Barreiras na Monitorização da Dor identificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência

Autores

- Filipe Oliveira, Enfermeiro, Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Serviço de Urgência Polivalente, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal, filipe_oliveira8@hotmail.com
- Sónia Neves, Enfermeira, Licenciada em Enfermagem, Pós-graduada em Enfermagem de Bloco Operatório: Anestesia, Pós-graduada em Enfermagem de Bloco Operatório: Instrumentação Cirúrgica, Serviço de Bloco Operatório Central e de Urgência, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal, sonia.tneves@hotmail.com

Resumo

A dor é dos principais motivos de procura de cuidados de saúde nos serviços de urgência, sendo uma realidade com a qual os enfermeiros lidam diariamente. Enquanto sinal vital preconiza-se uma monitorização sistemática, no sentido de possibilitar uma intervenção precoce e individualizada em prol do bem-estar do doente, nomeadamente a pessoa em situação crítica. No entanto, muitas são as barreiras com que se deparam os enfermeiros que trabalham num serviço de urgência aquando da monitorização da dor. Trata-se de um estudo de cariz quantitativo, exploratório descritivo que tem como objetivo identificar as barreiras descritas pelos enfermeiros da amostra na monitorização da dor. Como método de recolha de dados foi utilizado um questionário de resposta fechada e aplicado aos enfermeiros de um serviço de urgência da zona Norte de Portugal. Os resultados obtidos contribuíram, para uma melhor identificação e conhecimento das diversas barreiras e de como é efetivamente monitorizada a dor num serviço de urgência. A partir da exploração dos dados é possível refletir e propor medidas interventivas personalizadas, com vista a uma adequada gestão terapêutica da dor e à maximização da segurança, da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa em situação crítica, da família e comunidade.

Palavras-Chave: Barreiras, Dor, Urgência.

Introdução

A dor é a razão mais comum pela qual as pessoas se deslocam ao serviço de urgência. Segundo Downey & Zun (2010) pelo menos 75% das pessoas apresenta a dor como queixa principal, testemunhados também por Keating & Smith (2011) ao referirem que aproximadamente sete, em cada dez pessoas, se desloca ao serviço de urgência por manifestarem dor.

As experiências de monitorização quotidianamente vivenciadas têm sido objeto de reflexão e investigação por parte de outros estudos científicos, reveladores de múltiplas e plurifacetadas barreiras. Entenda-se monitorização como um processo contínuo que vai desde a avaliação inicial até à alta ou internamento do doente. Neste processo engloba-se a avaliação, controlo, reavaliação e gestão de todo o processo álgico.

A falta de alguns conhecimentos dos problemas de saúde em relação à dor, nomeadamente, a falta de educação e formação em dor no currículo dos profissionais de saúde, é referido pela *International Association for the Study of Pain* (IASP). Numa iniciativa concertada com a *European Pain Federation* (EFIC), esta associação pretendeu sensibilizar e divulgar as principais iniciativas subordinadas à formação dos profissionais de saúde na área da dor.

A Direção Geral de Saúde, tendo como delimitação a definição e alcance da dor, na sua Circular Normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003 (p. 1), instituiu a dor como o 5º sinal vital, definindo-a como “[...] uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como, também, uma componente emocional da pessoa que sofre. A dor associa-se ou é descrita como associada a uma lesão concreta ou potencial”. Assim, a avaliação da dor passou a ser considerada como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde e o registo sistemático da intensidade da dor. Oficialmente, este 5º sinal vital começou a ser avaliado nos hospitais portugueses em 2008, com a publicação da Circular Normativa nº 11 de 18/06/2008, onde é definido o Programa Nacional de Controlo da Dor. Também é nesse período que é relevado o problema das barreiras de âmbito organizacional, havendo necessidade de definir indicadores de qualidade, auditorias, protocolos e guias de orientação de prática clínica, assim como, acesso a programas de formação (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As dificuldades na monitorização da dor por parte dos profissionais de saúde, quer na avaliação, quer na gestão, controlo e reavaliação desta é uma realidade relatada pelos profissionais de saúde, pelos doentes que recorrem aos serviços de urgência e descrita por

