
DOR: CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ESTUDANTES EM UM ANO DE SEGUIMENTO

Alexandrina de Jesus Serra Lobo¹, Jacinta Pires Martins²

¹ Doutoramento em Actividade Física e Saúde na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Professora Coordenadora do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. Portugal. E-mail: damiaolobo@gmail.com

² Mestre em Ciências de Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. Portugal. E-mail: jacintapires@sapo.pt

RESUMO: As atitudes, os preconceitos e/ou mitos aliados à insuficiência de conhecimentos e competências dos profissionais de saúde podem condicionar o tratamento da dor. Com este estudo procurou-se identificar e analisar a evolução dos conhecimentos e atitudes dos estudantes de enfermagem em relação à dor. Estudo longitudinal, descritivo/correlacional, com a utilização de um questionário com base no "Guia Orientador de Boas Práticas na Dor". No ano letivo de 2011/12, os estudantes apresentaram uma evolução de 11% no seu nível de conhecimentos e atitudes em relação à dor, sendo que a mesma atinge os 40% no final dos quatro anos do curso de licenciatura em enfermagem. Os que manifestam melhores índices têm cerca de 0,8 vezes mais probabilidade de reflectir e analisar as suas crenças e conhecimentos sobre a dor. A formação inicial em enfermagem é preponderante para o nível de conhecimentos e atitudes dos estudantes em relação à dor, em particular nos primeiros anos do curso.

DESCRIPTORIOS: Conhecimento. Atitude. Enfermagem. Dor.

PAIN: KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF NURSING STUDENTS, 1 YEAR FOLLOW-UP

ABSTRACT: The attitudes, prejudices and/or myths, combined with insufficient knowledge and skills of healthcare professionals, can influence pain treatment. This study aimed to identify and analyze the evolution of the knowledge and attitudes of nursing students in relation to pain. It is a longitudinal study (descriptive/correlational) using a questionnaire based on the "Guia Orientador de Boas Práticas na Dor". In the academic year of 2011/12, the students presented an increase of 11% in their level of knowledge and attitudes in relation to pain, which reached the 40% by the end of the fourth year of the nursing course; those who showed higher rates were approximately 0.8 times more likely to reflect on and analyze their beliefs and knowledge about pain. The initial training in nursing is important in relation to the level of knowledge and attitudes of the students regarding pain, particularly in the early years of the course.

DESCRIPTORS: Knowledge. Attitude. Nursing. Pain.

DOLOR: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, UN AÑO DE SEGUIMIENTO

RESUMEN: Las actitudes, los prejuicios y/o los mitos, junto con el insuficiente conocimiento y habilidades de los profesionales de la salud pueden condicionar el tratamiento del dolor. Este estudio trata de identificar y analizar la evolución de los conocimientos y actitudes de los estudiantes de enfermería en lo que respecta al dolor. Estudio longitudinal, descriptivo/correlacional, utilizando un cuestionario basado en el "Guía Orientador de Boas Práticas na Dor". En el año lectivo 2011/12, los estudiantes presentaron una evolución del 11% en su nivel de conocimientos y actitudes sobre el dolor, donde la misma atinge el 40%, en el final de los 4 años del curso de licenciatura en enfermería; los que tienen tasas más altas, tienen cerca de 0.8 veces más probabilidad de reflexionar y las creencias suyas y conocimientos sobre el dolor. La formación inicial en enfermería es preponderante para el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes con relación al dolor, principalmente en los primeros años del curso.

DESCRIPTORIOS: Conocimiento. Actitude. Enfermería. Dolor.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual, subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade. “A dor, sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”,^{1:60-61} perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objectivo prioritário.

