

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA - EEAAC
PROGRAMA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL - PPEA

SILVIA MARQUES LOPES

Este material reúne os instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa de mestrado intitulada '**Gestão da dor no paciente cirúrgico em um hospital de oncologia: estudo de implementação de melhores práticas**'.

Instrumentos em formato PDF

1. **Avaliação do manejo da dor recebido por participante em pós-operatório oncológico**
(Instrumento aplicado diretamente aos pacientes)
2. **Avaliação do manejo da dor na auditoria de prontuários de participantes que realizaram cirurgia oncológica**
(Instrumento utilizado para análise de prontuários)

Instrumentos em formato digital (Google Forms)

3. **Avaliação do manejo da dor realizado por Técnicos(as) de Enfermagem em setores de pós-operatório oncológico (SRPA e enfermarias)**
Link de acesso:
<https://docs.google.com/forms/d/1mny2Gk38sUG520AgZZqnuvZ0V893h3wgOcYT-DJ3-8k/edit>
4. **Avaliação do manejo da dor realizado por Enfermeiros(as) em setores de pós-operatório oncológico (SRPA e enfermarias)**
Link de acesso:
https://docs.google.com/forms/d/1vXQWV48U71r8TDHZh_ACOecsj9XeJgz8ZN-hxRfPd1Y/edit

1- Avaliação do manejo da dor recebido por participante em pós operatório oncológico:

Avaliação do manejo da dor - Participante em pós operatório oncológico:	
PARTE 1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Matrícula:	Data da entrevista: _____
Número de dias de internação:	Data da cirurgia: _____
1 - Idade :	Data da internação: _____
2 - Sexo: Masculino () Feminino () Prefere não informar()	
3 - Formação: Ensino Fundamental ()/Ensino Fundamental incompleto () /	
Ensino Médio()/Ensino Médio incompleto ()/Nível Superior ()/Pós Graduação()/Mestrado ()/ Doutorado ()/Pós Doutorado ()	
4- Cirurgia Realizada:	
5- Clínica de origem: TOC () GINECO () MAMA () ABDOME () PLÁSTICA () OUTRO ().....	
6- Escala Verbal Numérica (EVN) na RPA: _____ EVN atual: _____	
PARTE 2 - GESTÃO DA DOR	
Critérios para Avaliação	Respostas
Durante seu tratamento, você e/ou seu cuidador receberam orientações ou informações sobre a dor relacionada ao câncer e como controlá-la?	Sim Se sim, qual profissional? Não Comentários:
Você ou seu cuidador receberam folhetos, cartilhas ou outro material escrito contendo informações fundamentadas em evidências sobre a dor relacionada ao câncer e como manejá-la?	Sim Não Comentários:
Durante seu tratamento, você ou seu cuidador foram incentivados a participar ativamente no controle da dor identificando a dor e na escolha das estratégias para controlá-la?	Sim Não Comentários:
Antes da sua cirurgia, você recebeu orientações personalizadas sobre como controlar a dor após cirurgia (incluindo quando e como pedir remédio para dor e com que frequência sua dor seria avaliada pelos profissionais de saúde)?	Sim Não Comentários:
Antes da sua cirurgia, você passou por uma avaliação pré-operatória (que considerou sua dor ou seu histórico de dor) para orientar o manejo da dor pós-operatória?	Sim Não Comentários:

Sugestões	
-----------	--

2- Avaliação do manejo da dor na auditoria de prontuários de participantes que

Avaliação do manejo da dor na auditoria de prontuários de participantes que realizaram cirurgia oncológica	
Prontuário: Idade: Sexo: Clínica: Cirurgia realizada: Data da Cirurgia:	
Crítérios para Avaliação	Respostas
Uma ferramenta validada de avaliação da dor é usada para monitorar a dor e a resposta ao tratamento da dor.	Sim Se sim, qual? Não
As intervenções de controle da dor são informadas por avaliações da dor.	Sim Não
A avaliação da dor é abrangente, abrangendo fatores como causa da dor, tipo de dor, efeito na função e barreiras para o controle eficaz da dor.	Sim Não
Tanto a dor estática quanto a dinâmica são avaliadas	Sim Não
O momento da avaliação da dor após o início do tratamento é baseado no tempo para atingir os efeitos máximos do medicamento administrado.	Sim Não
A dor é reavaliada em intervalos regulares para determinar a adequação do alívio da dor	Sim Não

realizaram cirurgia Oncológica:

<p>Uma avaliação inicial abrangente da dor é realizada para todos os pacientes com câncer</p>	<p>Sim Não</p>
<p>Os pacientes recebem um tratamento multimodal da dor que envolve uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas</p>	<p>Sim Não</p>
<p>Os pacientes que recebem opioides sistêmicos são monitorados quanto à sedação, estado respiratório e outros eventos adversos potenciais</p>	<p>Sim Não</p>
<p>Pacientes com dor pós-operatória inadequadamente controlada são encaminhados a um especialista em dor</p>	<p>Sim Se sim, qual? Não</p>

