma análise comparativa das atitudes destes grupos permitirá identificar aquelas que são valorizadas, comuns e inadequadas entre eles, e principalmente, a influência do ensino aprendizagem em cada fase de desenvolvimento profissional do enfermeiro. Assim, será possível conhecer mais detalhadamente as atitudes que podem influenciar significativamente as ações de enfermagem com finalidade analgésica nos dois grupos, permitindo futuras intervenções educativas direcionadas.

## **Casuística e Método**

### **Amostra, local e período**

Estudo seccional que envolveu 22 enfermeiros residentes, inseridos no Programa de Residência de Multiprofissional em Oncologia de um Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do município do Rio de Janeiro e, 126 enfermeiros oncológicos funcionários da mesma instituição. A coleta de dados foi realizada no ano de 2013.

### **Instrumentos de coleta de dados**

Os enfermeiros foram caracterizados em relação às características sociodemográficas e profissionais: sexo, idade, religião, formação e experiência profissional e conhecimentos gerais sobre dor: fontes de Informação sobre dor no câncer, abordagens de dor e estratégias terapêuticas conhecidas.

O conhecimento e/ou atitudes sobre o manejo da dor no câncer foi avaliado por meio do instrumento “Conhecimento do Enfermeiro Sobre o Manejo da Dor no Câncer – OMS”. O instrumento foi construído seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da dor no câncer e submetido à validação de conteúdo por meio de peritos. Trata-se de um instrumento de auto-relato, 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, são obtidas somando a pontuação de cada item e quanto maior o escore obtido, melhor é o conhecimento e/ou mais favoráveis são as atitudes relacionadas a dor oncológica.

Neste estudo a confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio da consistência interna. Entre os enfermeiros residentes a escala total apresentou boa confiabilidade (alfa de Cronbach=0,71) e os seus domínios – avaliação da dor (alfa de Cronbach=0,61) e cuidado contínuo (alfa de Cronbach=0,66) apresentaram confiabilidade razoável. O domínio estratégias de controle apresentou confiabilidade considerada insuficiente (alfa de Cronbach=0,41). Entre os enfermeiros oncológicos a escala total apresentou boa confiabilidade (alfa de Cronbach=0,73) e os seus domínios – avaliação da dor (alfa de Cronbach=0,53) e cuidado contínuo (alfa de Cronbach=0,69) apresentaram confiabilidade razoável. O domínio estratégias de controle apresentou confiabilidade considerada insuficiente (alfa de Cronbach=0,46).

### **Procedimentos de coleta de dados**

Os instrumentos foram distribuídos para os enfermeiros residentes, por ocasião das aulas teóricas, nas quais os pesquisadores envolvidos aguardavam o preenchimento e a devolução dos mesmos. Os enfermeiros oncológicos receberam os instrumentos nos seus respectivos setores/unidades de lotação e foram instruídos quanto a devolução dos mesmos, em um período não superior a 24 horas.

### **Análise dos Dados**

Os dados foram analisados de forma descritiva. Foram calculadas médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas, bem como as frequências absolutas (n) e relativas (%)



das variáveis classificatórias. Verificou-se a existência de associação entre cada variável independente e a frequência das atitudes de cada grupo de profissionais (enfermeiros residentes e enfermeiros oncológicos) frente ao doente oncológico, com dor. A relação entre as variáveis classificatórias foi avaliada com o teste qui-quadrado de *Pearson* ou teste exato de *Fisher* e, para as variáveis quantitativas as diferenças entre as médias foi analisada com teste *t-student* ou teste U de *Mann-Whitney*, dependendo da distribuição das variáveis analisadas. As análises foram realizadas por meio do programa estatístico R 3.2.7.1. e foram considerados estatisticamente significativos valores de  $p \leq 0,05$ .

### **Aspectos Éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida (CAAE: 13594613.0.0000.5274) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

### **Resultados**

Houve predomínio de indivíduos do sexo feminino, como era esperado os enfermeiros oncológicos apresentaram maior média de idade (38,9 anos vs 25,4 anos), maior tempo médio de formação (14,3 anos vs 1,6 anos) e maior tempo de atuação profissional (14,8 anos vs 0,8 anos), quando comparado aos enfermeiros residentes e, estas diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 1).

A maioria dos enfermeiros oncológicos tinha pós-graduação (96,0%) e entre os enfermeiros residentes houve predomínio de graduados (54,5%), sendo que a diferença das proporções observadas foi estatisticamente ( $p=0,00$ ) significativa (Tabela 1).

Observou-se que entre os enfermeiros oncológicos, a prática profissional (81,0%) e o curso de pós-graduação (52,4%) foram as principais fontes de informação sobre dor oncológica. Entre os enfermeiros residentes, além da prática profissional (59,1%), a graduação (54,5%) se destacou, havendo diferença estatisticamente significativa entre as proporções observadas para graduação ( $p=0,00$ ), treinamento em serviço ( $p=0,03$ ) e ( $p=0,03$ ) curso de atualização (Tabela 1).

A avaliação da dor foi uma abordagem conhecida pela totalidade (100,0%) dos enfermeiros residentes e por 92,8% dos enfermeiros oncológicos. A maioria dos enfermeiros residentes (72,7%) referiu conhecer medidas alternativas para o alívio da dor e

(68,2%) tratamento medicamentoso da dor e tipos de dor. Entre os enfermeiros oncológicos, além das abordagens relatadas anteriormente, também se destacou a fisiologia da dor (45,0% enfermeiros residentes x 69,0% enfermeiros oncológicos), que juntamente com o tratamento medicamentoso da dor (68,2% enfermeiros residentes vs 86,5% enfermeiros oncológicos), compôs as abordagens com diferença estatística significativa entre os grupos (Tabela 1).

