

Conhecimento de enfermeiros residentes sobre o manejo da dor no câncer: a influência de uma intervenção educativa

Knowledge of nurse residents in relation to pain management in cancer: the influence of an educational intervention

Juliana Chaves Coelho¹, Juliano dos Santos², Magda Aparecida dos Santos Silva³, Karina Cardoso Meira⁴, Ana Carolina Valle⁵

Resumo

Objetivo: Comparar as atitudes e conhecimentos de enfermeiros residentes frente à dor no doente com câncer após intervenção educativa. **Métodos:** Estudo longitudinal que envolveu 16 enfermeiros do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Estado do Rio de Janeiro, no período de março a setembro de 2014. Os enfermeiros residentes que concordaram e preencheram aos critérios do estudo, responderam um questionário com as características demográficas e profissionais e o instrumento “Conhecimento do Enfermeiro sobre o Manejo da Dor no Câncer- OMS”, construído segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde, composto pelos domínios Avaliação da dor, Estratégias de controle e Cuidado contínuo, submetido à validação de conteúdo por peritos, tendo sua pontuação variando entre 0 e 100. Todos os residentes foram avaliados em quatro momentos: antes da intervenção educativa e mais três avaliações com intervalos de 60 dias entre elas, totalizando seis meses de seguimento. **Resultados:** A maioria era mulheres (93,7%), com idade média de 24 anos e recém-formados. O instrumento mostrou que estes residentes possuíam conhecimento prévio moderado sobre o

manejo da dor e a intervenção educativa mostrou resultados pouco satisfatórios. No resultado total do instrumento houve declínio no conhecimento e atitudes, da terceira avaliação (74,4 pontos) para a quarta (69,9) que foi estatisticamente significativo ($p=0,05$). **Conclusões:** O estudo mostrou que os enfermeiros do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia apresentavam previamente conhecimento e atitudes moderados frente ao manejo da dor e a os efeitos da intervenção educativa foram insatisfatórios.

Descritores: Manejo da dor, Cuidados de enfermagem, Educação em enfermagem, Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Ensino

Abstract

Purpose: To compare the attitudes and knowledge of nurse residents in relation to cancer pain after educational intervention. **Methods:** Longitudinal study conducted in 16 nurses of the Multidisciplinary Residency Program in Oncology at High Complexity Center in Oncology (CACON), from the March and September 2014. The nurse residents agreed and met the study criteria, were applied a questionnaire with demographic and professional data and the instrument on “Knowledge Nurse about Pain Management in Cancer- WHO”, constructed according to the recommendations of the World Health Organization, composed of into areas Evaluation pain, Control strategies and Continuous care, submitted to content validation by experts, with their score ranging from 0 to 100. All the nurse residents were evaluated in four times, before the educational intervention and more three evaluations with intervals of 60 days between them totaling 6 months of follow-up. **Results:** The most were women (93.7%) with mean age of 24 years and recent graduates. The instrument showed that these residents had moderate prior knowledge about pain management and the educational intervention showed unsatisfactory results. In the total sum of the three areas and items the instrument showed a decrease in knowledge and attitudes, the third assessment (74.4 points) to fourth assessment (69.9) and was statistically significant

1. Mestranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação “Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA)” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

2. Enfermeiro da Área de Oncologia Clínica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS)

3. Professora Instrutora da Faculdade da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Enfermagem

4. Enfermeira. Doutora em epidemiologia. Professora da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

5. Enfermeira oncológica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Trabalho realizado: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS), Rio de Janeiro, Brasil

Endereço de correspondência: Juliano dos Santos. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – Vila Isabel – 20560-120 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil. Email: jlmsantos@yahoo.com.br

($p = 0.05$). **Conclusions:** *The study showed that nurses of Multidisciplinary Residency Program in Oncology previously showed moderate knowledge and attitudes toward pain management and the effects of the educational intervention were unsatisfactory.*

Keywords: *Pain management, Nursing care, Education, Nursing, Health knowledge, attitudes, practice; Teaching*

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que, de cinco milhões de pessoas que morrem com câncer anualmente, cerca de quatro milhões morrem com dor, sendo que nas últimas décadas 17 milhões desses pacientes foram afetados ao redor do mundo⁽¹⁾. O que faz a dor ser um dos sintomas mais prevalentes. Uma das razões mais preocupantes apontadas para esta ocorrência relaciona-se ao subtratamento da dor devido ao déficit de conhecimento.

O sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação cuidadosa da sua causa, o entendimento sobre seus tipos e o conhecimento em relação ao melhor tratamento. Estudos apontam que a combinação de uma avaliação sistematizada da dor e protocolos adequados de analgesia juntamente com ações educativas auxilia na tomada de decisão do enfermeiro e otimizam o manejo da dor^(2,3).

Falhas no conhecimento técnico-científico, o preparo para o desenvolvimento atitudinal dos profissionais de saúde, assim como suas crenças e atitudes inadequadas dificultam o processo de avaliação e tratamento da dor. Ainda que o conhecimento apresente-se de maneira adequada, vê-se que sua aplicação na prática clínica ainda ocorre de maneira deficiente⁽⁴⁾.

A alta prevalência do sintoma e as falhas ainda vistas em seu manejo levantam-nos inquietações acerca da abordagem da dor pelos enfermeiros, principalmente sob a ótica do processo educativo da formação dos profissionais que vivenciarão este cenário.

Do exposto, este estudo teve como objetivo comparar as atitudes e conhecimentos de enfermeiros residentes em oncologia após uma aula de capacitação em dor.

Método

Estudo longitudinal com enfermeiros residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2014.

Os critérios de inclusão consistiam em ser enfermeiros matriculados no primeiro ano da Residência Multiprofissional em Oncologia, sem critérios de exclusão. Participaram do estudo todos os 16 enfermeiros residentes do primeiro ano. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (CAAE: 13594613.0.0000.5274) e todos aqueles que concordaram em participar do estudo foram orientados e assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados ocorreu em quatro momentos, no período de seis meses, com intervalos de 60 dias entre as avaliações, totalizando quatro avaliações. A primeira avaliação ocorreu um dia antes da primeira aula, a segunda avaliação ocorreu 60 dias após a primeira avaliação, a terceira e quarta avaliações ocorreram após 120 dias e 180 dias, respectivamente, após a primeira avaliação. A coleta ocorreu por ocasião das aulas teóricas dos residentes, através de auto preenchimento de uma ficha de caracterização dos dados demográficos e profissionais e do instrumento "Conhecimento do Enfermeiro Sobre o Manejo da Dor no Câncer – OMS" (OMS* citado por Ramos)⁽⁵⁾

Os dados demográficos e profissionais incluíram as informações sobre idade, sexo, tempo de formado de graduação em enfermagem (em anos), e a opinião sobre a terapêutica com o uso de analgésicos opióides (acredita que a terapia com opioide causa problemas no tratamento da dor do câncer? – sim ou não).

O instrumento "Conhecimento do Enfermeiro Sobre o Manejo da Dor no Câncer – OMS"⁽⁵⁾ indicou o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros frente a dor. 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. Os itens foram graduados e pontuados de acordo com a frequência de realização das afirmativas que compunham o instrumento (sempre = 4,16 pontos; às vezes = 1,04 pontos e nunca = 0). As pontuações dos domínios variaram entre zero e 33,28 pontos e a pontuação total variou entre zero e 100 pontos. Quanto maior o escore obtido, melhor era o conhecimento e/ou mais favoráveis eram as atitudes relacionadas à dor oncológica. A confiabilidade do instrumento, para a população do estudo vigente, foi avaliada por meio da consistência interna. A escala total apresentou boa confiabilidade (alfa de *Cronbach*=0,75) e os seus domínios – avaliação da dor e cuidado contínuo (alfa de *Cronbach*=0,62) e estratégias de controle (alfa de *Cronbach*=0,57) apresentaram confiabilidade moderada.

Considerando que o mesmo instrumento foi

* OMS APUD Ramos CMH. *Manejo da dor no câncer: conhecimento do enfermeiro. Dissertação (Mestrado)*. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem; 1994.⁽⁵⁾

aplicado quatro vezes, a fim de minimizar os efeitos da memorização, entre as avaliações, a sequência de apresentação dos itens do instrumento foi reorganizada de forma aleatória, ou seja, através de sorteio dos 24 itens e redistribuição no instrumento.

O CACON, onde o estudo foi realizado, adota a dor como quinto sinal vital, portanto os alunos do programa de residência multiprofissional são capacitados para assistência a pacientes com dor. O bloco das atividades teóricas se caracteriza por aulas expositivas, entre as quais está incluída a aula teórica sobre dor, que caracterizou a intervenção educativa.

