



Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Conocimiento de enfermeros residentes sobre el manejo del dolor oncológico: estudio transversal

Flávia dos Santos Ferreira¹, Juliano dos Santos^{2,3}, Karina Cardoso Meira⁴

1 Hospital Português

2 Instituto Nacional de Câncer

3 Universidad de São Paulo

4 Universidad Federal de Rio Grande del Norte

RESUMEN

Objetivos: evaluar el conocimiento de enfermeros residentes sobre el manejo del dolor en el cáncer y las variables sociodemográficas y profesionales asociadas. **Método:** estudio transversal, en el que todos los enfermeros inseridos en un programa de residencia multiprofesional en oncología fue la población objeto. El conocimiento de los enfermeros se evaluó por medio del instrumento "Conocimiento del enfermero sobre el manejo del dolor oncológico – OMS". La Regresión de Poisson con variancia robusta fue utilizada para el análisis de asociación entre las variables. **Resultados:** la mayoría (68,2%) de los entrevistados presentó conocimiento inadecuado. El conocimiento adecuado fue dependiente del tiempo de formación, por los que individuos con más de un año de formación presentaron menor chance de tener conocimiento inadecuado (RP=0,14; IC 95% 0,02-0,97). **Conclusiones:** predominó el desconocimiento sobre el manejo del dolor oncológico y el conocimiento adecuado fue dependiente del tiempo de formación profesional.

Descriptor: Dolor; Oncología Médica; Conocimiento; Enseñanza; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento inadecuado y las creencias equivocadas de los profesionales de salud están entre las principales barreras para controlar adecuadamente el dolor⁽¹⁾, por lo que acarrearán subestimación de la queja algíca de los pacientes, utilización de regímenes analgésicos inadecuados y manutención de mitos y conceptos erróneos de los enfermos y sus familiares⁽¹⁻²⁾.

Las creencias relacionadas al control del dolor oncológico, del punto de vista de los profesionales, están bien descritas en la literatura, destacándose el miedo al vicio y a la depresión respiratoria relacionados al uso de los opiáceos⁽³⁾.

Entre los enfermeros brasileños, además de las creencias mencionadas anteriormente, se observó el desconocimiento sobre los conceptos relacionados a las estrategias de evaluación del dolor oncológico y a las medidas farmacológicas y no farmacológicas para su control⁽¹⁾.

Estas concepciones inadecuadas son señaladas como razones para el control inapropiado del dolor⁽¹⁻³⁾ que, a pesar de frecuente, y considerado una emergencia en pacientes con cáncer, todavía es poco comprendido por los profesionales, lo que ha limitado la ayuda ofrecida a esos enfermos.

El dolor oncológico ocurre en 62,0% y 90,0% de los enfermos, se manifiesta en todas las etapas de la enfermedad⁽¹⁾ y puede estar relacionado a los procedimientos necesarios para diagnóstico o tratamiento, a la evolución de la enfermedad o a la morbilidad asociada. Actualmente, debido a su alta incidencia y mortalidad, el cáncer es considerado un grave problema de salud pública y para el bienio 2016/2017 son estimados 596 mil nuevos casos de la enfermedad en Brasil⁽⁴⁾. Se espera, por

tanto, que el dolor oncológico se mantenga como uno de los síntomas más prevalentes.

El control del dolor requiere un abordaje multiprofesional y multidisciplinar y en este contexto, los enfermeros asumen papel de destaque, pues, a pesar de no ser los únicos profesionales responsables por implementar el tratamiento contra el dolor, son los que más frecuentemente lo evalúan, la respuesta a las terapéuticas implementadas y la ocurrencia de reacciones adversas, variables que implican de forma directa en la evaluación de la efectividad de las estrategias de control propuestas y en la conducción del tratamiento^(1,5).

Dada la importancia del entrenamiento de los enfermeros en dolor y analgesia, así como de la evaluación de la efectividad de las formas de inclusión del tema en los currículos de los cursos de graduación y postgrado, diagnosticar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la evaluación y control de este síntoma es de gran importancia, pues dichas medidas permiten identificar lagunas y variables relacionadas al control inadecuado, ofreciendo subsidios para adecuar y perfeccionar las estrategias de enseñanza y formación en dolor⁽²⁾.