A analgesia medicamentosa foi a estratégia mais conhecida para o controle da dor oncológica, em ambos os grupos (100,0% enfermeiros residentes vs 99,2% enfermeiros oncológicos), no entanto, entre a maioria dos profissionais, também se destacaram as medidas alternativas (90,9% enfermeiros residentes vs 65,9% enfermeiros oncológicos,  $p=0,01$ ), a acupuntura (86,4% enfermeiros residentes vs 70,6% enfermeiros oncológicos,  $p=0,01$ ) e as medicações adjuvantes (63,6% enfermeiros residentes vs 75,4% enfermeiros oncológicos) (Tabela 1).

### **Avaliação da dor**

Nos aspectos/variáveis relacionadas a avaliação da dor, embora, tanto a maioria dos enfermeiros residentes, quanto a maioria dos enfermeiros oncológicos tenham referido “Sempre” acreditar nas queixas dos pacientes (77,3% vs 77,0%), aferir a intensidade da dor (59,1% vs 80,2%), observar o estado psicológico do paciente (68,2% vs 90,5%) e (54,5% vs 56,3%) realizar exame físico, observou-se maior proporção entre os enfermeiros residentes, apenas na primeira atitude/comportamento referido, enquanto nas demais se destacaram os enfermeiros oncológicos.

Além disso, os enfermeiros oncológicos (77,0% vs 45,5%) se destacaram em relação a “sempre” aferir o nível de controle da dor do paciente depois de iniciado o tratamento (Tabela 2).

Na categoria de frequência “às vezes”, para esse domínio, se destacou a atitude “considerar métodos alternativos de controle da dor na avaliação inicial”, que embora tenha sido maior (65,1%) entre os enfermeiros oncológicos, também foi referida pela maioria (54,5%) dos enfermeiros residentes, que se destacaram para as atitudes rever o diagnóstico em caso de dúvida da causa da dor (59,1% vs 53,2%) e (59,1% vs 57,9%) fazer uma história detalhada da queixa da dor (Tabela 2).

É importante destacar que 22,7% dos enfermeiros residentes e 12,7% dos enfermeiros oncológicos referiram “Nunca” considerar métodos alternativos de controle da dor na avaliação inicial (Tabela 2).

Considerando as proporções observadas, entre as categorias de frequência de realização, entre os grupos, 50,0% das atitudes/comportamentos do domínio avaliação da dor apresentaram diferença estatisticamente significativa: aferir a intensidade da dor ( $p=0,03$ ), observar o estado psicológico do paciente ( $p=0,01$ ), aferir o nível de controle da dor do paciente depois de iniciado o tratamento ( $p=0,00$ ) e ( $p=0,02$ ) rever o diagnóstico em caso de dúvida da causa da dor. Sendo que todas essas diferenças se deram a favor de um comportamento mais favorável dos enfermeiros oncológicos, em detrimento dos enfermeiros residentes (Tabela 2).

### **Estratégias de controle**

Nos aspectos/ variáveis relacionadas as estratégias de controle da dor, observou-se que a maioria dos enfermeiros residentes e dos enfermeiros oncológicos referiram “Sempre”: adaptar as estratégias as necessidades de cada um (54,5% vs 66,7%), executar medidas terapêuticas para minimizar efeitos indesejáveis (63,6% vs 60,3%) e (100,0% vs 95,2%) acreditar que a dose da medicação deve ser individual. Ainda, a maioria dos enfermeiros oncológicos (51,6%) referiram “Sempre” administrar a medicação para dor oncológica, mesmo o paciente sem queixa (Tabela 3).

Assim, foi possível observar que das 4 atitudes que se destacaram nesta categoria de frequência, “executar medidas terapêuticas para minimizar efeitos indesejáveis” e “acreditar que a dose da medicação deve ser individual” foi mais favorável entre os enfermeiros residentes, enquanto as atitudes “adaptar as estratégias as necessidades de cada um” e “administrar a medicação para dor oncológica, mesmo o paciente sem queixa” foi mais favorável entre os enfermeiros oncológicos.

Na categoria de frequência de realização “Às vezes”, a maioria dos enfermeiros residentes e dos enfermeiros oncológicos referiu: desenvolver medidas alternativas para o controle da dor (68,2% vs 69,8%), acreditar no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor (54,5% vs 73,0%), promover estratégias para aumentar as

horas de sono e combater a insônia (59,1% vs 54,0%) e (86,4% vs 90,5%) acreditar que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas (Tabela 3).

Nesta categoria de frequência, observou-se que das 4 atitudes/comportamentos mencionados, apenas “promover estratégias para aumentar as horas de sono e combater a insônia” foi mais favorável entre os enfermeiros oncológicos. Nas demais, os enfermeiros residentes tenderam a apresentar comportamento mais desejável.

Salienta-se que 36,4% dos enfermeiros residentes e 13,5% dos enfermeiros oncológicos referiram “Nunca” acreditar no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor, assim como 27,3% e 22,7% dos enfermeiros residentes referiram “Nunca” promover estratégias para aumentar as horas de sono e combater a insônia e “Nunca” administrar medicação para dor oncológica, mesmo o paciente sem queixa, respectivamente. Entre os enfermeiros oncológicos, as respectivas proporções observadas para essa categoria de frequência de realização e para esses comportamentos/atitudes, foram de apenas 11,9% e 4,0% (Tabela 3).

Portanto, nesta categoria, observou-se que os enfermeiros oncológicos apresentaram comportamento mais favorável, em todas as atitudes relacionadas.

Na comparação intergrupos, verificou-se que “adaptar as estratégias de controle às necessidades de cada um” ( $p=0,00$ ), “acreditar no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor” ( $p=0,03$ ) e “administrar medicação para dor oncológica, mesmo o paciente sem queixa” ( $p=0,00$ ), foram as atitudes/variáveis nas quais, as diferenças observadas entre as proporções por categoria de frequência de realização, foram estatisticamente significativas, com destaque para os enfermeiros oncológicos, em todas as atitudes e/ou comportamentos, que tiveram tendência mais favorável (Tabela 3).