Avaliação do manejo da dor realizado por Técnicos (as) de enfermagem em setores de pós operatório oncológico (SRPA e enfermarias)

Você/Sr.Sra. está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Gestão da dor no paciente cirúrgico em um hospital de oncologia: estudo de implementação de melhores práticas. Esta pesquisa tem como objetivo: Implementar as melhores práticas para a gestão da dor no paciente cirúrgico realizada em um hospital de oncologia, para isso se torna necessário conhecer como é realizado o controle da dor nos pacientes em pós operatório na perspectiva do(a) Técnico(a) de Enfermagem.

Este instrumento foi elaborado com base nas evidências de melhores práticas dos seguintes summaries da JBI: *Post-Surgery (Adults): Pain Management* (Porritt, K,2023), *Cancer Pain: Management Principles* (Whitehorn, A. 2023) e *Surgical Patients: Pain Assessment (Adults)* (Lizarondo, L. 2023). As respostas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Caso tenha dúvida em alguma questão, estou à disposição para esclarecimento.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

2. **PARTE 1- DADOS SOCIOPROFISSIONAIS ***

1. e-mail:

3. 2. Idade: *

4. 3. Maior titulação: *

5. 4. Tempo de exercício profissional como Técnico / Auxiliar de enfermagem (a): *

6. 5. Tempo de trabalho no setor atual (colocar o nome do setor): *

7. 6. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

8. 7. Já realizou algum curso de aprimoramento ou especialização em Dor? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. 8. Caso sua resposta anterior seja SIM, qual curso? *
(Caso resposta anterior seja NÃO, escrever não se aplica)
-

10. 9. Caso a resposta da pergunta número 7 seja SIM, há quanto tempo? *

Marcar apenas uma oval.

- < 1 ano
- 1-3 anos
- > 3 anos
- NÃO SE APLICA

11. **PARTE 2 - GESTÃO DA DOR** *

1 - Você utiliza alguma ferramenta validada de avaliação da dor para monitorar a dor e a resposta ao tratamento da dor?

(Considerar ferramenta validada como escalas de dor reconhecidas e cientificamente testadas. Ex.: Escala Visual Analógica, Escala de FACES, etc.)

(Considerar NÃO caso não utilize ou utilize às vezes.)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. 2. Caso a resposta anterior seja SIM, qual Escala de dor? *

(Caso resposta da questão 1 seja NÃO, escrever não se aplica)

13. 3. Você informa/registra as intervenções de controle da dor após cada avaliação da dor? *

(Considerar NÃO caso informe/registre às vezes.)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. 4. Você realiza a reavaliação da dor em intervalos regulares para verificar se o alívio da dor está adequado? *

(**Avaliar** = perguntar/observar a dor pela primeira vez. **Reavaliar** = perguntar/observar novamente depois, seja por rotina, seja para verificar se o tratamento funcionou).

(Considerar SIM caso você reavalie o paciente em intervalos regulares em ambos os casos seja por rotina ou para verificar se o tratamento funcionou.

Considerar NÃO caso não realize a reavaliação da dor em intervalos regulares ou caso realize as vezes)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. 5. Você recebeu educação e treinamento específicos sobre **dor oncológica**? *

(Considerar SIM, se você recebeu treinamento pelo menos há 1 ano no máximo)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. 6. Uma política/procedimento orienta o manejo da dor pós-operatória. Sua unidade segue uma política ou protocolo para orientar o manejo da **dor no pós-operatória**? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17. Espaço para observações ou informações complementares que considere relevantes sobre o manejo da dor em sua prática profissional.

Google Formulários

Avaliação do manejo da dor realizado por Enfermeiros (as) em setores de pós operatório oncológico (SRPA e enfermarias)

Você/Sr.Sra. está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Gestão da dor no paciente cirúrgico em um hospital de oncologia: estudo de implementação de melhores práticas. Esta pesquisa tem como objetivo: Implementar as melhores práticas para a gestão da dor no paciente cirúrgico realizada em um hospital de oncologia, para isso se torna necessário conhecer como é realizado o controle da dor nos pacientes em pós operatório na perspectiva do(a) enfermeiro(a).