Algunos estudios evaluaron el conocimiento de los enfermeros sobre la evaluación y el manejo del dolor⁽⁶⁻⁷⁾; no obstante, estudios que hayan evaluado el conocimiento de los enfermeros en proceso de formación sobre el dolor⁽⁸⁻¹⁰⁾, a nivel de postgrado, son escasos.

OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento de enfermeros residentes sobre el manejo del dolor oncológico y las variables sociodemográficas y profesionales asociadas.

MÉTODO

Muestra, local y período

Se trata de un estudio transversal, cuya población objeto fueron todos los enfermeros residentes matriculados en el año 2013 en el programa de residencia multiprofesional de oncología (n=29) de un Centro de Alta Complejidad en Oncología (CACON) del municipio de Rio de Janeiro. Todos los sujetos de la población objeto fueron invitados a participar de esta investigación, siendo la muestra por conveniencia constituida por 22 individuos. Seis enfermeros se negaron a participar (cuatro residentes del primer año y dos del segundo año) y uno participó como investigador, no siendo incluidos en la muestra. El programa contempla en su plan curricular clases teóricas sobre dolor y analgesia concentradas a lo largo del segundo año de residencia.

Instrumentos de colecta de datos

Para realizar la colecta de los datos, se utilizó el instrumento "Conocimiento del enfermero sobre el manejo del dolor oncológico – OMS"⁽¹¹⁾. Se trata de un instrumento de autorrelato, construido siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), compuesto por 24 ítems de escala tipo likert, distribuidos en tres dominios (evaluación del dolor, estrategias de control y cuidado continuo), con 8 ítems cada uno. Cada ítem es graduado y puntuado de acuerdo con la frecuencia de realización de las afirmativas que componen el instrumento (siempre = 4,16 puntos; a veces = 1,04 puntos y nunca = 0). El puntaje de los dominios varía entre 0 y 33,28 puntos y el puntaje total varía entre 0 y 100 puntos, y se obtiene sumando los puntajes de cada ítem⁽¹¹⁾.

El instrumento ya fue utilizado en un estudio previo realizado en nuestro medio⁽¹²⁾ y en el presente estudio, tuvo la confiabilidad

evaluada por medio de la consistencia interna. La escala total presentó buena confiabilidad (alfa de Cronbach=0,71) y sus dominios – evaluación del dolor (alfa de Cronbach=0,64) y cuidado continuo (alfa de Cronbach=0,66) presentaron confiabilidad razonable. El dominio estrategias de control presentó confiabilidad considerada insuficiente (alfa de Cronbach=0,31).

Se determinó el punto de corte para el puntaje total y por dominios por medio de la curva Receiver Operating Characteristic (ROC). Asumiéndose una sensibilidad de 100% y una especificidad de 99,0%, el punto de corte fue de 67 puntos; 22,4 puntos para los dominios evaluación del dolor y cuidado continuo y, 22 puntos para el dominio estrategias de control del dolor, siendo valores menores que estos considerados conocimiento inadecuado.

Procedimiento de colecta de datos

El instrumento fue distribuido en las clases teóricas, donde los residentes del primer y del segundo año estaban reunidos, entre junio y julio de 2013.

Los investigadores envueltos aguardaron la devolución de los cuestionarios, en la misma ocasión, lo que demoró, en media, 30 minutos.

Análisis de los datos

El análisis estadístico fue desarrollado en cuatro etapas: análisis descriptivo, análisis bivariado, análisis multivariada y análisis de residuos. En el análisis descriptivo de los datos, se calcularon las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión, así como las frecuencias absolutas (n) y relativas (%) de las variables clasificatorias. La etapa siguiente envolvió el análisis bivariado, para verificar la existencia de asociación entre cada variable independiente y el conocimiento sobre el manejo del dolor oncológico. La relación entre las variables

clasificadoras fue evaluada con el test chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas se evaluó la diferencia entre las medias con el test t-student, tras la verificación de normalidad por el test de Shapiro-Wilk.

El análisis multivariado fue realizado para evaluar los factores asociados al conocimiento sobre el manejo del dolor oncológico y para controlar las posibles variables de confusión. En esta etapa se utilizó la regresión de Poisson con variancia robusta, derivando en el conocimiento adecuado o no. Se calculó la razón de prevalencia (RP) y los intervalos de confianza (IC 95%). En estos análisis se utilizó la biblioteca sandwich del programa estadístico R 3.2.7.1.