### **Cuidado contínuo**

No domínio cuidado contínuo observou-se que a maioria dos enfermeiros residentes e oncológicos referiram “Sempre” realizar todas as atitudes, tais como: procurar assegurar o bem estar biopsicossocial (77,3% vs 76,2%), desenvolver ações para aliviar outros sintomas decorrentes da doença (63,6% vs 60,3%), estabelecer um sistema de apoio para que o paciente viva ativamente (72,7% vs 55,6%), controlar os efeitos secundários do uso de medicamentos (54,5% vs 58,7%), achar importante incluir a família no cuidado do paciente

com dor oncológica (90,9% vs 88,1%), incluir a família e amigos em treinamentos para atendimento em domicílio (81,8% vs 65,9%), promover meios para que o paciente não fique socialmente sozinho (68,2% vs 51,6%) e (90,9% vs 88,1%) promover meios para que o paciente terminal não sofra dor (Tabela 4).

No entanto, observou-se que em 87,5% (7/8) das atitudes, para essa categoria de frequência, os enfermeiros residentes se destacaram, tendendo a um comportamento mais favorável.

Na categoria de frequência “Às vezes”, entre os enfermeiros residentes, destacaram-se os itens “controlar os efeitos secundários do uso de medicamentos” e “desenvolver ações para aliviar outros sintomas decorrentes da doença”. No primeiro item mencionado, os enfermeiros oncológicos (37,3% vs 45,5%) apresentaram comportamento mais favorável, enquanto no segundo, os enfermeiros residentes (36,4% vs 38,1%) tenderam a atitude/comportamento, mais desejável (Tabela 4).

Entre os enfermeiros oncológicos, os itens que se destacaram foram: promover meios para que o paciente não fique socialmente sozinho (42,1% vs 22,7%) e (40,5% vs 27,3%) estabelecer um sistema de apoio para que o paciente viva ativamente, com comportamento mais adequado, observado entre os enfermeiros residentes (Tabela 4).

Aproximadamente 9,0% dos enfermeiros residentes e 6,3% dos enfermeiros oncológicos referiu “Nunca” promover meios para que o paciente não fique socialmente sozinho. Enquanto, 10,3% dos enfermeiros oncológicos e nenhum enfermeiro residente referiu “Nunca” incluir a família e amigos em treinamentos para atendimento em domicílio (Tabela 4).

Não se observou diferença estatisticamente significativa nas categorias de frequência de realização, entre os grupos, em nenhum item/variável do domínio cuidado contínuo.

### **Comparação dos escores**

Os enfermeiros oncológicos apresentaram maiores médias nos escores dos domínios avaliação da dor, estratégias de controle e no escore total do instrumento. Os enfermeiros residentes apresentaram maior média no escore do domínio cuidado contínuo (Tabela 5).

As diferenças observadas foram estatisticamente significativas entre as médias dos escores obtidos nos domínios avaliação da dor e estratégias de controle, em favor dos enfermeiros oncológicos (Tabela 5).

## **Discussão**

O presente estudo descreveu e comparou as atitudes de enfermeiros residentes e enfermeiros oncológicos frente ao doente com dor, por meio de três domínios que compõem o instrumento utilizado: avaliação da dor, estratégias de controle e cuidado contínuo.

Era esperado que os enfermeiros oncológicos tivessem melhor desempenho, já que apresentam maior nível de formação e mais tempo de experiência profissional e esses pressupostos foram confirmados no presente estudo, na medida em que se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao tempo de formado, tempo de atuação profissional, formação em nível de pós-graduação e treinamento em serviço (Tabela 1).

Provavelmente, entre os enfermeiros oncológicos, a pós-graduação e a prática profissional foram a base de conhecimento relacionado à dor. Entre os enfermeiros residentes, a graduação se constituiu como base de formação profissional e provavelmente não contribuiu de forma significativa para o conhecimento relacionado ao manejo da dor oncológica.

Na graduação, tanto em Enfermagem quanto nas demais áreas da saúde, dor não é abordada como tema principal e sim como conceito complementar em diversas disciplinas. Muitas vezes o tema até aparece na ementa, mas não prepara realmente os profissionais para o seu manejo (ALVES, 2013). Segundo Lobo, a formação e sensibilização de estudantes para este tipo de saber tende a desenvolver-se de um modo contínuo, sequencial e progressivo (LOBO, 2013).

As estratégias terapêuticas e abordagens de dor conhecidas foram similares entre os grupos, o que permite dizer que, a pós-graduação, em curso no caso dos residentes, possibilita uma bagagem maior de experiências e vivências que os permitem adequar as intervenções realizadas na busca pelo tratamento analgésico adequado.

Apesar de avaliação da dor ser uma abordagem conhecida pela grande maioria de ambos os grupos, no domínio avaliação da dor, somente às vezes esta maioria realiza um histórico detalhado da queixa de dor, uma revisão do diagnóstico em caso de dúvida da causa desta e considera métodos alternativos de controle da dor na avaliação inicial, e neste caso, apesar das medidas alternativas serem uma das abordagens de maior conhecimento entre os profissionais, uma porcentagem significativa de ambos os grupos refere nunca realizá-las (Tabela 2).

Segundo a OMS os passos para a avaliação adequada da dor no câncer seguem: acreditar na queixa do paciente, iniciar discussões sobre a dor, avaliar a gravidade da dor, informar a história detalhada desta, avaliar o estado psicológico do paciente, realizar um exame físico cuidadoso, avaliar as investigações necessárias, considerar métodos alternativos de controle da dor e monitorar os resultados do tratamento (World Health Organization, 1996).

Portanto, os passos que definem a realização de uma avaliação adequada incluem uma análise criteriosa de todos os fatores influenciadores na dor do paciente. E desta maneira, de nada adianta acreditar na queixa deste ou aferir a intensidade de sua dor observando seu estado psicológico, se não se avalia a complexidade da queixa algica, mesmo diante de dúvidas.

