



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Conhecimento de enfermeiros residentes sobre o manejo da dor oncológica: estudo transversal

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

Hospital Português

2 Instituto Nacional de Câncer

3 Universidade de São Paulo

4 Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RESUMO

Objetivos: avaliar o conhecimento de enfermeiros residentes sobre o manejo da dor no câncer e as variáveis sociodemográficas e profissionais associadas. **Método:** estudo transversal, cuja população-alvo foram todos os enfermeiros inseridos em um programa de residência multiprofissional em oncologia. O conhecimento dos enfermeiros foi avaliado por meio do instrumento "Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da dor no câncer – OMS". Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para análise de associação entre as variáveis. **Resultados:** a maioria (68,2%) dos entrevistados apresentou conhecimento inadequado. O conhecimento adequado foi dependente do tempo de formação, apresentando menor chance de ter conhecimento inadequado os indivíduos com mais de um ano de formação (RP=0,14; IC 95% 0,02-0,97). **Conclusões:** houve predomínio de desconhecimento sobre o manejo da dor no câncer e o conhecimento adequado foi dependente do tempo de formação profissional.

Descritores: Dor; Oncologia; Conhecimento; Ensino; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Conhecimento inadequado e crenças errôneas dos profissionais de saúde estão entre as principais barreiras para o adequado controle da dor⁽¹⁾, visto que acarretam subestimação da queixa algica dos pacientes, utilização de regimes analgésicos inadequados e manutenção de mitos e concepções errôneas de doentes e familiares⁽¹⁻²⁾.

As crenças relacionadas ao controle da dor oncológica, sob o ponto de vista dos profissionais, estão bem descritas na literatura, destacando-se o medo do vício e da depressão respiratória relacionados ao uso dos opióides⁽³⁾.

Entre os enfermeiros brasileiros, além das crenças mencionadas anteriormente, observou-se desconhecimento sobre os conceitos relacionados às estratégias de avaliação da dor oncológica e às medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controle da mesma⁽¹⁾.

Essas concepções inadequadas são apontadas como razões para o inapropriado controle da dor⁽¹⁻³⁾ que, apesar de frequente, e considerada uma emergência em pacientes com câncer, ainda é pouco compreendida pelos profissionais, o que tem limitado a assistência aos doentes.

A dor oncológica ocorre entre 62,0% e 90,0% dos doentes, se manifesta em todos os estágios da doença⁽¹⁾ e pode estar relacionada aos procedimentos necessários para diagnóstico ou tratamento, à evolução da doença ou à morbidade associada. Atualmente, devido à sua alta incidência e mortalidade, o câncer é considerado um grave problema de saúde pública e para o biênio 2016/2017 são estimados 596 mil novos casos da doença no Brasil⁽⁴⁾. Espera-se, portanto, que a dor oncológica se mantenha como um dos sintomas mais prevalentes.

O controle da dor requer uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar e, neste contexto, os enfermeiros assumem papel de

destaque, pois, apesar de não serem os únicos profissionais responsáveis por implementar o tratamento antiálgico, são os que mais frequentemente avaliam a dor, a resposta às terapêuticas implementadas e a ocorrência de reações adversas, variáveis que implicam de forma direta na avaliação da efetividade das estratégias de controle propostas e na condução do tratamento^(1,5).

Dada a importância do treinamento dos enfermeiros em dor e analgesia, bem como da avaliação da efetividade das formas de inclusão do tema nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação, diagnosticar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a avaliação e controle deste sintoma é de grande importância, pois tais medidas permitem identificar lacunas e variáveis relacionadas ao controle inadequado, fornecendo subsídios para adequar e aperfeiçoar as estratégias de ensino e formação em dor⁽²⁾.

Alguns estudos avaliaram o conhecimento de enfermeiros sobre a avaliação e manejo da dor⁽⁶⁻⁷⁾; no entanto, estudos que tenham avaliado o conhecimento de enfermeiros em processo de formação sobre dor⁽⁸⁻¹⁰⁾, em nível de pós-graduação, são escassos.

OBJETIVOS

Avaliar o conhecimento de enfermeiros residentes sobre o manejo da dor no câncer e as variáveis sociodemográficas e profissionais associadas.

