



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Perceção dos médicos da ULS Guarda sobre dor crónica nas crianças

**Rita Alexandra Gomes Vasconcelos**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dra. Susana Abreu Macedo

Covilhã, abril de 2017

# Dedicatória

Aos meus pais, pelo amor e compreensão e acima de tudo pelo esforço que fazem todos os dias para me proporcionar a melhor educação...

## Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio incondicional durante toda a minha vida e por terem sempre acreditado no meu valor durante este longo percurso.

À Dr.<sup>a</sup> Susana Abreu pelo profissionalismo, interesse e excelente orientação neste trabalho. Por todas as críticas e sugestões que serviram de base para a construção deste trabalho e acima de tudo pela sua disponibilidade e paciência.

Ao Dr. Miguel Freitas, pelo tempo despendido na orientação e na ajuda durante a análise estatística.

À ULS da Guarda e a todos os médicos que voluntariamente permitiram que este projeto fosse possível.

Um agradecimento especial ao Carlos por ser o meu grande apoio, nunca me deixar desistir e acreditar sempre em mim.

Aos meus colegas e amigos de casa, por me fazerem sentir todos os dias em família, obrigada pela ajuda e disponibilidade.

Aos meus amigos da Covilhã e de Viseu, por me terem proporcionado um percurso académico memorável.

À Faculdade de Ciências da Saúde, pela excelente formação médica.

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

## Resumo

**Introdução:** A dor é considerada um fenómeno altamente subjetivo, como é perceptível na definição da *International Association for the Study of Pain*, “experiência desagradável sensorial e emocional, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. Estudos realizados em crianças e adolescentes sobre a prevalência de dor crónica, encontraram que 15 - 25% delas sofrem de dor crónica ou recorrente. Sendo um problema comum e com forte impacto na vida de crianças e adolescentes, a dor crónica deve ser detetada, valorizada e tratada adequadamente, evitando futuras consequências negativas.

**Objetivo:** Estudar a perceção que os médicos têm em relação à dor crónica nas crianças, em relação a: frequência e prevalência apercebidas, localizações, manifestações funcionais, recursos disponíveis e formação, intervenções realizadas, referenciação e resultados.

**Método:** Foi realizado um estudo observacional e transversal, através da aplicação e análise dos resultados dum questionário de autopreenchimento, aplicado nos meses de fevereiro, março, abril, setembro e outubro de 2016. Foram questionados os médicos em funções na ULS da Guarda das seguintes especialidades: Medicina Geral e Familiar, Anestesiologia, Pediatria e Ortopedia.

**Resultados:** De um total de 115 médicos, responderam 66. Destes, 37,9% acharam que a prevalência da dor em crianças era de 1 a 5%. Cerca de metade dos médicos referiram nunca ter tratado dor crónica em crianças, sendo que 18 acharam que nunca encontraram crianças com dor crónica. Entre os inquiridos, 87,9% disseram não ter formação em dor crónica nas crianças e dos médicos que tratam mais de uma criança por mês, cerca de 89% não têm formação. Os diagnósticos que consideraram mais comuns são dor de cabeça/enxaqueca e dor abdominal recorrente. As manifestações funcionais mais encontradas são a ausência escolar e as perturbações de sono. Cerca de 68,2% considerou que a maioria das crianças tem um prognóstico bom ou moderado.

**Conclusão:** Os médicos destas especialidades, que previsivelmente contactam mais com crianças, não detetam dor crónica, têm ideias erradas sobre a prevalência e consequências da dor crónica nas crianças e têm formação insuficiente acerca deste assunto. Para confirmar os dados sobre a prevalência apercebida dos profissionais de saúde, serão necessários mais estudos na região e no país. É imperativo uma maior sensibilização, não só dos médicos, mas também da sociedade para necessidade de prevenir, diagnosticar e tratar a dor crónica nas crianças, como forma de prevenção de consequências futuras.

### Palavras-chave:

Dor, dor crónica, crianças, adolescentes, médicos

## Abstract

**Introduction:** Pain is considered a highly subjective phenomenon, defined by International Association for the Study of Pain, as an "unpleasant sensory and emotional experience, associated with actual or potential tissue injury, or described in terms of such an injury". Studies in children and adolescents about the prevalence of chronic pain have found that 15-25% of them suffer from chronic or recurrent pain. Being a common problem and having a strong impact on the lives of children and adolescents, chronic pain must be detected, evaluated and treated appropriately, avoiding future negative consequences.

**Objective:** To study the physicians' perception of chronic pain in children, in relation to: perceived frequency and prevalence, locations, functional manifestations, available resources and training, interventions performed, referral and results.

**Method:** An observational and cross-sectional study was conducted through the application and analysis of the results of a self-completion questionnaire, applied in February, March, April, September and October 2016. Questionnaires were applied to doctors in ULS Guard, in these specialties: General practice, Anesthesiology, Pediatrics and Orthopedics.

**Results:** Of a total of 115 doctors, 66 responded. 37.9% of the doctors believe that the prevalence of children is 1-5%. About half of doctors' report never treated chronic pain in children, with 18 doctors never found children with chronic pain. Among those surveyed, 87.9% of the respondents referred that they didn't have training in chronic pain in children. From those doctors that treat more than one child per month, about 89% had no training. The most common diagnoses are headache / migraine and recurrent abdominal pain, while the most commonly affected functional manifestations are absence of school and sleep disturbances. About 68.2% of physicians believe that most children have a good or moderate prognosis.

**Conclusion:** Physicians of these specialties, who are predictably in contact with children, don't detect chronic pain, have misconceptions about the prevalence and consequences of chronic pain in children, and are poorly educated about this subject. However, in order to confirm the data about the perceived perception of health professionals, studies on the prevalence of this problem in the region and in the country are necessary. It is imperative to raise awareness among physicians and society of the need to prevent, diagnose and treat chronic pain in children as a way to prevent future consequences.

## Keywords

Pain, chronic pain, children, adolescents, doctors

# Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Palavras-chave: .....	iv
Abstract.....	v
Keywords .....	v
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Acrónimos.....	ix
Introdução.....	1
Objetivos .....	2
Materiais e Métodos .....	3
Questionário .....	3
Amostra.....	3
Tratamento dos dados: análise estatística.....	3
Resultados .....	4
Experiência Clínica do tratamento de dor Crónica nas Crianças .....	4
Prevalência .....	6
Formação e Recursos.....	7
Diagnósticos mais comuns.....	9
Intervenções realizadas.....	10
Referenciação .....	11
Manifestações funcionais .....	12
Prognóstico .....	13
Discussão .....	14
Experiência clínica .....	14
Prevalência .....	14
Formação e recursos .....	15
Diagnósticos mais comuns.....	15
Intervenções .....	16
Manifestações de incapacidade funcional .....	16
Referenciação .....	17
Prognóstico .....	17
Pontos a favor e limitações .....	18
Conclusão e perspectivas futuras.....	19
Referências .....	21
ANEXOS .....	24
Anexo 1 - Aprovação da comissão de ética e do diretor clínico .....	25
Anexo 2- Questionário Original, usado no estudo de Bhatia et al.....	26
Anexo 3 - Carta e questionário usados no estudo, traduzido e adaptado do inglês.....	28

## Lista de Figuras

Figura 1. Distribuição dos médicos por especialidade.....	4
Figura 2. Prevalência da dor crónica em crianças segundo as especialidades .....	6
Figura 3. Frequência absoluta da formação dos médicos e a sua adequação. ....	7
Figura 4. Distribuição dos diagnósticos mais comuns.....	9
Figura 5. Distribuição das manifestações funcionais mais comuns.....	12
Figura 6. Opinião dos médicos sobre o prognóstico da dor crónica na maioria das crianças...	13

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da idade dos médicos. ....	4
Tabela 2: Frequência com que os médicos de cada especialidade trataram crianças com dor crónica .....	5
Tabela 3: Referenciação dos médicos que nunca trataram dor crónica por especialidade .....	5
Tabela 4: Frequência com que trata crianças com dor crónica e sua evolução .....	6
Tabela 5: Frequência de recursos de acordo com a especialidade .....	7
Tabela 6: Frequência da formação de acordo com a especialidade .....	7
Tabela 7: Frequência com que trata crianças e a existência de formação. ....	8
Tabela 8: Intervenções realizadas de acordo com a especialidade .....	10
Tabela 9: Distribuição da referenciação para a consulta segundo especialidades. ....	11
Tabela 10: Relação entre a existência de formação e a referenciação .....	11
Tabela 11: Manifestações funcionais mais comuns de acordo com a especialidade .....	12

## Lista de Acrónimos

IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
MGF	Medicina Geral e Familiar
ULS	Unidade Local de Saúde, EPE
USF	Unidade de Saúde Familiar
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
n	número absoluto
TENS	<i>Transcutaneous electrical nerve stimulation</i>

## Introdução

De acordo com a definição proposta pela IASP, dor é uma “experiência desagradável emocional e sensorial associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (1). Define dor crónica, aquela com duração superior a 3 meses.