variadíssimos autores internacionais nos seus trabalhos sobre a dor. Para a presente investigação foi feita uma revisão de literatura sobre as barreiras na monitorização da dor nos serviços de urgência, tomando em conta alguns considerados destacados pelos autores. Fosnocht *et al.* (2005), refere a ausência de *guidelines* na monitorização da dor e o número de interrupções no trabalho pelas múltiplas tarefas e doentes em simultâneo. Herr (2006) realça a dificuldade de avaliação da dor em doentes inconscientes, sedados e ventilados. Brennan *et al.* (2007, p. 205), afirmam que “o modelo biomédico de doença centra-se na fisiopatologia ao invés da qualidade de vida, reforça atitudes enraizadas que marginalizam o controlo da dor como uma prioridade”. Wilson (2007, p. 1012) refere que “a prática é muitas vezes conduzida por mitos e preconceitos em vez de conhecimento baseado na evidência”. Coker *et al.* (2010) divide em barreiras relacionadas com o doente, o sistema e o prestador. Berben (2011) fala da pouca importância dada ao controlo da dor. Czarnecki *et al.* (2011) fala-nos da má comunicação entre profissionais de saúde e falta de cooperação. Oliveira *et al.* (2014) chama a atenção para os doentes sem capacidade de relatar a sua dor (queimados, politraumatizados, demências). Pretorius *et al.* (2014) evidenciam a sobrecarga de trabalho, escassez de recursos, rácios enfermeiro/doente, priorização constante entre pessoa em situação crítica e pessoa com dor. Costalino (2015) relata a experiência de dor ao longo da vida do enfermeiro como fator influenciador na avaliação da dor do doente e, afirma que os enfermeiros mais experientes têm tendência a subvalorizar a dor. Silveira *et al.* (2016), remete como barreira na monitorização da dor o défice de conhecimento sobre a dor por parte dos profissionais de saúde, assim como a desvalorização da dor levando os doentes a interpretá-la e aceitá-la como uma condição da sua doença. Este autor fala, ainda da pouca utilização de medidas não farmacológicas.

As diversas referências às dificuldades encontradas na monitorização da dor, quer sejam centradas no doente, quer no profissional de saúde ou na organização, substanciam a inquietação dos investigadores sobre a existência de barreiras na monitorização da dor nos serviços de urgência.

A monitorização da dor no serviço de urgência inicia-se no primeiro contacto entre o doente e o profissional de saúde. Esse momento quase sempre acontece na triagem, onde o enfermeiro aborda o doente questionando-o sobre o motivo da sua ida ao serviço de urgência. Quando são doentes que não conseguem expressar a sua queixa, esta é descrita pelo acompanhante ou pelos bombeiros. Assim, é fundamental uma abordagem e compreensão do que é o Sistema de Triagem de Manchester, instrumento de triagem protocolado em todos os serviços de urgência em Portugal. Segundo o Grupo Português de Triagem (2010), a

avaliação da dor em contexto de urgência é um processo que exige perícia e treino, existindo restrições especiais neste ambiente, que refletem a natureza da urgência da situação de saúde da pessoa e a falta de tempo para a avaliação. As dificuldades na avaliação da dor vão para além da intervenção de enfermagem no momento da triagem.

Métodos

O presente estudo de investigação é de cariz quantitativo, descritivo e exploratório. Deste modo, foi necessário identificar quais as barreiras que mais eram salientadas pelos enfermeiros do serviço de urgência para posteriormente se conseguir intervir. Logo, é um estudo para objetivar o posicionamento da amostra sobre este tema. Não foram encontradas escalas para as barreiras na monitorização da dor, pois apesar de existirem variadíssimas escalas de avaliação da dor este não é o objeto de estudo da investigação. Desta forma, foi criado um instrumento de colheita de dados em forma de questionário, dividido em duas partes. Primeira parte com 10 questões de caracterização sociodemográfica e segunda parte com 33 barreiras (identificadas pela revisão da literatura) onde os enfermeiros eram convidados a posicionarem-se em “Sempre”, “Frequentemente”, “Algumas vezes”, “Raras Vezes”, “Nunca”, completando uma escala de *Likert*. Este instrumento foi submetido a pré-teste que contribuiu para o seu melhoramento e para garantir a sua aplicabilidade. O pré-teste envolveu vários enfermeiros de 3 serviços de urgência polivalentes do Norte de Portugal, com condições de trabalho muito idênticas às da amostra.

