

# DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y APTITUDES EN RELACIÓN AL DOLOR: RESULTADOS DE SU APLICACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PROFESIONALES

## AUTORÍA

Serra Lobo, Alexandrina de Jesus \*.  
Montalvão Machado, Dr. José Timóteo\*\*.  
Pires Martins, Jacintas\*\*\*.

\*Professora Coordenadora en la Escuela Superior de Enfermería

\*\*Especialidad de Reabilitacion. Doutorado en Actividad Física e Salud.

\*\*\*Professora Adjunta en la Escuela Superior de Enfermería Dr. José Timóteo Montalvão Machado. Especialidad de Reabilitacion. Mestre en Ciencias de Enfermeria.

Dirección para correspondencia:

[enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com](mailto:enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com)

## RESUMEN

Objetivos: i) desarrollar un cuestionario de evaluación de los conocimientos y aptitudes de los enfermeros en relación al tema del dolor y evaluar su validez y reproducibilidad. ii) su aplicación y análisis comparativo entre los estudiantes y profesionales de enfermería. Métodos: estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, con 170 estudiantes y 112 profesionales de enfermería. Resultados: los profesionales de enfermería tienen un mejor conocimiento sobre el control del dolor ( $Score\ total=0,76\pm0,09$ ) y 69% de éstos consideran que tienen sensibilidad y se preocupan siempre por comprender lo que las personas sienten. Todavía, son los estudiantes que más refieren (46%) que hacen siempre el registro de la intensidad del dolor por una escala del dolor. Conclusiones: el cuestionario es válido y reproducible. Se recomienda su uso para la evaluación del dolor en los estudios con profesionales de la salud.

## PALABRAS CLAVE

Conocimientos; Actitudes; Enfermería; Dolor.

## Desenvolvimento de um questionário sobre conhecimentos e habilidades em relação à dor: resultados de sua aplicação em estudantes de enfermagem e profissionais

### RESUMO

Objetivos: i) desenvolvimento de um questionário sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à questão da dor e avaliação da sua validade e confiabilidade. ii) sua aplicação e análise comparativa entre estudantes e profissionais de enfermagem. Métodos: Transversal, descritivo e quantitativo, com 170 alunos e 112 enfermeiros. Resultados: Os enfermeiros têm melhores conhecimentos sobre o controle da dor (pontuação total= $0,76\pm0,09$ ) e 69% dos quais acreditam que têm sensibilidade e esforçam-se sempre para compreender o que as pessoas sentem. No entanto, são os estudantes que mais referem (46%) fazer sempre o registro da intensidade da dor pela aplicação de uma escala de dor. Conclusões: O questionário é válido e reprodutível. É recomendado para avaliação da dor em estudos com profissionais de saúde. A prática de enfermagem é influenciada pelo conhecimento e crenças sobre a gestão da dor.

## PALAVRAS-CHAVE

Conhecimentos, atitudes; Enfermagem, dor.

## INTRODUCCIÓN

El dolor es un fenómeno universal, sentido en todas las edades, niveles socioeconómicos y en todas las situaciones y entornos (6). Ya en los años 70, la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (15) define dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial o clasificada en términos de esta lesión". El dolor es así una causa importante de sufrimiento humano que afecta la calidad de vida, afligiendo el desarrollo físico y psicosocial. Es, sin duda, una de las sensaciones más íntimas y única experiencia de los seres humanos, que abarca varios componentes sensoriales, afectivos, cognitivos, sociales y del comportamiento (15).

El dolor fue, durante muchos años, considerado como una fatalidad insoluble, pero hoy en día, gracias al desarrollo del conocimiento científico en este campo, ya tenemos los medios para reducirlo considerablemente. En junio de 2003, coincidiendo con la conmemoración del Día Nacional de Lucha contra el Dolor, la Dirección General de Salud de Portugal promulgó una circular Normativa, que prevé la aplicación de un registro sistemático y la evaluación de la intensidad del dolor en todas las instituciones y servicios de salud, designándolo como siendo el quinto signo vital (14).

También, más recientemente, en junio de 2008, la Orden de Enfermeros (8) presentó una guía de buenas prácticas sobre el dolor. Procurando señalar la importancia de valorar y evaluar el alivio del dolor por parte de los enfermeros para una práctica de excelencia basada en la evidencia. Según el mismo documento, "la adquisición y actualización de los conocimientos sobre el dolor es una responsabilidad que debe ser compartida por las instituciones educativas, de cuidados de enfermería e individualmente." Abogando por la formación para garantizar la actualización de los conocimientos, actitudes, habilidades y creencias sobre la evaluación del dolor y su control, incorporando nuevas prácticas.