A dor é um fenómeno altamente subjetivo e um problema comum de saúde entre crianças e adolescentes. Estudos realizados sobre a prevalência de dor crónica nas crianças estimaram que 15 a 25% sofrem de dor crónica ou recorrente, localizada maioritariamente na cabeça, abdómen e no aparelho músculo-esquelético. As frequências aumentam com a idade, sendo superiores no sexo feminino e em condições socioeconómicas mais baixas (2).

Contudo, existem variações consideráveis ao longo dos estudos, tornando-se difícil retirar conclusões gerais. Em Portugal, há apenas um estudo sobre a prevalência de dor crónica em alunos do 9º ano das escolas da Covilhã, que revelou que 87% dos adolescentes reporta dor nos últimos 3 meses e, destes, 42% dor crónica (3).

A preocupação com a dor nas crianças surge com o reconhecimento de que as crianças desde que nascem têm e sofrem com a dor, guardam memória, podendo ter consequências futuras. A neurobiologia demonstrou que há sensibilidade desde a vida uterina. As vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas e estão totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação. Em contrapartida, as vias descendente, inibidoras da dor, só estão completas com a maturidade. Por isso, as suas consequências serão mais graves do que nos adultos (4).

Encontram-se descritas mudanças no sistema nervoso central que podem afetar a experiência da dor no futuro. Estudos clínicos demonstraram que a exposição neonatal a estímulos nódicos, como procedimentos cirúrgicos ou estadia em cuidados intensivos neonatais, estão associadas a alterações no processamento nociceptivo basal na infância. O *stress* provocado por estímulos nódicos repetidos em prematuros demonstrou ter consequências a longo prazo sobre o processamento somatossensorial das crianças, como a sensibilidade e a resposta à dor (5). Outros estudos, realizados em crianças de todas as idades que estiveram em cuidados intensivos, demonstraram que tinham maior sensibilidade ao calor em comparação com os controlos, indicativo de alterações de sensibilização central. Os resultados obtidos também sugeriram que as alterações nas vias funcionais da dor persistem além da infância (6).

O impacto da dor crónica na população infanto-juvenil pode comprometer desde cedo a área psicossocial. Estão descritas diminuição da assiduidade e do aproveitamento escolares, distúrbios de sono, do apetite e da participação em atividades sociais (7).

Numa perspetiva a longo prazo, Hasset *et al* revelaram que este período de vulnerabilidade pode comprometer posteriormente a qualidade de vida. Demonstraram que cerca de 17% dos adultos com dor crónica tem história de dor crónica na infância ou adolescência, dos quais 80% ainda apresentavam a mesma queixa na altura do estudo (8).

O impacto da dor ultrapassa o indivíduo, tendo um peso económico e familiar. Um estudo, publicado em 2014 por Groenewald *et al*, revela custos diretos e indiretos médios de aproximadamente US \$ 11.787 por adolescente e um custo mediano de \$ 6.770 (9). Os familiares serão igualmente afetados psicologicamente (10,11).

Apesar de ser um problema grave de saúde pública e existirem programas de controlo e normas de orientação de boas práticas, ainda existem falhas ao nível da formação e da aplicação dos conhecimentos à prática clínica. Um estudo realizado no Reino Unido, entre médicos especializados em dor e clínicos gerais, revelou que estes não se sentiam preparados para lidar com este problema, apresentando lacunas na sua formação. Uma grande parte deles acreditava erradamente que a prevalência de dor crónica na população pediátrica era inferior 5% (12).

## Objetivos

Geral - Estudar a perceção que os médicos da ULS da Guarda, que mais lidam com crianças com dor crónica, têm em relação à dor crónica nas crianças

Específicos:

1- avaliar e comparar a experiência prática na deteção e tratamento da dor crónica nas crianças e sua evolução nos últimos 5 anos,

2- saber qual a opinião dos médicos que lidam mais com crianças com dor crónica, acerca da sua frequência, tipo, prevalência, prognóstico e principais manifestações funcionais,

3- saber a sua opinião acerca da formação e que recursos têm para tratamento da dor crónica em crianças,

4 - saber que intervenções são realizadas e o circuito de referenciação.

Colocam-se as seguintes hipóteses:

H0: A prevalência apercebida pelos profissionais de saúde é superior a 10%

H1: A prevalência apercebida pelos profissionais de saúde é inferior ou igual a 10%

H0: Os profissionais de saúde consideram que têm formação suficiente para tratar crianças com dor crónica

H1: Os profissionais de saúde consideram que não têm formação suficiente para tratar crianças com dor crónica

## Materiais e Métodos

Este estudo é de tipo observacional e transversal baseado na aplicação dum questionário de autopreenchimento. Foi aplicado, após obter o parecer favorável da Comissão de Ética da ULS da Guarda (Anexo 1), durante os meses de fevereiro, março, abril, setembro e outubro de 2016. O estudo protegeu os direitos dos participantes na investigação, assegurando-lhes o anonimato e a confidencialidade das respostas.

### Questionário

O questionário usado para obtenção de dados foi uma tradução e adaptação para português, realizado pela autora, do estudo “*Chronic pain in children in the UK: a survey of pain clinicians and general practitioners*” (Anexo 2).

Cada médico recebeu uma carta, onde era explicado o projecto, e um questionário (Anexo 3). Este foi preenchido de modo voluntário, anónimo e tratado de modo confidencial. Continha 13 questões de escolha múltipla, sendo 9 de resposta única e 4 de resposta múltipla.

### Amostra

A população abrangida pelo estudo incluía todos os médicos em funções na ULS da Guarda e que exerciam uma das seguintes especialidades: Medicina Geral e Familiar, Anestesiologia, Pediatria ou Ortopedia, num total de 115 médicos. O estudo não apresentava critérios de exclusão.

A distribuição dos questionários foi realizada pelos diretores de serviço de cada especialidade e foi dividida em dois tempos. O primeiro corresponde aos meses de fevereiro, março e abril e o segundo aos de setembro e outubro. No primeiro, foi aplicado aos médicos exercendo funções no Hospital Sousa Martins, na UCSP da Guarda e na USF “A Ribeirinha”. No segundo tempo, o questionário foi distribuído e recolhido, com a colaboração dos diretores das 12 restantes UCSP da ULS Guarda (Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa).

### Tratamento dos dados: análise estatística

Todos os dados foram obtidos através dos questionários. Foram recebidos 66 questionários que foram conferidos manualmente e considerados todos válidos. Para a análise estatística, recorreu-se ao *software* estatístico SPSS® 23, utilizando-se na estatística descritiva: para as variáveis nominais frequências absolutas e relativas, média e desvio-padrão, mínimo e máximo. Na estatística indutiva, para as variáveis nominais optou-se pelo teste de qui-quadrado. A variável “idade” não apresentou distribuição normal, pelo que se

optou pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Foi considerado como significância estatística o valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Foram distribuídos 115 questionários e recebidos 66, o que corresponde a uma adesão de 57%. A taxa de resposta para os médicos hospitalares foi de 94.7% ( $n=18/19$ ) e para os médicos de Medicina Geral e Familiar foi de 50% ( $n=48/96$ ).