Assim, na prestação de cuidados, os profissionais de saúde, além das habilidades e conhecimentos técnico-científicos, precisam de ter sensibilidade para atender e cuidar do indivíduo com dor.²⁻³ Desde logo, em particular os enfermeiros, que de modo interdependente e/ou autónomo devem ter em conta a eficácia das terapêuticas implementadas, visando a identificação de factores que melhor contribuam para o controlo da dor, procurando considerar a experiência dolorosa em todos os seus domínios e as suas repercussões a nível biológico, emocional, espiritual e comportamental do indivíduo.⁴ Ainda, dada a sua maior proximidade com os pacientes, os enfermeiros devem estar despertos e preparados para identificar, programar e administrar a terapêutica necessária, através de uma avaliação precisa, julgamento crítico e prescrição de intervenções que melhor atendam às necessidades dos pacientes que referem dor.⁵

Para um adequado controlo da dor, os enfermeiros precisam ter um entendimento abrangente de cada uma das dimensões que lhe estão subjacentes, devendo sustentar a sua actuação, através de conhecimentos teóricos e práticos.⁴ A inadequada gestão da dor tem sérias consequências, resultando muitas vezes em sofrimento desnecessário para os pacientes, levando a complicações que podem causar mais prejuízos ou morte, aumentando os custos do sistema de saúde.⁶

De acordo com a literatura verifica-se que uma grande parte dos enfermeiros demonstram falhas de conhecimento técnico-científico, atitudes e crenças inadequadas, bem como falhas nos registos em relação à dor e à analgesia,⁷ onde a formação e/ou treino insuficiente/inadequado dos profissionais de saúde, bem como os seus preconceitos e/ou mitos aliados à insuficiência

de conhecimentos e competências vêm dificultar o tratamento da dor.⁸

Com efeito, no presente estudo procurou-se: i) identificar e analisar o nível de conhecimentos e o tipo de crenças dos estudantes de enfermagem em relação à dor; ii) analisar e comparar a evolução do nível de conhecimentos dos estudantes, ao longo do ano letivo 2011/12 e dos quatro anos do CLE; iii) verificar as possíveis associações entre os níveis de conhecimentos e atitudes dos estudantes de enfermagem. Considera-se que, após uma ampla pesquisa bibliográfica, não se encontraram estudos que abordem esta problemática nos estudantes do CLE, propomos que esta metodologia sirva de referência para futuras pesquisas constituindo um contributo significativo para avaliar e identificar as possíveis lacunas na formação inicial de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo/correlacional, baseado numa estratégia de investigação de natureza quantitativa. Na primeira colheita de dados (setembro de 2011) utilizou-se uma amostra de 97% dos estudantes do CLE (59 do 1º ano, 37 do 2º ano, 35 do 3º ano e 39 do 4º ano) da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado (ESEDJTMM) de Chaves (interior norte de Portugal). Posteriormente, e no sentido de se conhecer a evolução ao longo do ano letivo 2011/12, realizou-se segunda avaliação (junho de 2012), na qual se registou uma perda de 34% dos estudantes (15 do 1º ano, 7 do 2º ano, 5 do 3º ano e 7 do 4º ano), por estarem ausentes, em ensino clínico.

Como instrumento de colheita de dados construiu-se um questionário com 32 itens, tendo por base o Guia orientador de boas práticas na dor, elaborado pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros portugueses,² permitindo-nos colher informação factual sobre os indivíduos, suas atitudes, crenças e intenções no cuidado ao paciente com dor. O questionário foi desenvolvido de acordo com metodologia internacionalmente aceite. O pré-teste foi realizado com 17 estudantes. Para avaliação da reprodutibilidade, o questionário foi aplicado duas vezes dentro de um período de 48 horas. A reprodutibilidade intra e interobservadores foi estatisticamente significativa ($0,54 < r < 0,83$ e $0,62 < r < 0,81$), respectivamente. Foi verificado que cumpre com os três elementos importantes: fidelidade - qualquer pessoa que o aplica obterá sempre os mesmos resultados; validade - os dados recolhidos medem exactamente o que pretende medir e são os necessários à pesquisa e operatividade

- vocabulário acessível e significado claro.⁹ Os dados foram colhidos em sala de aula (no local de estudo dos sujeitos), após esclarecimento dos objetivos do estudo aos estudantes, que voluntariamente aceitaram fazer parte do estudo, dando o respetivo consentimento informado. Para a aprovação do estudo, obteve-se o parecer favorável do Comité de Ética do Conselho de Direcção da Escola.