MÉTODO

Amostra, local e período

Trata-se de um estudo transversal, cuja população-alvo eram todos os enfermeiros residentes matriculados no ano de 2013 no progra-

ma de residência multiprofissional em oncologia (n=29) de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do município do Rio de Janeiro. Todos os sujeitos da população-alvo foram convidados a participar desta pesquisa, sendo a amostra por conveniência constituída por 22 indivíduos. Seis enfermeiros se recusaram a participar (quatro residentes do primeiro ano e dois do segundo ano) e um participou como pesquisador, não sendo incluído na amostra. O programa contempla em sua grade curricular aulas teóricas sobre dor e analgesia concentradas ao longo do segundo ano de residência.

Instrumentos de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, foi utilizado o instrumento "Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da dor no câncer – OMS"⁽¹¹⁾. Trata-se de um instrumento de autorrelato, construído seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), composto por 24 itens de escala tipo likert, distribuídos em três domínios (avaliação da dor, estratégias de controle e cuidado contínuo), com 8 itens cada um. Cada item é graduado e pontuado de acordo com a frequência de realização das afirmativas que compõem o instrumento (sempre = 4,16 pontos; às vezes = 1,04 pontos e nunca = 0). As pontuações dos domínios variam entre 0 e 33,28 pontos e a pontuação total varia entre 0 e 100 pontos, e é obtida somando-se as pontuações de cada item⁽¹¹⁾.

O instrumento já foi utilizado em estudo prévio realizado em nosso meio⁽¹²⁾ e, no presente estudo, teve a confiabilidade avaliada por meio da consistência interna. A escala total apresentou boa confiabilidade (alfa de Cronbach=0,71) e os seus domínios – avaliação da dor (alfa de Cronbach=0,64) e cuidado contínuo (alfa de Cronbach=0,66) apresentaram confiabilidade razoável. O domínio estratégias de controle apre-

sentou confiabilidade considerada insuficiente (alfa de Cronbach=0,31).

Determinou-se o ponto de corte para a pontuação total e por domínios por meio da curva Receiver Operating Characteristic (ROC). Assumindo-se uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 99,0%, o ponto de corte foi de 67 pontos; 22,4 pontos para os domínios avaliação da dor e cuidado contínuo e, 22 pontos para o domínio estratégias de controle da dor, sendo valores menores que estes considerados conhecimento inadequado.

Procedimento de coleta de dados

O instrumento foi distribuído por ocasião de aulas teóricas em que os residentes do primeiro e do segundo ano estavam reunidos, entre junho e julho de 2013.

Os pesquisadores envolvidos aguardaram a devolução dos questionários, na mesma ocasião, o que levou, em média, 30 minutos.

Análise dos dados

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

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

A variável resposta foi categorizada em conhecimento adequado e inadequado, e as variáveis independentes foram sexo, religião, ano de residência, tempo de formação, tempo de atuação profissional, idade e nível de escolaridade, uma vez que influenciam o conhecimento, crenças e atitudes relacionadas à dor.

Todas as variáveis independentes foram analisadas de maneira categorizada, exceto a idade, pois havia pouca variação entre as idades dificultando a categorização em faixas etárias.

Na análise não ajustada, as covariáveis que apresentaram nível crítico de $p \leq 0,20$ foram consideradas como candidatas para permanência no modelo multivariado. O ajuste de variáveis potencialmente confundidoras foi realizado por meio da utilização da técnica multivariada passo a passo, com a inclusão no modelo final das variáveis significativamente associadas à variável resposta. Após a inclusão simultânea de todos os efeitos principais, foram testadas as interações plausíveis.