Las acciones de los profesionales de salud, de forma independiente y/o en colaboración, incluyen la identificación de la queja del dolor, la caracterización de la experiencia dolorosa en todas las áreas, la evaluación del impacto del dolor en el individuo biológico, emocional y de conducta, la identificación de factores que contribuyen para la mejoría o no de la queja del dolor, y la selección de alternativas de tratamiento, bien como la averiguación de su efectividad (11). De los enfermeros, siendo que son los que están más presentes en todos los cuidados de salud, se esperan competencias técnicas-científicas y humanas para evaluar, diagnosticar, planificar y ejecutar las intervenciones necesarias en las personas con dolor promoviendo su bienestar (9).

Aunque, los profesionales de la salud apoyan el principio del alivio del dolor, se ha documentado que el conocimiento y la actitud inadecuada, donde se incluyen algunas falsas creencias y conceptos, influyen en el enfoque de la evaluación y el manejo del dolor (1,12).

Basándonos en los estudios descritos frente a esta problemática, sentimos la necesidad de: i) conocer las lagunas más importantes en los conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes y profesionales de enfermería; ii) identificar los factores que pueden influir el conocimiento y las creencias de los estudiantes y profesionales de enfermería; iii) así como avanzar con sugerencias y/o procedimientos necesarios para corregir o mitigar estos problemas, a través de formación específica.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, exploratorio, con base en una estrategia de investigación de naturaleza cuantitativa. La muestra incluyó 170 estudiantes del curso de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Superior de Enfermería Dr. José Timóteo Montalvão Machado de Chaves en Portugal (DJTMM) y 112 enfermeros del Centro Hospitalar del Nordeste que voluntariamente aceptaron participar en el estudio. Los datos fueron recogidos en el local de estudio y trabajo de los sujetos. Para este estudio fue desarrollado un cuestionario con 32 ítems, con base en la "Guía Orientador de Boas Práticas na DOR" de la Orden de los Enfermeros (8), permitiéndonos obtener información factual sobre los conocimientos de los enfermeros, así como datos sobre sus aptitudes, creencias e intenciones. Después de la su elaboración fue realizado el test previo a título experimental. Se verificó que cumple con los importantes elementos: Fidelidad: cualquier persona que lo aplica tiene siempre los mismos resultados; Validad: los datos recogidos miden exactamente lo que pretenden medir y son los necesarios a la pesquisa; Operatividad: vocabulario accesible y significado claro (5).

Posteriormente fue calculado: i) un indicador global para clasificar el nivel de los conocimientos y aptitudes, ii) un *score* para las creencias y aptitudes iii) y un otro para los conocimientos de terapéutica farmacológica. También se incluyó cuatro cuestiones sobre el desarrollo de la práctica profesional de cada uno. También se analizó variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, local de trabajo, antigüedad y formación específica realizada en el área del dolor.

## ESTADÍSTICA

Los datos fueron codificados y analizados utilizando el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 16 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.), habiéndose establecido un nivel de significancia del 5%.

Para el análisis de la confiabilidad y consistencia interna del cuestionario, fue aplicado el coeficiente de Cronbach para cada uno de los ítems en el test y retest. Se utilizó el coeficiente de la correlación de *Pearson* (*r*) para evaluar la reproductibilidad intraobservador (test y retest) y interobservador.

Para obtener un indicador del nivel general de conocimientos y creencias sobre el dolor, se realizó el cálculo de todas las cuestiones relativas a cada una de estas dimensiones. Después se ha estandarizado cada uno de estos temas a través de la puntuación  $Z = \text{media} / \text{SD}$ .

## RESULTADOS

La edad media de los estudiantes fue de  $25\pm 6$  años y de  $40\pm 9$  años en los profesionales, siendo que en el promedio éstos tienen  $16\pm 9$  años de servicio. Con el fin de obtener respuestas a los objetivos propuestos en este estudio, se administró un cuestionario que cubría 97% de los estudiantes de la Escuela DJTMM (129 mujeres y 41 hombres: 58 frecuentan el 1° año curricular, 37 están en el 2° año, 35 en el 3° año y 40 en el 4° año) y 112 enfermeros (88 mujeres y 24 hombres, 32 del servicio de medicina interna, 24 de la cirugía, 16 de la urgencia, 9 del quirófano y 4 de la pediatría).