Os dados obtidos foram codificados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19 para o *Windows*, tendo sido estabelecido o nível de significância de 5%. Foi utilizada estatística descritiva e inferencial, nomeadamente: o teste de independência de Kolmogorov-Smirnov e as probabilidades (OR= *Odds Rácio*) para identificar uma possível associação, estabelecendo-se o escore total do questionário como variável independente.

Para se obter um indicador do nível global dos conhecimentos e das crenças sobre a dor, foi realizada a computação de todas as questões relativas a cada uma dessas dimensões. Tendo sido padronizada cada uma dessas questões através dos escore $Z = (\text{valor} - \text{valor médio}) / \text{SD}$.

RESULTADOS

Na avaliação inicial considerou-se uma amostra de 170 estudantes do CLE, 129 do sexo feminino e 41 do sexo masculino, com uma média de 24,4 anos de idade. A idade mínima foi de 18 e a máxima de 48 anos. Do total dos inquiridos, 34% estão no 1º ano, 22% encontram-se no 2º, 21% estão no 3º e 23% frequentam o 4º ano curricular.

Apenas seis (3,5%) estudantes referem ter adquirido formação específica sobre avaliação e tratamento da dor, além dos conteúdos programáticos do CLE. Acrescenta-se ainda que uma percentagem significativa dos estudantes (88% do 1º ano, 83% do 2º, 89% do 3º e 93% do 4º) refere sentir necessidade de mais formação específica sobre este tema.

Tabela 1 - Nível de conhecimentos por ano curricular. Chaves-Portugal, 2012 (n=170)

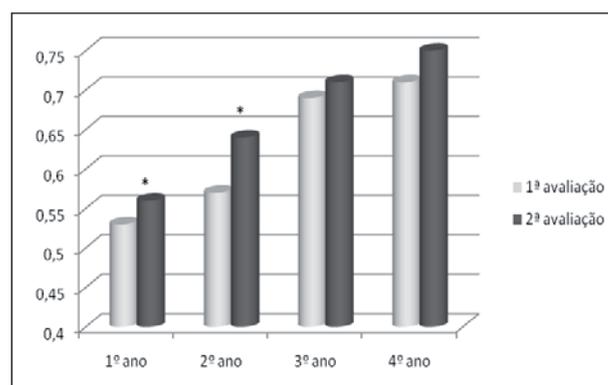
	Idade	Escore total	Escore crenças	Escore farmacologia
1º ano	26±8	0,53±0,12*	0,57±0,15*	0,44±0,18*
2º ano	23±4	0,57±0,10	0,60±0,16	0,46±0,12†
3º ano	24±7	0,69±0,16	0,73±0,16	0,59±0,18
4º ano	25±4	0,71±0,17*	0,74±0,21*	0,64±0,15†

† Prova significativa: $p \leq 0,05$.

Pela análise da tabela 1 constata-se que a maioria dos estudantes do 1º ano (53%) considera que os seus conhecimentos sobre este tema são insuficientes. A maior parte dos estudantes do 2º e 3º anos considera que tem conhecimentos razoáveis, 63% e 56% respectivamente. No último ano da licenciatura, verifica-se que os estudantes se apreciam com mais conhecimentos relativamente a este tema: 25% avalia-os como adequados, 36% como suficientes e 38% como razoáveis.

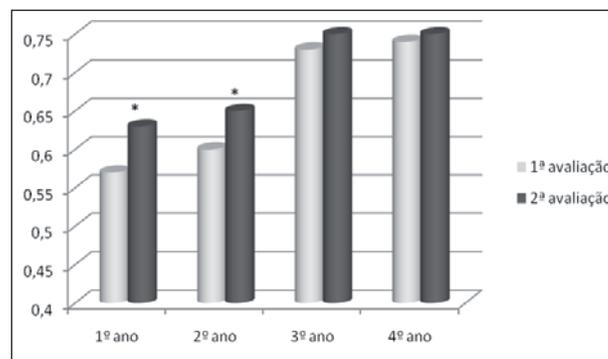
Pela análise do escore total do questionário relativo aos conhecimentos e crenças em relação à dor (Tabela 1), observa-se que aumenta significativamente à medida que aumenta o tempo de formação dos estudantes, numa percentagem de 40%. Tendo em conta que, a média obtida pelos estudantes foi de: 0,53±0,12 no 1º ano; 0,57±0,16 no 2º ano; 0,69 no 3º ano; e nos estudantes do último ano passou para 0,71±0,22.