Amostra tinha idade média de  $48.7 \pm 13.7$  anos (mínimo de 26 e máximo de 68 anos). (tabela 1), sendo maioritariamente, 60.6% ( $n=40$ ) do sexo masculino.

Tabela 1: Distribuição da idade dos médicos

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
				Erro-padrão	
Idade dos médicos	65	26	68	48,71	1,695

A figura 1 representa a distribuição dos médicos pelas especialidades, 48 (72.7%) eram de Medicina Geral e Familiar, 8 (12.1%) de Pediatria, 6 (9.1%) de Anestesiologia e 4 (6.1%) de Ortopedia.

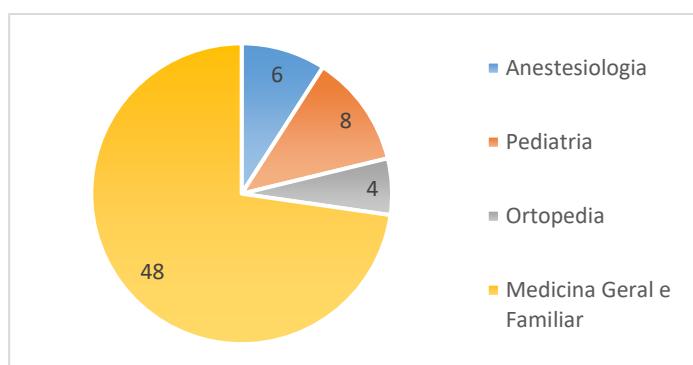


Figura 1. Distribuição dos médicos por especialidade

## Experiência Clínica do tratamento de dor Crónica nas Crianças

De acordo com a tabela 2 podemos verificar que, dos 66 inquiridos, 30 (45.5%) responderam que nunca trataram crianças com dor crónica, sendo que destes, 24 (36.4%) eram de MGF, 5 (7.6%) de Anestesiologia e 1 (1.5%) de Pediatria. Vinte e sete médicos encontraram pelo menos 1 criança com dor crónica por mês, sendo 21 destes de MGF. A percentagem de médicos que respondeu que tratava 2-5 ou mais de 5 crianças por mês com dor crónica foi 7.6% ( $n=5$ ) e 6.1% ( $n=4$ ), respetivamente.

Dos 30 médicos que referiram que nunca trataram dor crónica nas crianças, 18 (60%) responderam que nunca encontraram crianças com dor crónica, sendo que 16 eram de MGF e Rita Vasconcelos | Mestrado Integrado em Medicina | Universidade da Beira Interior

2 de Anestesiologia. A percentagem de médicos a referenciar para o hospital foi de 26.7% (n=8), dos quais 7 de MGF e 1 de Pediatria. Apenas 4 (13.3%) responderam que referenciavam para unidade de dor crónica, como é possível observar na tabela 3.

Tabela 2: Frequência com que os médicos de cada especialidade trataram crianças com dor crónica

		Especialidade dos médicos					Total
		Anestesiologia	Pediatria	MGF	Ortopedia		
“Na prática clínica, com que frequência trata crianças com dor crónica?”	Nunca	n	5	1	24	0	30
		%	7,6%	1,5%	36,4%	0,0%	45,5%
	Raramente (1 paciente)	n	1	2	21	3	27
		%	1,5%	3,0%	31,8%	4,5%	40,9%
	Ocasionalmente (2-5 pacientes)	n	0	3	1	1	5
		%	0,0%	4,5%	1,5%	1,5%	7,6%
	Frequentemente (>5 pacientes)	n	0	2	2	0	4
		%	0,0%	3,0%	3,0%	0,0%	6,1%
Total	n	6	8	48	4	66	
	%	9,1%	12,1%	72,7%	6,1%	100,0%	

Tabela 3: Referenciação dos médicos que nunca trataram dor crónica por especialidade

		Especialidade dos médicos				Total
		Anestesiologia	Pediatria	MGF		
“Se respondeu nunca, para onde referencia o doente?”	Hospital	n	0	1	7	8
		%	0,0%	3,3%	23,3%	26,7%
	Unidade de dor	n	3	0	1	4
		%	10,0%	0,0%	3,3%	13,3%
	Nunca encontrei crianças com dor	n	2	0	16	18
		%	6,7%	0,0%	53,3%	60,0%
Total	n	5	1	24	30	
	%	16,7%	3,3%	80,0%	100,0%	

## Prevalência

Relativamente à prevalência da dor crónica nas crianças, 37.9% dos médicos (n=25) referiram uma prevalência apercebida de 1-5%, sendo 20 de MGF, 4 de Pediatria e um de Ortopedia. Segundo o exposto na figura 2, 16 médicos (24.2%) consideraram que a prevalência de dor crónica nas crianças era <1%. Apenas 3 médicos referiram que a prevalência era superior a 5%. Mais de um terço (n=22) não tem a certeza da extensão do problema. Dos inquiridos que tratam dor crónica nas crianças (n=36), 16 médicos (44.4%) respondem que atualmente tratam mais crianças do que há 5 anos (tabela 4).

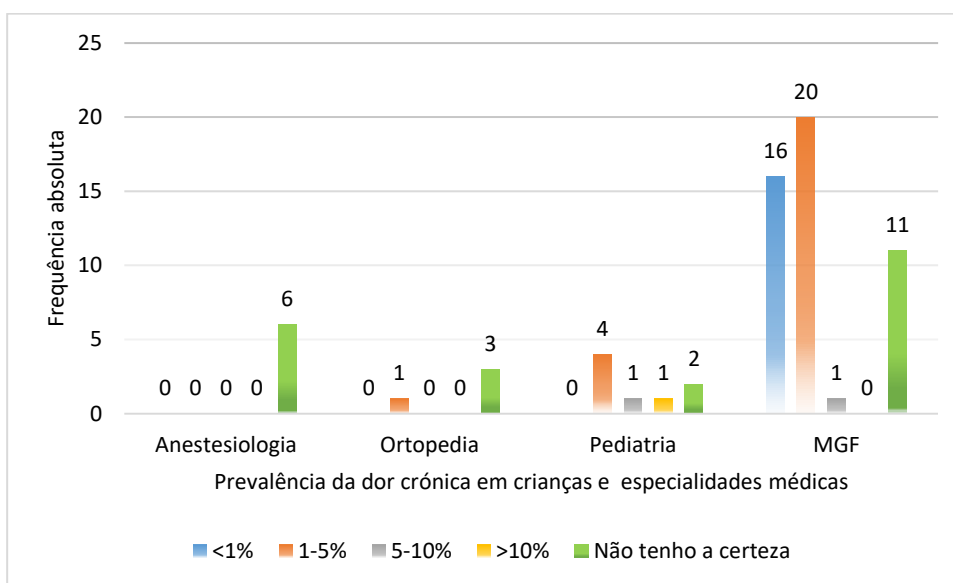


Figura 2. Prevalência da dor crónica em crianças segundo as especialidades

Tabela 4: Frequência com que trata crianças com dor crónica e sua evolução

		Considera que agora trata mais crianças com dor crónica do que há 5 anos?		
		Sim	Não	Total
“Na prática clínica, com que frequência trata crianças com dor crónica?”	Raramente	n 9	18	27
		% 25,0%	50,0%	75,0%
	Ocasionalmente	n 3	2	5
		% 8,3%	5,6%	13,9%
	Frequentemente	n 4	0	4
		% 11,1%	0,0%	11,1%
Total		n 16	20	36
		% 44,4%	55,6%	100,0%

## Formação e Recursos

A grande maioria dos inquiridos (89.4%) referiu falta de recursos para tratar dor crónica em crianças, como mostrado na tabela 5. Destes 42 eram de MGF e 7 de Pediatria, 6 de Anestesiologia e 4 de Ortopedia, ou seja, quase a totalidade dos médicos hospitalares.