Sobre la formación específica de la evaluación y tratamiento del dolor: 6 estudiantes reportaron formación a parte de los contenidos programáticos del curso de licenciatura y 17 profesionales refirieron formación específica acerca de este tema a lo largo de su carrera.

La utilización del análisis factorial exploratoria nos permitió verificar un conjunto menor de variables con el propósito de simplificar el cuestionario con base en sus ítems claves. Este método estadístico multivariado nos permitió transformar un conjunto de variables iniciales correlacionadas entre sí, en otro conjunto con un menor número de variables no correlacionadas (ortogonales) y designadas de componentes principales, reduciendo la complejidad de interpretación de los datos, por la reducción del número de variables necesarias para describirlo.

El test de KMO obtuvo un valor de 0,76, lo que indica que el análisis es bueno, por lo que podemos utilizar el análisis de las componentes principales. Del test de la esfericidad de Bartlett resulta un valor de  $X^2=1041,87$ ; con 178 grados de libertad, lo que nos permite verificar que las variables están correlacionadas. Del método de *varimax* para la extracción de los factores, obtuvimos 5 factores que explican 59,8% de la variabilidad de los datos originales (Tabla 1).

Mediante el análisis del *score* total del cuestionario (Tabla 2), se verifica que los profesionales tienen mejores conocimientos y aptitudes que los estudiantes en general, aunque esa diferencia apenas es estadísticamente significativamente entre los profesionales ( $0,76\pm 0,09$ ) y los estudiantes del 4° año ( $0,73\pm 0,17$ ) comparativamente con los estudiantes del 1° año curricular ( $0,5\pm 0,12$ ).

De un modo general, los resultados son más elevados en el *score* de las creencias de que en el *score* de la terapéutica farmacológica. A lo que se acrecienta que a lo largo de los años curriculares del curso se observa una evolución positiva y significativa: 40% en el *score* total; 30% en las creencias y 45% en la terapéutica farmacológica.

En la tabla 3, relativamente a las cuestiones de opinión/reflexión sobre la práctica clínica, se destaca que 39% de los estudiantes reconocen que las sus creencias afectan muchas veces la calidad de los cuidados que prestan y 46% refieren que hacen siempre el registro de la intensidad del dolor con una escala de dolor. Por otro lado, la mayoría de los profesionales (62%) consideran que tienen sensibilidad y se empeñan siempre para comprender lo que las personas sienten.

Tabla 1. Análisis Factorial: ítems relativos a cada componente

	ítems
Farmacología	7. En algunas personas los sedativos pueden llevar a desorientación y agitación, pudiendo aumentar el dolor y disminuir la capacidad de recuperación. 17. El diazepam, por su suyo efecto miorrelajante, alivia el dolor. 14. La combinación de analgésicos que actúan por mecanismos diferentes (ex: combinar un opiode con AINE) puede resultar en un mejor control del dolor y menos efectos colaterales que la utilización de un único analgésico. 27. Los analgésicos no opiáceos (como la aspirina) bloquean los impulsos principalmente en la periferia.
Fármacos Opióides	10. Los opioides no deben ser usados en sujetos con antecedentes de abuso de drogas. 15. La depresión respiratoria es un efecto secundario, común y grave, de los opiáceos en todos los sujetos. 20. La vía de administración recomendada para los opioides es la oral.
Control del dolor	1. El abordaje del dolor debe envolver una estrategia múltiple para garantizar un mejor resultado. 6. Cuando un sujeto refiere sobre el alivio del dolor después de la administración de un placebo, no se puede admitir que el dolor no era real. 23. La razón más probable para un sujeto con dolor de solicitar aumento de las dosis de analgésicos es el aumento de la intensidad del dolor.

	24. La evaluación más exacta de la intensidad del dolor de un sujeto es la que es realizada por el propio.
Reacciones al dolor	1. El diagnóstico médico y el tipo de cirugía son una base eficaz en la determinación del dolor sentido. 2. Las señales vitales y el comportamiento del sujeto son siempre indicadores fiables de su dolor. 9. Los sujetos consiguen dormir a pesar de tener dolor severo. 12. Cuando están hospitalizados los sujetos deben contar con el dolor. 18. Los sujetos deben ser motivados para soportar el máximo de dolor antes de iniciar el tratamiento analgésico. 28. la reacción al dolor puede ser influenciada por la aptitud de los profesionales de salud.
Capacidad Cognitiva	11. El dolor no puede ser evaluado en sujetos con disminución de sus capacidades cognitivas. 13. Los sujetos que consiguen abstraerse del dolor, generalmente no tienen dolor severo. 19. Los jóvenes con menos de 11 años consiguen manifestar adecuadamente el dolor que sienten.