Uma boa avaliação é sem dúvida o ponto de partida para o bom tratamento. Sem avaliação apropriada, a dor pode ser mal interpretada (ALVES, 2013). Ignorar o complexo fenômeno que é a dor ou não compreendê-lo é um dos fatores que podem justificar, por exemplo, a não utilização de métodos alternativos para o seu alívio. Esta tem aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais (SILVA, 2011) e, seu tratamento deve levar em consideração todos estes fatores. Como os aspectos biológicos, emocionais, culturais, entre outros, participam da interpretação do fenômeno doloroso, é de importância máxima avaliar e tratar cada um deles, quando o objetivo é o controle da dor (PIMENTA, 1998), e é neste ponto que se torna relevante a instituição de medidas alternativas para o tratamento da queixa algica.

No domínio avaliação da dor as atitudes mencionadas por ambos os grupos na categoria de frequência de realização “sempre” foram similares na metade dos itens deste domínio (Tabela 2).

A residência, como uma modalidade de treinamento em serviço, tem como base a aprendizagem pela prática cotidiana (MELO, 2013), a qual auxilia de forma significativa no aperfeiçoamento profissional do residente, que vivencia o cotidiano e a rotina profissional do enfermeiro oncológico, fato que pode ter contribuído para esse achado.

O tempo superior de atuação profissional dos enfermeiros oncológicos pode ter influenciado o maior percentual de atitudes favoráveis, principalmente nos itens com diferença estatística significativa, tais como observar o estado psicológico do paciente, rever o diagnóstico em caso de dúvida da causa de dor, aferir o nível de controle da dor depois de iniciado o tratamento e aferir a intensidade da dor (Tabela 2).

Com relação a este último item, um dos mais importantes déficits dos enfermeiros sobre avaliação da dor oncológica é que a sua avaliação, muitas vezes, se concentra no comportamento dos pacientes e não no auto-relato da intensidade da dor ou demais descrições das características desta (KUZEYLI,2008). A caracterização da dor como quinto sinal vital intensifica sua avaliação, mas não garante que a avaliação seja realizada de forma adequada. Os residentes demonstraram um maior déficit na avaliação da intensidade da dor, talvez pelo fato da relevância deste detalhe ainda não se encontrar agregado ao conhecimento apresentado por estes.

Apesar dos residentes terem apresentado menor conhecimento quanto ao tratamento medicamentoso, a maioria destes relatou possuir conhecimento quanto a analgesia medicamentosa, medicações adjuvantes, acupuntura e até medidas alternativas, o que facilitaria a realização de uma avaliação adequada durante o tratamento da dor, porém o grupo obteve resultado não satisfatório quando a minoria refere “sempre” aferir o nível de controle algico, depois de iniciado o tratamento, passo inicial a um possível ajuste analgésico, por exemplo.

Diariamente o enfermeiro avalia e registra a dor dos doentes e, muitas vezes, apesar da disponibilidade de estratégias, não ajusta a analgesia, deixando de administrar os medicamentos prescritos no esquema, se necessário (SILVA, 2013). Estudos mostram que esta atitude pode ser explicada pelo medo e conhecimento inadequado dos efeitos colaterais que os opióides possuem. Pesquisas evidenciam que os enfermeiros possuem déficit de conhecimento quanto aos reais efeitos colaterais dos opióides e um medo excessivo da



possível depressão respiratória e sedação causada por estes (BERNARDI, 2007; ASLAN e BADIR, 2005).

No presente estudo, o tempo de experiência profissional pode ter influenciado positivamente neste aspecto, possibilitando maior segurança nas intervenções analgésicas aos enfermeiros oncológicos com mais vivências na área.

No domínio estratégias de controle, o resultado apresentado pelos enfermeiros oncológicos foi mais favorável em comparação aos residentes.

Uma porcentagem significativa dos residentes referiu nunca ou apenas às vezes realizar atitudes relevantes à analgesia adequada a cada paciente e principalmente à qualidade de vida deste. A não administração da medicação quando paciente apresenta-se sem queixa é um exemplo preocupante, já que estudos demonstram que todo quadro de dor, se não for prevenido quando possível, ou tratado precocemente, pode levar ao aumento significativo da morbidade e mortalidade dos pacientes em todas as especialidades pesquisadas (BARROS, 2011).

Salienta-se que essa atitude apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, a favor dos enfermeiros oncológicos (Tabela 3).

A não credibilidade na medicação oral para alívio da dor também foi uma atitude predominante entre os residentes. Essa realidade demonstra lacunas no conhecimento adequado ao manejo desta, já que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estipula que 90,0% dos pacientes oncológicos podem apresentar alívio de sua dor com a utilização de analgesia farmacológica oral (RANGEL, 2012). Segundo Kuzeyli, (2008), a falta de conhecimento sobre a equivalência analgésica poderia resultar em subtratamento da dor do câncer e diminuição da utilização da via oral.

Apesar de todos os residentes acreditarem que a dose da medicação deve ser individual, uma porcentagem relevante não adapta as estratégias de controle às necessidades de cada um e as proporções observadas entre os grupos foram estatisticamente diferentes, a favor dos enfermeiros (Tabela 3).

Algumas atitudes avaliativas podem refletir nesta porcentagem, como o fato de uma quantidade significativa considerar, somente “às vezes”, os métodos alternativos na avaliação inicial e na mesma frequência aferir a intensidade da dor, ou seja, pressupõe-se que não há uma avaliação adequada, com detalhamento e descrição da dor do paciente, o

que permitiria identificar as intervenções adequadas, e nem mesmo um interesse inicial em identificar alternativas para o alívio da dor. Somadas, estas atitudes dificultam a realização de um cuidado individualizado, e criam obstáculos à adequação analgésica.

Ambos os grupos não obtiveram resultados satisfatórios no que se refere ao aumento de horas de sono e combate à insônia dos pacientes.