No início da residência, ocorreram aulas do primeiro bloco teórico sobre dor, que representou a aula inaugural para os residentes. Nesta aula foram abordados temas como: conceituação da dor oncológica, aplicação de escalas de avaliação de dor, avaliação e reavaliação da dor, escada analgésica da OMS e tratamento farmacológico.

Nos dois primeiros meses da residência, subsequentes à aula inaugural ocorreram módulos teóricos sequenciais sobre dor, onde foram abordados temas diversos sobre dor como parte da grade teórica das outras disciplinas da residência, ou seja, neste momento o tema dor não foi abordado de forma exclusiva. Neste momento, é importante comentar que os alunos iniciaram as atividades gerais das práticas previstas pela grade curricular do programa de residência.

No terceiro mês subsequente da aula inaugural sobre dor, como parte do módulo de farmacologia, foi ministrada a aula "Terapia de Suporte ao Tratamento Oncológico: analgésicos, opióides, antiinflamatórios, imunossuppressores e bifosfonatos".

Análise estatística

Na análise estatística foi realizada a análise descritiva dos dados e calculadas médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas, bem como as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis classificatórias. A relação entre as variáveis classificatórias foi avaliada com o teste exato de Fisher e, para as variáveis quantitativas as diferenças entre as médias foram analisadas com teste *T-Student* ou teste U de Mann-Whitney, dependendo da distribuição das variáveis analisadas. Foi feita comparação entre as avaliações, tanto em relação ao escore total, quanto em relação aos escores dos domínios avaliados. As análises foram realizadas por meio do programa estatístico R versão 3.2.1 e, foram considerados estatisticamente significativos valores de $p \leq 0,05$.

Resultados

Dezesseis enfermeiros residentes do primeiro

ano participaram do estudo, sendo 93,7% mulheres, com idade média de $23,9 \pm 2,4$ anos e $0,6 \pm 0,2$ anos de tempo de formado e 50,0% acreditavam que o uso de opioide causa problemas no tratamento da dor do câncer (Tabela1).

Tabela 1
Características demográfica e profissional

Variáveis	N% (n=16)
Sexo	
Feminino	15(93,7)
Masculino	1(6,3)
Idade (anos)	
Média(DP)	23,9 (2,4)
Tempo de formado	
Média(DP)	0,6 (0,2)
A terapêutica com opióides causa problemas	
Sim	08(50)

"Conhecimento do Enfermeiro Sobre o Manejo da Dor no Câncer – OMS"

Na análise dos oito itens do domínio "Avaliação da Dor", observou-se que houve maior concentração de respostas na frequência "sempre" na maioria dos itens em todas avaliações, como observado no item "observar o estado psicológico do paciente", onde os percentuais variaram de 81,3% na primeira avaliação para 100% na última avaliação. Neste domínio os percentuais menos favoráveis na frequência "sempre" foram para o item "Considera métodos alternativos de controle da dor na avaliação inicial" onde os percentuais das quatro avaliações ficaram em 50% (Tabela 2). Foi feito o cruzamento dos 4 momentos de avaliação para cada item do instrumento (M1xM2, M2xM3, M3xM4 e M1xM4), em que na frequência sempre, notou-se que no item "Realiza exame físico" houve um aumento do número de respondentes da segunda avaliação (50%) para a terceira avaliação (93,8%) com diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$, teste exato de Fisher). Não houve diferença estatisticamente significativa nas demais comparações dos itens.

A análise do domínio "Estratégias de Controle", observa-se que apesar de muitos itens também se concentrarem na frequência "sempre" houve percentual significativo para alguns itens na frequência "às vezes". Como observado na questão "Acredita que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas" a porcentagem de enfermeiros que responde-

Tabela 2

Distribuição dos itens do domínio “Avaliação da Dor” segundo a frequência de realização, nos quatro momentos de avaliação