**Tabla 2. Datos de los estudiantes por año curricular y profesionales de enfermería**

	Edad	Score total	Score Creencias	Score Farmacología
1º año	26±8	0,53±0,12 ab	0,57±0,15 b	0,44±0,18 ab*
2º año	23±4	0,57±0,10	0,60±0,16	0,46±0,12
3º año	24±7	0,69±0,16	0,73±0,16	0,59±0,18
4º año	25±4	0,73±0,17 <sup>a</sup>	0,74±0,21	0,64±0,15 a
Enfermeros	40±9	0,76±0,09b	0,77±0,13 b	0,68±0,11 b

a) b) diferencia estadísticamente significativa:  $p < 0,05$ .

**Tabla 3. Distribución de los sujetos en las preguntas de opinión/reflexión (%)**

	Estudiantes	Enfermeros
Considera que sus creencias afectan muchas veces la calidad de los cuidados que prestan	39*	24
Considera que tiene insuficientes conocimientos en relación al dolor	26	22
Considera que tiene sensibilidad y se preocupa siempre por comprender lo que la persona siente	37	62*
Hace siempre el registro de la intensidad del dolor a través de una escala del dolor	46*	25

\*Prueba significativa:  $p < 0,05$ .

## DISCUSIÓN

En muchos casos, más de que un síntoma, el dolor es una enfermedad en si misma y su control debe ser el objetivo principal del tratamiento (2). Cuando se prevé la aparición del dolor o tras su evaluación se evidencie su presencia, los profesionales de la salud en general, y los enfermeros en particular, tienen la obligación de actuar en la promoción del bien estar, eliminándolo o reduciéndolo para niveles aceptables para la persona (2, 7).

En este contexto los enfermeros, en particular a través de sus intervenciones de carácter autónomo (de su única iniciativa y responsabilidad) e incluso por sus intervenciones interdependientes (resultantes en la prescripción de otro miembro del equipo de salud) deben ser competentes en promover el manejo del dolor, incluyendo las intervenciones destinadas a su prevención y/o tratamiento (9). Teniendo en cuenta que el dolor es un fenómeno cuya etiología y manifestación es multidimensional, se debe tener conocimientos de fisiología, farmacología constantemente actualizados, con base en la evidencia científica. Además, se debe tener consciencia y ser capaz de reconocer las falsas creencias o conceptos acerca de las reacciones al dolor que pueden dificultar el control eficaz del dolor (8,10).

En la literatura no se encontró ningún cuestionario de evaluación de los conocimientos y aptitudes de los profesionales de salud en relación con el tema del dolor validado por los enfermeros. Por lo tanto, el presente estudio es pionero en la obtención de pruebas con validez y fiabilidad de un cuestionario sobre esta temática en una escuela superior de enfermería. Para el efecto se desarrolló y se procuró validar un cuestionario con base en el "Guía Orientador de Boas Práticas na DOR" de la Orden de los Enfermeros (8). A continuación, hicimos un análisis general de las dimensiones que conforman el cuestionario aplicado. Del análisis, han surgido cinco componentes principales (tabla 1): Farmacología, Fármacos Opioides, Control del dolor; Reacciones al dolor, Capacidad Cognitiva.

Con respecto al tratamiento farmacológico del dolor se consideran: (i) las drogas no opioides paracetamol y los AINE (aspirina, diclofenaco, ibuprofeno, nimesulida, tenoxicam, naproxeno, Clonixina, ketorolaco, etc); (ii) los opioides débiles (tramadol, codeína, etc) y (iii) opioides fuertes (morfina, fentanilo, etc.) Además, se utilizan drogas adyuvantes, tales como: (i) los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina, etc), (ii) anticonvulsivos (ácido valproico, carbamazepina, gabapentina, pregabalina, topiramato, etc), (iii) corticosteroides (prednisolona, dexametasona, etc); (iv) relajantes musculares (diazepam, Flupirtina, baclofeno, etc); v) ansiolíticos (diazepam, alprazolam, hidroxicina, etc) y (vi) antiespasmódicos (butilescopolamina, etc.).