Esse achado se deve possivelmente ao fato de que esta atitude também possa ser desenvolvida como uma medida alternativa de alívio da dor.

A abordagem desta variável no domínio de controle da dor é de grande importância, já que distúrbios de sono são um dos sinais prevalentes à presença de dor (YEE TSE, 2012). Segundo um estudo apresentado pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), indivíduos que dormem menos relatam mais queixas algicas e, entre estes, aqueles que repousam por menos de 3 horas por dia têm um aumento de 81% na frequência de sua dor (EDWARDS, 2008)

Mesmo com o resultado mais satisfatório entre os enfermeiros oncológicos, estes apresentaram atitudes similares aos residentes, o que demonstra a necessidade de uma educação em prática profissional, mesmo àqueles que possuem uma vasta experiência na área.

Em estudo realizado na Turquia é relatado que enfermeiros oncológicos, em comparação a enfermeiros generalistas, possuem maiores informações sobre manejo da dor. No entanto, muitos estudos de conhecimentos e atitudes de enfermeiros oncológicos em relação ao manejo da dor continuaram a revelar lacunas deficitárias nesta área (SIMPSON 2002, WILLENS 2014, KUZEYLI 2008, YEE TSE, 2014).

Em ambos os grupos, o domínio estratégias de controle da dor foi o que obteve menor porcentagem de atitudes satisfatórias, com o menor escore total entre os domínios. Os profissionais da saúde apresentam déficit de conhecimento para avaliação e manejo da dor e pode deter atitudes negativas em relação ao seu controle (AL QADIRE, 2014).

Neste estudo, foi possível perceber, em ambos os grupos, que atitudes negativas na avaliação da dor, refletiram nas atitudes relacionadas ao controle da mesma.

Os resultados nos domínios avaliação da dor e estratégias de controle, foram de encontro a estudos internacionais já realizados, que comprovam o déficit de conhecimento

existente entre os enfermeiros à realização de intervenções analgésicas afetivas (SIMPSON 2002, WILLENS 2014, KUZEYLI 2008, YEE TSE, 2014).

Entre os profissionais que recebem educação adequada sobre o tema e aqueles que não a recebem, a diferença no manejo da dor é significativa (AL QADIRE, 2014), e permite a quebra de barreiras como mitos errôneos quanto ao seu controle.

O domínio cuidado contínuo foi o que obteve melhor escore total em ambos os grupos, com destaque para os residentes e não houve diferença estatística entre os grupos em nenhum item (Tabela 4).

Nos itens deste campo, releva-se o resultado obtido pelos profissionais na inclusão da família no cuidado do paciente com dor oncológica, e a inclusão da família e amigos em treinamentos para atendimentos em domicílio.

Um estudo realizado quanto ao desafio de enfermeiros diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas (FERNANDES, 2013) revelou o despreparo de profissionais de enfermagem iniciantes no cuidado aos familiares diante do complexo fenômeno da dor de um paciente, associando tal fato ao despreparo das graduações na abordagem deste tema.

Ao contrário deste estudo, na presente pesquisa os residentes demonstraram desenvolver atitudes mais favoráveis à realização de um cuidado humanizado.

A humanização tem sido abordada constantemente, nos atuais debates sobre o contexto de saúde e nas recentes pesquisas desta área (CASATE, 2012). Dentre as mudanças propostas e implementadas, a humanização tem sido enfocada como um dos temas centrais para a formação do trabalhador de saúde (CASATE, 2012). A graduação pode, desta maneira, ter contribuído positivamente ao bom resultado obtido pelos residentes. A empatia, neste caso, é fundamental à escolha da intervenção adequada, e assim, questiona-se o porquê do resultado obtido pelos enfermeiros oncológicos ter sido inferior.

As demandas exigidas pela rotina de trabalho exercida pelo enfermeiro, a rotina esgotante, a saturação dos sistemas de saúde que exigem atitudes rápidas e nem sempre adequadas, podem ser hipóteses que justificam esses achados.

As diversas atribuições destinadas a estes profissionais, seja na assistência direta ao paciente, seja na coordenação e avaliação do trabalho em equipe, prejudicam-no na

organização do tempo despendido à realização de um cuidado integral ao paciente com dor, um fenômeno que pela sua complexidade exige atenção relevante e minuciosa do enfermeiro, prejudicada pela sua carga de trabalho.

Desta forma, a família pode não ser envolvida da maneira adequada. Da mesma maneira, esta hipótese pode ter contribuído para a porcentagem de enfermeiros e residentes que relataram não promoverem meios para que o paciente não fique socialmente sozinho.

Neste domínio, o controle dos efeitos secundários dos medicamentos foi um dos itens que obteve maior porcentagem de frequência “às vezes”, principalmente entre os residentes. O conhecimento, portanto, influenciou de maneira relevante desde a avaliação da dor ao controle desta, seguida por um cuidado contínuo. Este aspecto na pesquisa foi significativo às atitudes diferentes entre enfermeiros oncológicos e enfermeiros residentes.

O tempo de experiência profissional dos enfermeiros oncológicos possibilita a estes a chance de aperfeiçoamento no manejo da dor, seja pela própria vivência, cursos de atualização, ou formação profissional *stricto sensu*, o que pode ter contribuído para os maiores escores obtidos por este grupo, no escore total do instrumento e nos dois primeiros domínios do instrumento.

No entanto, apesar de terem apresentado melhor desempenho no estudo, os enfermeiros oncológicos ainda apresentam atitudes que sinalizam grandes lacunas no controle algico adequado, no aspecto físico, social ou psicológico.

Tanto estes quanto os residentes refletem o déficit no ensino de dor nas graduações e pós-graduações e, a necessidade de intervenções educativas contínuas e eficazes àqueles que se encontram em prática há muito tempo. Além de intervenções que abordem o conhecimento, métodos de sensibilização e conscientização dos profissionais parece ser medida efetiva, visto que, pelo escore inferior no domínio cuidado contínuo, observado entre os enfermeiros oncológicos, observa-se perda de atitudes relevantes no controle da dor, neste grupo.