Através da parametrização dos escores representativos, tanto das questões relativas às crenças como das relativas à farmacologia, verifica-se que os estudantes obtêm melhores resultados no que se refere às crenças.



* Diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$).

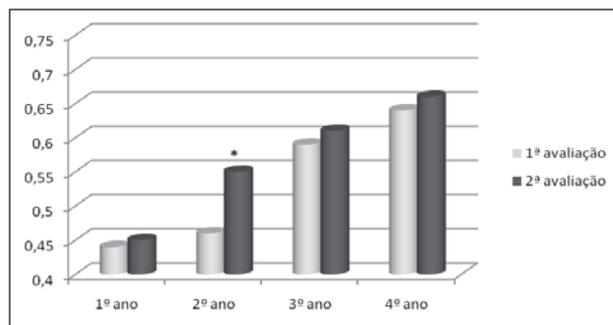
Figura 1 - Evolução do escore total no ano letivo 2011/12. Chaves-Portugal, 2012 (n=112)



* Diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Figura 2 - Evolução do escore crenças no ano letivo 2011/12. Chaves-Portugal, 2012 (n=112)

Pela análise comparativa das duas avaliações (do ano letivo 2011/12), pode-se deduzir qual o peso relativo de cada ano curricular na evolução do nível de conhecimentos e atitudes dos estudantes sobre a dor, verificando-se que no 1º e 2º anos aumentaram significativamente o escore total e o das crenças (Figuras 1 e 2).



* Diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$)

Figura 3 - Evolução do escore farmacologia no ano letivo 2011/12. Chaves-Portugal, 2012 (n=112)

Por último, na figura 3, relativa ao escore de farmacologia, apenas se observam diferenças estatisticamente significativas no 2º ano.

Quando observamos a evolução destes escores, ao longo do CLE (diferença entre os estudantes do 1º e do 4º ano), relativas aos 170 inquiridos da primeira avaliação, verifica-se que é significativamente superior para o escore de farmacologia (45%), comparativamente ao escore das crenças (30%).

A tabela 2 permite-nos analisar a relação entre o escore total dos conhecimentos e crenças dos estudantes e as questões de análise e reflexão da sua prática, destacando-se que, para $p \leq 0,05$, a regressão logística é significativa para as seguintes questões: “reflete e tem consciência de que as suas crenças e conhecimentos sobre a dor podem afectar a qualidade dos cuidados que presta” (OR=0,8) e “faz sempre a avaliação da dor solicitando e procurando considerar a avaliação do próprio doente” (OR=0,8).

Tabela 2 - Regressão logística em relação ao escore do questionário. Chaves-Portugal, 2012

Variável	OR	IC (95%)	
		Mínimo	Máximo
Reflete e tem consciência de que as suas crenças e conhecimentos sobre a dor podem afectar a qualidade dos cuidados que presta.	0,8*	0,22	1,25
Considera que os seus conhecimentos sobre o seu processo de dor são adequados.	1,02	0,68	1,52
Na abordagem ao doente com dor tem sensibilidade e empenha-se sempre para compreender o que a pessoa está a sentir.	0,8	0,49	1,26
Faz sempre a avaliação da dor solicitando e procurando considerar a avaliação do próprio doente.	0,8*	0,12	1,89

* Prova significativa: $p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, verificamos que a maioria dos estudantes sente necessidade de mais formação sobre o tema “dor”, o que parece estar relacionado com a complexidade desta temática e acima de tudo com o nível de formação dos estudantes. Até porque o nível de conhecimentos autopercepcionados tende a aumentar ao longo dos anos curriculares, sendo que os estudantes do 1º ano revelam maior necessidade formação. Apenas 3,5% dos estudantes refere ter formação complementar e específica em relação à dor, além da que faz parte dos conteúdos programáticos do CLE, o que, de certa forma, nos permite assegurar que os resultados obtidos são devidos à formação de base destes estudantes. Acrescenta-se, ainda, o facto de se analisar, quer os conhecimentos quer

as crenças, em todos os estudantes de todos os anos curriculares. Este facto, permite-nos fazer um diagnóstico de situação e desenvolver um plano de acção para intervir nas necessidades e lacunas identificadas. Além disso, há algumas limitações ou aspectos menos conseguidos, tais como: a inexistência de instrumentos validados para a avaliação deste tema e o limitado tamanho desta amostra.