Tabela 5: Frequência de recursos de acordo com a especialidade

			Especialidade dos médicos				
			Anestesiologia	Pediatria	MGF	Ortopedia	Total
“Sente que tem recursos suficientes para tratar crianças com dor crónica?”	Sim	n	0	1	6	0	7
		%	0,0%	1,5%	9,1%	0,0%	10,6%
	Não	n	6	7	42	4	59
		%	9,1%	10,6%	63,6%	6,1%	89,4%
Total	n	6	8	48	4	66	
	%	9,1%	12,1%	72,7%	6,1%	100,0%	

Como é perceptível na figura 3, 87.9% (n=58) dos inquiridos referiram não ter formação em dor crónica nas crianças, sendo 42 de MGF, 8 de Pediatria, 5 de Anestesiologia e 3 de Ortopedia (tabela 6). Dos 8 médicos que receberam formação, três quartos considera que esta foi adequada. (Figura 3)

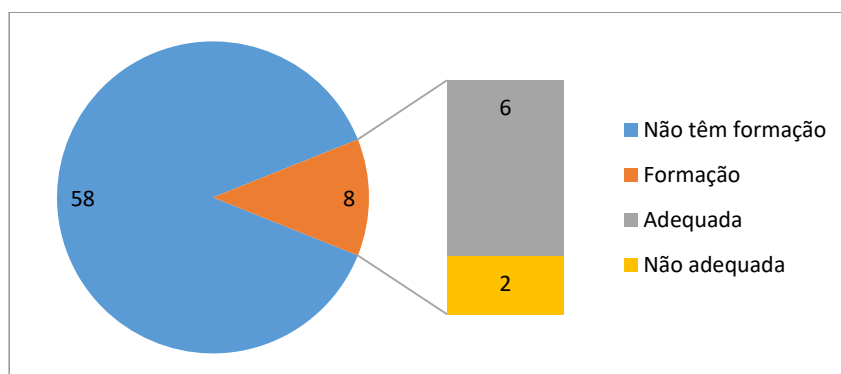


Figura 3. Frequência absoluta da formação dos médicos e a sua adequação.

Tabela 6: Frequência da formação dos médicos de acordo com a especialidade

			Especialidade dos médicos				
			Anestesiologia	Pediatria	MGF	Ortopedia	Total
“Recebeu formação para o tratamento de crianças com dor crónica?”	Sim	n	1	0	6	1	8
		%	1,5%	0,0%	9,1%	1,5%	12,1%
	Não	n	5	8	42	3	58
		%	7,6%	12,1%	63,6%	4,5%	87,9%
Total	n	6	8	48	4	66	
	%	9,1%	12,1%	72,7%	6,1%	100,0%	

Aplicando o teste de Mann-Whitney U, não existe relação entre a idade dos médicos e a sua formação em dor crónica.

Analisando a frequência de tratamento de dor crónica em relação à formação em dor, podemos verificar que metade (n=4) dos médicos que tinham formação não trataram crianças e a outra metade (n=4) tratava por mês pelo menos 1 criança. Por conseguinte, dos 36 médicos que trataram mais de 1 criança por mês com dor crónica, 32 (88.9%) não tinham formação. (Tabela 7)

Tabela 7: Frequência com que trata crianças e a existência de formação.

		"Recebeu formação para o tratamento de crianças com dor crónica?"			Total
		Sim	Não		
"Na prática clínica, com que frequência trata de crianças com dor crónica?"	Nunca	n	4	26	30
		%	6,1%	39,4%	45,5%
	Raramente	n	4	23	27
		%	6,1%	34,8%	40,9%
	Ocasionalmente	n	0	5	5
		%	0,0%	7,6%	7,6%
	Frequentemente	n	0	4	4
		%	0,0%	6,1%	6,1%
Total	n	8	58	66	
	%	12,1%	87,9%	100,0%	

## Diagnósticos mais comuns

Os dois diagnósticos mais comuns, como apresentado na figura 4, eram dor de cabeça/enxaqueca (n=42) e dor recorrente abdominal e pélvica (n=21) com 33.6% e 16.8%, respetivamente. Em terceiro lugar, com 12.8% (n=16) surgiram, com o mesmo valor, a dor oncológica, a dor músculo-esquelética e a dor de ouvido. A apresentação mais comum em todas as especialidades foi dor de cabeça/enxaqueca (MGF 32, Pediatria 6 e Anestesiologia 4), exceto na especialidade de Ortopedia que refere dor músculo-esquelética (n=3), como seria de esperar.

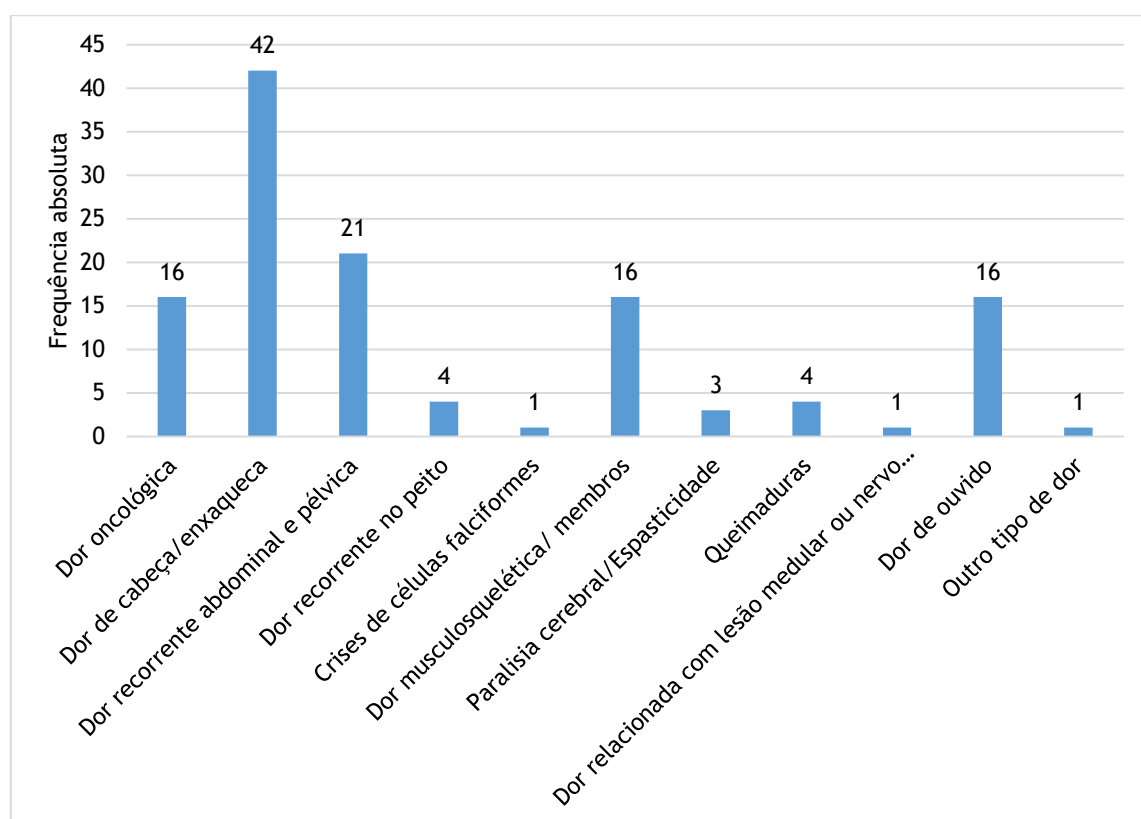


Figura 4. Distribuição dos diagnósticos mais comuns

## Intervenções realizadas

A intervenção mais comum em todas as especialidades para o tratamento de dor crónica nas crianças foi a farmacológica (83.3%, n=55).