Os resultados observados entre os grupos, em relação aos escores obtidos, corroboram a discussão apresentada. Esses dados mostraram que os escores médios dos enfermeiros oncológicos foram maiores na avaliação geral e nos domínios de avaliação e estratégias de controle da dor, enquanto os enfermeiros residentes se destacaram no

domínio de cuidado contínuo, sendo que as diferenças observadas nos dois primeiros domínios foram estatisticamente significativas (Tabela 5).

A abordagem do tema dor em todos os processos educativos que permitem o crescimento e aperfeiçoamento do profissional enfermeiro deve ser realizada de maneira efetiva, e desta forma, seja na graduação, residência, cursos de atualização ou demais estratégias de educação continuada, a teoria deve ser vinculada à prática, onde a aprendizagem à beira do leito, a discussão dos casos existentes, o embasamento literário devem ser realizados de acordo com as demandas de cada grupo profissional e local de atuação, para que, desta maneira, o ensino seja ajustado às dificuldades existentes e a aprendizagem eficaz (MELO, 2014).

Estudos internacionais (SIMPSON 2002, WILLENS 2014, KUZEYLI 2008, YEE TSE, 2014) demonstram resultados similares aos aqui apresentados, e confirmam a necessidade de intervenções educativas para o aperfeiçoamento das atitudes dos enfermeiros diante da dor, em todas as suas fases da vida profissional. Pesquisas que avaliem estas ações são escassas.

Há uma ampla diversidade daqueles que analisam as barreiras relacionadas ao controle algico satisfatório, mas poucas são as que estudam intervenções educativas, e analisam sua eficácia e efetividade.

As limitações existentes no presente estudo envolvem a população à qual o questionário foi aplicado, visto que se restringiu aos enfermeiros oncológicos e residentes de uma única instituição, o que limita a generalização de seus resultados. No entanto, por se tratar de um centro de referência oncológica, os resultados são relevantes ao estudo de atitudes de enfermeiros diante da dor no doente com câncer.

Além disso, neste estudo não foram incluídos profissionais de cuidados paliativos exclusivos, local onde a dor física, emocional, psicológica e social e o envolvimento familiar no cuidado é ainda mais presente. No entanto, atualmente, muitos pacientes fora de possibilidades terapêuticas que apresentam as mesmas exigências de cuidado encontram-se distribuídos nas outras unidades do instituto.

Ainda, é importante salientar que não há instrumentos validados no Brasil para avaliação do conhecimento e atitudes de enfermeiros frente à dor do doente com câncer e

apesar do instrumento utilizado para avaliação ter tido a sua validade de conteúdo, testada por meio de peritos, o mesmo não teve as suas propriedades psicométricas testadas.

Para se obter um parâmetro da acurácia da medida utilizada, foi testada a confiabilidade do instrumento para os grupos estudados.

Nos dois grupos, a escala total apresentou boa confiabilidade e os domínios avaliação da dor e cuidado contínuo apresentaram confiabilidade razoável. No entanto, o domínio estratégias de controle apresentou confiabilidade considerada insuficiente. Portanto, recomenda-se a análise das propriedades psicométricas do mesmo, quando aplicado em amostras maiores e diferentes.

A comparação entre dois grupos heterogêneos em relação ao tempo de formação e experiência profissional e, responsabilidades similares em se manter e recuperar a saúde do doente possibilita e fomenta discussões detalhadas quanto aos passos errôneos que se tem dado desde a graduação à prática profissional prolongada, no controle da dor, fato que facilita a discussão de idéias na implementação de novas ações que visem a educação dos profissionais.

### **Considerações Finais**

Considerando a subjetividade e a complexidade do fenômeno doloroso, sua avaliação e controle podem constituir um grande desafio para os profissionais de saúde (POSSO et al, 2013). Observou-se déficit de conhecimento entre os enfermeiros oncológicos e os enfermeiros residentes, que apesar de apresentarem resultados diferentes entre si, demonstraram proximidade em diversas atitudes. As lacunas existentes à analgesia adequada serão amenizadas ou sanadas quando a sensibilização e conscientização de sua existência fizerem parte da prática profissional de cada enfermeiro, pois a não identificação ou ignorância do problema impedem a realização de qualquer intervenção que busque sua melhora. Controlar a dor adequadamente é acreditar que esta é capaz de desestabilizar o psicológico, o físico e o social de um paciente e assim tirar-lhe a vida ou a qualidade desta nos mesmos aspectos. A base necessária para a realização de seu devido tratamento encontra-se na prática profissional e fundamenta-se na teoria, a união de ambos os saberes de forma eficaz e adaptada à realidade de cada profissional é fator indispensável e de indiscutível necessidade nos centros acadêmicos e de saúde do Brasil e do mundo.

## Referências

ALVES, R. C. et al. **Análise do conhecimento sobre dor pelos acadêmicos do curso de fisioterapia em centro universitário.** Rev. Dor. São Paulo, v.14, n.4, p.272-9. Out-Dez.2013.

ASLAN, F. E.; BADIR,A. **Reality about pain control: knowledge and beliefs of nurses on the nature, assessment, and management of pain.** *Pain.* v.17, n.2, p. 44-51. Abr.2005.

BARROS,S. R. A. F; PEREIRA,S. S .L. **A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior.** Rev.Dor. São Paulo.v.12,n.2,p.131-7.Abr-jun 2011.

BERNARDI, M.; CATANIA, G.; TRIDELLO, G. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian hospice nurses. *Cancer Nursing.* Itália. v.30, n.2. p.20-26. Mar-Abr.2007.

BOTTEGA,F. H; FONTANA, R. T. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral.** *Texto Contexto Enferm,* Florianópolis. v19. n.2. p.283-90. Abr-Jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor.** Rio de Janeiro.124p. Jun.2002.