La variable respuesta fue categorizada en conocimiento adecuado e inadecuado, y las variables independientes fueron sexo, religión, año de residencia, tiempo de formación, tiempo de actuación profesional, edad y nivel de escolaridad, ya que ellas influyen en el conocimiento, creencias y actitudes relacionadas al dolor.

Todas las variables independientes fueron analizadas de manera categorizada, excepto la edad, porque había poca variación entre las edades dificultando la categorización por edad.

En el análisis no ajustado, las covariables que presentaron nivel crítico de $p \leq 0,20$ fueron consideradas como candidatas para permanencia en el modelo multivariado. El ajuste de variables potencialmente confusas se realizó por medio de la utilización de la técnica multivariada paso a paso, con la inclusión en el modelo final de las variables significativamente asociadas a la variable repostada. Tras la inclusión simultánea de todos los efectos principales, fueron probadas las interacciones plausibles.

La selección del modelo final consideró el valor del criterio de Akaike (AIC), el análisis de los residuos por observación gráfica y la significancia epidemiológica. Fueron considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas de la institución envuelta con el parecer 228.334, de acuerdo con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

En la muestra del estudio, predominaron mujeres e individuos de religión cristiana. Mitad de la muestra tenía tiempo de formación mayor que un año, 54,5% de los entrevistados estaban en el primer año de residencia, 50,0% tenían menos de un año de experiencia profesional como enfermeros y 54,5% no habían cursado la post-graduación (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de los enfermeros residentes, 2013, Rio de Janeiro

Variables	n (%)	P*
Sexo		
Masculino	1 (4,5)	0,00001
Femenino	21 (95,5)	
Religión		
Cristiana	19(86,4)	0,001
No Cristiana	3(13,6)	
Año de Residencia		
R1†	12 (54,5)	0,66
R2‡	10 (45,5)	
Tiempo de Formación		
< 1 año	5(22,7)	0,24
1 año	6(27,3)	
> 1 año	11(50,0)	
Tiempo de Actuación Profesional		
< 1 año	11(50,0)	0,04
1 año	2(9,1)	
> 1 año	9(40,9)	
Escolaridad		
Graduación	12(54,5)	0,66
Post-Graduación	10(45,5)	

Fuente: Datos de la investigación *test Chi-Cuadrado de Pearson †1º año ‡2º año

Tabla 2. Comparación del conocimiento de los residentes sobre el manejo del dolor, según características sociodemográficas y profesionales, 2013, Rio de Janeiro

Variables	Adecuado		Inadecuado		Valor de p	
	n	%	n	%		
Conocimiento	7	31,8	15	68,2		
Edad	Media (DP)		25,73 (4,35)		0,56§	
Religión						
	Cristiana	7	100,0	12	80,0	0,52
	No Cristiana	0	0,0	3	20,0	
Año de Residencia						
	R1	6	50,0	6	50,0	0,06
	R2	1	10,0	9	90,0	
Tiempo de Formación						
	< 1 año	2	28,6	3	20,0	0,04
	1 año	4	57,1	2	13,3	
	> 1 año	1	14,3	10	66,7	
Tiempo de Actuación Profesional						
	< 1 año	6	40,0	5	71,4	0,22
	1 año	1	6,7	1	14,3	
	> 1 año	8	53,3	1	14,3	
Escolaridad						
	Graduación	4	57,1	8	53,3	0,60
	Post-Graduación	3	42,9	7	46,7	

Fuente: Datos de la investigación. §test t-Student

Tabla 3. Comparación de los escores medios obtenidos por los enfermeros residentes, según el conocimiento sobre el manejo del dolor oncológico, 2013, Rio de Janeiro

Conocimiento sobre el Manejo del Dolor	Dominios							Valor de p
	Evaluación del Dolor	Valor de p	Estrategias de Control	Valor de p	Cuidado Continuo	Valor de p	Total	
Adecuado								
Media	27,5		23,6		28,8		75,8	
(Desvío Estándar)	(4,2)		(0,6)		(3,2)		(9,0)	
Inadecuado		0,0001§		0,001§		0,0001§		0,0001§
Media	16,2		15,1		15,3		57,0	
(Desvío Estándar)	(3,9)		(3,6)		(6,4)		(8,4)	

Fuente: Datos de la investigación §teste t-Student

La mayoría de los enfermeros residentes demostró conocimiento inadecuado sobre el manejo del dolor oncológico (68,2%) y se verificó diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el tiempo de formación (Tabla 2).