No entanto, outras técnicas como a fisioterapia e a terapia cognitiva também foram escolhidas numa percentagem de 12.5% (n=10) e 10% (n=8), respetivamente. (tabela 8)

Tabela 8: Intervenções realizadas de acordo com a especialidade

		Especialidade dos médicos					Total
		Anestesiologia	Pediatria	MGF	Ortopedia		
<b>“Que intervenções realiza?”</b>	Medicação	n	1	8	42	4	55
		%	1,3%	10,0%	52,5%	5,0%	68,8%
	TENS	n	0	0	2	0	2
		%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
	Bloqueio nervoso	n	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
	Fisioterapia	n	0	0	7	3	10
		%	0,0%	0,0%	8,8%	3,8%	12,5%
	Terapia cognitiva	n	0	2	6	0	8
		%	0,0%	2,5%	7,5%	0,0%	10,0%
	Outras intervenções	n	0	1	1	2	4
		%	0,0%	1,3%	1,3%	2,5%	5,0%
Total		n	1	11	59	9	80
		%	1,3%	13,8%	73,8%	11,3%	100,0%

## Referenciação

Relativamente à questão da referenciação, 52 médicos responderam que não referenciam para a sua consulta, sendo 42 deles de MGF. Vinte e um por cento (n=14) responderam que recebem referenciação de outras especialidades, sendo MGF a especialidade com maior número de referenciação, 6 casos, seguida de Pediatria e Ortopedia com 4 médicos cada (tabela 9). Correlacionando a frequência de referenciação com a formação, verifica-se que apenas um médico que recebia referenciação tinha formação (tabela 10).

As especialidades com maior frequência de referenciação eram: Pediatria com 10, Ortopedia 5 e MGF 2. Nenhum Anestesiologista recebeu referenciação de outras especialidades para tratar dor crónica.

Tabela 9: Distribuição da referenciação para a consulta segundo especialidade.

			Especialidade dos médicos				Total
			Anestesiologia	Pediatria	MGF	Ortopedia	
“Referenciam para a sua consulta crianças com dor crónica?”	Sim	n	0	4	6	4	14
		%	0,0%	6,1%	9,1%	6,1%	21,2%
	Não	n	6	4	42	0	52
		%	9,1%	6,1%	63,6%	0,0%	78,8%
Total	n	6	8	48	4	66	
	%	9,1%	12,1%	72,7%	6,1%	100,0%	

Tabela 10: Relação entre a existência de formação e a referenciação

		“Referenciam para a sua consulta crianças com dor crónica?”		
		Sim	Não	Total
“Recebeu formação para o tratamento de crianças com dor crónica?”	Sim	1	7	8
	Não	13	45	58
Total		14	52	66

## Manifestações funcionais

Os inquiridos quando questionados sobre as manifestações funcionais, 39 responderam ausência da escola (26%), 37 perturbação do sono (24.7%), 30 incapacidade para praticar desporto (20%), 22 isolamento social (14.7%) e 20 perturbações alimentares (13.3%). (Figura 5)

A ausência na escola foi escolhida por 59% (n=39) dos médicos, sendo 31 médicos de MGF e 7 pediatras e apenas 1 ortopedista. A segunda manifestação funcional mais comum, as perturbações do sono, foi escolhida por 28 médicos de MGF, 7 pediatras, um ortopedista e um anestesiolista. Foi ainda acrescentada, por 2 médicos de MGF, a ansiedade como outra manifestação funcional (tabela 11).

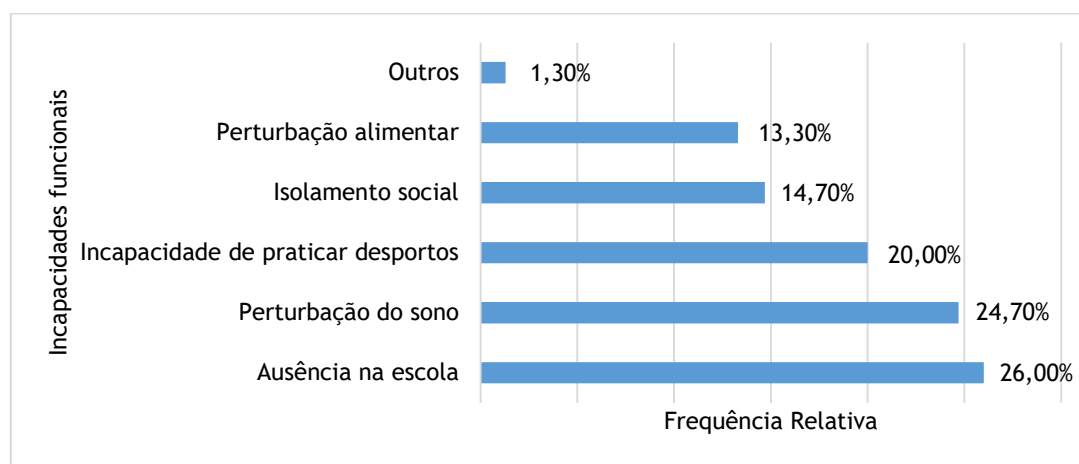


Figura 5. Distribuição das manifestações funcionais mais comuns

Tabela 11: Manifestações funcionais mais comuns de acordo com as especialidades

"Manifestação funcional?"		Especialidade dos médicos				Total
		Anestesiologia	Pediatria	MGF	Ortopedia	
Ausência na escola	n	0	7	31	1	39
	%	0,0%	4,7%	20,7%	0,7%	26,0%
Perturbação do sono	n	1	7	28	1	37
	%	0,7%	4,7%	18,7%	0,7%	24,7%
Perturbação alimentar	n	0	4	16	0	20
	%	0,0%	2,7%	10,7%	0,0%	13,3%
Isolamento social	n	0	3	19	0	22
	%	0,0%	2,0%	12,7%	0,0%	14,7%
Incapacidade de praticar desportos	n	0	3	23	4	30
	%	0,0%	2,0%	15,3%	2,7%	20,0%
Outra	n	0	0	2	0	2
	%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
Total	n	1	24	119	6	150
	%	0,7%	16,0%	79,3%	4,0%	100,0%

## Prognóstico

Na figura 6, é possível observar que cerca de 68.2% dos inquiridos responderam que o prognóstico é bom (redução acentuada na intensidade da dor e melhoria funcional significativa) ou moderado (alguma redução na intensidade da dor e/ou alguma melhoria funcional) com uma frequência absoluta de 26 e 19, respetivamente. Nenhum dos inquiridos respondeu que o prognóstico era mau. No entanto, 31.8% (n=21) responderam que não tinham a certeza acerca do prognóstico de dor crónica nesta faixa etária.

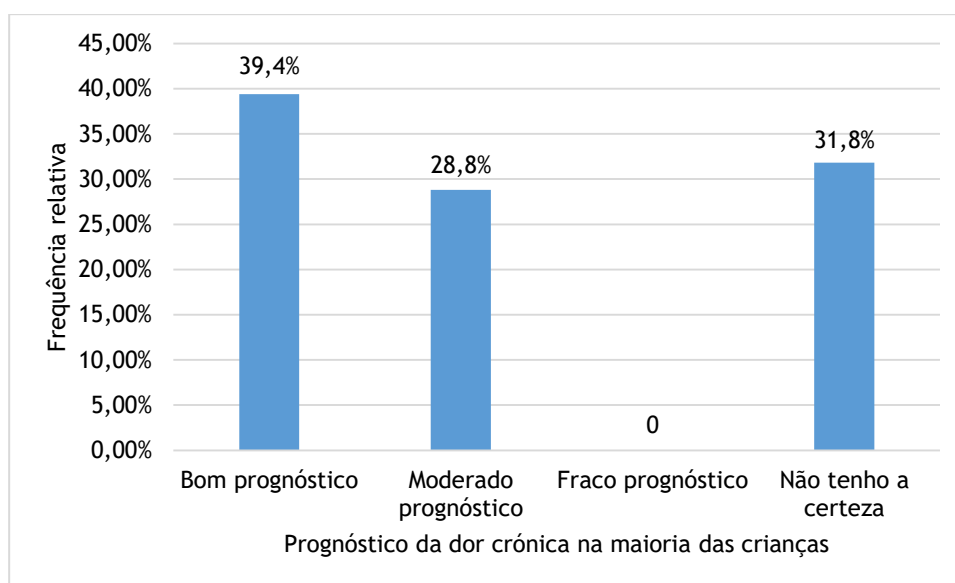


Figura 6. Opinião dos médicos sobre o prognóstico da dor crónica na maioria das crianças