A amostra é de 81 enfermeiros diretamente envolvidos na prestação de cuidados no serviço de urgência polivalente do hospital em estudo. Para isso, foi dada autorização da instituição para a colheita de dados. Os dados foram submetidos a análise de estatística descritiva para melhor compreensão e discussão dos resultados.

Resultados e Discussão

Dos 81 enfermeiros da nossa amostra, 32 são do sexo masculino e 49 do sexo feminino, ambos diretamente envolvidos na prestação de cuidados. Por sua vez, no tocante às idades, estas situam-se entre os 26 e os 60 anos, perfazendo uma média de 39 anos. Quanto ao exercício da profissão, o(a) enfermeiro(a) com menos experiência exerce funções há 2 anos e o(a) mais experiente há 40 anos, com uma média de 16 anos de experiência na globalidade da amostra. Relativamente aos anos de trabalho na profissão de enfermagem, no serviço de urgência em questão, os valores compreendem-se entre alguns meses (menos de um ano) e 34 anos de serviço, com uma média de 11 anos de trabalho neste serviço. Constata-se, assim, que é uma equipa de enfermagem com experiência considerável na profissão e no serviço de urgência e, apresenta grande heterogeneidade nas faixas etárias, assim como, nos anos de profissão. Desta forma, entende-se que o ensino de enfermagem e a formação na área da dor é diferente, pois estes enfermeiros pertencem a diferentes gerações de ensino.

Na primeira parte do questionário salienta-se a pergunta endereçada aos indivíduos da amostra, relativamente ao facto de considerarem existir barreiras na monitorização da dor no serviço de urgência estudado. Os investigadores identificaram este problema. A revisão da literatura veio comprovar a pertinência do tema e existência deste problema. No entanto, o mais importante era saber a opinião dos enfermeiros relativamente a esta questão. Constata-se, então, que 95,1% dos inquiridos afirma ser da opinião da existência de barreiras na monitorização da dor no serviço de urgência, o que mais uma vez vem comprovar a necessidade e pertinência do estudo.

Das 33 barreiras que constituíam a segunda parte do questionário, foram apenas valorizadas aquelas onde houve uma grande expressão de uma determinada resposta da escala de Likert. Uma dessas barreiras prendia-se com a priorização da dor aguda relativamente à dor crónica, onde 29,6% dos enfermeiros afirmam ter “sempre” uma atuação mais imediata perante uma dor aguda relativamente a uma dor crónica, 48,1% referem “frequentemente” e 17,3% “algumas vezes”. Vários são os estudos que corroboram estes dados, como os de Al-Saher *et al.* (2011), Bennetts *et al.* (2012), Bergman (2012) e Pretorius *et al.* (2014), que realçam a necessidade de nos serviços de urgência haver a priorização constante entre a pessoa em situação crítica com dor aguda, e a pessoa com dor crónica.

Os enfermeiros da amostra, quando questionados sobre se usufruíssem de maior formação na área da dor prestariam melhores cuidados de saúde, responderam de forma bastante diversificada, tendo, dentro do grupo, afirmações algo dispares. Relativamente a este

item, 25,9% dos inquiridos responderam “sempre”, 38,3% “frequentemente”, 25,9% “algumas vezes”, 6,2% “raras vezes” e 3,7% “nunca”. Assim, tal como o estudo já referido por Zhang *et al.* (2008), a formação na área da dor melhora a prestação de cuidados de enfermagem. Dąbrowska *et al.* (2015) também comprovam esta afirmação, ao identificarem a falta de formação na área da dor como um problema sério, uma vez que há pouca formação nessa área específica.

Outra das barreiras identificadas no questionário prendia-se com o tempo insuficiente num serviço de urgência para proporcionar o alívio da dor de forma não farmacológica.

Esta é uma barreira permanentemente existente na maior parte dos serviços de saúde portugueses e mundiais. Compreender-se-á, assim, os dados muito explícitos a que se chegou, onde 40,7% afirmaram que é “sempre” uma barreira, 43,2%, “frequentemente” e 11,1% “algumas vezes”. Fazendo, novamente, referência ao estudo de Coker *et al.* (2010), estes autores identificam a falta de tempo como uma barreira para proporcionar o alívio da dor de forma não farmacológica.

