

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KATILENE WREZINSKI DUARTE

DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS: avaliação e gerenciamento

**Porto Alegre
2016**

KATILENE WREZINSKI DUARTE

DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS: avaliação e gerenciamento

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Ms. Ivana de Souza Karl

Porto Alegre

2016

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho de conclusão de curso à minha mãe, Luci Wrezinski, que é a melhor pessoa que eu já conheci e que nunca mediu esforços para me criar e educar. Certamente, sem ela, este trabalho/etapa da minha vida não existiria. Deu-me todo o amor do mundo e me ensinou o que é amar incondicionalmente. Amo-te mais do que a minha vida!

Ao meu pai por estar sempre presente na minha vida e por sempre acreditar no meu potencial e me incentivar a chegar a onde eu quiser, respeitando e apoiando as minhas escolhas. Tu és um dos grandes responsáveis por eu chegar aonde eu cheguei. Muito obrigada!

À minha irmã por escolha, Mary, por sempre me apoiar e estar presente nos momentos bons e ruins e por me dar o gostinho e o prazer de saber o quanto é bom ter uma irmã. Obrigada por morar comigo e fazer parte da minha vida.

Ao meu namorado Filipe por todo apoio, compreensão e paciência durante todo o processo da graduação e realização deste trabalho. Tu és a pessoa que eu escolhi para trilhar o caminho da vida junto comigo. Te amo muito!

Aos meus tios Laércio e Nilma por todo o suporte e carinho. A vocês a minha eterna gratidão.

Ao meu afilhado Nicolás, que em seus cinco aninhos de vida despertou em mim a vontade de cuidar, proteger e um amor que não cabe no peito. Somente a inocência de uma criança é capaz de despertar os melhores sentimentos e sensações quando estão ao nosso lado. A dinda te ama muito!

A minha cunhada Flávia por ser essa pessoa maravilhosa e sempre muito presente na vida dos que a cercam e principalmente na minha. Muitas vezes tu me entende melhor do que eu mesma. E também a minha sogra Liane, companheira de café, séries e momentos aconchegantes.

Impossível não agradecer a minha melhor amiga Adriana, pelo companheirismo, parceria, amizade e cumplicidade. Sem ti a graduação seria muito mais difícil. Obrigada por ouvir os meus desabafos e lamentações, pelo colinho de amiga e por todo o cuidado que tu sempre tiveste comigo. Tu sabes o quanto eu agradeço por te ter na minha vida. Te amo!

Aos meus colegas e amigos que a UFRGS me deu, em especial, Brunna e Roxane. Não esquecendo, claro, do grupo dos traíras pela parceria durante todo o trajeto acadêmico. Irei deixar a graduação com lágrimas nos olhos por saber que não estaremos mais tão

próximos, mas com a certeza de que estarão para sempre em meu coração. Obrigada por deixarem a graduação mais leve.

Agradeço também à minha amiga Júlia por todos esses anos de amizade pura e sincera. À minha amiga Anna Paula por ser essa pessoa maravilhosa e estar sempre disposta a ajudar o próximo. E também à minha prima de “plástico”, futura colega de profissão e amiga Fernanda Fernandes por todos os momentos agradáveis que passamos ao longo dessa minha jornada e que agora eu só posso retribuir da mesma forma.

E por último, mas não menos importante, a minha querida e dedicada orientadora Ivana Karl que me aceitou como orientanda e que sempre soube usar as palavras certas para acalmar um coraçãozinho aflito, como o meu, em momentos difíceis. Agradeço por toda a paciência, dedicação e carinho. Obrigada pela oportunidade! Foi um prazer poder trabalhar contigo!

SIGLÁRIO

AGHWeb – Aplicativo de Gestão para Hospitais

AINES – Non-steroidal anti-inflammatory drugs

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COMPESQ/EENF – Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

DNA – Ácido desoxirribonucleico

ECV – Escala Categórica Verbal

ENV – Escala Numérica Verbal

EVA – Escala Visual Analógica

GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

WHO – World Health Organization

IARC – International Agency for Research on Cancer

IASP – International Association for the Study of Pain

INCA – Instituto Nacional do Câncer

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OMS – Organização Mundial da Saúde

POP – Protocolo Operacional Padrão

SEOH – Serviço de Enfermagem Onco-hematológica

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UAP – Unidade de Ambiente Protegido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 CÂNCER.....	11
3.2 QUIMIOTERAPIA	12
3.3 DOR.....	13
3.3.1 Tipos de dor	14
3.3.1.1 Dor Aguda	14
3.3.1.2 Dor crônica	15
3.3.1.3 Dor Oncológica	15
3.3.2 Avaliação da Dor	16
3.3.3 Tratamento da Dor	17
4 MÉTODO	19
4.1 TIPO DE ESTUDO	19
4.2 LOCAL DO ESTUDO	19
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.4 COLETA DE DADOS	20
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	21
REFERÊNCIAS	22
ARTIGO ORIGINAL	25
APÊNDICE A – INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	42
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	43
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	47
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	48
ANEXO D – NORMAS EDITORIAIS PARA PREPARO DO ARTIGO	49

1 INTRODUÇÃO

O Câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Em 2012, de acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês *International Agency for Research on Cancer*), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer no mundo todo (IARC, s.d.). No Brasil, a ocorrência seria de aproximadamente de 576 mil casos novos de câncer entre os anos de 2014 e 2015, de acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014). Essa mudança no perfil epidemiológico e da morbimortalidade da população está relacionada a diversas causas como o aumento da expectativa de vida e o controle das doenças infectocontagiosas. Entretanto, existem ainda outras razões como o aumento da industrialização e a exposição a fatores de risco que estão dando espaço para as doenças crônicas, em especial o câncer (INCA, 2014). Segundo a *World Health Organization* (WHO, s.d.), de acordo com o perfil oncológico do Brasil, os cânceres mais incidentes para o sexo masculino são os de próstata, pulmão, estômago, cólon e reto, e cavidade oral; e para o sexo feminino, os de mama, pulmão, cólon e reto, colo do útero e estômago.

Existem três tipos principais de tratamentos para o câncer: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Eles podem ser usados em conjunto, principalmente em se tratando de neoplasias malignas, e possuem finalidade curativa, profiláticas ou paliativas (INCA, 2014). Todavia, aproximadamente 60% a 70% dos pacientes necessitam da quimioterapia como tratamento associado com o protocolo estabelecido para cada tipo de câncer (BRASIL, 2008). De acordo com Bonassa (2012), cada protocolo possui combinações de diferentes drogas quimioterápicas, com suas devidas vias de aplicação, sendo elas: intramuscular, subcutânea, endovenosa, intra-arterial, intratecal, intraperitoneal, intrapleural e intravesical. Esses quimioterápicos podem ser administrados em hospitais, unidades ambulatoriais, clínicas oncológicas ou consultórios especializados.

Sabe-se hoje que o câncer provoca uma série de sinais e sintomas desagradáveis para o indivíduo, sendo os mais frequentes: a fadiga, o cansaço, a falta de apetite, as náuseas e vômitos, a diarreia ou a constipação, a depressão, a dor, entre outros (INCA, 2014). No entanto, dentre todas essas manifestações desagradáveis da doença, a dor é um dos sintomas que mais prejudica e interfere na qualidade de vida do doente, principalmente nos casos mais avançados (LIMA et al., 2013). De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP, s.d.), a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável que é

associada a lesões reais ou potenciais”, a dor é sempre subjetiva e pessoal. De acordo com Teixeira et al. (2006), a dor em paciente com câncer pode ocorrer por diversos fatores: pelo próprio tumor, pelo tratamento antineoplásicos, pelos procedimentos terapêuticos ou por motivos não relacionados à doença oncológica, como as alterações metabólicas, infecciosas e degenerativas.

A dor pode ser caracterizada como aguda ou crônica, sendo a dor aguda é mais recorrente na fase inicial da doença. Quando a dor persiste ou é agravada devido ao processo patológico da doença, de forma contínua e recorrente é considerada dor crônica. O predomínio de dor em paciente oncológico ocorre entre 20% e 50% dos casos para pacientes recém-diagnosticados, entre 70% e 90% para pacientes que estão em tratamento de sua doença, e, em torno de 75% e 100%, para aqueles em estado avançado e terminal (TEIXEIRA; SIMIONI, 2006). Os estudos evidenciam que a dor, quando não aliviada, limita o indivíduo nas suas atividades de vida diária, altera o padrão de sono, a movimentação, o humor, o lazer, as atividades profissionais, sociais e familiares. Nos doentes com câncer, a dor pode desencadear frustração, processo depressivo, isolamento social e familiar (BRASIL, 2001).

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor caracterizam a dor como o 5º sinal vital que deve sempre ser registrado, ao mesmo tempo em que também são avaliados os outros sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial) (SOUSA, 2002). Em janeiro de 2001, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) implementou em suas normas a dor como 5º sinal vital (BERRY; DAHL, 2000), portanto o paciente deve ter a sua queixa de dor avaliada desde a sua admissão no serviço de saúde. O autor ainda ressalta que a intensidade dessa dor deve ser reavaliada periodicamente por uma equipe de profissionais comprometida com a prevenção e tratamento da dor (BERRY; DAHL, 2000; D'ARCY, 2012). Tal decisão resultou no reconhecimento que hoje se tem sobre o direito de o doente ter sua queixa dolorosa adequadamente avaliada, registrada e controlada pelos profissionais de saúde. Dor é frequente, cotidiana e seu controle deve ser uma preocupação da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro.