Los enfermeros con conocimiento adecuado presentaron media de conocimiento superior en todos los dominios y en el escore total en relación a los que demostraron conocimiento inadecuado (Tabla 3).

En el análisis multivariado, se incluyeron las variables tiempo de formación y año de residencia, porque ellas presentaron valor de $p \leq 0,20$ en el análisis univariado de regresión de Poisson con variancia robusta. El modelo solo con la variable tiempo de formación presentó el mejor ajuste a los datos, pues fue el único que se mantuvo estadísticamente significativo al nivel de 5% ($p \leq 0,05$) y presentó menor valor de AIC (31,7), cuando comparado al modelo que

contempló las variables tiempo de formación y año de residencia ($p=0,10$, AIC=33,6).

Se observó que el conocimiento en relación al manejo del dolor oncológico fue dependiente del tiempo de formación, o sea, individuos con más de un año de graduación concluida presentaron menor chance de presentar conocimiento inadecuado (RP=0,14; IC 95% 0,02-0,97), cuando comparado a los con menos de un año de formación (Tabla 4).

Tabla 4. Razón de prevalencia del modelo de regresión final del factor asociado al conocimiento de los enfermeros residentes sobre el manejo del dolor oncológico, 2013, Rio de Janeiro.

Variables	Conocimiento adecuado/ inadecuado		
	n	%	RP (IC95%)
Tiempo de formación			
<1 año	6	27,3	1
1 año	5	22,7	0,60 (0,17-2,02)
>1 año	11	50,0	0,14 (0,02-0,97)

Fuente: Datos de la investigación || Razón de prevalencia

DISCUSIÓN

El estudio evidenció que la mayoría de los enfermeros residentes presentaba conocimiento inapropiado en relación al manejo del dolor oncológico. Además, no hubo diferencia en el nivel de conocimiento entre los residentes del primer y el segundo año, y el conocimiento fue dependiente del tiempo de formación (Tabla 1 y Tabla 2).

Se esperaba que, por estar inseridos en un programa de residencia de oncología, los enfermeros presentasen conocimientos básicos y estuviesen sensibilizados para la evaluación, intervención y monitoreo del dolor, ya que en este contexto, el síntoma es uno de los más prevalentes y considerado una emergencia oncológica. Sin embargo, esta prerrogativa no

fue observada, aunque encontró respaldo en la literatura.

Estudio longitudinal mostró que, en la evaluación inicial, enfermeros residentes mostraron moderado conocimiento previo sobre los aspectos del manejo del dolor. No obstante, los efectos de la intervención educativa sobre el conocimiento y las actitudes frente al dolor, realizada entre las evaluaciones de seguimiento, fueron considerados insatisfactorios⁽¹²⁾.

Esos hallazgos pueden explicarse por fallas en la formación en dolor y analgesia, observadas en los cursos de graduación del área de la salud y documentadas en la literatura^(8,9,11,12), y también por aquellas observadas en la post-graduación⁽²⁾, que son confirmados por nuestros resultados. También puede estar relacionado al tiempo de adquisición de conocimiento en la residencia y a la aplicación del instrumento de este estudio, ya que posiblemente el conocimiento adquirido durante la residencia puede presentar disminución⁽¹²⁾.

Normalmente, los currículos de los cursos de graduación no contemplan disciplinas específicas sobre dolor. El tema es abordado de forma intermitente dentro de módulos teóricos mayores o en disciplinas optativas, y no existe la preocupación de retomada e interligación de los conocimientos anteriores⁽¹³⁾.

En el mismo sentido, los programas de postgrado en formato de residencia se caracterizan como entrenamiento en servicio, o sea, se priorizan los escenarios de práctica en detrimento del entrenamiento teórico, que debe contemplar solo el 20% de la carga horaria total del programa⁽¹⁴⁾.

El contenido teórico sobre dolor y analgesia en el programa de residencia en el que los investigados estaban inseridos se caracteriza por dos aulas teóricas que no alcanzan carga horaria total de 10 horas, concentradas en el segundo año, y por las actividades prácticas en unidades de internación, donde los residentes tienen con-

tacto con evaluación y registro sistematizado del dolor como 5° señal vital, a partir del primer año.