A maior parte desta amostra é do sexo feminino, o que corresponde à tendência desta profissão ser desempenhada maioritariamente pelas mulheres, desde as suas origens pelo legado de Florence Nightingale. Associadamente, existe uma grande dispersão de idades (mínimo de 18 e máximo de 48 anos) e uma percentagem significativa (21%) de trabalhadores-estudantes o que,

pelas suas implicações, deve-se ter em conta na análise dos nossos resultados.

De uma forma geral, verificou-se uma evolução de 40% no nível de conhecimentos e crenças entre o 1º e o último ano. Associadamente, constata-se resultados inferiores nas questões relativas à terapêutica farmacológica, tal como evidencia o escore relativo a estas questões, o que acredita estar relacionado com a necessidade de prática clínica para consolidar dos conhecimentos.

A formação de base deve ser vista como um ponto de partida para munir os profissionais de conhecimentos e instrumentos para o desempenho de uma profissão.¹⁰ Concretamente nesta área preconiza-se que os estudantes de enfermagem, tenham oportunidade de aplicar e desenvolver os seus conhecimentos teórico-práticos, através de períodos de ensino clínico, essenciais à sua formação. Estes são realizados em instituição de saúde, podendo ocorrer quer junto do utente ou simplesmente pelo contacto com a organização institucional.¹¹

Efetivamente, são as bases teóricas que fundamentam a prática clínica, esta por sua vez questiona a teoria, numa relação em que ambas se desenvolvem. Neste sentido, o ensino de enfermagem está estruturado de modo a ser gradual e integrador prevendo a sequencialidade, de uma para a outra fase.¹² Pressupõe-se pois, que a formação e sensibilização dos estudantes para este saber, tal como evidenciam os nossos resultados, tende a desenvolver-se de um modo contínuo, sequencial e progressivo.

Tendo em conta que o próprio desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, e ciência, evoluíram na últimas décadas, passando do “fazer”, para a tríade do “saber”, “saber ser” e “saber fazer”,¹³ percebe-se que neste âmbito, para uma adequada gestão da dor, será necessário apostar no aprofundamento dos conhecimentos com base na evidência científica, como forma dos profissionais serem reconhecidos e se poderem afirmar no contexto social e profissional. No nosso entender, estas dimensões do saber têm vindo a ser enfatizadas no ensino pelas sucessivas reformas, porém subsistem algumas dificuldades e lacunas na formação que importa corrigir, nomeadamente pela via da investigação.¹⁴

A análise das correlações obtidas, evidencia-se que o escore total está mais relacionado com o aumento do nível de formação do que com o aumento da idade, ou seja é mais incomum obter-se uma boa evolução no que se refere a este tipo

de conhecimentos e crenças, nos estudantes com mais idade. Este facto em parte, pode dever-se à sua condição de vida, na medida em que tendem a acumular outras actividades e responsabilidades, como seja a vida familiar e/ou serem trabalhadores/estudantes.

No que se refere especificamente à análise das atitudes e/ou crenças dos estudantes, o que corresponde a outro dos objectivos deste estudo, importa referir que a atitude corresponde a uma organização de crenças. Todas as atitudes incorporam crenças, mas que nem todas as crenças fazem parte, necessariamente, das atitudes sendo estas não apenas cognitivas, mas também afectivas. Por sua vez, os valores enquanto padrões e/ou critérios para guiar a acção visam desenvolver e manter as atitudes em relação às situações, julgando-as moralmente.¹⁵

Os estudos realizados até à data referem que as crenças são dificilmente desconstruídas e desmistificadas. As crenças são fortemente afectadas pela formação e experiência pessoal de cada um, determinando em larga medida a forma como se percebe e compreende o outro.^{5,17} Para um cuidar holístico é essencial que o profissional tenha não só a competência técnica e científica, mas também a capacidade de compreender o ser humano como um ser relacional, que tem uma história de vida que se deve respeitar e valorizar.¹⁶