A falta de medidas não farmacológicas é, de facto, uma realidade no serviço de urgência estudado. Uma barreira identificada, também, no trabalho de Dąbrowska *et al.* (2015), que tem sido um pilar importante na argumentação dos resultados do estudo, onde é afirmado que os métodos não farmacológicos de controlo da dor continuam a ser uma opção terapêutica negligenciada. Além deste trabalho, Coker *et al.* (2010) referem esta barreira, afirmando que há falta de tempo para a educação e promoção da saúde, nomeadamente, no que se refere a medidas não farmacológicas. Silveira *et al.* (2016) no seu trabalho, afirmam que os enfermeiros apenas interrogam os doentes quanto à existência de dor, avaliando a intensidade e localização, limitando-se a realizar somente a intervenção farmacológica. Testemunhando esta visão, 32,1% dos enfermeiros deste serviço referem que há “sempre” uma escassez destas medidas e 53,1% “frequentemente”. Verifica-se, assim, que a amostra do estudo é da mesma opinião que os autores referidos.

A falta de tempo condiciona a educação para a saúde, não promovendo uma continuidade de cuidados no controlo da dor, posição retirada do estudo de Elcigil *et al.* (2015). Por sua vez, fazendo, novamente, o paralelismo com um dos estudos referenciados para a elaboração deste questionário, Dąbrowska *et al.* (2015) defendem que a falta de conhecimento e a falta de tempo para a educação continuada são barreiras para a monitorização efetiva da dor. Ao pronunciarem-se sobre esta temática, os enfermeiros referem a falta de tempo como condicionante na educação para a saúde como sendo “sempre” uma barreira na monitorização da dor em 29,6%, 38,3% referem “frequentemente” e “algumas vezes” 29,3%.

O serviço de urgência, por excelência, é um serviço onde os rácios enfermeiro/doente estão constantemente a variar ao longo do dia de trabalho. A equipa de enfermagem é sempre em igual número, contudo, ninguém consegue prever exatamente quantos doentes irão entrar pela porta do serviço a pedir ajuda. Desta forma, estas características inerentes a qualquer serviço de urgência podem, desde logo, ser uma barreira na monitorização da dor, sobretudo quando há uma elevada procura de cuidados de saúde. No estudo de Fosnocht *et al.* (2005), é feita referência a uma resistência nos serviços de urgência no que toca a ambiente e número de interrupções pelas múltiplas tarefas ou doentes em simultâneo. Adicionalmente, autores como Al-Saher *et al.* (2011), Bennets *et al.* (2012), Bergman (2012) e Pretorius *et al.* (2014), discutem também o desajuste dos rácios enfermeiro/doente, a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos nos serviços de urgência. Posteriormente, Dąbrowska *et al.* (2015) referem que a escassez de pessoal também constitui um entrave para o perfeito atendimento das pessoas em situação crítica. De acordo com os dados obtidos, o serviço estudado não é exceção pois 28,4% dos inquiridos consideram que os rácios enfermeiro/doente representam “sempre” uma barreira na monitorização da dor, 59,3% “frequentemente”, 8,6% “algumas vezes” e 3,7% “raras vezes”.

Algumas organizações, como a Organização Mundial de Saúde, fazem referência à deficiência em avaliar e documentar rotineiramente a dor por parte dos profissionais de saúde, propondo a inclusão no currículo dos profissionais de saúde de capítulos com conteúdo sobre a dor, com o objetivo de preparar os profissionais para a avaliar e tratar efetivamente. Na literatura internacional, é possível encontrar várias referências à escassez de registos no âmbito da avaliação e reavaliação da dor (Haonga *et al.*, 2011; Wulp *et al.*, 2011; Bhandari *et al.*, 2013). A nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros (2008) determinou que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, sendo que o sucesso do plano terapêutico depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Tendo este processo início aquando da triagem, é fulcral que seja dada continuidade ao longo do tempo de permanência no serviço de urgência. Neste sentido, e numa lógica de continuidade e avaliação da evolução, a mesma escala deverá ser disponibilizada no sistema informático das diversas áreas de encaminhamento passíveis de seleção. Pinheiro *et al.* (2014), dizem-nos que é imperativo avaliar e registar a queixa de dor do doente, para que toda a informação seja transmitida ao longo dos vários turnos de trabalho e entre a equipa multiprofissional. Os registos devem ser um elemento integrante do processo de enfermagem e uma prática corrente de todos os profissionais de saúde. No entanto, por diversas razões já abordadas anteriormente sobre as barreiras referidas, nem sempre é

realizado este procedimento. Segundo os dados da amostra, 7,4% dos enfermeiros procedem “sempre” ao registo da dor após administração de analgesia, 17,3% “frequentemente” e 28,4% “algumas vezes”. Por sua vez, um número expressivo de 40,7% refere proceder “raras vezes” ao registo da dor e 6,2% “nunca”.