Entendiendo el dolor como una problemática y la educación en dolor importante para cambiar prácticas equivocadas, en el estudio que evaluó el conocimiento, atendimiento, portafolios de dolor y medidas de satisfacción de 118 estudiantes del primer año de medicina, con objetivo de proponer un nuevo curso basado en el conocimiento sobre dolor, se concluye que incluir cuatro días de aulas con especialistas es un abordaje educativo eficaz⁽¹⁵⁾.

Respecto a lo antes mencionado, se considera que esta visión del postgrado en formato de residencia debe adaptarse a los objetivos propuestos, ya que las bases teóricas fundamentan las prácticas clínicas, que, a su vez, cuestionan la teoría, en una relación interdependiente⁽⁸⁾, principalmente al considerarse que la formación en dolor de esos profesionales en la graduación es deficiente^(2,13) y que, a pesar de ser uno de los pilares de la residencia, la integración enseñanza-práctica, como una de las propuestas para el desarrollo de competencias específicas, aún es un desafío.

Las referidas características contribuyen para que el profesional, aunque esté en la post-graduación, mantenga déficit importante de conocimiento sobre dolor y evidencia la necesidad de la práctica clínica direccionada y sistematizada para consolidar los conocimientos⁽⁸⁾.

También era esperado que los enfermeros del segundo año de residencia presentaran un nivel de conocimiento más elevado en relación a los del primero, ya que teóricamente ellos tuvieron más contenido teórico sobre el tema y más oportunidades de lidiar con el enfermo con dolor oncológico.

No obstante, esa presuposición no se confirmó y fue diferente de lo observado en el estudio que analizó la evolución de los conocimientos y las actitudes de los estudiantes de enfermería en relación al dolor, en un año de seguimiento.

En el referido estudio, el score relacionado a los conocimientos y actitudes aumentó significativamente a medida que aumentó el tiempo de formación de los estudiantes, llegando a 40% al final de los cuatro años del curso⁽⁸⁾.

Es importante destacar que, además de no haber sido observada diferencia entre el conocimiento presentado por los enfermeros del primer (R1) y del segundo (R2) año de residencia, la proporción de enfermeros con conocimiento inadecuado fue superior (90% vs 50%) entre los R2 (Tabla 2). Esos datos son contrarios a los hallados en los estudios ya mencionados, que evaluaron estudiantes en diferentes momentos de formación⁽⁸⁾.

Posiblemente esos datos estén relacionados al hecho de que los residentes del primer año reflejaron el aprendizaje y el conocimiento adquirido durante la graduación y a la inadecuada estrategia de enseñanza sobre el dolor utilizada en el programa de residencia, que se caracteriza por dos aulas expositivas en el segundo año. La falta de articulación teórico-práctica, una de las propuestas de la post-graduación en formato de residencia y una prerrogativa de la formación en el área sobre dolor, y el desconocimiento o conocimiento insuficiente de los preceptores⁽²⁾ que acompañan a los residentes en los escenarios de práctica, también son explicaciones posibles.

Mitad de los enfermeros del primer año de residencia (R1) también presentaron conocimiento considerado inadecuado (Tabla 2). Ese hecho refuerza que, además de la formación teórica, otras variables están relacionadas al conocimiento sobre el manejo del dolor en el cáncer, como las características del programa de postgrado y la formación de los preceptores sobre el tema^(2,14).

Considerando el modelo final que mejor se ajustó a los datos, en el análisis multivariado, la variable tiempo de formación fue la única relacionada al conocimiento sobre el manejo del dolor oncológico, o sea, los residentes con mayor

tiempo de formación tuvieron menor chance de presentar conocimiento inadecuado (Tabla 4).

Ese hallazgo fue diferente de lo observado entre 91 enfermeros de emergencia, entre los cuales, la edad, el tiempo de formación y experiencia profesional no influenciaron en el conocimiento sobre dolor y analgesia⁽¹⁶⁾.

Esos hallazgos muestran que para ese grupo, las experiencias vividas a lo largo del tiempo de formación fueron más importantes para el conocimiento sobre dolor y analgesia en oncología de que la formación específica. Confirman también las variables explicativas ya mencionadas y revelan una laguna importante en el proceso de formación de esos profesionales, ya que es preconizado que la formación y sensibilización de los estudiantes sobre el asunto se desarrolle de forma continua, secuencial y progresiva⁽⁸⁾.

Instrumentos nacionales validados para evaluar los conocimientos sobre el manejo del dolor oncológico son escasos, así como son raros los estudios brasileños que evaluaron los conocimientos de profesionales del área de la salud en proceso de formación sobre el tema^(2,8,9,12).

La educación sobre la temática es una necesidad observada por los profesionales e parece contribuir para la mejoría del desempeño de los profesionales en el control del dolor⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Entre licenciandos de enfermería portugueses, hubo una tendencia de aumento del nivel de conocimiento auto observado, a lo largo de los años de formación⁽⁸⁾. Entre estudiantes de medicina de Grecia, los graduandos que realizaron cursos extracurriculares relacionados a la temática presentaron conocimiento más adecuado en relación al tratamiento del dolor crónico y estaban más familiarizados con la clasificación de los tipos de dolor. En contrapartida, los alumnos que no realizaron ese tipo de formación tenían poca información sobre clínicas de dolor y poco conocimiento sobre uso de opiáceos en el cáncer y en dolor crónico no oncológico⁽¹³⁾.

La realización de entrenamiento para poder manejar el dolor oncológico mejoró el score medio de conocimiento de enfermeros de Kenia, entre la evaluación antes y después de la intervención educativa, y el score medio de la evaluación realizada dos semanas después de la intervención se mantuvo estable⁽¹⁸⁾. En este sentido, la sensibilización de profesionales para evaluación y registro sistematizado, en el contexto de la implementación del dolor como quinta señal vital⁽¹⁹⁾, aumentó en 70% los registros de evaluación y en 88% la realización de analgesia en pacientes con registro de dolor intenso, y constituyó la mejor estrategia para controlar el dolor posoperatorio, porque estuvo relacionada al aumento de la frecuencia de administración de morfina suplementar y a la menor intensidad de dolor relatada por los pacientes⁽¹⁷⁾.

Es importante señalar que las intervenciones educativas son más eficaces para aumento del conocimiento de que para la ocurrencia de cambios de actitudes, porque para este último el contacto con especialistas o formación específica parece ser más efectivos⁽²⁰⁾.

El estudio contempló a la mayoría (78,6%) de los enfermeros residentes y permitió hacer un diagnóstico para direccionar futuras intervenciones curriculares en este programa de post-graduación.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas al instrumento utilizado que, a pesar de originalmente haber sido sometido a la validación de contenido por medio de un comité de especialistas, no tuvo sus propiedades psicométricas previamente analizadas⁽¹⁴⁾. Para obtener un parámetro de precisión de la medida utilizada, se probó la confiabilidad del instrumento para la población estudiada.

El instrumento presentó buena confiabilidad (α de Cronbach=0,71) y sus dominios – evaluación del dolor (α de Cronbach=0,64) y cuidado continuo (α de Cronbach=0,66) presen-

taron confiabilidad razonable. Pero el dominio estrategias de control presentó confiabilidad considerada insuficiente (α de Cronbach=0,31).

Al comparar el desempeño medio de los participantes tanto en relación al escore total, como en relación a los escores observados por dominio, se observó diferencia estadísticamente significativa para todos los resultados entre los individuos con conocimiento adecuado y los individuos con conocimiento inadecuado (Tabla 3).

Esos hallazgos mostraron que el instrumento fue capaz de discriminar los dos grupos en relación al conocimiento sobre el manejo del dolor oncológico, lo que era deseable y puede considerarse un indicio de validez de su constructo.

Se recomienda el análisis de las propiedades psicométricas del mismo, cuando aplicado en muestras mayores y diferentes.

Delante de los hallazgos del presente estudio, es de extrema importancia que el programa de enseñanza de la referida residencia multiprofesional sea reformulado, para que no haya laguna entre el contenido teórico y la práctica clínica. En este sentido, una estrategia a ser utilizada es la discusión de casos clínicos, en el que el enfoque sea la evaluación del control del dolor. Adicionalmente, en el transcurso del postgrado, cursos de actualización sobre la temática deben ser ofrecidos tanto a los enfermeros residentes como a los enfermeros asistenciales y preceptores, ya que ellos también son responsables por la formación de los enfermeros residentes.

CONCLUSIONES

Predominó el desconocimiento sobre el manejo del dolor oncológico entre los enfermeros residentes, y el conocimiento adecuado fue dependiente del tiempo de formación profesional.