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

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida sob o parecer 228.334, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na amostra do estudo, houve predominância de mulheres e indivíduos de religião cristã. Metade da amostra apresentava tempo de formação maior que um ano, 54,5% dos entrevistados estavam no primeiro ano de residência, 50,0% possuíam menos de um ano de experiência profissional como enfermeiros e 54,5% não haviam cursado pós-graduação (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros residentes, 2013, Rio de Janeiro

Variáveis	n (%)	P*
Sexo		
Masculino	1 (4,5)	0,00001
Feminino	21 (95,5)	
Religião		
Cristã	19(86,4)	0,001
Não Cristã	3(13,6)	
Ano de Residência		
R1†	12 (54,5)	0,66
R2‡	10 (45,5)	
Tempo de Formação		
< 1 ano	5(22,7)	0,24
1 ano	6(27,3)	
> 1 ano	11(50,0)	
Tempo de Atuação Profissional		
< 1 ano	11(50,0)	0,04
1 ano	2(9,1)	
> 1 ano	9(40,9)	
Escolaridade		
Graduação	12(54,5)	0,66
Pós-Graduação	10(45,5)	

Fonte: Dados da pesquisa *teste Qui-Quadrado de Pearson † 1º ano ‡ 2º ano

A maioria dos enfermeiros residentes demonstrou conhecimento inadequado sobre o manejo da dor no câncer (68,2%) e verificou-se

Tabela 2. Comparação do conhecimento dos residentes sobre o manejo da dor, segundo características sociodemográficas e profissionais, 2013, Rio de Janeiro

Variáveis	Adequado		Inadequado		Valor de p	
	n	%	n	%		
Conhecimento	7	31,8	15	68,2		
Idade	Média (DP)		25,73 (4,35)		0,56 [§]	
Religião						
	Cristã	7	100,0	12	80,0	0,52
	Não Cristã	0	0,0	3	20,0	
Ano de Residência						
	R1	6	50,0	6	50,0	0,06
	R2	1	10,0	9	90,0	
Tempo de Formação						
	< 1 ano	2	28,6	3	20,0	0,04
	1 ano	4	57,1	2	13,3	
	> 1 ano	1	14,3	10	66,7	
Tempo de Atuação Profissional						
	< 1 ano	6	40,0	5	71,4	0,22
	1 ano	1	6,7	1	14,3	
	> 1 ano	8	53,3	1	14,3	
Escolaridade						
	Graduação	4	57,1	8	53,3	0,60
	Pós-Graduação	3	42,9	7	46,7	

Fonte: Dados da pesquisa. [§] teste t-Student

Tabela 3. Comparação dos escores médios obtidos pelos enfermeiros residentes, segundo o conhecimento sobre o manejo da dor no câncer, 2013, Rio de Janeiro

Conhecimento sobre o Manejo da Dor	Domínios							Valor de p
	Avaliação da Dor	Valor de p	Estratégias de Controle	Valor de p	Cuidado Contínuo	Valor de p	Total	
Adequado								
Média	27,5		23,6		28,8		75,8	
(Desvio Padrão)	(4,2)	0,0001[§]	(0,6)	0,001[§]	(3,2)	0,0001[§]	(9,0)	0,0001[§]
Inadequado								
Média	16,2		15,1		15,3		57,0	
(Desvio Padrão)	(3,9)		(3,6)		(6,4)		(8,4)	

Fonte: Dados da pesquisa

[§]teste t-Student

diferença estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento e o tempo de formação (Tabela 2).

Os enfermeiros com conhecimento adequado apresentaram média de conhecimento superior em todos os domínios e no escore total em relação aos que demonstraram conhecimento inadequado (Tabela 3).

Na análise multivariada, foram incluídas as variáveis tempo de formação e ano de residência, pois estas apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise univariada da regressão de Poisson com variância robusta. O modelo apenas com a variável tempo de formação apresentou o melhor ajuste aos dados, pois foi o único que se manteve estatisticamente significativo ao nível

de 5% ($p \leq 0,05$) e apresentou menor valor de AIC (31,7), quando comparado ao modelo que contemplou as variáveis tempo de formação e ano de residência ($p=0,10$, AIC=33,6).

Observou-se que o conhecimento em relação ao manejo da dor no câncer foi dependente do tempo de formação, ou seja, indivíduos com mais de um ano de graduação concluída apresentaram menor chance de apresentar conhecimento inadequado (RP=0,14; IC 95% 0,02-0,97), quando comparado aos com menos de um ano de formação (Tabela 4).