De acordo com Protocolo Operacional Padrão (POP) de Avaliação Sistematizada da Dor em Adulto e Crianças maiores de 7 anos que se Comunica, instituído no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, 2010b), a dor e o seu registro deve seguir o anagrama CALO-I (característica, localização e intensidade da dor) e ser reavaliada novamente no intervalo de 30 minutos a uma hora após a terapia e ou tratamento (HCPA, 2013). Sendo

assim, compete aos profissionais de saúde avaliar a dor de forma contínua a fim de melhorar a terapêutica e a qualidade de vida desses pacientes. No entanto, a dor ainda é um sintoma mal gerenciado e negligenciado pelos profissionais de saúde (LIMA et al., 2013).

Nesse contexto, durante os meus estágios-obrigatórios e não-obrigatórios realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ao longo da minha graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tive a oportunidade de observar a avaliação e o gerenciamento da dor em diversos setores do hospital, como Unidades de Internação, Ambulatório da Dor, Núcleo de Cuidados Paliativos e Ambulatório de Quimioterapia. Nestes locais, observei que havia uma dicotomia na percepção, valorização e gerenciamento da dor pelos profissionais de saúde entre uma unidade e outra, embora o HCPA possua um POP de Avaliação Sistematizada da Dor em Adulto e Crianças maiores de 7 anos que se Comunica (HCPA, 2010b) e um Plano de Gerenciamento da Dor em Adultos (HCPA, 2012a) válidos para todas as unidades.

A partir dessas constatações e como futura profissional da Enfermagem, ao longo da graduação passei a preocupar-me com a qualidade do cuidado prestado aos pacientes com dor oncológica, bem como com a avaliação e o gerenciamento adequado da dor. Tais fatos motivaram-me a realizar um estudo sobre a avaliação e o gerenciamento da dor em pacientes oncológicos que estão em tratamento ambulatorial.

Este estudo justifica-se na medida de que há uma diferença, entre os profissionais, quanto à percepção, valorização, avaliação e gerenciamento da dor dentro de diferentes unidades de um mesmo hospital. Tal estudo torna-se relevante por acreditar que poderá contribuir com o Serviço de Oncologia e a equipe de enfermagem do Ambulatório de Quimioterapia ao proporcionar informações importantes sobre a ocorrência de dor em paciente oncológico durante a administração do protocolo de quimioterapia, contribuindo com a avaliação e o gerenciamento desta dor, o que pode promover a reflexão e a criação de novas estratégias para o cuidado individualizado no alívio da dor e conforto dos pacientes.

Portanto, a questão norteadora deste estudo é:

Como é realizada a avaliação e o registro da dor, pela equipe de enfermagem, em pacientes oncológicos adultos ambulatoriais durante a administração do protocolo de quimioterapia?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a avaliação e o registro da dor pela equipe de enfermagem, em pacientes oncológicos adultos, em tratamento ambulatorial, durante a administração do protocolo de quimioterapia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os registros realizados pela equipe de enfermagem quanto à descrição da característica, local, intensidade e o manejo da dor;
- Avaliar o gerenciamento da dor pela equipe de enfermagem;
- Descrever a ocorrência de reavaliação da dor após analgesia.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta o referencial teórico desta pesquisa, consistindo em uma revisão de literatura aprofundada de conteúdos sobre dor em paciente oncológico adulto em tratamento ambulatorial. Serão abordados temas relacionados ao câncer, quimioterapia, tipos de dor avaliação e tratamento da mesma.

3.1 CÂNCER

Câncer é o nome genérico dado para um grupo de mais de cem doenças, cuja principal característica é o crescimento celular descontrolado e desordenado. Essas patologias se iniciam quando há um descontrole no crescimento celular gerando células defeituosas, que se multiplicam e invadem outros órgãos do corpo, causando um processo conhecido como metástase (BRASIL, 2011).

Segundo Brasil (2011), o corpo humano é formado por milhões de células normais, que crescem e se reproduzem por meio de um processo chamado de divisão celular. O crescimento dessas células é de forma ordenada e controlada. Porém, há situações em que, por diversas razões, determinadas células sofrem algumas mudanças e assumem características anômalas quando comparadas a células normais. Brasil (2011) afirma também que a modificação dessas células é causada por uma mutação genética, ou seja, uma alteração no DNA dos genes. Explica que as células cancerosas costumam se espalhar para outras partes do corpo, onde elas começam a crescer e formar novos tumores. Os tumores são classificados como benignos, quando não são considerados cancerosos, pois não invadem células saudáveis do organismo ou malignos, quando são invasivos e capazes de se alastrarem para outras partes do corpo. Essa característica de invadir e disseminar, que os tumores malignos apresentam, outras partes do corpo a partir de um já existente é a principal característica do câncer e é conhecida como metástase (BRASIL, 2011).

O câncer pode ser causado por fatores externos (substâncias químicas, irradiação) ou fatores internos (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas) (INCA, 2014). O INCA afirma ainda que as causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos e estilos de vida. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas ou estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Porém, estudos apontam que 80% a 90% dos casos de câncer estão associados a fatores ambientais, como exposição excessiva ao sol, uso de cigarros, alguns alimentos e outras causas ainda

desconhecidas (INCA, 2014).

O câncer é a segunda maior causa de morte no Brasil e no mundo, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013). Em 2011, o número de óbitos em decorrência da doença foi de 184.384 pessoas em todo o país. Estimativas para o ano de 2014 e 2015 afirmam que é 11% maior o total de casos novos do que o esperado para 2011 (BRASIL, 2013).

3.2 QUIMIOTERAPIA

De acordo com Bonassa (2012) a quimioterapia é uma modalidade de tratamento utilizada para combater células cancerosas. O autor esclarece ainda que é uma terapia que utiliza compostos químicos que, geralmente, são administradas por via endovenosas com o objetivo de diminuir ou cessar o crescimento do tumor. Pode ser empregada como curativa ou paliativa, pois vai depender das condições do paciente, do tipo e do tamanho do tumor e da extensão da doença. Os tipos de quimioterápicos podem ser classificados como quimioterapia adjuvante, neoadjuvante, curativa ou paliativa (BONASSA, 2012).

O tratamento adjuvante, usualmente, é o tratamento complementar aplicado após o tratamento primário, como a cirurgia, por exemplo. O neo-adjuvante é o que antecede a cirurgia e é utilizado para diminuir o tumor e a agressividade do procedimento. A terapia curativa tem o objetivo de controlar completamente o tumor, e a paliativa é usada apenas para melhorar a qualidade e aumentar a sobrevida do paciente, sem finalidade curativa (BRASIL, 2011). Os quimioterápicos em uso clínico, em geral, são bem tolerados pelos pacientes, embora apresentem alguns efeitos colaterais, como: supressão da medula óssea, imunossupressão, náuseas e vômitos, alopecia, toxicidade renal, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, lesão gonadal e esterilidade (BONASSA, 2012).

A combinação de quimioterápicos, a dosagem, a via de administração e o tempo de tratamento são definidos pelo médico oncologista e as aplicações são realizadas por enfermeiros capacitados. Em todos os casos, o tratamento é acompanhado pelo médico oncologista, que avalia a eficácia da terapêutica adotada e decide, a partir dos resultados e das reações adversas apresentadas em cada paciente, a necessidade de adotar algum ajuste em relação ao tratamento (BONASSA, 2012). Entretanto, assim como a equipe médica, a prática do enfermeiro durante o tratamento de quimioterapia requer muita responsabilidade e conhecimento técnico-científico, uma vez que as drogas antineoplásicas possuem a capacidade de reações adversas imediatas, requerendo condutas específicas para cada caso.

De acordo com a Resolução 210/1998 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamenta a atuação dos profissionais de enfermagem em quimioterapia antineoplásica, o enfermeiro deve assegurar a qualidade da assistência, promover a humanização do atendimento, normatizar a consulta de Enfermagem, assegurar a observância dos requisitos básicos de biossegurança para os profissionais de Enfermagem e normatizar os serviços de quimioterapia, conforme a Portaria MS/SAS n 170/93 (COFEN, 1998).

Sawada et al. (2009) realizaram um estudo no Brasil com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Os dados encontrados revelaram que as atribuições de qualidade de vida mais afetadas foram insônia, dor e fadiga. Os autores ainda ressaltaram que, nas últimas décadas, os estudos de qualidade de vida na área da oncologia têm aumentado e hoje se tornaram imprescindíveis, já que não faria sentido aumentar a sobrevida do paciente sem que o mesmo tenha um mínimo de qualidade de vida.