Itens/Domínios	M*	Avaliação da Dor N=16			Valores de p*			
		Sempre n(%)	Às vezes n(%)	Nunca n(%)	M1xM2	M2xM3	M3xM4	M1xM4
1. Acredita nas queixas do paciente	1	12(75,0)	04(25,0)	00				
	2	11(68,0)	05(31,3)	00				
	3	15(93,8)	01(6,3)	00	1,00	0,17	1,00	0,65
	4	14(87,5)	02(12,5)	00				
2. Afere a intensidade da dor	1	11(68,8)	04(25,0)	01(6,3)				
	2	15(93,8)	05(31,3)	00				
	3	15(93,8)	00	00	0,17	1,00	1,00	0,17
	4	15(93,8)	01(6,3)	00				
3. Observa o estado psicológico do paciente	1	13(81,3)	03(18,8)	00				
	2	16(100,0)	00	00				
	3	14(87,5)	01(6,3)	00	0,23	0,48	0,48	0,23
	4	16(100,0)	02(12,5)	00				
4. Realiza o exame físico	1	12(75,0)	04(25,0)	00				
	2	08(50,0)	08(50,0)	00				
	3	15(93,8)	01(6,3)	00	0,27	0,001*	0,08	0,70
	4	10(62,5)	06(37,5)	00				
5. Considera métodos alternativos de controle da dor na avaliação inicial	1	08(50,0)	08(50,0)	00				
	2	08(50,0)	07(43,8)	01(6,3)				
	3	08(50,0)	08(50,0)	00	1,00	1,00	1,00	1,00
	4	08(50,0)	07(43,8)	01(6,3)				
6. Afere o nível de controle da dor do depois de iniciado o tratamento	1	13(81,3)	02(12,5)	01(6,3)				
	2	11(68,8)	05(31,3)	00				
	3	14(87,5)	01(6,3)	01(6,3)	0,68	0,39	1,00	1,00
	4	13(81,3)	03(18,8)	01(6,3)				
7. Revê o diagnóstico em caso de dúvida da causa da dor	1	08(50,0)	06(37,5)	02(12,5)				
	2	12(75,0)	03(18,8)	01(6,3)				
	3	14(87,5)	05(31,3)	01(6,3)	0,27	0,70	0,48	1,00
	4	13(81,3)	08(50,0)	01(6,3)				
8. Faz uma história detalhada da queixa da dor	1	09(56,3)	06(37,5)	01(6,3)				
	2	12(75,0)	04(25,0)	00				
	3	09(56,3)	07(43,8)	00	0,46	0,46	1,00	1,00
	4	09(56,3)	07(43,8)	00				

*Momento de Avaliação: (1) primeiro, (2) segundo, (3) terceiro e (4) quarto; $p \leq 0,05$ estatisticamente significativo; teste Exato de Fisher.

ram “às vezes” variou de 75% a 100%. Na frequência “sempre” os dados mais expressivos se mostraram para questão “Acredita que a dose da medicação deve ser individual”, onde houve variação de 87,5% e 93,8% (Tabela 3). Após o cruzamento entre as 4 avaliações,

notou-se na frequência sempre, que no item “Acredita no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor” houve diminuição do número de respondentes da primeira (75%) para segunda (6,3%) e terceira (25%) avaliações (Tabela 3), com diferença

Tabela 3

Distribuição dos itens do domínio “Estratégias de Controle” da dor segundo a frequência de realização, nos quatro momentos de avaliação

Itens/Domínios	M*	Estratégias de Controle N=16			Valores de p*			
		Sempre n(%)	Às vezes n(%)	Nunca n(%)	M1xM2	M2xM3	M3xM4	M1xM4
1. Adapta as estratégias às necessidades de cada um	1	12(75,0)	04(25,0)	00				
	2	13(81,3)	03(18,8)	00				
	3	14(87,5)	02(12,5)	00	1,00	1,00	0,22	0,70
	4	10(62,5)	06(37,5)	00				
2. Executa medidas terapêuticas para minimizar efeitos indesejáveis	1	07(43,8)	08(50,0)	01(6,3)				
	2	09(56,3)	07(43,8)	00				
	3	09(56,3)	07(43,8)	00	0,72	1,00	0,28	0,72
	4	05(31,3)	11(68,8)	00				
3. Desenvolve medidas alternativas para controle da dor	1	10(62,5)	06(37,5)	00				
	2	07(43,8)	09(56,3)	00				
	3	09(56,3)	07(43,8)	00	0,48	0,72	0,72	0,48
	4	07(43,8)	07(43,8)	02(12,5)				
4. Acredita que a dose da medicação deve ser individual	1	14(87,5)	02(12,5)	00				
	2	14(87,5)	02(12,5)	00				
	3	14(87,5)	02(12,5)	00	1,00	1,00	1,00	1,00
	4	15(93,8)	01(6,3)	00				
5. Acredita no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor	1	12(75,0)	03(18,8)	01(6,3)				
	2	01(6,3)	14(87,5)	01(6,3)				
	3	04(25,0)	11(68,8)	01(6,3)	<0,001*	0,33	1,00	0,01*
	4	04(25,0)	09(56,3)	03(18,8)				
6. Promove estratégias para aumentar as horas de sono e combater a insônia	1	08(50,0)	04(25,0)	04(25,0)				
	2	07(43,8)	08(50,0)	01(6,3)				
	3	05(31,3)	11(68,8)	00	1,00	0,72	1,00	0,27
	4	04(25,0)	10(62,5)	02(12,5)				
7. Acredita que a dose da medicação promove alívio da dor por quatro horas	1	03(18,8)	12(75,0)	01(6,3)				
	2	00	16(100,0)	00				
	3	02(12,5)	14(87,5)	00	0,23	0,48	0,48	0,23
	4	00	14(87,5)	02(12,5)				
8. Administra medicação para dor no câncer, mesmo o paciente sem queixa	1	04(25,0)	08(50,0)	04(25,0)				
	2	08(50,0)	06(37,5)	02(12,5)				
	3	08(50,0)	07(43,8)	01(6,3)	0,27	1,00	1,00	0,15
	4	09(56,3)	05(31,3)	02(12,5)				