Conclusão

O presente estudo norteou-se por uma investigação sobre as principais barreiras na monitorização da dor identificadas pelos enfermeiros de um serviço de urgência, no sentido de melhorar o atendimento da pessoa que apresenta dor, intervir no seu controlo, assegurando os cuidados necessários por parte dos profissionais em prol da qualidade dos mesmos e, como tal, da satisfação dos doentes.

Neste sentido, enquanto problemática diária com que se deparam os profissionais de enfermagem, o presente estudo vai ao encontro da inquestionável necessidade de uma maior reflexão e formação contínua destes profissionais sobre a monitorização da dor, tendo em consideração a presença de multifacetadas barreiras que surgem a vários níveis.

As barreiras evidenciadas aquando da revisão de literatura específica sobre a monitorização e avaliação dos cuidados de saúde relativamente ao sintoma dor, constituem inegavelmente uma condição necessária para a identificação desses problemas na população em estudo, como um alerta sobre a importância do tema no serviço e, se possível, ajudar a melhorar a sua condição, quer para o bem-estar dos profissionais de saúde como dos doentes que recorrem ao serviço de urgência.

A pesquisa e fundamentação de índole teórica forneceu informação, orientações e conceitos essenciais para a compreensão da temática em análise, nomeadamente no que concerne às principais barreiras percecionadas e identificadas pelos enfermeiros num serviço de urgência na monitorização da dor dos doentes, isto é, como é efetivamente avaliada e registada a dor, no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Como resultados positivos acrescidos à investigação, o recurso a pesquisa de bibliografia existente sobre o tema e de estudos já efetuados nesta área, permitiu o desenvolvimento e aplicação de um inquérito por questionário aos enfermeiros do serviço de urgência em estudo, obtendo-se, posteriormente, resultados que possibilitaram a resposta às questões de investigação previamente formuladas, considerando-se, deste modo, que os objetivos propostos foram alcançados.

Assim, em termos genéricos, os resultados a que chegamos remetem-nos, antes de mais, para a necessidade de formação contínua respeitante à construção e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais nesta área específica de cuidados de enfermagem.

A atualização das práticas e comportamentos dos enfermeiros, permite prestar mais e melhores cuidados de qualidade aos doentes. Considera-se, então, que a realização de estudos

semelhantes em outros serviços de urgência, assim como investigações com horizonte temporal mais alargado, diferentes critérios de seleção e/ou diferentes metodologias, poderão fornecer um inegável contributo para a atuação diária do profissional de enfermagem.

Sendo o controlo e alívio da dor um direito humano básico, torna-se indispensável realizar a monitorização e os registos sistematizados da mesma, numa abordagem de avaliação inicial e de reavaliação contínua, durante todo o tempo de permanência dos doentes no serviço de urgência e na instituição de saúde. Nesse sentido, o profissional de enfermagem assume um papel preponderante neste âmbito, mobilizando todos os conhecimentos que detém no âmbito das suas competências profissionais.

Advindas destas essenciais premissas acrescem, naturalmente, como propostas de melhoria, entre outras, a necessidade da existência de protocolos na monitorização da dor, de formação sempre atualizada e melhoria dos registos da dor dos doentes e das relações humanas. Sugere-se, assim, uma estrutura base ou guia, adaptada posteriormente à individualidade de cada pessoa em situação crítica. Ou seja, construção de um protocolo de atuação no âmbito da avaliação da dor, enquanto guia orientador da intervenção do enfermeiro e, potencialmente, como promotor da uniformização da informação registada.

Por sua vez, sugere-se, igualmente, a promoção de sessões de formação contínua aos enfermeiros no âmbito da dor, sensibilizando a equipa para a importância do cumprimento das diretrizes emanadas nacional e internacionalmente e, para a relevância do seu papel, no âmbito da avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica, alvo de cuidados.