Este instrumento foi elaborado com base nas evidências de melhores práticas dos seguintes summaries da JBI: *Post-Surgery (Adults): Pain Management* (Porritt, K,2023), *Cancer Pain: Management Principles* (Whitehorn, A. 2023) e *Surgical Patients: Pain Assessment (Adults)* (Lizarondo, L. 2023). As respostas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Caso tenha dúvida em alguma questão, estou à disposição para esclarecimento.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

2. **PARTE 1- DADOS SOCIOPROFISSIONAIS ***

1. e-mail:

3. 2. Idade: *

4. 3. Maior titulação: *

5. 4. Tempo de exercício profissional como Enfermeiro (a): *

6. 5. Tempo de trabalho no setor atual (colocar o nome do setor): *

7. 6. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

8. 7. Já realizou algum curso de aprimoramento ou especialização em Dor? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. 8. Caso sua resposta anterior seja SIM, qual curso? *
(Caso resposta anterior seja NÃO, escrever não se aplica)

10. 9. Caso a resposta da pergunta número 7 seja SIM, há quanto tempo? *

Marcar apenas uma oval.

- < 1 ano
- 1-3 anos
- > 3 anos
- Não se aplica

11. **PARTE 2 - GESTÃO DA DOR** *

1 - Você utiliza alguma ferramenta validada de avaliação da dor para monitorar a dor e a resposta ao tratamento da dor?

(Considerar ferramenta validada como escalas de dor reconhecidas e cientificamente testadas. Ex.: Escala Visual Analógica, Escala de FACES, etc.)

(Considerar NÃO caso não utilize ou utilize às vezes.)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. 2. Caso a resposta anterior seja SIM, qual ferramenta ? *

Em situações especiais, você utiliza alguma outra escala?

(Caso resposta da questão 1 seja NÃO, escrever não se aplica)

13. 3. Você informa/registra as intervenções de controle da dor após cada avaliação da dor? *

(Considerar NÃO caso informe/registre às vezes.)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. 4. Na avaliação da dor, você avalia a dor de maneira abrangente e considera aspectos como a causa da dor, o tipo de dor, o impacto na função do paciente (mobilidade, respiração, sono...) e possíveis barreiras para um controle eficaz? *

(Considerar NÃO caso não avalie de maneira abrangente ou avalie de maneira abrangente às vezes.)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. 5. Você avalia tanto a dor estática quanto a dinâmica, ou seja, realiza a avaliação da dor em diferentes contextos, como em repouso (dor estática) e durante atividades ou movimentos (dor dinâmica)? *
- (Considerar SIM caso avalie **tanto** a dor estática **quanto** a dinâmica.)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. 6. Você realiza a avaliação da dor após o início do tratamento **considerando o tempo para atingir os efeitos máximos** do medicamento administrado? *

*(considerar **Via endovenosa (EV): reavaliação em até 30 minutos após administração; Via intramuscular (IM): reavaliação em até 60 minutos e Via oral: reavaliação em até 90 minutos**)*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17. 7. Você realiza a reavaliação da dor em intervalos regulares para verificar se o alívio da dor está adequado? *
- (**Avaliar** = perguntar/observar a dor pela primeira vez. **Reavaliar** = perguntar/observar novamente depois, seja por rotina, seja para verificar se o tratamento funcionou).
- (Considerar SIM caso você reavalie o paciente em intervalos regulares em ambos os casos seja por rotina ou para verificar se o tratamento funcionou.
- Considerar NÃO caso não realize a reavaliação da dor em intervalos regulares ou caso realize as vezes)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. 8. Você recebeu educação e treinamento específicos sobre **dor oncológica**? *

(Considerar SIM, se você recebeu treinamento pelo menos há 1 ano no máximo)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

19. 9. Você realiza uma avaliação inicial abrangente da dor que inclui a causa, o tipo de dor, o impacto na funcionalidade e possíveis barreiras para um controle eficaz? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

20. 10. Uma política/ procedimento orienta o manejo da dor pós-operatória. Sua unidade segue uma política ou protocolo para orientar o manejo da **dor no pós-operatória**? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

21. 11. Os pacientes recebem um tratamento multimodal da dor que envolve uma combinação de intervenções farmacológicas da prescrição e não farmacológicas? *

(Tratamento multimodal: combinação de terapias medicamentosas e não medicamentosas para o alívio da dor).

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

22. 12. Caso a resposta anterior seja SIM, qual intervenção **não farmacológica** você como Enfermeiro utiliza para alívio da dor no pós-operatório?

23. 13. Realiza o monitoramento dos pacientes que estão recebendo **opióides**, quanto a sedação, estado respiratório e outros eventos adversos potenciais? *

(exemplos de opióides: Morfina, Fentanil, Tramadol, Oxycodona)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

24. 14. Para pacientes com **dor pós-operatória inadequadamente controlada** é solicitado um parecer para clínica da dor (são encaminhados a um especialista em dor)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

25. Espaço para observações ou informações complementares que considere relevantes sobre o manejo da dor em sua prática profissional.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários