

DOR, CONHECIMENTO E ACOLHIMENTO: EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UM AMBULATÓRIO ONCOLÓGICO NO BRASIL

Pain, knowledge, and support: the experience of a multidisciplinary team in an oncology outpatient clinic in Brazil

Jordana Rabelo Bergonso¹

¹ Anestesiologista no Hospital Regional de Assis e professora na Fundação Educacional de Assis. Doutoranda na UNESP.

Data de submissão: 09/01/2024 | Data de aprovação: 18/04/2024

RESUMO

A dor é um dos sintomas mais temidos por pacientes oncológicos adultos. Todavia, também é um dos mais frequentes. No campo da saúde, os significados influenciam o trabalho em equipe, bem como a adesão dos pacientes aos tratamentos. Isso evidencia a importância de pesquisas que investigam significados relativos a fenômenos humanos complexos, como é o caso da dor. O objetivo principal do presente estudo foi compreender significados atribuídos à dor em pacientes oncológicos adultos por profissionais de um ambulatório especializado. Desenvolvido em consonância com os princípios do método clínico-qualitativo, o presente estudo contou com a participação de 20 profissionais de um ambulatório especializado na assistência em saúde a pacientes oncológicos adultos. O número de participantes foi definido mediante o emprego do critério de saturação temática indutiva. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-dirigida. A coleta de dados foi executada individualmente e gravada em áudio. O corpus do presente estudo foi composto pelas transcrições, literais e integrais, das gravações em áudio das entrevistas semi-dirigidas e foi submetido à análise de conteúdo clínico-qualitativa. Notas de campo forneceram aportes adicionais para tanto. A confirmação da validade das categorias oriundas da análise de conteúdo clínico-qualitativa foi efetuada por meio de uma reunião com outros pesquisadores do grupo de pesquisa, predominantemente pós-graduandos. Os resultados foram organizados em torno de relatos que evidenciam a importância, para os participantes, de profissionais especializados, que devem ser tanto acolhedores quanto acolhidos, em prol da assistência a pacientes oncológicos adultos com dor. Esse conjunto de resultados pode ser aproveitado em diferentes iniciativas voltadas ao aprimoramento da assistência em saúde oferecida em ambulatórios especializados.

Palavras-chave: Dor; Percepção; Pesquisa Qualitativa.

DOI: 10.5935/2763-602X.20230003

INTRODUÇÃO

O conceito de dor total é empregado na compreensão do mecanismo fisiopatológico da dor em pacientes com câncer e ressalta que o alívio da queixa álgica só poderá ser otimizado a partir

da abordagem de seus aspectos físico, psicológico, social e espiritual¹. O cuidado em saúde desses pacientes deve incluir uma perspectiva holística e ser realizado preferencialmente por uma equipe multidisciplinar, de forma a

ampliar o foco de atenção para incluir também seus cômpanes e a equipe de saúde como um todo².

A International Association for the Study of Pain (IASP) atualmente define a dor como “uma experiência sensível

e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial^{7,3}. Tal definição é aceita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por profissionais da de saúde, assim como por pesquisadores que se dedicam ao tema.

O câncer, por sua vez, é uma doença crônico-degenerativa responsável por 12% das causas de morte no mundo e conta com, aproximadamente, 15 milhões de novos casos por ano, causando reflexos importantes na saúde pública e, com isso, influenciando as políticas públicas no âmbito da saúde. Políticas que estimulam o desenvolvimento científico e o investimento econômico na produção de soluções alternativas para o acolhimento, acompanhamento, tratamento e cuidado desses pacientes tem-se mostrado relevantes na caracterização dos serviços e ações de saúde⁴.

Na atualidade, reconhece-se que conhecimentos clínicos são tão importantes quanto valores, atitudes e comportamentos para o trabalho no campo da saúde⁵, o que se torna especialmente relevante no cuidado aos pacientes com câncer. Assim, a humanização se baseia na articulação entre os saberes científicos acerca do processo saúde-doença-cuidado e na visão do paciente como indivíduo⁶. Este fato deve ser levado em conta no processo de planejamento educacional dos profissionais^{7,8}.

Por fim, é importante mencionar que, no campo da saúde, a equipe de trabalho pode ser outra fonte de satisfação profissional, em especial quando cada um de seus membros somam seus conhecimentos e suas experiências individuais em prol dos pacientes⁶. Da mesma maneira, a abertura para a colaboração é vista como algo positivo e que estimula um ambiente acolhedor e estimulante.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi compreender significados atribuídos à dor em pacientes oncológicos adultos por profissionais de um ambulatório especializado e sua relação com propostas de aplicação de habilidades adquiridas pelas vivências experienciadas.

MÉTODOS

O presente estudo se enquadra, do ponto de vista metodológico, como uma pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa não se ocupa de fenômenos propria-

mente ditos, mas, sim, dos significados que os fenômenos possuem para as pessoas, individualmente ou coletivamente⁹. Portanto, independentemente de seu objetivo específico, pesquisas qualitativas buscam, em última instância, descrever e compreender questões humanas em seus aspectos mais subjetivos, privilegiando a perspectiva dos participantes¹⁰.

Neste estudo, os participantes eram maiores de 18 anos de idade e trabalhavam no mesmo serviço de saúde havia, pelo menos, um mês, quando da coleta de dados. Para preservar-lhes o anonimato, os participantes foram identificados por meio de nomes fictícios, alusivos à nomenclatura de galáxias e constelações, enquanto pacientes citados pelos participantes receberam pseudônimos alusivos a cometas.

O cenário compreende um ambulatório especializado na assistência em saúde a pacientes oncológicos adultos, o qual se situa nas instalações de um hospital público de um município de médio porte da região Sudeste do Brasil¹¹. O hospital em questão, atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde e é referência para cerca de 500.000 pessoas, pois atende, em diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas, pacientes de diversas cidades da região. Além disso, está habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) pelo Ministério da Saúde e, como tal, conta com recursos humanos e tecnológicos para o diagnóstico e o tratamento de variados tipos de câncer.

O hospital dispõe de leitos para internação e oferece tanto pronto-atendimento em urgência e emergência quanto atendimento ambulatorial, a fim de contemplar as diferentes demandas de cuidado de pacientes oncológicos adultos, nomeadamente em quatro especialidades, a saber: Mastologia, Ginecologia, Urologia e Coloproctologia. Já o ambulatório que constituiu o cenário do presente estudo funciona de segunda a sexta-feira, das sete às dezenove horas, exceto feriados, e conta com uma equipe multidisciplinar composta por 41 profissionais. A equipe inclui 12 médicos (três oncologistas, dois urologistas, dois cirurgiões-gerais do aparelho digestivo, um anestesiológista, um cardiologista, um mastologista, um ginecologista e um paliativista), cinco enfermeiros, dois

técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, dois farmacêuticos, dois técnicos em farmácia, um psicólogo, um assistente social, um nutricionista, um técnico de laboratório de análises clínicas, três recepcionistas, duas auxiliares de higiene e limpeza, uma auxiliar de copa e cozinha e sete seguranças.

O instrumento selecionado para os fins do presente estudo é uma entrevista semi-dirigida, recurso mais indicado para a coleta de dados em pesquisas clínico-qualitativas, pois estimula os participantes a se expressarem com ampla liberdade, em termos de significados, a respeito do tópico delimitado pelo pesquisador¹².

No presente estudo, o guia temático foi composto pelas seguintes perguntas: (1) Para você, o que é dor? Como ela se manifesta em pacientes oncológicos adultos?; (2) Na sua opinião, a dor em pacientes oncológicos adultos é diferente da dor em outros pacientes? Se sim, em quais aspectos?; (3) Na sua opinião, quais fatores ajudam a melhorar ou a piorar a dor de pacientes oncológicos adultos?; (4) Na sua opinião, como a dor de pacientes oncológicos adultos pode ser avaliada em termos de sua causa e intensidade?; (5) Na sua opinião, quais devem ser os objetivos da assistência a pacientes oncológicos adultos que se queixam de dor?; (6) Como é, para você, prestar assistência a pacientes oncológicos adultos que se queixam de dor? Você identifica aspectos positivos e negativos? Quais?; (7) Sua visão a esse respeito mudou ao longo do tempo? Se sim, como?; (8) Na sua opinião, o que pode ser feito para aprimorar a assistência a pacientes oncológicos adultos que se queixam de dor?; (9) Você tem algum exemplo marcante, decorrente da sua experiência profissional, sobre a assistência a pacientes oncológicos adultos que se queixam de dor?

Dos 41 profissionais do ambulatório, 27 foram convidados para participar do presente estudo, sem recusas ou desistências. Porém, dois participantes não puderam participar devido a afastamentos do trabalho por motivos de saúde. Nem todos os indivíduos elegíveis foram convidados uma vez que o fechamento da amostra foi determinado pelo critério de saturação, e não pelo critério de exaustão. Tal parâmetro foi selecionado por ser

reconhecido como um valioso recurso de validação científica em pesquisas qualitativas¹³. Mais precisamente, utilizou-se o critério de saturação temática indutiva, pois o número de participantes foi definido com base na constatação de que os temas delimitados a partir de uma análise inicial dos dados eram suficientes para responder ao objetivo da pesquisa¹⁴.

O corpus do presente estudo foi composto pelas transcrições, literais e integrais, das gravações em áudio das entrevistas semi-dirigidas, as quais foram então submetidas à análise de conteúdo clínico-qualitativa segundo os procedimentos metodológicos estabelecidos por Faria-Schützer *et al.*¹⁵ como um desenvolvimento daqueles relativos à análise de conteúdo originalmente formulados por Bardin¹⁶. Assim, empreendeu-se uma leitura flutuante do material para possibilitar o contato com seus significados latentes e a construção a posteriori de unidades de análise concernentes ao objeto da pesquisa, recurso este estimulado na fase de análise de conteúdo clínico-qualitativo no campo da saúde no intuito de interpretar significados que permeiam as entrevistas individuais¹⁵. Já a confirmação da validade das categorias – ou seja, a verificação de que são mutuamente excludentes, abarcam cada qual temas próximos e respondem aos objetivos da pesquisa – foi viabilizada em uma segunda reunião, cujo diferencial consistiu na participação de outros pesquisadores do grupo, predominantemente pós-graduandos.

O presente estudo foi aprovado por um Comitê de Ética e desenvolvido de acordo com as diretrizes éticas estabelecidas pela legislação vigente no Brasil. Portanto, todos os participantes, antes do início da coleta de dados, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio do qual os objetivos e os procedimentos foram expostos formalmente, bem como foi assegurado que todos os indivíduos elegíveis teriam liberdade de se recusar a participar sem qualquer prejuízo, ao passo que os participantes poderiam desistir de continuar participando mesmo após a realização da coleta de dados. Vale destacar, igualmente, que o compromisso da pesquisadora com o sigilo quanto à identidade dos participantes também foi formalizado a partir do mesmo documento.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 20 profissionais, de cargos diversos, de um ambulatório especializado na assistência em saúde a pacientes oncológicos adultos. Dentre estes, incluem-se médicos, equipe de Enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, recepcionistas, equipe de segurança e de higiene e limpeza, conforme destacado na **Tabela 1**.

O cuidado de pacientes oncológicos adultos depende, de acordo com 12 participantes, de conhecimento técnico especializado, fato esse que se mostrou relacionado ao entendimento de que, nesse público, a dor é mais intensa. Sete participantes referiram ter estudado ou buscado mais informações sobre o assunto, desde que começaram a trabalhar no Ambulatório de Oncologia. O relato de Antila é emblemático:

“Se não tiver uma equipe preparada, com conhecimento, ela não vai conseguir entender o que ele [paciente] está falando [...]. Talvez o profissional capacitado vai

entender perfeitamente. Vai conseguir ver ele [paciente] na sua integralidade dentro do conhecimento dele [profissional]. Coisa que eu acho que outro profissional vai ter essa dificuldade”.

Seyfert enfatizou a necessidade de educação continuada para os profissionais:

“O curso de [cuidados] paliativos, esses cursos que a gente vem fazendo [...], abriu muito a minha cabeça. [...] Eu acho que as pessoas [profissionais] tinham que ter mais conhecimento, sabe? Mais de perto, sobre o paciente oncológico. Sobre as fases do tratamento dele, a fase de vida que ele está. Porque eu só tive essa visão quando eu me aproximei mais, quando eu comecei a trabalhar com isso. Então eu vejo que, acho que muitas pessoas não têm esse conhecimento e trata como um paciente normal que está ali, que está internado, a conduta igual pra todos. Então eu acho que isso falta assim”.

Metade dos participantes enfatizou a importância de compreender melhor as necessidades de cada paciente e demons-

TABELA 1 - Caracterização dos participantes por cargo e sexo.

PARTICIPANTE	CARGO	SEXO
Cartwheel	Técnico de Enfermagem	Feminino
Antila	Enfermeiro	Feminino
Lacerta	Psicólogo	Feminino
Redshift	Recepcionista	Feminino
Hoag	Enfermeiro	Masculino
Columba	Técnico em Farmácia	Feminino
Hydra	Auxiliar de Higiene e Limpeza	Feminino
Mice	Médico oncologista	Feminino
Magalhães	Segurança	Masculino
Messier	Enfermeiro	Feminino
Andromeda	Recepcionista	Feminino
Lyra	Assistente social	Feminino
Seyfert	Nutricionista	Feminino
Phoenix	Recepcionista	Feminino
Aquila	Farmacêutico	Feminino
Pegasus	Enfermeiro	Feminino
Centaurus	Técnico em Farmácia	Feminino
Sagitta	Técnico de Enfermagem	Feminino
Cassiopeia	Farmacêutico	Feminino
Markarian	Enfermeiro	Feminino

* Para preservar-lhes o anonimato, os participantes serão identificados por meio de nomes fictícios, alusivos à nomenclatura de galáxias e constelações.

trar uma atitude acolhedora, geralmente por meio de gestos simples, o que se alinha à compreensão da dor como fenômeno subjetivo destacada na segunda categoria. Seyfert cita um atendimento para explicar seu ponto de vista sobre esse tema:

“Eu acho que o que melhora [a dor] é você ter uma compreensão com eles [pacientes]. Escutar o que eles querem falar; às vezes, se ele está alterado, entender aquele momento dele e respeitar. Tanto que eu respeito muito. Hoje mesmo a filha de uma paciente falou assim: ‘Ah, eu quero que ela coma peixe’. Uma filha falou pra mãezinha que estava lá, cadeirante: ‘Eu quero que ela coma peixe porque o peixe é bom. Porque fulana lá no outro hospital passa com a nutricionista e ela come muito peixe e minha mãe tem que comer peixe’. Aí eu falei assim: ‘Olha, mas se ela não gosta de peixe, a gente tem que respeitar, ela pode comer outras coisas’. Aí a senhorinha fez uma cara tão feliz, tipo assim: ‘Alguém me compreende’. Sabe? ‘Ufa! Não vou precisar comer peixe’. Então eu senti que ela ficou aliviada ali. Porque fora as outras pressões do tratamento, da dor que ela está sentindo, da cirurgia que ela fez, ela ainda tinha uma filha pressionando ela a comer o peixe que ela não gosta [risos]. Então eu sinto que só do fato do paciente ser respeitado ele já se sente mais aliviado”.

De forma semelhante, Pegasus destaca a importância de estabelecer uma relação de confiança com os pacientes:

“Eu acho que assim, além do exame físico, uma anamnese de tudo que tem acontecido. Você ter condição e a pessoa ter confiança pra te falar. Porque muitas vezes ela não tem confiança em você e ela não te relata tudo aquilo que tem acontecido. E a gente vai, como se fosse um bloco, assim, pra ir montando, pra conseguir entender. Então, eu acho que é isso, você ter a confiança da pessoa, você consegue que ela te fale tudo. [...] O que vem acontecendo com ela no decorrer desses dias”.

Cartwheel faz referência ao acolhimento enquanto fator de melhora do sintoma doloroso:

“Tem uma pacientinha nossa, aqui, antiga né, não é de agora. Que ela tinha paindor do Portocath®. Na hora de punção

o Portocath®, ela passava mal, muito mal. Vomitava, e na hora de pegar, né, de colocar a agulhinha ali ela tinha dor. O cheiro da clorexidina [...]. O que eu fiz um dia? Eu maquiei ela. Falei assim: ‘olha, vamos fazer o seguinte?’ Falei pra Antila: ‘Antila, troca a clorexidina pelo álcool’, e ela foi lá e trocou [piscando um olho como se desse a entender que era só pra fingir]. Aí eu comecei a fazer maquiagem nela. Eu falei: ‘a gente vai te maquiar e você não vai olhar. Vamos combinar assim? Você não olha?’ Comecei a fazer uma maquiagem nela, e brincar, e fazer uma maquiagem nela. Pois a Antila punção, começou a correr as medicações, ela não sentiu, ela não passou mal. Entendeu? Ela nem sentiu picar”.

Já Cassiopeia lembra da importância de terapias complementares:

“Lançar mão de técnicas da terapia complementar, que a gente fala, da medicina integrativa. Talvez uma massagem, uma acupuntura, uma aromaterapia, certo? Terapias complementares que tiram também um pouco o paciente desse ambiente frio que é o hospital. [...] O objetivo seria não só melhorar a dor em si, mas tratar, o que eu torno a dizer, porque, pela experiência que eu tive, eu vejo que às vezes um paliativo, uma palavra. O objetivo seria não só o foco da dor, mas a qualidade de vida do paciente como um todo. Isso vai influenciar diretamente nele. Na percepção dele da dor.”

Antila, por sua vez, defendeu que a prontidão para ofertar cuidado seria essencial, acompanhando o tema do atendimento prioritário a pacientes oncológicos adultos com dor já abordado na segunda categoria:

“Se tudo acontece rápido eu acho que melhora, né [...]. E aí, às vezes, o que piora mais é a demora, né. Eu acho que isso piora. Aumenta a dor dele. E aí ameniza quando a gente atende ele, e faz mais rápido. A gente sente isso, que melhora. A demora pra atender, a demora pra medicar [...]. Porque a gente vê, por exemplo, quando ele [paciente] chega aqui, a gente já acolhe, já coloca ele [no leito]. Não é que ele não está com dor, ele está, mas aí, na velocidade que a gente vai no incômodo dele, já vai preparando a medicação já e seguindo a prescrição pra aliviar aquilo;

eu acredito que melhora. Quando ele está com dor e ele ainda não conseguiu nem um leito, nem ser acolhido, eu acho que aquilo ali piora muito”.

Cartwheel parece concordar com esse posicionamento:

“O paciente não deve sentir dor dentro do hospital. [Se] o paciente está com dor, eu acho que você tem que passar ele na frente, atender ele primeiro, medicar [...]. Não dá pra passar dor dentro de um hospital. Eu acho que é o fim, na minha opinião. Não dá pra você entender isso. Você vê a pessoa com dor e lá esperando, né? Eu acho que tem que atender primeiro”.

Hoag observa em seu discurso inclusive os possíveis efeitos colaterais da medicação, além da importância do tratamento não medicamentoso:

“A gente ainda tem a falsa impressão de que remédio resolve tudo. Se você está com dor, você vai tomar analgésico, você vai tomar, sei lá, sedativos, e você vai resolver a dor, né. [...] A gente esquece de cuidados que também podem diminuir a dor. [...] Existem vários fatores que melhoram a dor antes de você ter que sobrecarregar um organismo que já está sobrecarregado com outras coisas com remédio. [...] Por isso que eu falo que a dor é única, cada usuário é único. Cada paciente ele é único. E aí não existe uma receita de bolo que serve pra todos, então a gente precisa trabalhar em equipe. E aprender, né, muito com a questão da dor. [...] A gente está aprendendo cada dia mais novas formas de lidar com a dor [...]”

Hoag salienta a importância tanto do acolhimento quanto do trabalho multidisciplinar para o enfrentamento da dor:

“Eu acho que a gente precisa de uma equipe conjunta, né, é o que a gente chama aí de equipe multidisciplinar. Então a gente tem a parte da alimentação, com o nutricionista, que pode lançar mão de alimentos que não interfiram tanto no ciclo do organismo, aí, pra diminuir o potencial de dor. O psicólogo, que mexe muito com essa fase de aceitação. A enfermagem, no aspecto de lidar com a dor do outro e respeitar o limite de dor do outro. A equipe médica, né, a preparar esse paciente pra

uma questão que é muito difícil, que é um 'suportivo' paliativo, né. Então, o médico da dor, ele é um profissional extremamente importante por ele ser a referência, não só pra prescrever o analgésico, mas também pra orientar o paciente sobre como que isso tudo vai funcionar. [...] O paciente da oncologia quer muito pouco de você. A partir do momento que você abre os ouvidos para ouvir o que eles têm pra falar e tal, olha no olho da pessoa assim, você já está dando a primeira medicação”.

Cassiopeia propôs ampliar o ambiente dos atendimentos para acomodar melhor os pacientes oncológicos:

“Aqui no hospital a gente não tem uma ala de internação [específica] pra Oncologia. E eu acho que misturar os pacientes com a clínica médica, isso aí pra mim é muito errado. Porque lá tem pacientes de n tipos de patologias, vírus e bactérias, enfim. E o paciente oncológico, ele já está extremamente com o sistema imunológico deprimido. O tratamento é difícil, né. E você expor o paciente, colocar o paciente, levar o paciente pra cima, fazer todo esse, esse trajeto, é que pra mim você vai contaminando tudo. E ficar lá, junto com os outros pacientes, sem ter um local exclusivo? Eu acho que isso que é o que precisava”.

Messier, por sua vez, relaciona a qualidade de vida com a dignidade de morte, quando questionada sobre o que poderia ser feito para aprimorar a assistência aos pacientes que se queixam de dor:

“Acredito que são os leitos paliativos. As pessoas que a gente lida não tem vagas. Sem contar que o paciente oncológico, quando se torna terminal, eles já podem ficar em casa com a família, mas ninguém está preparado pra isso. Então qual que é a outra opção? Infelizmente [internar em instituição hospitalar]. Já se ele tiver um acesso a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos junto dele, explicando pra família qual é o papel dela. E [explicar] que o paciente vai estar sendo atendido ali. Eu acho que eles teriam uma qualidade de morte. Acho que pode-se dizer, assim, com dignidade. Porque ali vão estar falando a mesma língua”.

A necessidade de existir um olhar para o sofrimento da equipe multiprofissional

que realiza a assistência foi sugerida, ainda que sutilmente, por outros participantes, como Markarian:

“Às vezes você não vê muito resultado. O paciente tem uma dor crônica e às vezes você não vê muita melhora, né. Eu acho que isso também traz um desconforto enquanto equipe. Tipo: ‘Ai, o que a gente poderia fazer?’ Às vezes a gente já tentou tudo, e esse paciente não melhora. Tem tudo isso. Eu acho que isso é frustrante também para nós [profissionais], muitas vezes”.

Algo equivalente pode ser identificado no seguinte relato de Hoag:

“A perda de um paciente na oncologia, ela é muito sofrida pra equipe. A gente precisa também lidar com essas, e aceitar também a perda do nosso usuário, né. [...] Então eu tive que conversar com muita gente pra aprender que as pessoas que a gente cuida também se vão, né. [...] E cada paciente vai ter um impacto diferente na nossa vida também. Porque ele é um ser humano que viveu com a gente seis meses, um ano, dez anos que seja. Então quando ele deixa de estar no serviço, isso é marcante de alguma forma, né [...] E a gente precisa lidar com isso”.

Políticas públicas enquanto estímulo à implantação de um programa nacional de cuidados paliativos e investimento político, apesar de imprescindível para atingir os objetivos de cuidado dos pacientes e familiares, foram citados por apenas duas participantes, sendo Antila uma delas:

“Como a gente vai tratar a dor se a gente vê que a política nacional dos cuidados paliativos também não é implantada dentro dos hospitais? Então, ele chega, mas não tem uma política nacional de cuidados paliativos onde esses pacientes vai ser acolhidos. Recebido onde? Não tem nem [...] às vezes não tem nem o leito pra ele. É o que a gente vê, né. Que não é só, de maneira geral, assim no Brasil. Talvez em outros hospitais pode ser que sim. Mas eu vejo, assim, que é um problema geral, por conta do regulamento do serviço, então tudo isso dificulta pra eles [pacientes]. Então a gente assiste eles morrerem”.

Magalhães também contemplou essa questão, com foco na importância da vontade política para a reversão de dificuldades:

“A gente vê por aí os governantes, eles falam que faz, faz, faz, mas eles são muito relapsos, eles não dão aquela assistência que deveriam [...]. Quer queira, quer não, é uma doença que tem uma sentença de morte, né? Muitos são curados, mas a maioria não são. O que a gente pode fazer, no caso de vocês, profissionais de saúde, é amenizar a dor, na maioria das vezes. [...] Então tem que começar lá de cima. Eles [políticos] verem essa situação desses pacientes e realmente investir, investir pesado nisso. Porque pode não ter cura, mas se tiver uma sobrevida, né? Se fala assim: ‘Olha, você vai viver mais dez anos’. Aí o paciente já fica [melhor]. Mas isso aí tem que ser investimento [governamental] pesado.”

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes apontou a importância do conhecimento técnico para o adequado manejo dos pacientes com queixas algicas crônicas, de difícil controle e decorrentes de diagnósticos oncológicos. Alguns profissionais da área da saúde salientam a falta de treinamento especializado na condução de dor crônica como causa de frustração pessoal, algo já descrito em pesquisas anteriores^{17,18}. Em muitos casos, profissionais da área da saúde internalizam essa frustração como culpa quando o tratamento de seus pacientes que sofrem de patologias de difícil manejo falha, sendo que alguns deles descreveram até mesmo temor e frustração ao reconhecerem os nomes desses pacientes na agenda dos seus atendimentos^{19, 20}.

Porém, justamente por conta dessa complexidade humanística presente no cuidado ao paciente com dor oncológica, uma formação limitada aos aspectos técnicos é insuficiente. Por isso, as diretrizes curriculares para a formação de profissionais da área da saúde devem enfatizar o desenvolvimento de um perfil crítico-reflexivo humanista para atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, numa perspectiva integral dos processos de saúde-doença²¹. Essa dimensão cuidadora afetiva-social também cursa em paralelo à implementação de políticas institucionais e governamentais de humanização no atendimento à saúde com o objetivo de valorizar as relações entre pacientes e profissionais²².

Para que tais habilidades humanís-

ticas sejam cultivadas, é necessário reconhecer e atentar-se à notória complexidade inerente ao conceito de humanização. A construção de valores, atitudes, posturas e comportamentos durante a formação qualificada do profissional deve ser intencional, planejada, dialogada e vivenciada no planejamento educacional nos ambientes de ensino-aprendizagem. Para isso, é necessário implementar estratégias e práticas no currículo formal e informal, para que se possa alcançar a sensibilidade, o compromisso e o respeito à identidade e à alteridade do paciente²³.

Assim como relatado pelos participantes deste estudo, é comum a ocorrência de comorbidades diversas juntamente com a dor, como a depressão e os transtornos de ansiedade, inapetência, edema, feridas, além de muitas outras que afetam a qualidade de vida. O envolvimento de profissionais não médicos, como psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e fisioterapeutas, é de grande valia visando o cuidado holístico do paciente, quando há uma soma de estratégias de enfrentamento na busca de saúde. Fica claro que o cuidado ampliado com enfoque no paciente enquanto ser humano, o qual transcende a visão focada no tratamento da doença apenas, é o método mais efetivo para alcançar sua satisfação²⁴.

Mencionada por muitos participantes, a legitimação da dor pela equipe de saúde, mesmo quando não fisicamente visível, é conduta respeitável. Tais validações são dependentes do vínculo entre o profissional e o paciente com dor crônica e são essenciais no acolhimento e na promoção de saúde. Com uma relação profissional-paciente adequada há muito outros frutos a serem colhidos além do correto diagnóstico²⁵.

As mensagens não verbais na relação profissional-paciente são tão importantes quanto o discurso falado. Olhar nos olhos do paciente, sentar-se na mesma altura em que ele se encontra, criar um ambiente acolhedor, averiguar se o paciente e seus familiares estão compreendendo a mensagem que está sendo transmitida, permitir que ele interrompa a fala do examinador para esclarecimento de dúvidas, repetir as palavras do paciente como instrumento de validação e evitar interrupções externas no momento do atendimento são significativas na construção

desta relação, conforme observado pelos participantes deste estudo²⁶.

Com o estabelecimento de uma adequada relação profissional-paciente, torna-se possível a melhor compreensão deste sintoma tão frequente quanto complexo, assim como das implicações da dor na qualidade de vida referida pelo paciente²⁷. Tal percepção, como descrita pelos profissionais entrevistados, é essencial para aprimorar a qualidade desta diáde e para melhor entender certos comportamentos da equipe assistencial, os quais se repetem nos atendimentos.

A atenção multiprofissional ao paciente produz sistemáticas contemporâneas de cuidado, de acordo com as realidades encontradas em cada serviço, conforme salientado por Hoag. Esse acolher estimula a confiança e o compromisso nas relações entre os usuários e os profissionais, possibilitando avanços na construção da saúde e fortalecendo laços entre equipes e serviços na implementação de políticas públicas em defesa do SUS. Ele pressupõe uma postura ético-política, pois se pauta no compromisso do reconhecimento do outro apesar de suas diferenças e potencializa o protagonismo coletivo e garantias de condições de existência²⁸.

Nessa linha, a Política Nacional de Humanização (PNH) assinala que mudanças estruturais na gestão do serviço de saúde - a partir da ampliação dos espaços democráticos de discussão, escuta, trocas e decisões coletivas - abrangem, além do acolhimento do paciente e dos familiares, também o suporte aos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Isso é fundamental, uma vez que, nestes espaços, se dá, similarmente, a apreciação das dificuldades na acolhida às demandas da população, relatadas por muitos profissionais²⁹.

Ainda de acordo com a PNH, a ação do acolher pode se dar de inúmeras formas, as quais incluem: adequação da área física no intuito de compatibilizar a oferta de ações de saúde à sua demanda, reorganização do processo de trabalho, administração das equipes locais que promovem o cuidado, humanização das relações no trabalho, remodelamento da gestão em vigor na unidade de atendimento à saúde, produção de vínculos como ação terapêutica, práticas interdisciplinares, entre outras²⁸. Tais suges-

tões foram citadas pelos participantes de diferentes maneiras quando questionados sobre pontos que poderiam ser pensados com o objetivo de aprimorar a assistência prestada aos pacientes oncológicos com queixas algícas.

Tratamentos complementares, que constam na Portaria no 1083 do Ministério da Saúde, publicada em 02 de Outubro de 2012³⁰, podem ser benéficos, conforme sugerido pela maioria dos profissionais abordados neste estudo, podendo complementar o tratamento farmacológico da dor proposto pela medicina tradicional, inclusive da dor oncológica³¹. Essas abordagens oferecem opções que podem ser eficazes quando em conjunto com tratamentos convencionais.

A ocorrência de efeitos colaterais ao tratamento medicamentoso da dor deve ser prevista, evitada e adequadamente controlada, como citado pelos participantes. Sintomas não desejados, porém, que ocorrem com a ingestão ou aplicação de drogas analgésicas, são frequentes e dose-dependentes, além de variarem conforme a constituição biológica de cada um, da ocorrência de outras patologias e de tratamentos concomitantes, os quais, da mesma forma, são comuns nos pacientes oncológicos³².

É essencial ter cuidado com o tratamento farmacológico de forma a evitar prescrever medicações que se contrapõem aos objetivos do tratamento. Um equívoco apresentado por um dos participantes envolve o uso de fármacos hipnóticos e sedativos visando efeitos analgésicos, uma crença equivocada comum entre a população leiga. Sedativos e hipnóticos afetam principalmente o nível e o conteúdo da consciência, sem agir na cascata fisiopatológica do fenômeno doloroso físico. Não obstante, alguns profissionais da área da saúde ainda usam essas medicações de forma incorreta, buscando aliviar a dor através da sedação. Frente ao dever ético e moral de não causar o mal ao paciente³³, é preciso levar em conta que, ao administrar medicações que deprimem o nível de consciência em um paciente com dor física, pode-se causar um sono extremamente desagradável, do qual o paciente não consegue se desvencilhar com posições antálgicas e com medidas de autocuidado, pois o desconforto físico ainda não foi adequadamente sanado. Assim, consciência e analgesia,

embora coexistentes e interdependentes no ser humano, são processos fisiológicos distintos e devem ser abordados com medicações de classes farmacológicas diferentes, se e quando necessárias.

No discurso da participante Pegasus sobre a relevância da adequada compreensão do que o paciente quer dizer para, desta maneira, se otimizar a conduta voltada para ele. Sua fala ressalta seu anseio em compreender o modo segundo o qual cada indivíduo se coloca no mundo, na sociedade, nos atendimentos e nas conversas. Essa abordagem respeita os valores atribuído às escolhas dos pacientes e as responsabilidades que as acompanham, para assim expandir as chances de êxito nos tratamentos propostos. Esta conduta é validada na literatura científica e mostra-se efetiva³⁴.

A dor é uma das principais causas de sofrimento e de procura por atendimento nos serviços de saúde, com repercussões no âmbito econômico da saúde pública, além dos biopsicossociais já citados. Seu manejo adequado, rápido e eficaz está envolvido na percepção da intensidade desta queixa e da qualidade de vida³⁵. Tal fato foi reconhecido pelos participantes do presente estudo.

O acolhimento prioritário do paciente oncológico é previsto pela Lei nº 17.832, de 1 de Novembro de 2023, no estado de São Paulo³⁶. Por sua vez, no Brasil, o Projeto de Lei nº 4890/20, que busca garantir o atendimento preferencial aos pacientes com câncer em repartições públicas, ainda tramita na Câmara dos Deputados³⁷.

Na fala da participante Cartwheel, nota-se uma preocupação moral com o paciente que padece de dor dentro do ambiente hospitalar. Para ela, é inaceitável a ocorrência deste fato. Estando o Ambulatório de Oncologia dentro de um hospital, e sendo Cartwheel profissional do serviço de enfermagem, ela é amparada por publicações científicas a respeito de sua aflição: existem diversas ferramentas de triagem disponíveis a serem utilizadas em situações de urgência e emergência, as quais podem ser empregadas pela enfermagem visando à melhoria do atendimento imediato conforme o nível de gravidade³⁸. Uma vez que a dor é reconhecida como o quinto sinal vital³⁹, ela não deve ser negligenciada.

Anseios quanto ao número de profissionais existentes na equipe multidisciplinar

plinar disponíveis para a realização da assistência a pacientes oncológicos adultos com queixa de dor no Ambulatório de Oncologia e quanto à reorganização do processo de trabalho foram apontados. Idealmente, esta equipe seria composta por oncologistas clínicos e cirúrgicos, médicos paliativistas e especialistas em dor, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, equipe de enfermagem, assistente social e capelão, além dos funcionários administrativos (recepção, segurança, higiene e limpeza, copa e cozinha, almoxarifado, recursos humanos, técnicos de exames complementares, entre muitos outros). O número de profissionais deveria ser suficiente para atender a demanda crescente de pacientes com diagnóstico de câncer de acordo com a Constituição Brasileira, a qual prega que a saúde é um direito de todos e dever do Estado^{40,41}. Além disso, apesar de não existir um número pré-determinado de pacientes que cada profissional deve atender em um turno de trabalho, o número de membros da equipe deve sempre levar em conta a qualidade e a segurança da assistência, como determinado em políticas e guidelines de assistência em saúde²⁹.