CITAS

1. Cunha FF, Rego LP. Nursing and cancer pain. *Rev. dor* 2015;16(2):142-45. doi: 10.5935/1806-0013.20150027
2. Duke G, Haas BK, Yarbrough S, Northam S. Pain Management Knowledge and Attitudes of Baccalaureate Nursing Students and Faculty. *Pain Manag Nurs* 2013;14(1):11-19. doi:10.1016/j.pmn.2010.03.006.
3. Ortiz MI, Ponce-Monter HA, Rangel-Flores E, Castro-Gamez B, Romero-Quezada LC, O'Brien JP, et al. Nurses' and Nursing Students' Knowledge and Attitudes regarding Pediatric Pain. *Nurs Res Pract* 2015;2015:210860. doi:10.1155/2015/210860
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage]. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. [internet]. 2015 Nov 27 [cited 2015 Dec 14]. Available from: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/index.asp>
5. Buchanan A, Davies A, Geerling J. Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(3):126-9. doi:10.12968/ijpn.2014.20.3.126
6. Al-Shaer D, Hill PD, Anderson MA. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *Medsurg Nurs*. 2011;20(1):7-11.
7. Ribeiro MC, Pereira CU, Sallum AM, Alves JA, Albuquerque MF, Fujishima PA. Knowledge of doctors and nurses on pain in patients undergoing craniotomy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(6):1057-63. doi:10.1590/S0104-11692012000600007
8. Lobo AJS, Martins JP. Pain: knowledge and attitudes of nursing students, 1 year follow-up. *Texto Contexto Enferm* 2013;22(2):311-7. doi:10.1590/S0104-07072013000200006
9. Barros SRAF, Pereira SSL, Neto AA. Nursing students qualification as to pain perception in two universities. *Rev dor* 2011;12(2):131-7. doi:10.1590/S1806-00132011000200010
10. Chow KM, Chan JC. Pain knowledge and attitudes of nursing students: a literature review. *Nurse Educ Today*. 2015;35(2):366-72. doi: 10.1016/j.nedt.2014.10.019.
11. Ramos MCMH. Manejo da dor no câncer: conhecimento do enfermeiro. [Dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1994.

12. Coelho JC, Santos J, Silva MAS, Meira KC, Valle AC. 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 São Paulo*. 2016. [No Prelo]. Disponível em: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2016/AO96.pdf
13. Argyra E, Siafaka I, Moutzouri A, Papadopoulos V, Reksina M, Vadalouca A, 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.
14. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 Dec 15]. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_residencia.pdf.
15. Murinson BB, Nenortas E, Mayer RS, Mezei L, Kozachik S, Nesbit S, et al. A new program in pain medicine for medical students: integrating core curriculum knowledge with emotional and reflective development. *Pain Med* 2011;12(2):186-95. doi:10.1111/j.1526-4637.2010.01050.x.
16. Mocerri JT, Drevdahl DJ. Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2014;40(1):6-12. doi:10.1016/j.jen.2012.04.014.
17. Silva MA, Pimenta CA, Cruz DALM. Pain assessment and training: the impact on pain control after cardiac surgery. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1):84-92. doi:10.1590/S0080-62342013000100011
18. Machira G, Kariuki H, Martindale L. Impact of an educational pain management programme on nurses pain knowledge and attitudes in Kenya. *Int J Palliat Nurs* 2013;19(7):341-6. doi:10.12968/ijpn.2013.19.7.341
19. Purser L, Warfield K, Richardson C. Making pain visible: an audit and review of documentation to improve the use of pain assessment by implementing pain as the fifth vital sign. *Pain Manag Nurs* 2014;15(1):137-42. doi:10.1016/j.pmn.2012.07.007
20. Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions for Nurse-Related Barriers in Cancer Pain Management. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(6):634-41. doi:10.1188/15.ONF.634-641.

Contribución de los autores en la investigación:

Flávia dos Santos Ferreira: Contribución científica e intelectual efectiva para el estudio; Concepción; Adquisición de los datos; Interpretación de los datos; Preparación del manuscrito; Redacción del manuscrito.

Juliano dos Santos: Contribución científica e intelectual efectiva para el estudio; Concepción y delineamiento; Análisis e interpretación de los datos; Preparación del manuscrito; Redacción del manuscrito. Revisión crítica del manuscrito; Aprobación final.

Karina Cardoso Meira: Contribución científica e intelectual efectiva para el estudio; Análisis e Interpretación de los datos; Preparación del manuscrito; Redacción del manuscrito. Revisión crítica del manuscrito; Aprobación final.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 17/12/2015
 Revisado: 20/10/2016
 Aprobado: 14/11/2016