Dentro de la componente del control del dolor se destaca la necesidad de un abordaje múltiple. Teniendo en cuenta las necesidades biológicas, emocionales y culturales de la experiencia dolorosa, importa considerar el uso de múltiples intervenciones, aparte de las intervenciones farmacológicas, concretamente: la terapia cognitivo-conductual (donde se incluye la reestructuración cognitiva, la relajación con la imaginación, la distracción, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento); las medidas físicas (aplicación de frío y calor, estimulación eléctrica transcutánea, el ejercicio, la inmovilización, el masaje) y las medidas de apoyo emocional (el toque terapéutico, la comodidad)(8). Para la exploración y análisis de las creencias y actitudes de los enfermeros tuvimos como referencia los "mitos, creencias y prejuicios" que se describen en las guías de la Orden de los Enfermeros. A citar que en esta componente también se incluye la necesidad de reconocer que la propia persona es el mejor evaluador de su dolor, existiendo ésta siempre que la persona dice que existe (3).

Sigue la componente de la reacción al dolor, donde interesa referir que toda persona tiene un umbral uniforme de sensación, pero el umbral de percepción del dolor está influenciado por factores físicos, psicosociales y culturales que son diferentes de persona para persona, o en la misma persona conforme la situación (8). Por otro lado, las experiencias personales también influyen en la forma de cómo la persona experimenta y expresa el dolor. Aunque pueden aparecer cambios en los signos vitales, no existe un indicador específico de conducta o fisiológico del dolor, por lo que sólo se puede acceder a su identificación por el relato de la propia persona en cuestión. En este sentido, se debe valorar el auto-informe, pero también otras posibles manifestaciones del dolor, teniendo en cuenta de que la gente puede negar la existencia de dolor por varias razones: no conocer el profesional de salud; miedo de la vía de administración de medicamentos; por motivos familiares, socioeconómicos y/o valores socioculturales (10, 17).

Aunque se podría pensar que el dolor es una experiencia común en las instituciones de salud, esto no quiere decir que cuando una persona se encuentra hospitalizado deba tener dolor, porque la excelencia de la atención es la creación de medidas y estrategias para prevenir y evitarlo, como es la administración de medicación durante ciertos procedimientos (20). Así, los profesionales de salud deben reconocer que el dolor es real, independientemente de su causa, y si aumenta sin control el sufrimiento hace las personas más vulnerables. Por lo tanto, los familiares y cuidadores deben ser incluidos en el equipo terapéutico principal como socios activos en el seguimiento y tratamiento del dolor (10). También, en lo que se refiere a la componente de la capacidad cognitiva, se integraron los siguientes mitos: "Los recién nacidos son incapaces de experimentar dolor debido a la inmadurez de su sistema nervioso central", " Los niños no pueden describir y/o localizar a su dolor. Teniendo en cuenta lo que se ha evidenciado por el conocimiento científico se debe tener en cuenta de que los niños son más sensibles al dolor que los adultos y los tres ejes principales del dolor (central y periférico) son funcionales desde el tercer trimestre del embarazo (13). Aunque los niños no son capaces de verbalizar el dolor, muestran cambios de comportamiento durante y después del acto doloroso. Además, dado que se les anima y les damos las herramientas para la evaluación, los niños pueden identificar la ubicación y evaluar correctamente la intensidad de su dolor (19).

De una forma general verificamos que los profesionales tienen un mayor nivel de conocimientos comparativamente a los estudiantes (18).

Para el desarrollo de las competencias en enfermería se exige una sólida y fuerte sustentación teórica (el conocimiento), acompañada por una práctica que se espera reflexiva en equilibrio dinámico promoviendo de la construcción del saber. Como ser humano en crecimiento, el estudiante de enfermería procesa su desarrollo en interrelación constante con el medio que lo rodea, donde el tiempo y los contextos de la práctica que tienen son determinantes (21). Así se puede entender que los estudiantes del 4º año, estando en una fase final de su formación, así como los enfermeros, presentan mejores conocimientos de farmacología y del *score* total del cuestionario.

Por otro lado, sobre las creencias, se verifica que la diferencia sólo es estadísticamente significativa entre los estudiantes del 1º año y los profesionales de enfermería. Considerando que tanto los valores como las normas y/o criterios para orientar la acción visan a desarrollar y mantener las actitudes hacia las situaciones, juzgándolas moralmente. La orientación de los enfermeros relativa a su práctica está también relacionada con la orientación y su nivel de desarrollo socio moral (22), que se consigue más fácilmente con la madurez y experiencia.