3.3 DOR

A Dor é um fenômeno multidimensional, complexo e desagradável que envolve aspectos físico-sensoriais, emocionais e mentais (PASIN et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2006). Apresentam respostas autônomas, reações psicológicas e comportamentais que são geradas pela lesão do tecido, aparente ou não. Pasin et al. (2011) afirma que a nocicepção, a dor, o sofrimento e o comportamento são componentes que interagem entre si, com o ambiente e o indivíduo. Em vista disso, a dor passa a ser um fenômeno que transcende aspectos biofisiológicos, pois incluem fatores sociais, culturais e a história individual de saúde, doença e a dor de cada indivíduo. Assim, durante a avaliação clínica dos sinais e sintomas, é fundamental que se leve em consideração todos os fenômenos envolvidos na pessoa com dor (PASIN et al., 2011).

Pasin et al. (2011) também afirmam que a dor é a resposta à nocicepção, que é a percepção do dano tecidual nas terminações nervosas livres. É o potencial de ação que causou a lesão transformando em estímulos elétricos e decodificados como percepção de dor nas estruturas encefálicas superiores. Deste modo, as manifestações de dor buscam a comunicação da necessidade de auxílio para eliminar a causa e diminuir o sofrimento (PASIN et al., 2011). No Brasil, cerca de um terço dos doentes procuram a consulta médica em razão da dor (50% devido à dor aguda e 50% à dor crônica); em hospitais, sua prevalência varia de 45% a 80% dos doentes internados (TEIXEIRA et al., 2006).

3.3.1 Tipos de dor

Segundo Cardoso (2012), a dor pode ser classificada como aguda, crônica ou oncológica. A dor aguda apresenta um início súbito, se manifesta durante um período relativamente curto, sendo autolimitada e facilmente diagnosticado. Está associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas (por exemplo: dor pós-operatória, pós-traumática e dor de dente). A dor Crônica, que é caracterizada por uma duração mais prolongada, constante ou intermitente, possui um início mal definido e é de difícil tratamento (como a dor por artrite reumatoide). A dor Oncológica, é descrita como a “dor total”, pois é uma síndrome em que, além da nociceção, outros fatores físicos e emocionais influem na expressão da queixa.

3.3.1.1 Dor Aguda

A Dor Aguda é definida pela NANDA-INTERNATIONAL como:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses (NANDA-INTERNATIONAL, 2013, p. 548).

A palavra aguda refere-se ao tempo de duração da dor e não à intensidade. De acordo com Kazanowski e Laccetti (2005), essa diferenciação "é um fator importante a ser compartilhado com o cliente adulto, pois para muitas pessoas a palavra *aguda* é sinônimo de 'ameaçadora' ou 'intensa'" (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005, p.41-62). A dor aguda sinaliza ocorrência de lesão tecidual e ativação de transdutores nociceptivos no local da lesão, possui início súbito e está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. A dor aguda ocorre durante um período curto de tempo, que pode ser de minutos a algumas semanas, não ultrapassando seis meses e o alívio dos sintomas, geralmente, responde rapidamente ao tratamento (PASIN et al., 2011). Após esse período, a dor passa a ser considerada crônica tendo a necessidade de mudar a abordagem terapêutica. A dor aguda, quando não tratada adequadamente, em alguns pacientes pode vir a se tornar crônica (D'ARCY, 2012; KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

3.3.1.2 Dor crônica

A Dor Crônica é definida pela NANDA-INTERNATIONAL como:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível duração de mais de seis meses. (NANDA-INTERNATIONAL, 2013, p. 549).

De acordo com Brasil (2001) e Pasin et al. (2011) geralmente, esta dor é provocada por uma lesão, mas pode ser mantida por fatores genéticos e fisicamente distintos da causa originária. Não é apenas o prolongamento da dor aguda, uma vez que as estimulações nociceptivas repetidas levam a uma variedade de modificações no Sistema Nervoso Central (SNC) (BRASIL, 2001; PASIN et al., 2011).

Enquanto a dor aguda provoca uma resposta simpática, com taquicardia, hipertensão e alterações em pupilas, a dor crônica permite uma adaptação a esta situação. Considerada mal delimitada no tempo e no espaço, é a que persiste por processos patológicos crônicos, de forma ininterrupta ou recorrente (BRASIL, 2001). Diz ainda que não possui respostas neurovegetativas associadas, e sim respostas emocionais de ansiedade e depressão frequente.

As respostas físicas, emocionais e comportamentais ao quadro algico podem ser atenuadas ou acentuadas por variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais do indivíduo e do meio. Fatores ambientais e afetivos também interagem com o dano tecidual, contribuindo para a assistência de comportamentos de dor. (BRASIL, 2001; PASIN et al., 2011).

3.3.1.3 Dor Oncológica

“Dor oncológica” é uma expressão utilizada para caracterizar a dor de diversas etiologias que se somam e se potencializam de um paciente com câncer, que pode, ou não, estar diretamente relacionada com a doença de base e sua evolução (THOMAZ, 2010). A dor oncológica pode estar relacionada direta ou indiretamente com o tumor e suas metástases, iatrogenias resultantes das intervenções terapêuticas, ou até mesmo dos procedimentos para investigação da doença. A dor pode ser pontual, generalizada, profunda, visceral, somática, neuropática ou psicogênica (TEIXEIRA, 2006).

Teixeira (2006) explica ainda que o fenômeno doloroso não implica apenas em dor nociceptiva enviada através de canais sensoriais para o Sistema Nervoso Central (SNC). O paciente oncológico apresenta diversas modalidades sensoriais e dolorosas. Existem sistemas supressores no Sistema Nervoso Periférico (SNP) e várias regiões do SNC que propiciam que

o indivíduo interprete a sensação dolorosa de acordo com o momento em que a dor se expressa (TEIXEIRA, 2006).

Existem várias etiologias da dor oncológica, que podem ser em decorrência da infiltração tecidual pelos tumores, sendo elas: invasão óssea, infiltração e compressão dos troncos periféricos, infiltração de vísceras ocas, invasão de vísceras parenquimatosas, oclusões de vasos sanguíneos e infiltrações das mucosas, tegumento e estruturas de sustentação. Já a dor de etiologia decorrente por procedimentos terapêuticos ocorre devido ao processo de cicatrização, dor pós-amputação, pós-quimioterapia, mucosites e uso de medicamentos (TEIXEIRA, 2006).

O mesmo autor afirma que a dor é comum e frequente em doentes com câncer e representa menos de 5% das síndromes dolorosas crônicas. Aproximadamente 18 milhões de pessoas sofrem devido à dor relacionada à neoplasia. Muitas vezes, a ocorrência de dor indica a ocorrência ou progressão da doença, tornando-se assim um sinal importante a ser avaliado e investigado (TEIXEIRA, 2006).

Costa e Chaves (2012) realizaram um estudo no Brasil com o objetivo de avaliar a dor em pacientes oncológicos que estão ou estiveram em tratamento quimioterápico. Os resultados encontrados evidenciaram que, dos 75 pacientes entrevistados, 58,6% dos pacientes relataram dor, sendo que a intensidade média da dor avaliada pela escala numérica foi 6,7. Assim, os autores chegaram à conclusão de que a dor de moderada intensidade e de caráter sensorial estava presente na maioria dos pacientes oncológicos levando-os a perda de energia para executar atividades diárias.

3.3.2 Avaliação da Dor

A dor é uma experiência única, multidimensional e subjetiva. Estas características dificultam a sua avaliação, que é essencial para o sucesso do tratamento, afirma Brasil (2001). Mensurar um sintoma subjetivo, saber o quanto intensa é a dor para um paciente, não é uma tarefa fácil e precisa, entretanto, é possível utilizar escalas verbais ou visuais para medir a dor que o paciente sente (BRASIL, 2001).

O controle e a avaliação da dor precisam ser minuciosos e cuidadosos para que haja elucidação das possíveis causas e dos efeitos deste sintoma na vida do paciente, investigando os fatores psicossociais que possam estar influenciando e o seu impacto no paciente. Realizar anamnese completa e exame físico detalhados são fundamentais para o controle e gerenciamento adequado da dor (TEIXEIRA; YANG, 2006).

Para padronizar a avaliação da dor dentro da instituição (HCPA), criou, em 2010, o Protocolo Operacional Padrão de Avaliação Sistematizada da Dor em Adulto e Crianças maiores de 7 anos que se Comunica e desenvolveu a estratégia de utilizar anagrama CA-LO-I (característica, localização e intensidade da dor), para facilitar a memorização no momento da avaliação da dor (HCPA, 2013). Por ser a dor de ordem subjetiva, o relato verbal do paciente, o uso de escalas específicas para avaliação da dor em casos em que não é possível o relato verbal do paciente, a observação comportamental e o relato do familiar/acompanhante são indicados para a realização de uma adequada avaliação da dor (PASIN et al., 2011). A avaliação pelo autorrelato não abrange aspectos efetivos, cognitivos ou comportamentais e pode ser utilizada em pacientes a partir dos sete anos. A avaliação da dor por comportamento é comumente usada em crianças em idade pré-verbal ou em adultos com necessidades especiais (HOLSBACH, 2009). Já nos casos de pacientes que não possuem absoluta condição de relatar a dor, existem escalas específicas que utilizam a tensão muscular, a expressão facial e outros indícios para mensurar a dor. Assim, o profissional da saúde, precisa ter conhecimento técnico-científico quanto à utilização das escalas para utilizá-la de forma correta de acordo com o tipo de paciente para que a avaliação seja feita de maneira adequada (D'ARCY, 2012).