Preocupações quanto ao adequado dimensionamento da equipe multidisciplinar no Ambulatório de Oncologia estão intimamente ligadas à questão do burnout entre os profissionais de saúde. Existem evidências na literatura científica que apontam para um aumento no número de casos de burnout nos últimos anos, em decorrência especialmente da sobrecarga no trabalho. Em setores como a Oncologia, isso se soma à autocobrança entre os profissionais da saúde advinda da percepção de não se alcançar a cura no processo fisiopatológico de muitas doenças crônicas^{42,43}. Estas situações foram também observadas em alguns discursos, como aqueles apresentados por Markarian e Hoag.

Nos pacientes com câncer, as infecções comunitárias ou hospitalares apresentam potencial elevado de evolução para formas clínicas graves, com piores prognósticos e elevadas taxas de morbimortalidade. Esta predisposição envolve outros fatores como estadiamento, tempo de hospitalização, neutropenia febril, uso de dispositivos invasivos, idade, presença de comorbidades, resistência

microbiana, dentre outros⁴⁴. Esta perspectiva é comentada pela participante Cassiopeia quando sublinha a necessidade de um ambiente específico para a internação de pacientes oncológicos, separado daquele em que ficam internados pacientes com outros diagnósticos.

A preocupação com uma adequação do espaço físico, no intuito de compatibilizar a oferta e a demanda por ações de saúde, foi apontada também por outros participantes, como Cartwheel, a respeito dos seus anseios e sugestões de aprimoramento do serviço. Ela relatou que espera montar uma sala de jogos para ampliar a socialização dos pacientes e que está em seus planos propor seu projeto para a chefia. Suas percepções e ações sobre a pertinência do espaço efetivo, a humanização das relações no trabalho e a produção de vínculos como ação terapêutica estão em consonância com a PNH²⁸.

Uma contemplação aventada pelos participantes e com aplicabilidade possível foi a necessidade inevitável em se enxergar a dor como um fenômeno pluridimensional e multifacetado. Isso se enquadra na também mencionada - e já discutida - abordagem de educação e treinamento que contemple, independente da especialidade profissional exercida pelo trabalhador na área da saúde, a interação entre aspectos biológicos, psíquicos, espirituais e sociais interdependentes, na gênese do fenômeno doloroso. Tal apreciação carece urgentemente de ações amplas em políticas públicas e iniciativas de cidadania, além de diretrizes institucionais assistenciais atualizadas e resoluções efetivas do Ministério da Educação direcionadas a aprimorar a qualidade da formação básica e superior profissionalizante. A isso soma-se a necessidade de dedicação pessoal empática por parte daqueles envolvidos no cuidado e na promoção ativa de hábitos saudáveis.

Uma limitação deste estudo é o fato de os participantes entrevistados comporem uma ampla variedade de profissões, as quais variam no nível técnico e nas especialidades, conforme pode ser observado na **Tabela 1**. Contudo, isso também pode agregar diferentes perspectivas valiosas. Nessa linha, a equipe multidisciplinar deve tramalhar de forma coesa, juntamente com o paciente e seus entes queridos, além de incluir a comunidade em seus conhecimentos,

para melhorar a qualidade de vida do usuário do sistema de saúde. Iniciativas de educação em saúde e formação continuada interdisciplinares - especialmente aquelas voltadas para o trabalho em equipe - favorecem o compartilhamento de responsabilidades, permitindo suavizar o árduo fardo da expectativa de corresponder às demandas do paciente com doenças ameaçadoras da vida e dos que se preocupam com estes, sejam eles cuidadores formais ou informais.

O presente estudo foi realizado em apenas uma instituição assistencial, o que pode representar uma limitação. Além disso, os profissionais entrevistados atuam em apenas um local, o que pode ser um fator limitante na interpretação da experiência dos significados. Dessa maneira, a triangulação ambiental é necessária para ampliar a validação dos dados observados.

CONCLUSÃO

A forma como se organizam os cuidados ambulatoriais ou hospitalares para pacientes com dor oncológica desempenha papel igualmente significativo na promoção da saúde e da qualidade de vida. Além do aspecto profissional, características das próprias instituições onde esse cuidado é oferecido também exercem papel fundamental, incluindo seus modelos de administração, seja em âmbito particular ou público, municipal, estadual, nacional ou até mesmo internacional. Da mesma forma, o modo como esses serviços são compreendidos, seja no âmbito cultural ou social, também influencia o resultado final do cuidado.

O presente estudo compilou os significados atribuídos à dor em pacientes oncológicos adultos por profissionais de um ambulatório especializado, revelando diferentes percepções. Os participantes apresentaram suas visões subjetivas, mas muitos apresentaram pontos de vista convergentes, que incluem uma preocupação com a formação de profissionais da saúde com um enfoque humanista; a importância da legitimação da dor relatada pelo paciente; a necessidade de adotar uma postura empática, acolhedora e compassiva na relação com o paciente com dor oncológica e a importância da multiprofissionalidade. Outros aspectos discutidos incluíram questões técnicas sobre o controle da dor, como o uso muitas vezes inadequa-

dos de hipnóticos, além de receios e preocupações, como a grande incidência de *burnout* na área. Outras preocupações e angústias, como a necessidade de se obter um maior controle da dor em serviços de assistência à saúde, também foram levantadas. Com base nesses relatos, é possível observar que políticas públicas, ideologias culturais e institucionais exercem papel considerável na experiência dos profissionais, refletindo também no manejo dos pacientes.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesses.

FONTE DE FINANCIAMENTO

A presente pesquisa não recebeu nenhum tipo de financiamento.

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Hospital Regional de Assis

Endereço para correspondência:

Avenida Getúlio Vargas, 1200, Vila Nova Santana, Assis, SP-SP. Cep 19807130

Autor correspondente:

Jordana Rabelo Bergonso

jordanarabelo@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Ministério da Saúde. O que significa ter saúde? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-querome-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude> (citado em 18/04/2024).
- [2] Rao S. Finding peace beyond the pain: Sunder's Journey in the hospice. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2016; 30(3):228-230.
- [3] Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9):1976-1982.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf (citado em 18/10/2022).
- [5] Silva TT. Teoria cultural e educação - um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
- [6] Carvalho LL, Logatti MSM, Sass S, Gallian DMC. Como trabalhar com narrativas: uma abor-

dagem metodológica de compreensão interpretativa no campo das Ciências Humanas em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200355.