CASATE, J. C.; CORRÊA,A.K. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.** Rev.Esc.enferm.USP. São Paulo v.46, n.1. Feb. 2012.

EDWARDS, R. R. et al. **Duration of sleep contributes to next-day pain report in the general population.** *Pain.* v.137. p.202-207.2008.

FERNANDES, M. F. P.; KOMESSU, J.H. **Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.** São Paulo. Rev.Esc, Enferm. USP. São Paulo. v.47, n.1, p.250-257.Setembro,2012.

WILLENS, J. S. **Nurse's knowledge and attitudes about pain.** v.15,n.3, p.555-556. Setembro,2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief.** NLM Classification: QZ 200. 1ª Edição. Geneva, 1996.

KUZEYLI, Y. Y.; CICEK, F. **Knowledge and Attitudes of Turkish Oncology nurses about cancer pain management.** Turquia. v.9, n.1. p. 17-25. Março 2008.

LOBO, A. J. S.; MARTINS, J. P. **Dor: Conhecimentos e atitudes dos estudantes em um ano de seguimento.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. v.22,n.2,p.311-7. Abr-Jun. 2013.

MINSON, F. P.. **II Consenso Nacional de Dor Oncológica.** Editora Moreira Junior. 1ª Edição. São Paulo. 2011

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVÊA, M. V. **Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem.** Rev.Esc.Enferm. USP. v.48, n.4, p. 706-14. 2014.

PIMENTA, C. A. M. **Conceitos culturais e a experiência dolorosa.** Rev. Esc. Enf.USP, v.32, n.2, p.179-86,ago.1998

QADIRE, M. A; KHALAILEH, M.A. **Jordanian nurses knowledge and attitude regarding pain management.** *Pain Management Nursing.* Jordania. v.15, n.1, p. 220-228. Março 2014.

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, O; TELLES, C. **Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos.** Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto. v.11,n.2. Rio de Janeiro. v.11,n.2. 2012

SILVA, M. A. S. PIMENTA, C. A. M; CRUZ, A. L. M. C. **Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. v.47, n.1, p.84-92. 2013.

SILVA T. O. N. **Avaliação da dor em pacientes oncológicos.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. v.19,n.3.p.359-363. 2011.

SIMPSON K.; KAUTZMAN L.; DODD S.. The Effects of a Pain **Management Education Program on the knowledge level and attitudes of clinical staff.***Pain Management Nursing.* v,3.n3. p. 87-93. Setembro, 2002.

YEE, T; HO, S. K. **Enhancing Knowledge and Attitudes in Pain Management: A Pain Management Education Program for Nursing Home Staff.** Hong Kong. *Pain Management Nursing.* v.15, n.1, p. 2-11. Março 2014.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica e profissional. Rio de Janeiro, 2013.

		Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Valor de p
		n	%	n	%	
<b>Sexo</b>	Feminino	21	95,5	111	88,1	0,27 <sup>†</sup>
	Masculino	1	4,5	15	11,9	
<b>Idade</b>		25,4 (3,8)		38,9 (0,8)		<b>0,00<sup>‡</sup></b>
<b>Tempo de Formado</b>	Média (DP)	1,6 (1,2)		14,3 (0,7)		<b>0,00<sup>‡</sup></b>
<b>Tempo de Atuação Profissional</b>		0,8 (0,9)		14,8 (0,8)		<b>0,00<sup>‡</sup></b>
<b>Religião</b>	Cristã	17	77,3	83	65,9	0,21 <sup>†</sup>
	Não Cristã	5	22,7	43	34,1	
<b>Formação Profissional</b>	Graduação	12	54,5	5	4,0	<b>0,00</b>
	Pós-Graduação	10	45,5	121	96,0	
<b>Fontes de Informação sobre Dor no Câncer</b>	Curso de Graduação	12	54,5	31	24,6	<b>0,00<sup>†</sup></b>
	Curso de Pós-graduação	10	45,5	66	52,4	0,36 <sup>†</sup>
	Treinamento em serviço	4	18,2	52	41,3	<b>0,03<sup>†</sup></b>
	Curso de atualização	2	9,1	37	29,4	<b>0,03<sup>†</sup></b>
	Prática profissional	13	59,1	102	81,0	<b>0,03<sup>†</sup></b>
<b>Abordagens de Dor Conhecidas</b>	Fisiologia da dor	10	45,5	87	69,0	<b>0,03<sup>†</sup></b>
	Tipos de Dor	15	68,2	93	73,8	0,67
	Aspectos Éticos	2	9,1	25	19,8	0,18 <sup>†</sup>
	Aspectos Comportamentais	9	40,9	45	35,7	0,40 <sup>†</sup>
	Tratamento Medicamentoso da Dor	15	68,2	109	86,5	<b>0,04<sup>†</sup></b>
	Medidas Alternativas de alívio da dor	16	72,7	88	69,8	0,50 <sup>†</sup>
	Teoria da dor	2	9,1	23	18,3	0,23 <sup>†</sup>
	Avaliação da dor	22	100,0	116	92,1	0,19 <sup>†</sup>
<b>Estratégias Terapêuticas Conhecidas</b>	Aspectos culturais	3	13,6	25	19,8	0,36 <sup>†</sup>
	Analgésia medicamentosa	22	100,0	125	99,2	0,85 <sup>†</sup>
	Medicações Adjuvantes para alívio da dor	14	63,6	95	75,4	0,18 <sup>†</sup>
	Medidas alternativas para alívio da dor	20	90,9	83	65,9	<b>0,01<sup>†</sup></b>
	Terapia Ocupacional	10	45,5	37	29,4	0,11 <sup>†</sup>
	Dowin	0	0,0	12	9,5	0,13 <sup>†</sup>
	Hipnose	5	22,7	17	13,5	0,20 <sup>†</sup>
	Acupuntura	19	86,4	89	70,6	<b>0,01<sup>†</sup></b>
	Cordotomia	1	4,5	16	12,7	0,24 <sup>†</sup>
	Bloqueio neurolítico do plexo celíaco	7	31,8	39	31,0	0,56 <sup>†</sup>
Neuroestimulação transcutânea	6	27,3	27	21,4	0,36 <sup>†</sup>	