A mensuração da intensidade da dor pode ser realizada pelas seguintes escalas (D'ARCY, 2012; RIGOTTI; FERREIRA, 2005):

- Escala Numérica Verbal (ENV) ou Escala Visual Analógica (EVA): variam de zero a 10, sendo que o zero indica ausência de dor e 10, a pior dor já vivida pelo paciente. Nessa escala, o paciente deve dar uma nota para a sua dor, ou apontar em uma escala analógica o valor em que se encontra a sua dor. Em geral, essa escala é suficiente para a adequada mensuração da dor;
- Escala Categórica Verbal (ECV): onde a dor é classificada como leve, moderada, intensa e insuportável. Quando a dor é leve, equivale-se a uma nota na ENV de um a três; para dor moderada, quatro a seis; intensa, sete a nove e insuportável, como 10.

3.3.3 Tratamento da Dor

Segundo Teixeira (2006), para o tratamento da dor oncológica são necessárias abordagens farmacológicas, não-farmacológicas e comportamentais. O tratamento

farmacológico deve seguir a escala analgésica da *World Health Organization* (WHO, s.d.). Essa escala é dividida em três degraus que, conforme a intensidade da dor, indica qual fármaco deve ser usado. A dor leve (1 a 3) encontra-se no primeiro degrau, cuja indicação é o uso de Antiinflamatórios Não Esteroides (AINES) como paracetamol e dipirona. Para dor moderada (4 a 6), segundo degrau, indica-se a associação da codeína com paracetamol ou Tramadol[®] associado ou não a analgésico não opióide. No terceiro degrau, para dor intensa ou insuportável (maior ou igual a 7), considera-se o uso de opióide potente (D'ARCY, 2012; HCPA, 2013; WHO, s.d.).

Outro ponto importante a ser destacado, é a via de administração dos fármacos, onde a via endovenosa é utilizada em casos de pacientes que não toleram nada por via oral, ou quando é necessário o efeito rápido do fármaco (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005). Já a via oral é indicada na maioria dos casos para aqueles pacientes que não possuem restrições de ingerir algo por via oral. Ainda há outras vias de administração menos utilizadas, como a via intramuscular, subcutânea e retal (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005). Existem ainda outras maneiras não farmacológicas para alívio da dor, como as termoterapias, estimulações elétricas, cinesioterapias, massagens, alongamentos, técnicas de relaxamento, entre outras (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005; TEIXEIRA, 2006).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho utilizou metodologia quantitativa com delineamento transversal retrospectivo, realizado com dados obtidos dos registros de enfermagem no prontuário dos pacientes. Segundo Diehl (2004), a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança. Baseado neste delineamento, as informações foram coletadas em um único momento e a pesquisadora correlacionará os resultados encontrados para descrever os padrões de distribuição das variáveis na população estudada e de abordagem quantitativa (HULLEY et al., 2008).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um dos campos de estágio para a realização do estágio curricular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O HCPA é considerado um Centro de Alta Complexidade em Oncologia e é referência para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2009, foi criado o Serviço de Enfermagem Onco-hematológica (SEOH), composto por cinco unidades: Unidade de Ambiente Protegido (UAP), Unidade de Banco de Sangue, Ambulatório de Quimioterapia, Unidade de Radioterapia e Hospital Dia. O Ambulatório de Quimioterapia fica situado em prédio anexo do HCPA, acima da Unidade e Radioterapia e junto ao Serviço de Oncologia (zona 11 do Ambulatório) e está incorporado no Serviço de Enfermagem Onco-Hematológica (SEOH). A estrutura física deste ambulatório possui seis cabines e cinco poltronas. O Ambulatório conta com uma equipe de enfermagem especializada composta por dez enfermeiros e três técnicos de enfermagem em cada turno, ou seja, manhã, tarde e noite, e conta também com o suporte da equipe multidisciplinar. Seu horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 7h30min às 23h15min. Nos finais de semana e em feriados, o ambulatório não funciona. O Ambulatório de Quimioterapia realiza, em média, 1000 infusões/mês de quimioterápicos de vários protocolos (HCPA, s.d.).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta de todos os prontuários dos pacientes adultos (idade igual ou maior de 18 anos), de ambos os sexos, da Unidade de Quimioterapia do HCPA, que realizaram quimioterapia no período de janeiro a junho de 2015. O cálculo amostral foi estabelecido por meio do *software Winpepi* versão 11.25, considerando nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e assumindo uma proporção de 50%, visto que, na literatura, são encontrados dados que variam de 30% e 90% de ocorrência de dor nessa população (BRASIL, 2001; TEIXEIRA, 2006). Assim, foram avaliados os registros de enfermagem após 417 infusões de protocolos quimioterápicos, constantes nos prontuários de 243 pacientes atendidos na Unidade de Quimioterapia do HCPA, no período de janeiro a junho de 2015.

Para a seleção dos 417 registros no período estipulado do estudo, foi utilizado o método de amostragem aleatória sistemática. Foi realizado um cálculo a partir do levantamento de todos os procedimentos realizados de janeiro a junho de 2015, totalizando 4170 atendimentos. Sendo assim, a coleta ocorreu de 10 em 10 registros, com o ponto de partida a partir do 4º registro de enfermagem realizado em janeiro. Para que fossem contemplados todos os meses do estudo foram selecionados de 3 a 4 registros por dia, entre 17 e 20 por semana. Esse período, o primeiro semestre de 2015, foi estipulado em virtude de anteceder o período do processo de avaliação para certificação internacional da *Joint Commission International* ocorrida no hospital do estudo em setembro de 2015. Uma vez que a gestão da dor é item avaliado nessa Acreditação e a instituição se mobilizou para que houvesse uma melhoria dos registros e capacitação das equipes. Esse estudo não prevê critérios de exclusão, uma vez que a dor deve ser avaliada como o 5º Sinal Vital, conforme o Protocolo Operacional Padrão de Avaliação Sistematizada da Dor em Adulto e Crianças maiores de 7 anos que se Comunica no HCPA (HCPA, 2013).

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora no prontuário eletrônico dos pacientes que frequentaram o Ambulatório de Quimioterapia e obtido por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais (AGHWeb) do HCPA. Para a coleta de dados nos prontuários, foi elaborado um Instrumento de Coleta de Dados pela pesquisadora (APÊNDICE A).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi realizada por meio da estatística utilizando o *software* SPSS versão 23.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas por meio de percentuais e frequências relativas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado conforme Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Esse Projeto de Pesquisa foi encaminhado para avaliação metodológica da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após aprovação da COMPESQ/EENF, o projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo iniciado somente após esta aprovação.

Para uso das informações dos prontuários, a pesquisadora assinou o Termo de Compromisso para Utilização de Dados disponibilizado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA (ANEXO B). As ideias dos autores citados no texto foram mantidas e devidamente referenciadas de acordo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação, citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BERRY, P. H; DAHL, J. L. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. In: **Pain Management Nursing**, New York, v. 1, n. 1, p. 3-12, Mar. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portal Brasil**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/estudo-preve-cerca-de-580-mil-casos-de-cancer-no-pais-em-2014>>. Acesso: 04 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso: 15 set. 2015.

BONASSA, E. M. A. Administração dos antineoplásicos. In: BONASSA E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 4. ed. São Paulo (SP): Atheneu, 2012. cap. 3, p. 41-79.

CARDOSO, M. G. M. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos**: ampliado e atualizado. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. p. 113-122.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 210 de 1º de Julho de 1998**. Normas Técnicas de Biossegurança Individual, Coletiva e Ambiental dos procedimentos a serem realizadas pelos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2101998_4257.html>. Acesso: 28 out. 2015.

COSTA, A. I. S; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. In: **Revista Dor**, São Paulo, v. 1, n. 13, p. 45-9, jan-mar. 2012.

D'ARCY, Y. Treating acute pain in the hospitalized patient. In: **The Nurse Practitioner**, Philadelphia, v. 37, n. 8, Aug. 2012.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

HCPA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Plano de Gerenciamento da Dor**. Porto Alegre, 2010a. [intranet - Hospital de Clínicas de Porto Alegre].

HCPA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **POP de Avaliação sistematizada da dor em adulto e crianças maiores de 7 anos que se comunicam**. Porto Alegre, 2010b. [intranet - Hospital de Clínicas de Porto Alegre].

HCPA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Protocolo Assistencial de Dor em Adultos**. Porto Alegre, 2013. [intranet - Hospital de Clínicas de Porto Alegre].

HCPA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem Onco-Hematológica**. [s.d]. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/3193/1323/>>. Acesso: 06 out. 2015. [intranet - Hospital de Clínicas de Porto Alegre].

HOLSBACH, I. **Validação de resultados de enfermagem para o diagnóstico de dor aguda**. 2009. 52 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24200/000746306.pdf?...1>>. Acesso: 18 set. 2015

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 8, p. 118.