*Momento de Avaliação: (1) primeiro, (2) segundo, (3) terceiro e (4) quarto; p ≤ 0,05 estatisticamente significativo; teste Exato de Fisher.

estatisticamente significativa entre a primeira e a segunda avaliação (p < 0,01, teste exato de Fisher) e entre a primeira e quarta avaliação (p = 0,01, teste exato de Fisher). Não houve diferença estatisticamente significativa nas demais comparações.

Quanto ao domínio “Cuidado Contínuo”, a análise demonstrou que houve maior concentração de respostas dos itens na frequência “sempre”, como observado no item “Acha importante incluir a família no cuidado do paciente com dor”, onde todas avaliações mostra-

ram percentuais de 100% (Tabela 4). Nota-se que no item 5 (Acha importante incluir a família no cuidado do paciente com dor), na frequência sempre, 100% dos respondentes escolheram este item nos quatro momentos de avaliação (Tabela 4). Não houve dife-

rença estatisticamente significativa nas comparações deste domínio.

Analisando-se a somatória dos escores totais dos três domínios e em cada momento de avaliação, observou-se que o escore médio da pontuação variou

Tabela 4

Distribuição dos itens do domínio "Cuidado Contínuo" segundo a frequência de realização, nos quatro momentos de avaliação

Itens/Domínios	M*	Cuidado Contínuo N=16			Valores de p*			
		Sempre n(%)	Às vezes n(%)	Nunca n(%)	M1xM2	M2xM3	M3xM4	M1xM4
1. Procura assegurar o bem-estar biopsicossocial	1	15(93,8)	01(06,3)	00	1,00	0,17	1,00	0,08
	2	15(93,8)	01(06,3)	00				
	3	11(68,8)	05(31,3)	00				
	4	10(62,5)	06(37,5)	00				
2. Desenvolve ações para aliviar outros sintomas decorrentes da doença	1	09(56,3)	07(43,8)	00	1,00	0,72	0,70	0,46
	2	08(50,0)	08(50,0)	00				
	3	10(62,5)	06(37,5)	00				
	4	12(75,0)	04(25,0)	00				
3. Estabelece um sistema de apoio para que o paciente viva ativamente	1	13(81,3)	03(18,8)	00	0,68	1,00	1,00	0,68
	2	11(68,8)	05(31,3)	00				
	3	12(75,0)	04(25,0)	00				
	4	11(68,8)	05(31,3)	00				
4. Controla os efeitos secundários do uso de medicamentos	1	10(62,5)	06(37,5)	00	0,29	1,00	1,00	0,29
	2	06(37,5)	10(62,5)	00				
	3	06(37,5)	10(62,5)	00				
	4	06(37,5)	10(62,5)	00				
5. Acha importante incluir a família no cuidado do paciente com dor	1	16(100,0)	00	00	1,00	1,00	1,00	1,00
	2	16(100,0)	00	00				
	3	16(100,0)	00	00				
	4	16(100,0)	00	00				
6. Inclui a família e amigos em treinamentos para atendimento em domicílio	1	11(68,8)	05(31,3)	00	0,17	0,60	1,00	0,68
	2	15(93,8)	01(06,3)	00				
	3	13(81,3)	03(18,8)	00				
	4	13(81,3)	03(18,8)	00				
7. Promove meios para que o paciente não fique socialmente sozinho	1	13(81,3)	03(18,8)	00	0,07	1,00	1,00	0,07
	2	07(43,8)	09(56,3)	00				
	3	08(50,0)	08(50,0)	00				
	4	07(43,8)	09(56,3)	00				
8. Promove meios para que o paciente terminal não sofra dor	1	12(75,0)	03(18,8)	01(06,3)	1,00	0,39	1,00	0,65
	2	11(68,8)	05(31,3)	00				
	3	14(87,5)	02(12,5)	00				
	4	14(87,5)	02(12,5)	00				