Tabela 4. Razão de prevalência do modelo de regressão final do fator associado ao conhecimento dos enfermeiros residentes sobre o manejo da dor no câncer, 2013, Rio de Janeiro.

Variáveis	Conhecimento adequado/inadequado		
	n	%	RP (IC95%)
Tempo de formação			
<1 ano	6	27,3	1
1 ano	5	22,7	0,60 (0,17-2,02)
>1 ano	11	50,0	0,14 (0,02-0,97)

Fonte: Dados da pesquisa

||Razão de prevalência

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que a maioria dos enfermeiros residentes apresentava conhecimento inapropriado em relação ao manejo da dor no câncer. Ademais, não houve diferença no nível de conhecimento entre os residentes do primeiro e segundo ano, e o conhecimento foi dependente do tempo de formação (Tabela 1 e Tabela 2).

Esperava-se que, por estarem inseridos em um programa de residência em oncologia, os enfermeiros apresentassem conhecimentos básicos e estivessem sensibilizados para a avaliação, intervenção e monitoramento da dor, já que neste contexto, o sintoma é um dos mais

prevalentes e considerado uma emergência oncológica. No entanto, essa prerrogativa não foi observada, mas encontrou respaldo na literatura.

Estudo longitudinal mostrou que, na avaliação inicial, enfermeiros residentes mostraram moderado conhecimento prévio sobre os aspectos do manejo da dor. No entanto, os efeitos de intervenção educativa sobre o conhecimento e as atitudes frente à dor, realizada entre as avaliações de seguimento, foram considerados insatisfatórios⁽¹²⁾.

Esses achados podem ser explicados por falhas na formação em dor e analgesia, observadas nos cursos de graduação da área da saúde e documentadas na literatura^(8,9,11,12), bem como por aquelas observadas em nível de pós-graduação⁽²⁾, que são confirmados pelos nossos resultados. Ainda pode estar relacionado ao tempo de aquisição de conhecimento na residência e à aplicação do instrumento deste estudo, já que possivelmente o conhecimento adquirido durante a residência pode apresentar declínio⁽¹²⁾.

Normalmente, os currículos dos cursos de graduação não contemplam disciplinas específicas sobre dor. O tema é abordado de forma intermitente dentro de blocos teóricos maiores ou em disciplinas optativas, e não existe a preocupação de retomada e interligação dos conhecimentos anteriores⁽¹³⁾.

No mesmo sentido, os programas de pós-graduação em formato de residência se caracterizam como treinamento em serviço, ou seja, há a priorização dos cenários de prática em detrimento do treinamento teórico, que deve contemplar apenas 20% da carga horária total do programa⁽¹⁴⁾.

O conteúdo teórico sobre dor e analgesia no programa de residência no qual os pesquisados estavam inseridos caracteriza-se por duas aulas teóricas que não alcançam carga horária total de 10 horas, concentradas no segundo

ano, e pelas atividades práticas em unidades de internação, onde os residentes têm contato com avaliação e registro sistematizado da dor como 5º sinal vital, a partir do primeiro ano.

Entendendo a dor como uma problemática e a educação em dor importante para a mudança de práticas equivocadas, no estudo que avaliou o conhecimento, atendimento, portfólios de dor e medidas de satisfação de 118 estudantes do primeiro ano de medicina, com objetivo de propor um novo curso baseado no conhecimento em dor, concluiu-se que incluir quatro dias de aulas com especialistas é uma abordagem educativa eficaz⁽¹⁵⁾.

A esse respeito, considera-se que essa visão da pós-graduação em formato de residência deve ser adaptada aos objetivos propostos, visto que as bases teóricas fundamentam as práticas clínicas, que, por sua vez, questionam a teoria, em uma relação interdependente⁽⁸⁾, sobretudo ao se considerar que a formação em dor desses profissionais em nível de graduação é deficiente^(2,13) e que, embora seja um dos pilares da residência, a integração ensino-prática, como uma das propostas para o desenvolvimento de competências específicas, ainda é um desafio.

As referidas características contribuem para que o profissional, mesmo em nível de pós-graduação, mantenha déficit importante de conhecimento sobre dor e evidencia a necessidade da prática clínica direcionada e sistematizada para a consolidação de conhecimentos⁽⁸⁾.