Finalmente, podemos concluir, que os enfermeiros estão sensibilizados para a temática em estudo, manifestando a necessidade de investimento em formação na gestão da dor da pessoa em situação crítica com capacidades cognitivas comprometidas, melhoria dos registos e elaboração de protocolos de atuação, os quais poderão contribuir para uma avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica no serviço de urgência mais completa dando, também, cumprimento às normas legislativas dos cuidados à pessoa em situação crítica com dor.

Bibliografia

Al-Shaer, D., Hill, P. & Anderson, M. (2011). *Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention*. Medsurg Nursing.

Bennetts, S., Campbell-Brophy, E., Huckson, S. & Doherty, S. (2012). *Pain management in Australia emergency departments: current practice, enablers, barriers and future directions*. Emergency Medicine Australasia.

Berben, S., Meijs, T., van Grunsven, P., Schoonhoven, L. & van Achterberg, T. (2011). *Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care*. Injury, 1-6. Elsevier Ltd.

Bergman, C. (2012). *Emergency Nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' pain*. Journal of Emergency Nursing.

Bhandari, R., Malla, G., Mahato, I. & Gupta, P. (2013). *Use of analgesia in an emergency department*. Journal of Nepal Medical Association.

Brennan, F., Carr, D. & Cousins, M. (2007). *Pain Management: A Fundamental Human Right*. Anesthesia & Analgesia.

Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie, I. & Taniguchi, A. (2010). *Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units*. Applied nursing research.

Costalino, L. (2015). *A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas*. Salusvita.

Czarnecki, M. & Al, E. (2011). *Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. www.medscape.com

Dabrowska, W., Dabrowski, S. & Basinski, A. (2015) – *Problems and Barriers in Ensuring Effective Acute and Post-Operative Pain Management – an International Perspective*.

Copyright by Wroclaw Medical University. ISSN 1899–5276.

Direção Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003, A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de controlo da Dor. Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008*. Lisboa, Portugal.

Downey, L. & Zun, L. (2010). *Pain management in the emergency department and its relationship to patient satisfaction*. Journal of Emergencies, Trauma, and Shock.

Elcigil, A., Maltepe, H., Esrefgil, G. & Mutafoglu, K. (2011) - Nurses' Perceived Barriers to Assessment and Management of Pain in a University Hospital. J Pediatr Hematol Oncol. Volume 33, Supplement 1. Lippincott Williams & Wilkins.

European Pain Federation (2016). About pain.

Fosnocht, D., Swanson, E. & Barton, E. (2005). *Changing Attitudes About Pain and Pain Control in the Emergency Medicine*. Emergency Medicine Clinics of North America.

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de urgência - Manual do Formando* (2ª ed.). Amadora, Portugal: BMJ Publishing Group.

Haonga, B., Makupa, J., Muhina, R. & Nungu, K. (2011). *Pain management among adult patients with fractures of long bones at Muhimbili Orthopaedic Institute in Dar es Salaam, Tanzania*. Tanzania Journal of Health Research.

Herr, K., (2006). *Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. Pain Management Nursing.

International Association for the Study of Pain (2014). *IASP taxonomy*.

Keating, L. & Smith, S. (2011). *Acute pain in the emergency department: the challenges*. British Journal of Pain.

Oliveira, R., Silva, L., Freitas, C., Oliveira, S., Pereira, M. & Leitão, I. (2014). *Measurement of pain in clinical nursing practice: integrative review*. Journal of Nursing UFPE on line.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, serie 1, nº 1.

Organização Mundial de Saúde (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*.

Pinheiro, A., Roso, C., Zamberlan, C., Cherobini, M. & Perrando, M. (2014). *Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa*. Journal of Nursing and Health, 4(1), 77-89.

Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2014). *Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain*. Pain Management Nursing.

Silveira, N., Silveira, R., Avila, L., Gonçalves, N., Lunardi, V. & Enderle, C. (2016). *Procedimentos Terapêuticos de Enfermagem no contexto da dor: percepção de pacientes*. *Enfermagem em Foco*, 7 (1), 61-65.

Wilson, B. (2007). *Nurses' Knowledge of pain*. Journal of Clinical Nursing.

Wulp, I., Sturms, L., Jong, A., Schot-Balfoort, M., Schrijvers, A. & Stel, H. (2011). *Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study*. Emergency Medicine Journal.

Zhang, C., Hsu, L., Zou, B., Li, J., Wang, H. & Huang, J. (2008). *Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China*. Journal of pain and symptom management. Elsevier Inc.