*Momento de Avaliação: (1) primeiro, (2) segundo, (3) terceiro e (4) quarto; p ≤ 0,05 estatisticamente significativo; teste Exato de Fisher.

Tabela 5

Comparação dos escores totais obtidos nos domínios nas quatro avaliações.

Domínios	M1xM2	M1xM3	M1xM4	M2xM4	M3xM4
Avaliação da Dor	0,54	0,13	0,37	0,88	0,17
Estratégias de Controle	0,64	0,80	0,28	0,33	0,06
Cuidado Contínuo	0,06 [†]	0,13	0,26	0,32	0,80
Escores Totais	0,55	0,65	0,46	0,88	0,05*

* Teste *U Mann-Whitney*, $p < 0,05$ estatisticamente significativo.

entre a primeira (74,4 pontos) e a quarta avaliação (69,9 pontos), conforme Tabela 5. Comparando-se estes quatro momentos avaliados pelo escore total observa-se um declínio da pontuação entre a terceira (74,4 pontos) e a quarta avaliação (69,9 pontos) que foi estatisticamente significativo ($p = 0,05$, teste *U* de *Mann Whitney*), o que pode ser observado na Tabela 5. Não houve diferença estatisticamente significativa nas demais comparações.

Comparando-se isoladamente o escore total de cada domínio nos quatro momentos de avaliação foi possível observar que o domínio "Cuidado Contínuo" apresentou um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,001$ pelo teste exato de *Fisher*) entre a segunda (25,9 pontos) e a (27,6 pontos) terceira avaliação (Tabela 5). Não houve diferença estatisticamente significativa nas demais comparações.

Discussão

A partir da avaliação do conhecimento e atitudes de enfermeiros residentes no manejo da dor no câncer e sua retenção sob a ótica de uma intervenção educativa foi possível observar que os enfermeiros residentes mostraram moderado conhecimento prévio sobre os aspectos do manejo da dor e que a intervenção educativa foi eficaz em poucos itens das avaliações de cada domínio investigado. Indagam-se as razões para esta ocorrência.

Um dos aspectos que chama a atenção é que 50% dos alunos consideravam que a terapêutica com opióides causa problemas (Tabela 1). Ou seja, este tipo de opinião pode resultar em barreira para o adequado controle da dor em todos aspectos, da avaliação ao tratamento, pois pode estar presente uma crença errônea sobre a administração do opióide e gerar uma atitude negativa nesta questão.

Neste aspecto pode-se considerar que o conhecimento foi adquirido, mas não suficientemente para modificar as atitudes e as crenças, pois são eles que não necessariamente caminham juntos.

Os efeitos colaterais dos opióides limitam o controle da dor. O profissional pode ser obstáculo por considerarem-se mais capazes de julgar a dor do

doente e superestimarem os efeitos colaterais dos opióides. Vários estudos comprovaram esse fato quando investigaram o conhecimento do enfermeiro sobre a dor de seu doente e observaram subestimação da dor e consequentemente administração insuficiente de analgésicos⁽⁶⁻⁹⁾. Um fator agravante observado nos estudos foi que os enfermeiros não tinham ciência de que estavam subestimando a dor dos seus doentes^(6,10-13).

Um estudo analisou 109 doentes no terceiro dia do pós-operatório e entrevistou 121 enfermeiros sobre a adequação do alívio da dor e as escolhas de analgésicos feitas por esses profissionais. O autor encontrou que 75,2% dos doentes tinham dor de moderada ou intensa, que os enfermeiros achavam que os pacientes tratados com opióides se tornariam viciados e responsabilizaram esse medicamento pela disfunção respiratória após a cirurgia. Administraram, portanto, doses de analgésicos menores do que o necessário⁽¹⁴⁾. Este tipo de atitude exemplifica tipicamente os efeitos negativos de uma atitude proveniente de uma crença. Crença errônea e atitudes negativas frente o tratamento da dor são difíceis de modificar⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto que pode ser considerado relaciona-se ao fato de que os enfermeiros residentes eram recém-formados (Tabela 1). Este dado mostra que além de os alunos terem tido pouco contato com a temática estudada, também tiveram pouca atuação na prática clínica. Além disso, foi observado um leve declínio do conhecimento considerando a somatória total dos escores obtidos pelo instrumento (Tabela 5)