# Discussão

## Experiência clínica

Os dados apresentados apontam que apenas uma minoria dos médicos (n=9) trata mais de 2 crianças por mês. Quase metade dos inquiridos (n=30) nunca trataram dor crónica em crianças, 18 deles porque nunca encontraram nenhuma criança com dor crónica. Uma justificação poderá ser o facto de a dor não ser adequadamente detetada ou valorizada por parte dos profissionais de saúde, constituindo uma barreira para o seu alívio. Outra poderá ser o número reduzido de crianças/adolescentes tratadas pelos médicos de algumas especialidades. No entanto, esta frequência não foi avaliada no estudo. Os resultados apresentados são consistentes com os apresentados por Bhatia *et al*, que revelaram que cerca de 42% dos especialistas em dor e quase metade (46%) dos médicos de MFG nunca trataram crianças com dor crónica. (12)

Relativamente ao padrão de referenciação, foi possível observar que 8 médicos (7 de MGF e 1 de Pediatria) apesar de nunca terem tratado, referenciam para o hospital. O ideal seria a sensibilização para o reconhecimento da dor nesta faixa etária, a formação adequada de todos os profissionais que contactam mais frequentemente com crianças e a existência de redes de referenciação eficazes.

## Prevalência

Os dados resultantes correspondem à prevalência apercebida pelos médicos da ULS Guarda. Verificou-se que a grande maioria dos médicos acreditam que a prevalência de dor crónica nas crianças é inferior a 5% e apenas 1 supôs que seria superior a 10 %. Sendo assim, a hipótese colocada nos objetivos iniciais da prevalência apercebida pelos médicos ser superior a 10% não foi comprovada e é bastante inferior ao esperado.

Na literatura é possível encontrar variações consideráveis nas prevalências encontradas: diferentes metodologias e os escalões etários estudados estarão na origem dessas discrepâncias. Haraldstand *et al* estimaram que cerca de 15-25% das crianças e adolescentes sofrem de dor recorrente ou crónica (2). No único estudo realizado em Portugal, em alunos do 9º ano da Covilhã, revelou que 87% dos adolescentes referia dor nos últimos 3 meses e, destes, 42% dor crónica. Dos que referiam dor crónica, mais de um terço disse que a dor era grave (3). As prevalências também diferem consoante a localização da dor. Por exemplo: dor de cabeça de 8 a 83% e dor de costas de 14 a 24% (7).

Apesar destes valores tão expressivos, Bhatia *et al*, num estudo sobre as prevalências apercebidas, revelaram que cerca de 58% dos participantes achavam que seria inferior a 5 %. Este estudo também revelou que quase a totalidade dos médicos inquiridos ou não sabe ou subestima a prevalência da dor crónica em crianças (12).

Cerca de 44.4% dos inquiridos responde que atualmente trata mais crianças do que há 5 anos, contrastando com os resultados obtidos por Bhatia *et al* (22%) (12). Contudo, antes de

concluirmos que prevalência poderá estar a aumentar, terá que se considerar a hipótese de haver mais atenção por parte dos médicos.

## Formação e recursos

A hipótese colocada não foi comprovada, pois a maioria dos inquiridos refere falta de recursos e formação no tratamento de dor crónica nas crianças. No entanto, esta falta de formação não se relaciona nem com a especialidade, nem com a idade dos médicos. Existem alguns dados preocupantes, nomeadamente, dos 36 médicos que tratam mais de 1 criança por mês com dor crónica, apenas 4 dizem ter formação e quase a totalidade dos médicos que exercem funções hospitalares refere falta de recursos para tratar dor crónica.

Existem trabalhos que, infelizmente corroboram esta realidade, mas ao nível do tratamento de dor aguda, Miró *et al* publicaram um estudo sobre as crenças e atitudes dos pediatras sobre a dor, revelou que, dentro dos participantes, apenas 28% afirmavam que a sua formação em dor aguda era suficiente (13). Também no estudo de Shomaker *et al* evidenciou o mau tratamento de dor aguda, e demonstrou que mais de 1/3 das crianças necessitava de mais medicação para o alívio da sua dor (14). Diversas razões podem ser apontadas para explicar o tratamento inadequado da dor, entre elas pode estar a insuficiente apreciação pelo médico da intensidade de dor, a falta de conhecimentos e o receio dos efeitos adversos. Isto para além de acarretar sofrimento, também têm consequências futuras, nomeadamente a sensibilização central para a dor (14). Sendo os médicos de família e os pediatras os principais prestadores de cuidados de saúde à criança, deveriam ter formação específica sobre este grave problema de saúde pública. Também seria importante incentivar a criação de consultas ou de unidades de dor dirigidas a crianças.

## Diagnósticos mais comuns

O questionário indicou que as duas apresentações mais comuns eram a dor de cabeça/enxaqueca e dor recorrente abdominal, corroborando os dados apresentados por Harlstand *et al* (2). Noutro estudo com cerca de 5423 crianças com dor crónica, encontraram a dor de cabeça, a dor abdominal e a dor nos membros com uma frequência de 23%, 22% e 22%, respetivamente (15).

De um modo geral, o reconhecimento das apresentações mais frequentes é considerado útil no sentido de alocar de uma forma mais eficiente os recursos dos cuidados de saúde. Poderia ainda servir de base para a formação de protocolos mais acessíveis e simples de avaliação, acompanhamento e tratamento destas doenças.

Em crianças, especialmente se mais novas, pode ser difícil a identificação da presença e intensidade da dor. Contudo, a Direção Geral de Saúde desde 2003 têm vindo a emitir várias orientações técnicas sobre a avaliação e o controlo da dor nas crianças, em diferentes contextos e diferentes idades (4,16,17,18,19).

## Intervenções

A maioria das respostas identificam a medicação como um pilar no plano terapêutico, tal como apresentado noutros estudos. Perquin *et al* reportaram que a maioria das crianças usa medicação para alívio da dor (15), sendo esta usada, mais frequentemente, pelas raparigas (2). Bhatia *et al*, no seu estudo, revelaram que a intervenção mais comum é a farmacológica, mas existem outras técnicas utilizadas como bloqueio de nervos, terapia cognitiva, fisioterapia e estimulação nervosa (12). Estes corroboram os dados apresentados, que também sugerem a terapia cognitiva e fisioterapia como intervenções usadas frequentemente.

Como a dor crónica não é apenas uma resposta física, uma abordagem biopsicossocial para o seu tratamento seria benéfica. Apesar de poucos médicos usarem tratamento psicológico da dor, investigadores comprovam que a abordagem multidisciplinar é mais efetiva na redução da frequência e gravidade da dor, melhorando significativamente a qualidade de vida das crianças e minimizando as consequências a longo prazo (20,21). Para além disto, os pais relatam maiores índices de satisfação, o que leva diretamente ao aumento da adesão ao tratamento (22).

A promoção de hábitos de vida saudável, especialmente o incentivo à prática de exercício físico têm uma grande influência sobre a qualidade de vida. Por exemplo, os hábitos de vida pouco saudáveis podem desencadear cefaleias e Faedda *et al* descreveram a utilidade da terapia comportamental no seu tratamento (23).

## Manifestações de incapacidade funcional

A dor crónica tem um grande impacto na vida dos mais jovens. Estudos referem elevados níveis de *stress* emocional, limitações físicas e também sociais (7). Nos resultados deste estudo encontramos a ausência na escola, as perturbações do sono e a incapacidade de praticar desporto como as 3 principais manifestações de incapacidade funcional.