[7] Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020; 18(Suppl1):e0024678.

[8] Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Publicada no Diário Oficial da União de 07/11/2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/novembro-2022-pdf-1/242251-rces003-22-2/file> (citado em 20/03/2024).

[9] Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

[10] Morse M, Field A. Qualitative Research Methods for Health Professionals. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.

[11] Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016; 25(4):767-776.

[12] Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14(5):812-820.

[13] Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.

[14] Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018; 52:1893-1907.

[15] Faria-Schützer DB, Surita FG, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Cien Saude Colet*. 2021; 26(1):265-274.

[16] Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70; 2016.

[17] Raffaelli W, Tenti M, Corrado A, Malafoglia V, Ilari S, Balzani E, et al. Chronic pain: what does it mean? A review on the use of the term chronic pain in clinical practice. *J Pain Res*. 2021; 14:827-835.

[18] Serra S, Spampinato MD, Riccardi A, Guarino M, Fabbri A, Orsi L, et al. Pain management at the end of life in the emergency department: a

- narrative review of the literature and practical clinical approach. *J Clin Med*. 2023; 12(13):4357.
- [19] Somohano VC, Smith CL, Saha S, McPherson S, Morasco BJ, Ono SS, et al. Patient-provider shared decision-making, trust, and opioid misuse among US veterans prescribed long-term opioid therapy for chronic pain. *J Gen Intern Med*. 2023; 38(12):2755-2760.
- [20] Aloush V, Niv D, Ablin JN, Yaish I, Elkayam O, Elkana O. Good pain, bad pain: illness perception and physician attitudes towards rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2021; 39(suppl130):S54-60.
- [21] Moura ACA, Mariano LA, Gottems LBD, Bolognani CV, Fernandes SES, Bittencourt RJ. Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanística, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: revisão sistemática. *Rev Bras Educ Med*. 2020; 44(3):e076.
- [22] Doukas DJ, Ozar DT, Darragh M, de Groot JM, Carter BS, Stout N. Virtue and care ethics & humanism in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2022; 22(1):131.
- [23] Rabinowitz DG. On the arts and humanities in medical education. *Philos Ethics Humani Med*. 2021; 16(1):4.
- [24] Mankelow J, Ryan CG, Green PW, Taylor PC, Martin D. An exploration of primary care healthcare professionals' understanding of pain and pain management following a brief pain science education. *BMC Med Educ*. 2022; 22(1):211.
- [25] Peres RS. Experiences of falling ill with fibromyalgia: an incursion into the collective imaginary of women. *Paideia*. 2021; 31:e3140.
- [26] Fenn N, Reyes C, Mushkat Z, Vinacco K, Jackson H, Al Sanea A, et al. Empathy, better patient care, and how interprofessional education can help. *J Interprof Care*. 2022; 36(5):660-669.
- [27] Lima ADD, Maia IDO, Costa Junior I, Lima JTDO, Lima LC. Avaliação da Dor Em Pacientes Oncológicos Internados em um Hospital Escola do Nordeste do Brasil. *Rev Dor*. 2013; 14(4):267-271.
- [28] Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2021.
- [29] Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C. Revisão integrativa sobre congestão no contexto da Política Nacional de Humanização. *Cien Saúde Colet*. 2021; 26(08):2949-2959.
- [30] Ministério da Saúde. Relatório de recomendação: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20221101_pcdt_dor_cronica_cp74.pdf (citado em 20/03/2024).
- [31] Graner KM, Costa Junior AL, Rolim GS. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas Psicol*. 2010; 18(2):345-355.
- [32] O'Brien T, Christrup LL, Drewes AM, Fallon MT, Kress HG, McQuay HJ, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *Eur J Pain*. 2017; 21(1):3-19.
- [33] Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2217/18, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217> (citado em 20/03/2024).
- [34] Prado RAA, Caldas MT, Barreto CLBT. Ampliando as possibilidades de compreensão psicológica na clínica em saúde pública a partir da imaginação poética de Bachelard. *Rev Mal-Estar e Subj*. 2011; 11(1):205-240.
- [35] Coelho EFP, Pereira MGN. Atuação do enfermeiro no manejo da dor na sala de urgência e emergência. *RIAI*. 2017; 3(4):73-86.
- [36] Governo do Estado de São Paulo. Lei Estadual n. 17.832, de 1 de Novembro de 2023. Consolida a legislação relativa à defesa do consumidor. Publicada no Diário Oficial Executivo do Estado de São Paulo de 06/11/2023. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2023/lei-17832-01.11.2023.html> (citado em 18/04/2024).
- [37] Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 4890, de 2020. Altera a Lei nº 12.732, de 2012, para estabelecer atendimento prioritário aos pacientes em tratamento de neoplasias malignas. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2264276> (citado em 18/04/2024).
- [38] Viveiros WL, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Oliveira GN, Batista REA. Dor no serviço de emergência: correlações com as categorias da classificação de risco. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018; 26:e3070.
- [39] Rogers MP, Kuo PC. Pain as the fifth vital sign. *J Am Coll Surg*. 2020; 231(5):601-602.
- [40] Mancini N. Equipe multidisciplinar, direito de todos os pacientes [Internet]. São Paulo, Brasil: Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia; 2020. Disponível em: <https://revista.abrale.org.br/equipe-multidisciplinar-e-um-direito> (citado em 24/11/2022).
- [41] Organização Mundial da Saúde. Human Rights Day 2022 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/12/10/default-calendar/human-rights-day-2022> (citado em 10/12/2022).
- [42] Perniciotti P, Serrano Júnior CV, Guarita RV, Morales RJ, Romano BW. Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev SBPH*. 2020; 23(1):35-52.
- [43] Jarruche LT, Mucci S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. *Rev Bioét*. 2021; 29(1):162-173.
- [44] Sereepaphinan C, Kanchanasuwan S, Julamanee J. Mortality-associated clinical risk factors in patients with febrile neutropenia: a retrospective study. *IJID Reg*. 2021; 1:5-11.