Também era esperado que os enfermeiros do segundo ano de residência apresentassem um nível de conhecimento mais elevado em relação aos do primeiro, já que teoricamente aqueles tiveram mais conteúdo teórico sobre o tema e vivenciaram mais oportunidades de lidar com o doente com dor oncológica.

No entanto, esse pressuposto não se confirmou e foi diferente do observado no estudo que analisou a evolução dos conhecimentos e

atitudes de estudantes de enfermagem em relação à dor, em um ano de seguimento. No referido estudo, o escore relacionado aos conhecimentos e atitudes aumentou significativamente à medida que aumentou o tempo de formação dos estudantes, chegando a 40% no final dos quatro anos do curso⁽⁸⁾.

É importante destacar que, além de não ter sido observada diferença entre o conhecimento apresentado pelos enfermeiros do primeiro (R1) e do segundo (R2) ano de residência, a proporção de enfermeiros com conhecimento inadequado foi superior (90% vs 50%) entre os R2 (Tabela 2). Esses dados são contrários aos achados dos estudos já mencionados, que avaliaram estudantes em diferentes momentos de formação⁽⁸⁾.

Possivelmente esses dados estejam relacionados ao fato dos residentes do primeiro ano refletirem aprendizado e conhecimento adquirido ainda durante a graduação e à inadequada estratégia de ensino em dor utilizada no programa de residência, que se caracteriza por duas aulas expositivas no segundo ano. A falta de articulação teórico-prática, uma das propostas da pós-graduação em formato de residência e uma prerrogativa da formação na área de dor, e o desconhecimento ou conhecimento insuficiente dos preceptores⁽²⁾ que acompanham os residentes nos cenários de prática, também são explicações possíveis.

Metade dos enfermeiros do primeiro ano de residência (R1) também apresentaram conhecimento considerado inadequado (Tabela 2). Esse achado reforça que, além da formação teórica, outras variáveis estão relacionadas ao conhecimento sobre o manejo da dor no câncer, como as características do programa de pós-graduação e a formação dos preceptores sobre o tema^(2,14).

Considerando o modelo final que melhor se ajustou aos dados, na análise multivariada, a variável tempo de formação foi a única relaciona-

da ao conhecimento sobre o manejo da dor no câncer, ou seja, os residentes com maior tempo de formação tiveram menor chance de apresentar conhecimento inadequado (Tabela 4).

Esse achado foi diferente do observado entre 91 enfermeiros de emergência, entre os quais, a idade, o tempo formação e experiência profissional não influenciaram o conhecimento sobre dor e analgesia⁽¹⁶⁾.

Esses achados mostram que, para esse grupo, as experiências vivenciadas ao longo do tempo de formação foram mais importantes para o conhecimento sobre dor e analgesia em oncologia do que a formação específica. Confirmam também as variáveis explicativas já mencionadas e revelam lacuna importante no processo de formação desses profissionais, já que é preconizado que a formação e sensibilização dos estudantes sobre o assunto se desenvolva de forma contínua, sequencial e progressiva⁽⁸⁾.

Instrumentos nacionais validados para avaliação de conhecimentos sobre o manejo da dor no câncer são escassos, assim como são raros os estudos brasileiros que avaliaram os conhecimentos de profissionais da área da saúde em processo de formação sobre o tema^(2,8,9,12).

A educação sobre a temática é uma necessidade percebida pelos profissionais e parece contribuir para a melhora do desempenho dos profissionais no controle da dor⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Entre licenciandos de enfermagem portugueses, houve tendência de aumento do nível de conhecimento auto percebido, ao longo dos anos de formação⁽⁸⁾. Entre estudantes de medicina da Grécia, os graduandos que realizaram cursos extracurriculares relacionados à temática apresentaram conhecimento mais adequado em relação ao tratamento da dor crônica e estavam mais familiarizados com a classificação dos tipos de dor. Em contrapartida, os alunos que não realizaram esse tipo de formação tinham pouca informação sobre clínicas de dor e pouco

conhecimento sobre uso de opióides no câncer e na dor crônica não oncológica⁽¹³⁾.