Um estudo sobre retenção de conhecimento em ressuscitação cardiopulmonar aponta que o conhecimento adquirido em treinamento começa a ter um declínio gradativo após 6 meses e, sendo o conteúdo do treinamento vivenciado no dia-a-dia dos profissionais, a retenção permanece por maior tempo^(16,17). A presente pesquisa envolveu somente alunos recém-formados, ou seja, sem experiência na prática clínica, o que poderia ser um fator reforçador para os resultados obtidos e uma das explicações para a não obtenção de melhores resultados nos efeitos da intervenção educativa.

Sabe-se também que o efeito do treinamento sofre declínio com o efeito do tempo. A adesão ao conhe-

cimento adquirido e conseqüente atitude adequada pode diminuir com o tempo. Autores de um estudo demonstrou queda gradual da adesão da equipe médica e de enfermagem no registro de dor após a aplicação de um programa educativo sobre dor. A adesão inicial dos profissionais ao efetuar duas avaliações diárias da dor em doentes e registrá-las no impresso de sinais vitais foi satisfatória, mas diminuiu para 59% após sete meses da implementação do programa educativo⁽¹⁸⁾. Este declínio corrobora com a presente pesquisa, pois mostrou declínio do conhecimento e atitude da terceira avaliação para a quarta (Tabela 5).

Contudo, não se deve considerar estes resultados normais e aceitá-los tacitamente. As instituições formadoras possuem responsabilidade em concretizar os conceitos básicos sobre a dor, bem como seu manejo adequado⁽¹⁹⁾. Assim, auxiliar na elaboração de estratégias e protocolos que auxiliem o adequado controle da dor⁽²⁾.

O fato da metodologia adotada na intervenção educativa ter sido uma aula expositiva pode sugerir que a apreensão do conhecimento ocorreu de maneira deficiente. Logo, questiona-se sobre as metodologias adotadas no ensino sobre dor, que podem justificar as falhas que se sustentam ao longo dos anos de formação profissional.

Algumas metodologias de ensino utilizam a problematização para desenvolver os processos de ensinar e aprender. O Método do Arco, de Charles Maguerez, aborda algumas etapas metodológicas, que correspondem à observação da realidade, destacar pontos-chave, teorização do conteúdo, levantamento de hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática)⁽²⁰⁾. Tal caminho pode ser aplicado ao ensino da dor, ao passo que trará o conhecimento à realidade dos enfermeiros, principalmente àqueles em processo de formação.

Um dos achados que chamou a atenção foi que os alunos previamente consideravam importante envolver a família no controle da dor (Tabela 4). Uma das razões que contribuem para a falta de sucesso no tratamento da dor são as barreiras relacionadas ao paciente e familiar. Eles podem ter conceitos errôneos sobre analgésicos, especialmente opióides⁽²¹⁻²³⁾.

Outro achado foi que houve diferença estatisticamente significativa entre as avaliações em “sempre” acreditar no uso da medicação oral como via preferencial para alívio da dor (Tabela 3), que vai de encontro às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza cinco etapas para administração dos analgésicos, sendo elas: pela boca, pelo relógio, pela escada, individual e atento aos detalhes⁽²⁴⁾.

Preocupa a evolução pouco favorável no seguimento dos enfermeiros residentes, após a intervenção educativa teórica. Durante décadas o manejo da dor oncológica pelos enfermeiros tem sido estudado e os

resultados pouco se diferem ao longo dos anos⁽²⁵⁻²⁷⁾. Seu subtratamento já é relatado em estudos de décadas atrás tendo como causa lacunas relacionadas à educação dos profissionais de saúde⁽²⁷⁾.

Este estudo possui como limitação principal a contemplação de residentes de uma única instituição, ainda que a instituição de coleta seja de referência nacional em oncologia, há dificuldade de generalização dos resultados.