Neste estudo verifica-se que a crença de que “os sinais vitais e o comportamento são sempre indicativos do grau da dor do doente” foi a que mais se associou positivamente com o nível de formação. Contudo, observa-se que nos sujeitos com mais idade esta crença é mais dificilmente desconstruída. Interessa referir que, à parte de poderem ocorrer alterações nos parâmetros fisiológicos (taquicardia, taquipneia, palidez, sudorese, alteração da tensão muscular e aumento da pressão arterial e intracraniana) aquando dos estímulos dolorosos, importa relevar também as manifestações comportamentais. A literatura tem evidenciado que os sujeitos podem exprimir dor através da expressão facial, postura corporal entre outros padrões fisiológicos e comportamentais (prostração, irritabilidade, etc.), isto é tão mais importante nas crianças e nos doentes com alterações e dificuldades de comunicação.¹⁷⁻¹⁸ Neste sentido, é essencial a utilização de métodos precisos e apropriados para uma correcta avaliação da dor.¹⁰

Para um adequado controlo e gestão da dor é necessário que os profissionais considerem que a mesma é um fenómeno multidimensional

com uma componente fisiológica ou neuronal, mas também com uma dimensão psicossocial, espiritual e cultural.¹⁹ As falsas crenças e as ideias pré-concebidas, podem influenciar decisivamente o que se preconiza como sendo uma boa prática profissional.⁵ Tendo identificado que, apesar da maior parte dos estudantes considerar que a dor é uma experiência comum nas instituições de saúde, isso não deve significar que, quando a pessoa está hospitalizada deva sentir dor. A excelência do cuidar preconiza a criação de medidas e estratégias que previnam e evitem a dor: por exemplo, a administração prévia de analgésicos que produzam efeito aquando de determinados procedimentos, bem como a utilização de técnicas não-farmacológicas.²⁰

A gestão da dor não é uma competência e responsabilidade exclusiva dos médicos, como muitas vezes se pode fazer crer, na medida em que são estes que prescrevem a medicação analgésica. Sempre que preveja a ocorrência de dor ou que pela sua avaliação se evidencie a sua presença, o enfermeiro deve agir na promoção de cuidados que a minimizem para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. Neste âmbito, particularmente através das suas intervenções de carácter autónomo (de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro) e até mesmo pelas suas intervenções interdependentes (que são de complementaridade, iniciadas pela prescrição de outro técnico da equipa de saúde) os enfermeiros devem ser eficientes na promoção do controlo da dor.^{10,20}

Com base nestes resultados, pode-se concluir que os estudantes que apresentam um melhor nível de conhecimentos e atitudes em relação à dor tem cerca de 0,8 vezes mais probabilidade de reflectir e analisar que as suas crenças e conhecimentos sobre a dor podem afectar a qualidade dos cuidados que prestam e 9,8 vezes mais probabilidade de avaliar a dor solicitando e procurando considerar a avaliação do próprio doente. A maioria dos profissionais nem sempre acredita na dor dos pacientes, por mais que reconheçam que a dor é tudo aquilo que o indivíduo diz ser e existindo sempre que a pessoa diz que existe.¹² Nesta perspetiva, a melhor forma de se avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento dos pacientes, respeitando a sua singularidade e o seu modo próprio de existir.²¹ Também as acções desenvolvidas pelos enfermeiros são tanto mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e interpretação da dor e das suas manifestações no e pelo doente.²²

Face ao exposto acreditamos que para se melhorar o controlo da dor é essencial que, quer os estudantes, quer os profissionais de enfermagem atualizem e aprofundem os seus conhecimentos na medida em que, como membros da equipa de saúde, têm responsabilidades na avaliação diagnóstica, na intervenção e na monitorização dos resultados do tratamento da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo por base os objectivos propostos neste estudo concluí-se que, os estudantes de enfermagem apresentam uma evolução positiva em relação ao tema dor, ao longo da sua formação no CLE, sendo esta mais evidente nos primeiros anos do CLE. Quando comparados os distintos escores, constata-se que o escore relativo aos conhecimentos de farmacologia apresenta piores resultados.