Os dados apresentados são consistentes com os de outros autores, que referem as perturbações do sono, das atividades de lazer e das atividades de vida diária como as que têm mais impacto em ambos os géneros (2).

Nenhum médico sugeriu as perturbações familiares como consequência da dor crónica. No entanto, a criança não é a única que sofre, sendo que em geral a família é envolvida neste problema. A sensação de incapacidade de ajudar o próprio filho e a restrição em torno da dor, podem despoletar na família sensação de impotência, maiores níveis de *stress* e de ansiedade (24). Evens *et al* demonstraram que níveis de ansiedade materna têm impacto sobre a dor infantil, crianças com mães ansiosas experienciam maior ansiedade e intensidade de dor, tornando-se um ciclo vicioso, influenciando de forma significativa as suas vidas (25). De salientar que a ansiedade foi apontada por dois médicos como sendo uma manifestação de incapacidade. Este sintoma reativo é facilmente compreendido, pois as crianças com dor crónica, pela intensidade e interferência da dor no dia-a-dia podem

desenvolver ansiedade e isolamento social. Mas as dificuldades não se limitam à esfera psicológica, pois económica e socialmente as famílias também podem ser afetadas.

As perturbações alimentares foram escolhidas por cerca de um terço dos médicos inquiridos (n=20). Destacamos esta percentagem porque Sim *et al*, no seu estudo, referem que as perturbações alimentares são muitas vezes desvalorizadas no contexto de dor crónica. Associadas a estas podem estar dores abdominais, que aliviam com privação de alimentação ou mesmo até as sequelas das perturbações alimentares (perda/ganho peso) podem ser erradamente atribuídas à medicação. (26) Sendo que a intervenção precoce é crucial para a melhoria do prognóstico, os profissionais de saúde deveriam estar atentos e sensibilizados para esta doença.

Uma melhor qualidade de vida deve ser considerada prioritária para estas crianças, não só ao nível do alívio da dor, mas também em relação às incapacidades funcionais, sem nunca descurar a família, pois existem fatores familiares que podem influenciar o futuro da dor na criança (27).

## Referenciação

É possível verificar que não existe uma rede eficaz de referenciação no distrito da Guarda. Constatou-se que as pessoas mais aptas no tratamento de dor crónica não tratam crianças, ou por falta de referenciação ou por desconhecimento dos médicos da ULS da existência de profissionais com formação em dor crónica. Esta última hipótese é corroborada pelo facto de a especialidade com maior referenciação ser a Pediatria e nenhum pediatra ter formação. Contudo, a primeira hipótese não pode ser excluída pelo facto da prevalência apercebida ser um valor bastante inferior ao esperado, o que pode traduzir falta de deteção e consequentemente de referenciação. O atraso no diagnóstico e referenciação pode ser explicado pela falta de sensibilidade para o assunto, ausência de competências do profissional de saúde ou mesmo lacunas ao nível da organização e coordenação entre serviços.

## Prognóstico

Quase um terço dos inquiridos (n=21) responderam que não tem a certeza acerca do prognóstico de dor crónica nesta faixa etária. Mas cerca de 2/3 dos médicos inquiridos (68,8%) acreditaram que as crianças com dor crónica têm um prognóstico bom ou moderado e não houve nenhum que respondeu que o prognóstico era fraco. Este dado é similar ao apresentado num estudo realizado no Reino Unido, em que 75% dos médicos inquiridos admitiram que a maioria das crianças recupera da incapacidade e retorna à vida normal com uma melhoria funcional significativa e nenhum respondeu que o prognóstico é mau (12).

Vários autores comprovaram o impacto negativo da dor crónica nas crianças, através da diminuição da qualidade de vida e da sua influência ao nível psicológico e social. Para além disso, alguns estudos ainda demonstraram a persistência da dor iniciada na infância na idade adulta. Ao examinar as consequências a longo prazo da dor abdominal funcional em

crianças, estas tinham risco aumentado de co-morbilidade psiquiátrica e de dor crónica na idade adulta (28,29).

## **Pontos a favor e limitações**

Este estudo foi o primeiro sobre este tema a ser realizado em Portugal, permitindo abrir caminho a outros nesta área. O uso dum questionário que já foi aplicado num estudo no Reino Unido permite fazer comparações diretas.

O questionário foi livremente traduzido do original para português, o que facilitou a sua aplicação à população em estudo, tornando o preenchimento mais rápido e perceptível sem qualquer dificuldade.

Em relação às limitações prende-se com o número reduzido de participantes no estudo com uma adesão de 57%, havendo uma grande diferença entre a taxa de adesão hospitalar e a de MGF.

Outra limitação é o desconhecimento do número absoluto de crianças tratadas pelos médicos. Como o distrito da Guarda se encontra numa região envelhecida, a frequência com que os médicos tratam crianças pode ser baixa.

Apresenta ainda falta de acurácia para comparar se as prevalências apercebidas correspondem à realidade, dado que não existe nenhum estudo acerca da prevalência de dor crónica nas crianças na região da Guarda, ou seja, este estudo não consegue identificar em concreto se há uma perceção errada sobre o tratamento de dor crónica nas crianças.

## Conclusão e perspectivas futuras

A investigação foi projetada para estudar a perceção que os médicos têm em relação à dor crónica nas crianças, para isso foi pedida a colaboração de médicos exercendo funções na ULS da Guarda nas seguintes especialidades: Pediatria, Anestesiologia, Ortopedia e Medicina Geral e Familiar.

Este estudo revela que a dor crónica nas crianças não é considerada um problema relevante no distrito da Guarda, que grande parte dos médicos não a detecta, subestima ou não sabe qual a sua prevalência. Aproximadamente metade dos médicos afirmou nunca ter tratado dor crónica em crianças, e um terço dos médicos nunca encontraram crianças com dor crónica.

O estudo é claro ao demonstrar que a maioria dos inquiridos refere não ter formação no tratamento em dor crónica nas crianças e menciona falta de recursos para o mesmo. Assim, dos médicos que tratam mais de uma criança por mês, cerca de 89% não têm formação.

O estudo ainda demonstra que as duas apresentações mais comuns são a dor de cabeça/enxaqueca e a dor recorrente abdominal. O tratamento farmacológico é a intervenção mais vezes realizada e que as incapacidades funcionais mais frequentes são a ausência escolar e as perturbações do sono. Contudo, a maioria dos inquiridos consideraram que as crianças com dor crónica têm um prognóstico bom ou moderado e nenhum respondeu que o prognóstico era fraco.

Perante esta realidade de falta de sensibilidade para deteção da dor e ausência de referenciação ou referenciação incorreta, a formação e a criação de uma rede eficaz de referenciação deveriam ser os passos a seguir. Sendo um problema de saúde pública e transversal a todas as especialidades médicas, todos os médicos devem estar minimamente preparados para tratar grande parte das situações que surgem na prática clínica (30). Relativamente à rede de referenciação e para que esta se torne eficaz, todos os médicos da ULS Guarda deveriam conhecê-la para, caso suspeitassem que uma criança tinha dor crónica, facilitar-lhe o acesso a equipas com formação e experiência adequadas para o seu tratamento e acompanhamento. Em geral, existem várias barreiras para o alívio da dor, estando estas na dependência de aspetos não só relacionados com o profissional de saúde, mas também com o sistema de saúde.

Analisando estas conclusões, seria importante realizar estudos semelhantes noutras regiões do país, nesta e noutras faixas etárias, de forma a ter uma visão nacional do problema. É através da vigilância epidemiológica que se podem implementar estratégias de promoção de saúde e, neste caso, programas de apoio para as crianças com dor crónica.

A dor crónica é invariavelmente uma experiência pessoal e subjetiva, e a sua experiência surge pela interação de vários fatores biopsicossocial. Como nem sempre existe uma relação entre lesão orgânica e dor, deve-se incentivar o profissional de saúde a optar pela abordagem multidisciplinar no tratamento da dor crónica.