Conclusão

O estudo mostrou que os enfermeiros residentes inseridos em um programa de residência multiprofissional em oncologia apresentavam previamente conhecimento e atitudes moderadas frente ao manejo da dor no doente com câncer. Tratou-se de enfermeiros, em sua maioria, recém formados, com idade média de 23,9 anos. Ao analisar os resultados obtidos pela aplicação da escala “Conhecimento do Enfermeiro Sobre o Manejo da Dor no Câncer – OMS” antes e após intervenção educativa, foi possível verificar que os efeitos da intervenção educativa foram pouco satisfatórios.

Referências Bibliográficas

1. Minson FP, Garcia JBS, Oliveira Júnior JO, Siqueira JTT, Jales Júnior LH, editores. II Consenso nacional de dor oncológica. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr; 2011. 176p.
2. Silva MAS, Pimenta CAM, Cruz DALM. Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47:84-92.
3. Lobo AJS, Martins JP. Dor: conhecimentos e atitudes dos estudantes em um ano de seguimento. *Texto & Contexto Enferm*. 2013; 22:311-7.
4. Duke, G. Pain Management knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students and faculty. *Pain Manag Nurs*. 2013; 14:11-9.
5. Ramos CMH. Manejo da dor no câncer: conhecimento do enfermeiro. Dissertação (Mestrado). Salvador: Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem; 1994.
6. Wilson H. Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of fractured hip. *J Adv Nurs*. 2000; 31:1145-54.
7. Gordon DB, Pellino TA, Miakoswiski C, Adams J, Paice JA, Laferriere D, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendation for standardized outcome measures. *Pain Manag Nurs*. 2002; 3:116-30.
8. Klopfeinstein CE, Hermann FR, Marnie C, Gessel EV, Forster A. Pain intensity and pain relief after surgery. *Acta Anesthesiol Scand*. 2000; 44:58-62.
9. Schafheutle EI, Cantrill JA, Noyce PR. Why is pain management suboptimal on surgical wards? *J Adv Nurs*. 2001; 33:728-37.
10. Ferguson J, Gilroy D, Puntillo K. Decisions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *J Adv Nurs*. 1997; 26:1065-72.
11. Idwall E, Hamrin E, Sjöström B, Unössöm M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11:327-34.

12. Dihle A, Bjölseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs*. 2006; 15:469-79.
13. Coulling S. Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery. *Nurs Stand*. 2004; 4:41-9.
14. Cohen F. Postsurgical pain relief: patients' status and nurses' medication choices. *Pain*. 1980; 9:265-74.
15. Mayoli DG, Pimenta CAM, Cruz DALM. Validação do inventário de atitudes frente a dor crônica-profissionais. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41:636-45.
16. Chamberlain DA, Hazinski MF, European Resuscitation Council, American Heart Association, Heart and Stroke Foundation of Canada, Australia and New Zealand Resuscitation Council, et al. Education in resuscitation. *Resuscitation*. 2003; 59:11-43.
17. Mowbray WJ, McCulloch AGC, Conn AAS, Spence AA. Teaching of cardiopulmonary resuscitation by medical students. *Med Educ*. 1987; 21:285-7.
18. de Rond M, de Wit R, van Dam F. The implementation of a Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practices: results of a follow-up study in five hospitals. *J Adv Nurs*. 2001; 35:590-8.
19. Barros SRAF, Pereira SSL, Almeida Neto A. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. *Rev Dor*. 2011; 12:131-7.
20. Berbel NAN. A Problemática e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comun Saúde Educ*. 1998; 2:139-54.
21. Ward SE, Carlson-Dakes K, Hughes SH, Kwekkeboom KL, Donovan HS. The impact on quality of life of patient-related barriers to pain management. *Res Nurs Health*. 1998; 21:405-13.
22. Ward S, Gatwood J. Concerns about reporting pain and using analgesics: a comparison of persons with and without cancer. *Cancer Nurs*. 1994; 17:200-6.
23. Ward S, Goldberg N, Miller-McCauley C, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*. 1993; 52:319-24.
24. World Health Organization. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. Geneva: WHO; 1996. 70p. [NLM Classification: QZ 200].
25. Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. *Pain Manag Nurs*. 2008; 9:17-25.
26. Kiekkas P, Gardeli P, Bakalis N, Stefanopoulos N, Adamopoulou K, Avdulla C, et al. Predictors of nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. *Pain Manag Nurs*. 2015;16:2-10.
27. Mccaffery M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? *J Pain d Symptom Manag*. 1997; 14:175-88.

Trabalho recebido:07/03/2016

Trabalho aprovado: 02/05/2016