El saber en enfermería se refiere a la capacidad de los enfermeros para actuar de una manera única, convertida por su experiencia y vivencia personal y profesional lo que se refleja en la individualización de los cuidados de los sujetos con dolor (21).

## CONCLUSIONES

Antes de definir las conclusiones e implicaciones del estudio, importa decir algunas limitaciones tales como: no existir un cuestionario para poder validar lo que desarrollamos, también no tuvimos la oportunidad de acceder e identificar la práctica de prestación de cuidados al sujeto con dolor. Todavía, los cuestionarios fueron aplicados en situaciones similares y controladas en la presencia de los investigadores, siendo realizados los procedimientos necesarios para su aprobación.

Aunque el dolor sea un síntoma que acompaña, de forma transversal, la generalidad de las situaciones patológicas que requieren cuidados de salud y su control sea un objetivo primordial de la enfermería, los datos de este estudio documentan que los profesionales no tienen conocimientos, creencias y conceptos adecuados en el enfoque de la evaluación y el manejo del dolor.

Estos resultados representan una contribución significativa para el reconocimiento del papel de las escuelas en la búsqueda de una educación adecuada, al mismo tiempo que garantiza una constante actualización de los conocimientos, habilidades, actitudes y creencias sobre la evaluación y el manejo del dolor, así como la incorporación de nuevas prácticas (16). Procurando que los enfermeros tengan una formación adecuada, convirtiéndose en multiplicadores de buenas prácticas con el fin de desarrollar una asistencia integral con calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Celich, K. L. S. (2004). *Dimensões do processo de cuidar: a visão das enfermeiras* (1a. ed.). Rio de Janeiro: EPUB.
- Davis, M.P. & Walsh, D. (2004). Cancer Pain: how to measure the fifth vital sign. *Cleve Clin J Med.*, 71(8), 625-32.
- Droes, N. S. (2004). Role of the Nurse Practitioner in Managing Patients with Pain. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice.* 6(2).
- Fontes, K.B. & Jaques, A.E. (2007). O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc. Cuid. Saude.* 6 (Suplem. 2), 481-87.
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de investigação: da concepção à realização* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- Kazanowski, M.K. & Laccetti, M.S. (2005). Dor no adulto com câncer. In Kazanowski, M.K. & Laccetti, M.S. *Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento* (pp.101-116). Coleção Práxis de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
- Mendonça, S.H.F. & Leão, E.R. (2007). Implementação e monitoramento da dor como 5º sinal vital: o desenvolvimento do processo assistencial. In Leão E.R. & Chaves, L.D. *Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem* (pp.581-606). São Paulo: Martinari.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática sobre a Dor*. Cadernos OE. Número 1, Série I.
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
- Pedroso, R.A. & Celich, K.L.S. (2006). Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem.* 15(2), 270-6.
- Pimenta, C.A.M. (1998). Conceitos culturais e a experiência dolorosa. *Rev Esc Enfermagem USP.* 32(2), 179-86.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2001). A Enfermagem no tratamento da dor. In: Potter, P.A. & Perry, A.G. *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar* (575-94). São Paulo: Tempo.
- Reichert, A.P.S., Silva, S.L.F. & Oliveira J.M. (2000). Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. *Nursing,* 3(30), 28-30.
- Ribeiro, A.L. & Cardoso, A. (2007). Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros. *Dor,* 15(1), 6-15.
- Rockville, M. (1992). Clinical practice guideline: acute pain management: operative or medical procedures and trauma. *Agency for Health Care Policy and Research.* US Department of Health and Human Services.
- Rodrigues, M.A., Pereira, A. & Ferreira C.S. (2006). Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional. *Formasau.*
- Sapeta, P. (2006). Dor total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. *Dor,* 15(1), 16-21.

- Shin, K., Jung, D., Shin, S. & Kim, M. (2006). Critical thinking dispositions and skills of nursing students in associate, Baccalaureate, and RN-to-BSN programs. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 233-137.
  - Silva, J.A. & Ribeiro-Filho, N.P. (2006). Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. *FUNDEC*.
  - Simões, J.F., Alarcão I. & Costa N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, (6) II.ª Série, 91-108.
  - Rua, M. (2011). De aluno a Enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de Ensino Clínico. *Lusociência*.
  - Lopes, M. & Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 655-665.
-