A realização de treinamento sobre o manejo da dor oncológica melhorou o escore médio de conhecimento de enfermeiros quenianos, entre a avaliação pré e pós-intervenção educativa, e o escore médio da avaliação realizada duas semanas após a intervenção se manteve estável⁽¹⁸⁾. No mesmo sentido, a sensibilização de profissionais para avaliação e registro sistematizado, no contexto da implementação da dor como quinto sinal vital⁽¹⁹⁾, aumentou em 70% os registros de avaliação e em 88% a realização de analgesia em pacientes com registro de dor intensa, e constituíram a melhor estratégia para o controle da dor pós-operatória, pois esteve relacionada ao aumento na frequência de administração de morfina suplementar e à menor intensidade de dor relatada pelos pacientes⁽¹⁷⁾.

É importante salientar, no entanto, que as intervenções educativas são mais eficazes no aumento do conhecimento do que na mudança de atitudes, para a qual o contato com especialistas ou formação específica parecem ser mais efetivos⁽²⁰⁾.

O estudo contemplou a maioria (78,6%) dos enfermeiros residentes e permitiu fazer um diagnóstico para direcionar futuras intervenções curriculares neste programa de pós-graduação.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao instrumento utilizado que, apesar de originalmente ter sido submetido à validação de conteúdo por meio de comitê de especialistas, não teve as suas propriedades psicométricas previamente analisadas⁽¹⁴⁾. Para se obter um parâmetro da acurácia da medida utilizada, foi testada a confiabilidade do instrumento para a população estudada.

O instrumento apresentou boa confiabilidade (α de Cronbach=0,71) e os seus domínios – avaliação da dor (α de Cronbach=0,64) e cuidado contínuo (α de Cronbach=0,66) apre-

sentaram confiabilidade razoável. No entanto, o domínio estratégias de controle apresentou confiabilidade considerada insuficiente (α de Cronbach=0,31).

Ao comparar o desempenho médio dos participantes tanto em relação ao escore total, quanto em relação aos escores observados por domínio, observou-se diferença estatisticamente significativa para todos os desfechos entre os indivíduos com conhecimento adequado e os indivíduos com conhecimento inadequado (Tabela 3).

Esses achados mostraram que o instrumento foi capaz de discriminar os dois grupos em relação ao conhecimento sobre o manejo da dor no câncer, o que era desejável e pode ser considerado como indício da sua validade de constructo.

Recomenda-se a análise das propriedades psicométricas do mesmo, quando aplicado em amostras maiores e diferentes.

Frente aos achados do presente estudo, é de extrema importância que o programa de ensino da referida residência multiprofissional seja reformulado, para que não haja lacuna entre o conteúdo teórico e a prática clínica. Neste sentido, uma estratégia a ser utilizada é a discussão de casos clínicos, no qual o foco seja a avaliação e o controle da dor. Adicionalmente, no decorrer da pós-graduação, cursos de atualização sobre a temática devem ser oferecidos tanto aos enfermeiros residentes quanto aos enfermeiros assistenciais e preceptores, já que estes também são responsáveis pela formação dos enfermeiros residentes.

CONCLUSÕES

Houve predomínio de desconhecimento sobre o manejo da dor no câncer entre os enfermeiros residentes, e o conhecimento adequado foi dependente do tempo de formação profissional.

REFERÊNCIAS

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, Rekatsina 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. Bartoszczuk 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.

Contribuição dos autores na pesquisa:

Flávia dos Santos Ferreira: Contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; Concepção; Aquisição dos dados; Interpretação dos dados; Preparação do manuscrito; Redação do manuscrito.

Juliano dos Santos: Contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; Concepção e delineamento; Análise e interpretação dos dados; Preparação do manuscrito; Redação do manuscrito. Revisão crítica do manuscrito; Aprovação final.

Karina Cardoso Meira: Contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; Análise e Interpretação dos dados; Preparação do manuscrito; Redação do manuscrito. Revisão crítica do manuscrito; Aprovação final.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 17/12/2015

Revisado: 20/10/2016

Aprovado: 14/11/2016