IARC - INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence WorldWide in 2012**. [s.d]. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>. Acesso: 20 set. 2015

IASP – INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP Taxonomy**. [s.d]. Disponível em: <<http://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>>. Acesso: 22 set. 2015.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>>. Acesso: 18 set. 2015.

KAZANOWSKI, M. K; LACCETTI, M. S. Intervenções para alívio da dor. In: KAZANOWSKI, M. K **Dor: Fundamentos, abordagem clínica e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 3, p. 41-62.

LIMA, A. D.de et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. In: **Revista Dor**, São Paulo, v. 4, n. 14, p.267-270, out. 2013.

NANDA-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 548-549.

PASIN, S. et al. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas associados à dor. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, cap.15.p. 283-294.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. In: **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 50-4, jan-mar. 2005.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. In: **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SOUSA F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l], v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002.

TEIXEIRA, M. J.; SIMIONI, C. V. M. G. Dor em Doente com Câncer. In: TEIXEIRA, M. J. In: **Dor: Manual para o Clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 42, p. 389-390.

TEIXEIRA, M. J.; YANG, L. T. Avaliação da Dor. In: TEIXEIRA, M. J. In: **Dor: Manual para o Clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 3, p. 25–38.

TEIXEIRA, M. J. et al. Avaliação da Dor. In: TEIXEIRA, M. J. In: **Dor: Manual para o Clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 1, p. 1–8.

THOMAZ, A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. In: **Revista Onco&**, [s.l], v. 1, n. 1, ago-set. 2010.

WHO–WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer country profiles 2014**. [s.d]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/bra_en.pdf?ua=1>. Acesso: 25 set. 2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO’s pain relief ladder**. [s.d.] Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/#>>. Acesso: 22 set. 2015.

Artigo original**DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS: avaliação e gerenciamento****Katilene Wrezinski Duarte¹; Ivana de Souza Karl^{1,2}**

¹Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço para correspondência:

Ivana de Souza Karl, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do

Rio Grande do Sul, Rua: São Manoel, 963 - Rio Branco - Porto Alegre/RS - Brasil –

CEP:90620-110. Fone/Fax: 33598018/33598657

E-mail: ikarl@hcpa.edu.br

Resumo

Método: Estudo do tipo quantitativo com delineamento transversal retrospectivo, realizado com dados obtidos dos registros de enfermagem no prontuário dos pacientes. Para a seleção dos 417 registros no período estipulado do estudo, foi utilizado o método de amostragem aleatória sistemática. Os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado pela pesquisadora. **Objetivo:** Analisar a avaliação e o registro da dor pela equipe de enfermagem em pacientes oncológicos adultos em tratamento ambulatorial durante a administração do protocolo de quimioterapia e avaliar o gerenciamento da dor pela mesma.

Resultados: Foram incluídos 417 registros e a idade média dos pacientes foi de 57 ± 12 anos, sendo que 82 (19,6%) apresentaram pelo menos um registro de dor durante o tempo que permaneceram no ambulatório. A característica da dor não foi registrada em nenhum prontuário (100%), o local da queixa foi registrado em 71 (86,5%) dos pacientes e a intensidade em 48 (58%). Apenas em 9 (11%) dos prontuários com registro de dor foi utilizado o manejo farmacológico e 58 (70%) não tiveram nenhum tipo de intervenção. Dos pacientes que receberam algum manejo, 3 (30%) tiveram sua dor reavaliada. **Conclusões:** Os resultados permitem concluir que o registro da dor como quinto sinal vital ainda não está totalmente incorporado na prática clínica. Principalmente a característica da dor, assim como o manejo e reavaliação após intervenção merecem mais atenção.

Descritores: Dor, Enfermagem Oncológica e Quimioterapia

Introdução

O Câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Em 2012, de acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês *International Agency for Research on Cancer*), da Organização

Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer no mundo todo ⁽¹⁾. No Brasil, a ocorrência estimada foi de aproximadamente de 576 mil casos novos de câncer entre os anos de 2014 e 2015, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer ⁽²⁾.

Existem três tipos principais de tratamentos para o câncer: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Eles podem ser usados em conjunto, principalmente em se tratando de neoplasias malignas, e possuem finalidade curativa, profiláticas ou paliativas ⁽²⁾. Entretanto, aproximadamente de 60% a 70% dos pacientes necessitam da quimioterapia como tratamento associado com o protocolo estabelecido para cada tipo de câncer ⁽³⁾.

Sabe-se hoje que o câncer provoca uma série de sinais e sintomas desagradáveis para o indivíduo, sendo que os mais frequentes são: a fadiga, o cansaço, a falta de apetite, as náuseas e vômitos, a diarreia ou a constipação, a depressão, a dor, entre outros ⁽²⁾. Contudo, dentre todas essas manifestações desagradáveis da doença, a dor é um dos sintomas que mais prejudica e interfere na qualidade de vida do doente, especialmente nos casos mais avançados ⁽⁴⁾. O predomínio de dor em paciente oncológico ocorre entre 20% e 50% para pacientes recém-diagnosticados, entre 70% e 90% para pacientes que estão em tratamento de sua doença e em torno de 75% e 100% para aqueles em estado avançado e terminal ⁽⁵⁾.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor caracterizam a dor como o 5º sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo em que também são avaliados os outros sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial) ⁽⁶⁾. Em janeiro de 2001, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) implementou em suas normas a dor como 5º sinal vital ⁽⁷⁾, portanto o paciente deve ter a sua queixa de dor avaliada desde a sua admissão no serviço de saúde ⁽⁷⁻⁸⁾. O autor ainda ressalta que a intensidade dessa dor deve ser reavaliada periodicamente por uma equipe de profissionais comprometida com a prevenção e tratamento

desse sintoma ⁽⁷⁻⁸⁾. Esta decisão resultou no reconhecimento que se tem hoje sobre o direito de o doente ter sua queixa dolorosa adequadamente avaliada, registrada e controlada pelos profissionais de saúde. Dor é frequente, cotidiana e seu controle deve ser uma preocupação da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro. Contudo, existem poucos estudos sobre avaliação e gerenciamento da dor, bem como a caracterização da dor relatada pelos pacientes oncológicos e as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem para o seu alívio.

Buscando preencher esta lacuna do conhecimento, este estudo teve como objetivo analisar a avaliação e o registro da dor pela equipe de enfermagem em pacientes oncológicos adultos em tratamento ambulatorial durante a administração do protocolo de quimioterapia. No qual foi feita a análise dos registros quanto à descrição da característica, local, intensidade e o manejo da dor e descrever a recorrência de reavaliação após analgesia.

Esta pesquisa torna-se relevante na medida em que subsidia contribuições para o Serviço de Oncologia e também com a equipe de enfermagem do Ambulatório de Quimioterapia ao proporcionar informações importantes sobre a ocorrência de dor em paciente oncológico durante a administração do protocolo de quimioterapia. Assim como a avaliação e o gerenciamento desta dor, o que pode promover a reflexão e a criação de novas estratégias para o cuidado individualizado no alívio da dor e conforto dos pacientes.

Método

Este estudo utilizou metodologia quantitativa com delineamento transversal retrospectivo, realizado com dados obtidos dos registros de enfermagem no prontuário dos pacientes. O estudo foi realizado no Ambulatório de Quimioterapia de um Hospital universitário do Sul do país. Os dados foram coletados por meio dos registros em

prontuário e sistema informatizado das evoluções de enfermagem dos pacientes da instituição.

População e amostra

A população deste estudo foi composta por todos os prontuários dos pacientes adultos (idade igual ou maior de 18 anos), de ambos os sexos, da Unidade de Quimioterapia da instituição, que realizaram quimioterapia no período de janeiro a junho de 2015. O cálculo amostral foi estabelecido por meio do *software Winpepi* versão 11.25, considerando nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e assumindo uma proporção de 50%, visto que a literatura apresenta dados que variam de 30% e 90% de ocorrência de dor nessa população⁽⁷⁻⁸⁾. Assim, foram avaliados os registros de enfermagem após 417 infusões de protocolos quimioterápicos, constantes nos prontuários de 243 pacientes atendidos na Unidade de Quimioterapia da instituição, no período de janeiro a junho de 2015.

Para a seleção dos 417 registros no período estipulado do estudo, foi utilizado o método de amostragem aleatória sistemática. Foi feito um cálculo a partir do levantamento de todos os procedimentos realizados de janeiro a junho de 2015, totalizando 4170 atendimentos. Sendo assim, a coleta ocorreu de 10 em 10 registros, com o ponto de partida a partir do 4 registro de enfermagem realizado em janeiro. Para que fossem contemplados todos os meses do estudo foram selecionados de 3 a 4 registros por dia, entre 17 e 20 por semana. Esse estudo não prevê critérios de exclusão, uma vez que a dor deve ser avaliada como o 5º Sinal Vital, conforme o protocolo assistencial adotado na instituição para a avaliação sistematizada da dor em adultos e Crianças maiores de 7 anos que se comunicam.

Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos dos pacientes que frequentaram o Ambulatório de Quimioterapia através de um instrumento de coleta elaborado pela pesquisadora. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística utilizando o *software* SPSS versão 23.0. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas por meio de percentuais e frequências relativas.

Aspectos éticos

O projeto foi elaborado conforme Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos – Resolução 466/12 e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética da instituição (CAAE nº 51678015.2.0000.5327). Para autorização de uso das informações dos prontuários, a pesquisadora assinou o Termo de Compromisso para Utilização de Dados.

Resultados

Foram avaliados os registros de enfermagem após 417 infusões de protocolos quimioterápicos, que constam nos prontuários de 243 pacientes atendidos na Unidade de Quimioterapia do HCPA no período de janeiro a junho de 2015. A idade média foi de 57 ± 12 anos. O sexo feminino foi prevalente com 135 (55,5%) pacientes e o sítio tumoral primário de maior frequência foi o trato gastrointestinal 60 (25%). Quanto à cor / raça, 230 (95%) autodeclararam-se brancos. Conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas dos pacientes que realizaram quimioterapia no período de janeiro a junho de 2015. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

Características	n=243
Idade (anos)	57 ± 12*
Sexo	
Masculino	108 (44,4) [†]
Feminino	135 (55,5) [†]
Cor	
Branco	230 (95) [†]
Negro	9 (3,7) [†]
Pardo	4 (1,6) [†]
Sítio tumoral primário	
Trato gastrointestinal	60 (25) [†]
Trato respiratório	8 (3,2) [†]
Cabeça e pescoço	8 (3,2) [†]
Geniturinário	7 (2,8) [†]
Mama	55 (23) [†]
Próstata	8 (3,2) [†]
Mieloma múltiplo	20 (8,2) [†]
Outros	77 (31,6) [†]

*variável contínua, média ± desvio-padrão; † variáveis categóricas n(%).

Descrição dos registros quanto à característica, local, intensidade, manejo da dor e reavaliação após intervenção

Dos 417 registros analisados, 82 (19,6%) apresentaram pelo menos um registro de dor durante o tempo em que permaneceram no ambulatório, sendo que 56 (68%) eram do sexo feminino. A Tabela 2 apresenta a descrição das características, locais e intensidade da dor. Quanto aos dados sobre o gerenciamento da dor, bem como a qualidade e adequação dos registros de enfermagem, constata-se que 82 (100%) dos registros de enfermagem apresentaram algum tipo de inadequação, caracterizando-os como incompletos. Observa-se que a caracterização da dor estava ausente em 82 (100%) dos registros. A descrição do local estava presente na maioria dos registros 71 (86,5%) e 54 (76%) dos locais referidos estavam relacionados à dor musculoesquelética. A intensidade leve estava presente em 35

(43%), moderada em 11 (13%) e apenas 2 (2%) pacientes relataram dor intensa e em 33(40%) casos não havia essa informação.

O manejo farmacológico foi utilizado em 9 (11%) pacientes, 58 (70%) não receberam nenhuma intervenção e 12 (15%) já haviam tomado algum analgésico antes de entrarem no Ambulatório. Nestas situações, mesmo com queixas de dor, alguns pacientes se negaram a receber medicação, alegando ter feito uso de analgésicos em casa. Dos nove pacientes que receberam manejo farmacológico, em 4 (44%) não havia registro da dose administrada. A reavaliação da dor em um período de até uma hora após a intervenção ocorreu em apenas 3 (30%) dos casos. Dos 417 registros incluídos no estudo, em 111 (27%) a dor não foi registrada como quinto sinal vital.

Tabela 2 – Caracterização do registro algico quanto à característica, local e intensidade antes e durante a infusão de quimioterapia. Porto Alegre, RS, 2016.

	N=82(%)
Características da dor	
Não registrado característica	82 (100)
Local da dor	
Articulações	11 (13)
Membros superiores	7 (9)
Membros inferiores	15 (18)
Lombar/Costas	14 (17,5)
Ossos	4 (5,0)
Sítio punção	3 (4)
Corpo	3 (4)
Mama	1 (1)
Ouvido	2 (2,5)
Estômago	4 (5,0)
Cabeça	1 (1)
Peito	2 (2,5)
Outro	4 (5,0)
Intensidade da dor	
Leve (1-3)	35 (43)
Moderada (4-7)	11 (13)

	N=82(%)
Intensa (8-10)	2 (2)
Não registrado intensidade	33 (41)
Manejo da dor	
Farmacológico	9 (11)
Sem manejo	58 (70)
Não farmacológico	1 (1)
Não aceitou medicação	1 (1)
Paciente já medicado	12 (15)
Profissional que registrou a dor	
Técnicos de enfermagem	0 (0)
Enfermeiro	82 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Discussão

A análise das características demográficas e clínicas dos pacientes que realizaram quimioterapia no período de janeiro a junho de 2015 mostram que, dentre os pacientes que tiveram dor durante a infusão do protocolo de quimioterapia, a maioria era do gênero feminino 56 (68%). Esses achados corroboram com a literatura, que demonstra diferenças sexuais nas respostas nociceptivas e na percepção de dor nos seres humanos, havendo maior prevalência entre as mulheres ⁽⁹⁾. Existem contribuições biológicas e psicossociais para as diferenças sexuais nas respostas à dor. Ainda sobre a característica da população estudada, onde os resultados mostram que 60 (25%) dos pacientes tinham câncer no trato gastrointestinal e 55 (23%) câncer de mama, ambos os tipos de tumor possuem alta prevalência na região Sul. Em homens, tumores no trato gastrointestinal estão em quarto lugar e tumores na mama em mulheres ocupa o primeiro lugar ⁽²⁾.

Na instituição onde foi realizado o estudo, preconiza-se o registro de dor como quinto sinal vital e, nos casos em que a dor do paciente for maior do que zero, é necessário que seja registrado a característica, o local e a intensidade (conforme escala numérica visual ou escala categórica verbal). Todavia, neste estudo observou-se que a dor é avaliada

rotineiramente, porém a qualidade dos registros são frequentemente comprometidos.

A avaliação e o registro da dor devem ocorrer junto com o de outros sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), para que se possa ter o conhecimento e, assim, aplicar a conduta terapêutica adequada ⁽¹⁰⁾. Para isso, a avaliação e os registros de enfermagem sobre dor devem ocorrer de forma sistemática. ⁽¹¹⁾. O registro de enfermagem é essencial, pois é possível avaliar através dele as ações de enfermagem realizadas, uma vez que representam a qualidade da assistência prestada, bem como a produtividade do trabalho.

Os resultados deste estudo mostram que a característica da dor, que se refere à qualidade do sintoma, não foi registrada em 100% dos casos, permitindo-nos compreender que essa informação foi pouco questionada. Dessa maneira, de todos os aspectos preconizados, esse foi o que a equipe encontrou maior dificuldade para mensurar junto ao paciente. Embora pareça simples questionar ao paciente como ele caracteriza sua dor e pedir para que ele a descreva, a equipe de enfermagem, muitas vezes, depara-se com algumas barreiras. Primeiramente, há a percepção e a valorização da dor pela equipe incluindo o entendimento da relevância em caracterizar a dor e por outro lado, dificuldades encontradas pelos pacientes como entendimento do que está sendo questionado, nível de escolaridade e idade avançada ⁽¹²⁾. Em estudo realizado com técnicos e assistentes de enfermagem, a falta de compreensão do paciente foi apontada como a principal (77,6%) dificuldade para se mensurar a dor ⁽¹²⁾. Além do mais, pacientes submetidos cronicamente à dor, como no caso de pacientes oncológicos acabam, de certa forma, se adequando ao sofrimento, o que costuma confundir muito as pessoas e os profissionais que o cercam, por vezes, gerando dúvida sobre a real presença de dor. Entretanto, para que seja efetiva a avaliação e o gerenciamento da dor, acredita-se necessário um pouco mais do que apenas conhecimento técnico-científico, o cuidador, no caso a enfermagem, precisa estabelecer uma relação de confiança, respeito pela individualidade biológica, interesse em aliviar a dor do

paciente. Ademais, criar uma relação profissional/paciente confortável para que o paciente sintasse-se à vontade e consiga dizer com suas próprias palavras o que está sentindo e que saiba da importância da informação que está transmitindo. Desse modo, a educação do paciente para que saiba que a sua dor tem importância é extremamente relevante. Conscientizá-lo e estimulá-lo a descrever o que sente e orientá-lo quanto ao seu direito de ter a sua dor aliviada são condutas que devem ser realizadas e incentivadas por todos da equipe. A enfermagem, por possuir um maior contato com o paciente, encarrega-se de um papel importante nesse aspecto (13).

Outro resultado que podemos observar sobre a população estudada refere-se à localização da dor, onde 54 (76%) dos locais referidos estavam relacionados à dor musculoesquelética. Isso ocorre em virtude de algumas drogas ou combinações das mesmas possuírem como efeito colateral a dor e a fadiga, e por essa razão o relato de dor nas articulações, ossos e músculos é comum entre pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Um estudo realizado com pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico mostrou que a qualidade de vida dos pacientes era afetada por alguns efeitos colaterais do tratamento como náuseas, vômitos, fadiga e dor (14). Sabe-se que, embora a farmacêutica tenha evoluído e que os quimioterápicos utilizados atualmente são menos agressivos ao organismo do que os utilizados inicialmente, ainda assim os efeitos colaterais continuam desagradáveis e interferindo na qualidade de vida do paciente.

No que diz respeito ao gerenciamento da dor, a maioria dos registros não continha nenhum tipo de intervenção para o alívio da dor e apenas nove pacientes receberam manejo farmacológico. Alguns dos pacientes referiram que já haviam tomado algum tipo de analgésico em casa e, por esse motivo, não aceitaram analgesia. Ainda, dos pacientes que foram medicados, 44% não possuía registro da dose administrada. Registros incompletos podem conduzir o enfermeiro e sua equipe a tomarem decisões inadequadas, expondo o

paciente a riscos ⁽¹⁵⁾. Segundo a literatura, muitas vezes, o tratamento da dor não é adequado devido à falta de conhecimento sobre ação farmacológica, interações medicamentosas, tempo de meia-vida e posologia ⁽¹⁰⁾. Embora o papel de prescrever analgesia seja do médico, o enfermeiro e sua equipe são responsáveis pelo manejo e gerenciamento adequado da dor. Cabe ao enfermeiro contribuir com dados relevantes da sua avaliação sobre a individualidade do paciente, trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar, observar reações adversas das medicações prescritas, montar um plano terapêutico de acordo com os seus recursos e utilizar medidas complementares não farmacológicas ⁽¹¹⁾. Em contrapartida, a equipe médica do Ambulatório de que Quimioterapia necessitam, da mesma forma, valorizar a queixa de dor do paciente e ter o conhecimento necessário para parametrizar a prescrição de analgesia conforme os níveis de dor de cada indivíduo.

Em um sentido geral, ambos os profissionais da saúde, enfermeiros e médicos, bem como toda a equipe que presta assistência a qualquer paciente com ou sem dor, devem melhorar suas condutas. Em razão de, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) realizou um encontro com mais de 50 instituições que estudam a dor, em Montreal em 2010, momento em que foi assinada a Declaração de Montreal. Por meio deste documento, diversos países concordam e se comprometem em assegurar o reconhecimento do acesso ao tratamento da dor como um Direito Humano Fundamental. A declaração identifica que o tratamento da dor é inadequado na maior parte dos países e reconhece a importância de que todas as pessoas com dor tem o direito de ter acesso à avaliação e a tratamento adequado por profissionais de saúde qualificados ⁽¹⁶⁾. Dados de um estudo conduzido com acadêmicos de enfermagem revelam que, muitas vezes, estas lacunas do conhecimento já vêm desde a época em que estavam cursando a graduação ⁽¹⁷⁾.

A instituição que sediou o estudo criou, em 2010, Protocolos Operacionais Padrão (POP) para que a avaliação da dor pelos profissionais ocorra de forma padronizada; entre

esses, o Protocolo Assistencial de Dor em Adultos ⁽¹⁸⁾, que visa a normatizar e padronizar o gerenciamento do cuidado da dor em pacientes adultos. O POP prevê a reavaliação da dor de trinta minutos a uma hora após o manejo farmacológico por meio da mensuração da intensidade (escala analógica visual ou escala numérica verbal). Também preconiza que o tratamento analgésico eficaz é aquele que reduz a intensidade da dor em pelo menos 50% ⁽¹⁹⁾. De acordo com a literatura, as escalas de dor, além de terem importância na avaliação inicial da intensidade da dor, também devem ser usadas na reavaliação depois da analgesia, verificando alterações na intensidade ou agravamento dos sintomas. Apesar da normatização da instituição, em 70% dos casos de pacientes que receberam alguma intervenção para alívio da dor a reavaliação do nível algíco não foi realizada. Isso pode estar relacionado ao alívio da dor nesse período e a não incorporação dessa rotina no Ambulatório de Quimioterapia.

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem com o objetivo de caracterizar a percepção e as dificuldades da equipe de enfermagem frente a alguns aspectos da avaliação da dor mostrou que 84,3% dos profissionais tinham conhecimento sobre o tema “dor quinto sinal vital” e que 54,9% adquiriam esse conhecimento no ambiente hospitalar, evidenciando que muitos profissionais adquiram o conhecimento sobre a dor já no exercício da profissão. ⁽²⁰⁾. O que nos faz acreditar que, talvez, os profissionais deste estudo também possuam conhecimento sobre avaliação e gerenciamento da dor, entretanto ainda se vê necessário uma melhoria para que seja alcançada a plenitude do controle e alívio da dor, bem como dos registros realizados.

Limitações do estudo

Dentre as limitações deste estudo, podemos considerar que as avaliações dos registros sem a observação dos fatos não possibilitam a visão completa da cena do cuidado.

Principalmente se tratando de um ambiente tão dinâmico como o Ambulatório de Quimioterapia, onde a rotatividade dos pacientes é intensa ao longo do dia. Em muitas situações, as intervenções utilizadas para controle da dor podem não ter sido registradas, assim como o alívio dos sintomas, devidas às diversas atividades pertinentes ao trabalho de enfermagem. No entanto, não podemos afirmar que não foram realizadas.

Conclusão

Os resultados desse estudo permitem concluir que, ao avaliar a qualidade dos registros de enfermagem quanto à avaliação da dor, observou-se que, embora a assistência seja prestada, o registro é realizado, muitas vezes, de forma incompleta ou inadequada. A característica da dor não foi registrada para todos os pacientes. O registro do local da dor foi apontado na maioria dos casos. O manejo farmacológico foi a principal intervenção utilizada para alívio; entretanto, muitos pacientes não receberam nenhuma intervenção, ou a mesma não foi registrada em prontuário. A reavaliação da dor após a analgesia não foi realizada para nenhum dos pacientes.

Conclui-se que, apesar das orientações da instituição e da existência de um Protocolo Operacional Padrão de dor que preconiza a avaliação e gerenciamento da mesma haviam registros incompletos realizados pela enfermagem. Isso nos permite inferir que existem fatores que comprometem a qualidade da assistência prestada aos pacientes no Ambulatório de Quimioterapia. São necessários maiores esforços no que diz respeito ao registro da dor como quinto sinal vital e ao manejo da dor. Capacitações que integrem toda a equipe multiprofissional poderão ajudar, uma vez que a dor, para ser tratada, necessita que todos os profissionais que vinculam a assistência façam sua parte para que a totalidade dos cuidados possa aliviar a dor do paciente.

Referências

1. IARC - International Agency For Research On Cancer. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence WorldWide in 2012. [s.d]. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>. Acesso: 20 set. 2015.
2. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2> >. Acesso: 18 set.2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
4. Lima AD, Maia IO, Júnior IC, Lima JTO, Lima LC. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. Rev Dor. 2013 out ;14(4):267-270.
5. Teixeira MJ, Simioni CVMG. Dor em Doente com Câncer. In: TEIXEIRA M J. Dor: Manual para o Clínico. São Paulo (SP): Atheneu, 2006. p. 389-390.
6. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2002 mai-jun; 10(3): 446-447.
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (BR). Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
8. Teixeira, MJ et al. Avaliação da Dor. In: Teixeira, MJ. Dor: Manual para o Clínico. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1-8.
9. Cláudia CAP, Hazem AA, Irimar PP. Sexo e percepção da dor e analgesia. In: Rev. Bras. Anesthesiol. 2011 nov-dez; 61(6): 814-828.

10. Saça, C.S, Carmo FA, Arbuleia JPS, Souza RCX, Alves SA, Rosa BA. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Rev do Inst Ciênc Saúde. 2010; 28(1): 35-41. Disponível em: <http://189.2.156.229/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf>. Acesso: 02 mar 2015.
11. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. In: Ciênc, Cuid Saúde. 2007; 6(2): 481-487, Disponível em:< http://pt.slideshare.net/kb_fontes/o-papel-da-enfermagem-frente-o-monitoramento-da-dor-como-quinto-sinal-vital>. Acesso: 12 jan 2016.
12. Nascimento LA, Kreling MCGD. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. In: Acta Paul Enferm. 2011; 24(1).
13. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. In: Arq Ciênc Saúde. 2005 jan –mar; 12(1): 50-54.
14. Sheila MM, Namie OS. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. In: Texto e contexto Enferm. 2008 out-dez; 17(4): 750-757.
15. White Y, Fitzpatrick G. Dialysis: prolonging life or prolonging dying? Ethical, legal and professional considerations for end of life decision making. In: Journal Of Renal Care, Malden. 2006 mar –apr; 2(32): 99-103. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-6686.2006.tb00460.x/pdf>>. Acesso: 03 mar. 2016.
16. Declaração de Montreal (2010). Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Advocacy/Content.aspx?ItemNumber=1821&navItemNumber=582>>. Acesso: 03 mai. 2016.
17. Barros SF, Pereira SSL, Neto AA. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. In: Rev Dor. 2011 abr-jun; 12(2): 131-137.

18. HCPA – Hospital De Clínicas De Porto Alegre. Protocolo Assistencial de Dor em Adultos. Porto Alegre, 2013. [intranet - Hospital de Clínicas de Porto Alegre].

19. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. In: Texto Contexto Enferm. 2006 abr-jun; 15(2): 270-276. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2>>. Acesso: 07 jun 2016.