†: Teste exato de *Fischer*‡: Teste U de *Mann-Whitney*

**Tabela 2.** Conhecimentos/Atitudes dos profissionais relacionadas a avaliação da dor. Rio de Janeiro, 2013.

Itens / Domínios	Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Valor de p	
	Sempre				Às Vezes				Nunca					
nº	AVALIAÇÃO DA DOR													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	17	77,3	97	77,0	5	22,7	29	23,0	0	0,0	0	0,0	0,61 <sup>†</sup>	
2	13	59,1	101	80,2	9	40,9	25	19,8	0	0,0	0	0,0	<b>0,03<sup>†</sup></b>	
3	15	68,2	114	90,5	7	31,8	12	9,5	0	0,0	0	0,0	<b>0,01<sup>†</sup></b>	
4	12	54,5	71	56,3	10	45,5	54	42,9	0	0,0	1	0,8	0,90	
5	5	22,7	28	22,2	12	54,5	82	65,1	5	22,7	16	12,7	0,44	
6	10	45,5	97	77,0	10	45,5	29	23,0	2	9,1	0	0,0	<b>0,00</b>	
7	7	31,8	58	46,0	13	59,1	67	53,2	2	9,1	1	0,8	<b>0,02</b>	
8	6	27,3	48	38,1	13	59,1	73	57,9	3	13,6	5	4,0	0,15	

<sup>†</sup>: Teste exato de *Fischer* p<0,05 (estatisticamente significativo)

**Tabela 3.** Conhecimentos/Atitudes dos profissionais relacionadas as estratégias de controle da dor. Rio de Janeiro, 2013.

Itens / Domínios	Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Valor de p		
	Sempre		Às vezes		Nunca										
nº	ESTRATÉGIAS DE CONTROLE		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1	Adapta as estratégias às necessidades de cada um		12	54,5	84	66,7	7	31,8	42	33,3	3	13,6	0	0,0	<b>0,00</b>
2	Executa medidas terapêuticas para minimizar efeitos indesejáveis		14	63,6	76	60,3	6	27,3	47	37,3	2	9,1	3	2,4	0,22
3	Desenvolve medidas alternativas para controle da dor		3	13,6	29	23,0	15	68,2	88	69,8	4	18,2	9	7,1	0,19
4	Acredita que a dose da medicação deve ser individual		22	100,0	120	95,2	0	0,0	5	4,0	0	0,0	1	0,8	0,58
5	Acredita no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor		2	9,1	17	13,5	12	54,5	92	73,0	8	36,4	17	13,5	<b>0,03</b>
6	Promove estratégias para aumentar as horas de sono e combater a insônia		3	13,6	43	34,1	13	59,1	68	54,0	6	27,3	15	11,9	0,06
7	Acredita que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas		2	9,1	10	7,9	19	86,4	114	90,5	1	4,5	2	1,6	0,65
8	Administrar medicação para dor no câncer, mesmo o paciente sem queixa		8	36,4	65	51,6	9	40,9	56	44,4	5	22,7	5	4,0	<b>0,00</b>

p&lt;0,05 (estatisticamente significativo)

**Tabela 4.** Conhecimentos/Atitudes dos profissionais relacionadas ao domínio cuidado contínuo. Rio de Janeiro, 2013.

Itens / Domínios	Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Enfermeiros Residentes		Enfermeiros Oncológicos		Valor de p		
	Sempre				Às vezes				Nunca						
nº	CUIDADO CONTÍNUO		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
1	Procura assegurar o bem estar biopsicossocial		17	77,3	96	76,2	5	22,7	28	22,2	0	0,0	2	1,6	0,84
2	Desenvolve ações para aliviar outros sintomas decorrentes da doença		14	63,6	76	60,3	8	36,4	48	38,1	0	0,0	2	1,6	0,82
3	Estabelece um sistema de apoio para que o paciente viva ativamente		16	72,7	70	55,6	6	27,3	51	40,5	0	0,0	5	4,0	0,26
4	Controla os efeitos secundários do uso de medicamentos		12	54,5	74	58,7	10	45,5	47	37,3	0	0,0	5	4,0	0,53
5	Acha importante incluir a família no cuidado do paciente com dor no câncer		20	90,9	111	88,1	2	9,1	13	10,3	0	0,0	2	1,6	0,82
6	Inclui a família, amigos em treinamentos para atendimento em domicílio		18	81,8	83	65,9	4	18,2	30	23,8	0	0,0	13	10,3	0,20
7	Promove meios para que o paciente não fique socialmente sozinho		15	68,2	65	51,6	5	22,7	53	42,1	2	9,1	8	6,3	0,23
8	Promove meios para que o paciente terminal não sofra dor		20	90,9	111	88,1	2	9,1	15	11,9	0	0,0	0	0,0	0,52 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>: Teste exato de *Fischer* p<0,05 (estatisticamente significativo)

**Tabela 5.** Comparação entre as médias dos escores total e por domínio entre enfermeiros residentes e enfermeiros oncológicos. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Itens / Domínios</b>	<b>Enfermeiros Residentes</b>	<b>Enfermeiros Oncológicos</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Avaliação da Dor</b>	19,9	23,3	<b>0,00<sup>‡</sup></b>
<b>Estratégias de Controle</b>	16,6	18,9	<b>0,05<sup>‡</sup></b>
<b>Cuidado Contínuo</b>	26,9	25,0	0,15 <sup>‡</sup>
<b>Escore Total</b>	63,5	67,2	0,20 <sup>†</sup>

†:Teste *t-student*    ‡:Teste U de *Mann-Whitney*    p<0,05 (estatisticamente significativo)