Estes resultados representam um contributo significativo para se reconhecer o papel dos estudantes enquanto futuros enfermeiros, tornando estes multiplicadores de conhecimento para assim se, poder desenvolver uma assistência integral aos doentes, face à necessidade de um controlo eficaz da dor, primando pela excelência do cuidar.

Refere-se ainda que estes resultados são pertinentes na medida em que as instituições de ensino superior têm o dever de assegurar uma formação de qualidade, apresentando indicadores de resultados do ensino ministrado. Permitem-nos pois, reflectir e aferir sobre o ensino/formação em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Internacional de Enfermeiros (CIPE/ICNP). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0. Lisboa (PT): Ordem dos Enfermeiros; 2006.
2. Ordem dos Enfermeiros-Portugal. Guia orientador de boa prática sobre a dor. Cadernos OE. 2008 Jun; Número 1, Série I. Trabalho desenvolvido por OE - Conselho de Enfermagem.
3. Waldow RV. O cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra-Luzzato; 1998.
4. Pimenta CAM. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. Rev Esc Enferm USP. 1998 Jul; 32(2):179-86.
5. Drees NS. Role of the nurse practitioner in managing patients with pain. Internet J Advanced Nursing Practice. 2004 Jan [acesso 2011 Set]; 6(2):53-9. Disponível em <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/506963.html>
6. Bishop D. Nursing knowledge and attitudes regarding the pain management of cancer patients

- [tese]. Florida (US): The Florida State University School of Nursing; 2007.
7. Silva JA Ribeiro-Filho NP. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto (SP): FUNDEC; 2006.
 8. Furrow BR. Pain management and liability issues. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2002 Dec;16(6):1483-94.
 9. Fortin MF. O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures (PT): Lusociência. 2003.
 10. Pedroso RA, Celich, KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Abr-Jun;15(2):270-6.
 11. Simões JF, Alarcão I, Costa N. Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Rev Referência.* 2008 Jun; II(6):91-108.
 12. Rodrigues MA, Pereira A, Ferreira CS. Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional. Coimbra (PT): Formasau; 2006.
 13. Shin K, Jung D, Shin S, Kim M. Critical thinking dispositions and skills of nursing students in associate, Baccalaureate, and RN-to-BSN programs. *J Nursing Educ.* 2006 Mar;45(6):233-7.
 14. Celich KLS. Dimensões do processo de cuidar: a visão das enfermeiras. Rio de Janeiro (RJ): EPUB; 2004.
 15. Mendonça SHF, Leão ER. Implantação e monitoramento da dor como 5º sinal vital: o desenvolvimento do processo assistencial. In: Leão ER, Chaves LD. *Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.* 2ª ed. São Paulo (SP): Martinari. 2007.p. 4-9.
 16. Santos JA, Procianoy RS, Bohrer BBA, Noer C, Librelato GAS, Campelo JN. Os recém-nascidos sentem dor quando submetidos à sondagem gástrica? *J Pediatr.* 2001 Mar;77(5):374-80.
 17. Kazanowski MK, Laccetti MS. Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan. 2005.
 18. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc Cuid Saude.* 2007 Jun;6(2):481-7.
 19. Ordem dos Enfermeiros. REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros 1996 [acesso 2011 Mai]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
 20. Sapeta P. Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. *DOR.* 2007 Mai;15(1):16-21.
 21. Potter PA, Perry AG. A enfermagem no tratamento da dor. In: Potter PA, Perry AG. *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar.* São Paulo (SP): Tempo; 2001. p. 575-94.
 22. Ribeiro AL, Cardoso A. Dor: um foco da prática dos enfermeiros. *Dor.* 2007 Jan;15(1):16-15.

Correspondência: Alexandrina de Jesus Serra Lobo
Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado
Rua Central, Quinta dos Montalvões
5400-673 - Outeiro Seco, Chaves, Portugal
E-mail: damiaolobo@gmail.com

Recebido: 18 de Outubro de 2011
Aprovação: 06 de Agosto de 2012