20. Magalhães PAP, Mota FA, Saleh MR, Secco LMD, Fusco SRG, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. In: Rev Dor. 2011 jul-set; 12(3): 221-225.

APÊNDICE A – INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Nome do paciente:							
Número do prontuário:							
Data de nascimento:		Idade:		Sexo:		() M	() F
Tumor primário:							
Sinais vitais antes da infusão da quimioterapia		PA:	FC:	FR:	SpO2%:		
Dor antes da infusão () Sim () Não		Local:		Intensidade:			
Manejo:		Característica:					
Protocolo infundido:							
Início da infusão:				Término da infusão:			
Sentiu dor durante a infusão: () Sim () Não							
Quando/hora:		Local da dor: () sítio da infusão () membro da infusão () outro Qual:					
Intensidade da dor: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 () não registrado							
Característica da dor: () não registrado							
Avaliação da dor realizada por: () Enfermeiro () Téc. de enf. () Médico/Residente							
Manejo:		() farmacológico		Nome:		Dose:	
				Via:			
		() não farmacológico		Qual:			
A dor foi registrada como 5º sinal vital: () Sim () Não							
Reavaliação da dor: () Sim () Não Quanto tempo após analgesia:							
Intensidade da dor: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 () não registrado							
Manejo da dor: () farmacológico		Nome:		Dose:		Via:	
() não farmacológico		Qual:		() Nenhum			
Reavaliação da dor realizada por: () Enfermeiro () Téc.de enfermagem () Médico/Residente							
Outro relato de dor: () Sim () Não Local: _____ Intensidade: _____							
Característica: _____ Manejo: _____							

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS: avaliação e gerenciamento

Pesquisador: Ivana de Souza Karl

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51678015.2.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.458.851

Apresentação do Projeto:

Trata-se de trabalho de conclusão de curso da Escola de Enfermagem da UFRGS, no qual a aluna pretende estudar a avaliação e gerenciamento da dor em pacientes oncológicos adultos, a nível ambulatorial, durante a administração do protocolo de quimioterapia. Segundo dados da literatura, a avaliação da dor inclui, pelo menos, três aspectos: característica, localização e intensidade. O estudo baseia-se na análise de registros já feitos nos prontuários de pacientes durante as sessões de quimioterapia. Conforme cálculo amostral, será necessária a análise de 417 registros de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Analisar a avaliação e o registro da dor pela equipe de enfermagem, em pacientes oncológicos adultos, em tratamento ambulatorial, durante a administração do protocolo de quimioterapia.

Objetivos específicos:

- Analisar os registros realizados pela equipe de enfermagem quanto à descrição da característica, local, intensidade e o manejo da dor.
- Avaliar o gerenciamento da dor pela equipe de enfermagem.
- Descrever a ocorrência de reavaliação da dor após analgesia.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.458.851

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo é importante, pois visa avaliar a qualidade de registro e maneja da dor em pacientes oncológicos durante a administração da quimioterapia. Os benefícios estão associados à geração de conhecimento sobre o tema e possível melhora da qualidade dos registros. Os riscos associam-se à quebra de sigilo da identidade e das condições clínicas dos sujeitos de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo será do tipo quantitativo, com delineamento transversal retrospectivo, realizado com dados obtidos dos registros de enfermagem no prontuário dos pacientes. Baseado neste delineamento as informações serão coletadas em um único momento e o investigador correlacionará os resultados encontrados para descrever os padrões de distribuição das variáveis na população estudada e de abordagem quantitativa. O estudo será realizado no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Formulário de delegação de atividades e Termo de Compromisso para Uso de Dados (TCUD).

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.375.769 foram esclarecidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 01/03/2016. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto de 02/12/2015 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.458.851

pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_637760.pdf	01/03/2016 16:26:14		Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	01/03/2016 16:24:50	Ivana de Souza Karl	Aceito
Outros	TERMO_DELEGACAO.pdf	01/03/2016 16:04:24	Ivana de Souza Karl	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_DADOS.pdf	01/03/2016 16:01:40	Ivana de Souza Karl	Aceito
Outros	Resposta_KATILENE.docx	01/03/2016 15:58:46	Ivana de Souza Karl	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_pdf.pdf	04/12/2015 15:51:52	Ivana de Souza Karl	Aceito
Orçamento	Or_347amento_xlsm.pdf	02/12/2015 19:01:15	Ivana de Souza Karl	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.docx	02/12/2015 18:39:37	Ivana de Souza Karl	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.pdf	02/12/2015 18:16:30	Ivana de Souza Karl	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/12/2015 18:07:07	Ivana de Souza Karl	Aceito
Folha de Rosto	Folha_PDF.pdf	02/12/2015 18:03:06	Ivana de Souza Karl	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.458.851

PORTO ALEGRE, 21 de Março de 2016

**Assinado por: José
Roberto Goldim
(Coordenador)**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

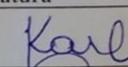
1

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**Título do Projeto**

DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS: avaliação e gerenciamento	Cadastro no GPPG 15-0576
--	-------------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 11 de Fevereiro de 2016.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Ivana De Souza Karl	
Katilene Wrezinski Duarte	

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Ivana De Souza Karl			
Retornar			
Dados Gerais:			
Projeto Nº:	30127	Título:	DOR EM PACIENTES ONCOLOGICOS ADULTOS: AVALIACAO E GERENCIAMENTO
Área de conhecimento:	Enfermagem Pediátrica	Início:	01/12/2015 Previsão de conclusão: 30/07/2016
Situação:	Projeto em Andamento		
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado com linha temática: Linha de pesquisa - Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde	
Local de Realização:	não informado		
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.			
Objetivo:	Analisar a avaliação da dor pela equipe de enfermagem, em pacientes oncológicos adultos, em tratamento ambulatorial, durante a administração do protocolo de quimioterapia.		
Palavras Chave:			
DOR, ENFERMAGEM ONCOLÓGICA, QUIMIOTERAPIA,			
Equipe UFRGS:			
Nome: IVANA DE SOUZA KARL Coordenador - Início: 01/12/2015 Previsão de término: 30/07/2016			

Palavras Chave:

DOR, ENFERMAGEM ONCOLÓGICA, QUIMIOTERAPIA,

Equipe UFRGS:

Nome: IVANA DE SOUZA KARL
 Coordenador - Início: 01/12/2015 Previsão de término: 30/07/2016
Nome: KATILENE WREZINSKI DUARTE
 Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 01/12/2015 Previsão de término: 30/07/2016

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - **Aprovado** em 10/12/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 27/11/2015
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Data de Envio: 27/11/2015

ANEXO D – NORMAS EDITORIAIS PARA PREPARO DO ARTIGO

1

Preparo do artigo

Formato de arquivo

- . doc ou docx (MS Word)

Estrutura **New!**

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Papel

- . A4
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

Quantidade de páginas

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Numeração de páginas não é permitida.

Formatação **New!**

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas

- . Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, lista numeradas ou lista com marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

Título **New!**

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Negrito
- . Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

Resumo **New!**

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os

resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico* devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
- . Redigido em um único parágrafo
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- . Até 200 palavras

Descritores

- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de [Descritores em Ciências da Saúde](#) ou [Mesh](#)
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão New!

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: itálico, caixa alta, excessivas subseções, subseções com nomes extensos, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word.

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Resultados

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

Tabelas New!

Título

Informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição “do que / de quem”
- . de acordo com “o que” ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de

mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

. Localizado acima da tabela

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word
- . Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

Formatação não permitida

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter
- . Recuos utilizando a tecla Tab
- . Espaços para separar os dados
- . Caixa alta
- . Sublinhado
- . Marcadores do MS Word
- . Cores nas células

Cabeçalho

- . Negrito
- . Sem células vazias

Tamanho

- . Evitar tabelas com mais de uma página
- . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Quantidade

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Notas de rodapé

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

Figuras New!

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

- . Localizado abaixo da figura

Quadros

- . São semelhantes às tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Gráficos

- . Não devem repetir os dados representados nas tabelas
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Desenhos, esquemas e fluxogramas

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
- . Lógicos e de fácil compreensão
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Fotos

- . Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)
- . Plenamente legíveis e nítidas
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em preto e branco e não em cores
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Quantidade

- .Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Notas de rodapé

- . Apresentadas entre a figura e o seu título
- . Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Formato e resolução para publicação

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

Citações no texto

Formatação

- . Números arábicos, sobrescritos, entre parênteses e em ordem crescente iniciando na citação 1. Ex: ⁽¹⁾
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência

Citações de referências sequenciais

- . separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ^{(1-2), (4-5), (5-9)}

Citações de referências intercaladas

- .separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ^{(8,14), (10,12,15)}

Local de inserção

- .quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando

inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações “ipsis literes”

- . entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.

Itens não permitidos

- .espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
- .indicação da página consultada
- .nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico
- .citações nas Conclusões

Siglas **New!**

- . No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem
- . Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡
- . Não são permitidas no título do artigo e no resumo

Falas de sujeitos

- . Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto
- . Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé **New!**

- . No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário
- . Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.
- . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Referências

- . Estilo Vancouver
- . Artigos Originais: até 25 referências
- . Artigos de Revisão: sem limite máximo
- . Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
- . Referências da RLAE citadas em inglês