Torna-se imperativo que todos os profissionais de saúde, pais, educadores e professores estejam sensibilizados para a dimensão deste problema, pois as crianças também sentem dor e esta não deve ser desvalorizada, pois no futuro acarreta consequências nomeadamente a sensibilização à dor e incapacidade funcional.

## Referências

1. Merskey H., Bogduk N. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second ed. Seattle: IASP Press; 1994; 210.
2. Haraldstad K, Sørum R, Eide H, Natvig GK, Helseth S. Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(1):27-36.
3. Reigota R, Estudo da prevalência da dor crónica em estudantes do 9º ano [Mestrado] Covilhã: Universidade da Beira Interior;2015
4. Direção Geral de Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Norma de Orientação Clínica nº 014/2010. 2010
5. Ranger M, Grunau RE. Early repetitive pain in preterm infants in relation to the developing brain. *Pain Manag.* 2014;4(1):57-67.
6. Hermann C, Hohmeister J, Demirakça S, Zohsel K, Flor H. Long-term alteration of pain sensitivity in school-aged children with early pain experiences. *Pain.* 2006;125(3):278-85.
7. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain.* 2011;152(12):2729-38.
8. Hassett AL, Hilliard PE, Goesling J, Clauw DJ, Harte SE, Brummett CM. Reports of chronic pain in childhood and adolescence among patients at a tertiary care pain clinic. *J Pain.* 2013;14(11):1390-7.
9. Groenewald CB, Essner BS, Wright D, Fesinmeyer MD, Palermo TM. The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *J Pain.* 2014;15(9):925-33.
10. Jordan AL, Eccleston C, Osborn M. Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: an interpretative phenomenological analysis. *Eur J Pain.* 2007;11(1):49-56.
11. Vowles KE, Cohen LL, McCracken LM, Eccleston C. Disentangling the complex relations among caregiver and adolescent responses to adolescent chronic pain. *Pain.* 2010;151(3):680-6.
12. Bhatia A, Brennan L, Abrahams M, Gilder F. Chronic pain in children in the UK: a survey of pain clinicians and general practitioners. *Paediatr Anaesth.* 2008;18(10):957-66.
13. Maixé J, Miró J. Creencias y actitudes de los pediatras sobre el dolor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2016;23(1):16-22.
14. Shomaker K, Dutton S, Mark M. Pain Prevalence and Treatment Patterns in a US Children's Hospital. *Hosp Pediatr.* 2015;5(7):363-70.

15. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*. 2000;87(1):51-8.
16. Direção Geral de Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 09/DGCG. 2003
17. Direção Geral de Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) Norma de Orientação Clínica nº 022/2012. 2012
18. Direção Geral de Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Norma de Orientação Clínica nº 023/2012. 2012
19. Direção Geral de Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) Norma de Orientação Clínica nº 024/2012. 2012
20. Odell S, Logan DE. Pediatric pain management: the multidisciplinary approach. *J Pain Res*. 2013;6:785-90.
21. Hechler T, Kanstrup M, Holley AL, Simons LE, Wicksell R, Hirschfeld G, et al. Systematic Review on Intensive Interdisciplinary Pain Treatment of Children With Chronic Pain. *Pediatrics*. 2015;136(1):115-27.
22. Gorodzinsky AY, Tran ST, Medrano GR, Fleischman KM, Anderson-Khan KJ, Ladwig RJ, et al. Parents' initial perceptions of multidisciplinary care for pediatric chronic pain. *Pain Res Treat*. 2012;2012.doi:10.1155/2012/791061
23. Faedda N, Cerutti R, Verdecchia P, Migliorini D, Arruda M, Guidetti V. Behavioral management of headache in children and adolescents. *J Headache Pain*. 2016;17(1):80.
24. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *Am Psychol*. 2014;69(2):142-52.
25. Evans S, Payne LA, Seidman L, Lung K, Zeltzer L, Tsao JCI. Maternal Anxiety and Children's Laboratory Pain: The Mediating Role of Solicitousness. *Children*. 2016;3(2):10.
26. Sim LA, Lebow J, Weiss K, Harrison T, Bruce B. Eating Disorders in Adolescents With Chronic Pain. *J Pediatr Health Care*. 2017;31(1):67-74
27. Matziou V, Vlachioti E, Megapanou E, Ntoumou A, Dionisakopoulou C, Dimitriou V, et al. Perceptions of children and their parents about the pain experienced during their hospitalization and its impact on parents' quality of life. *Jpn J Clin Oncol*. 2016;46(9):862-70.
28. Walker L, Dengler-Crish C, Rippel S, Bruehl S. Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. *Pain*. 2010; 150(3): 568-572.
29. Walker L, Sherman A, Bruehl S, Garber Judy, Smith C. Functional Abdominal Pain Patient Subtypes in Childhood Predict Functional Gastrointestinal Disorders with


Chronic Pain and Psychiatric Comorbidities in Adolescence and Adulthood. Pain. 2012; 153(9): 1798-1806.

30. Ritto C, Naves F, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo M, Pina P, Milhomens R, Faustino S. Manual de dor Crónica. 2nd ed. Lisboa: Fundação Grünenthal 2017

## **ANEXOS**

## Anexo 1 - Aprovação da Comissão de Ética e do Diretor Clínico

saída 00748 \*16-01-26 12:25



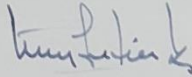
Ex.<sup>ma</sup>. Senhora  
Dra. Rita Alexandra Gomes Vasconcelos  
Avenida da Anil n° 4 – 2 Dtº  
6200-502 Covilhã

Sua referência      Sua comunicação de:      Nossa referência      Data:

**ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação subordinado ao tema “Perceção dos profissionais de saúde sobre dor crónica em crianças”**

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, nada temos a opor ao desenvolvimento do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor Clínico  
  
(Dr. Luis Gil Barreiros)

## Anexo 2- Questionário Original, usado no estudo de Bhatia *et al*

### Survey: Chronic Pain in Children in the UK

Dear Doctor,

For the purpose of this survey, a child is defined as any patient up to 16 years of age. Kindly base your responses on your day-to-day practice.

---

**Please specify your job profile:**

- Consultant in a hospital (Anesthesia/Pain management)
- Consultant in a hospital (Specialty other than anesthesia).....
- GP
- Any other (please specify).....

**Do you manage children with chronic pain in your practice?**

- Never
- Rarely (1 patient/month)
- Occasionally (2-5 patients/month)
- Frequently (>5 patients/month)

**If you have answered 'never', where do you refer such patients?**

- Another hospital in the county
- A hospital outside the county
- I have never come across children with chronic pain

**In your opinion, what is the prevalence of chronic pain in children as a percentage of children in the general population?**

- <1%
- 1-5%
- 5-10%
- >10%
- Not sure

**Do you feel you have adequate resources (staff, equipment) to manage children with chronic pain?**

- Yes
- No

**Have you received training in management of children with chronic pain?**

- Yes
- No

**If you have answered yes to the above question, please indicate if you think that this training was adequate:**

- Yes
- No

**What common diagnosis do you come across in children with chronic pain referred to you? (you can chose more than one option)**

- Cancer pain
- Recurrent abdominal and/or pelvic pain
- Headache/migraine
- Recurrent chest pain
- Sickle cell crises
- Musculoskeletal/limb pain
- Cerebral palsy/spasticity
- Burns
- Spinal cord/peripheral nerve injury related pain
- Earache
- Any other (please specify).....

**What interventions do you carry out in children with chronic pain? (you can chose more than one option)**

- Medication
- Nerve blocks
- Cognitive therapy
- Physiotherapy
- TENS
- Any other (please specify) .....

**If you manage children with chronic pain in your practice, the referrals are usually from:(please rank as 1, 2, 3... with 1 being the most frequent source of referral)**

- Pediatrics     Orthopedics             Rehabilitation     Pediatric surgery
- Neurology    General Practitioner     Oncology             Any other

**Based on your patient profiles, which of the following do you see as a manifestation of functional disability due to pain? (you can chose more than one option)**

- Absence from school
- Sleep disruption
- Inability to play sports
- Any other (please specify).....

**In your opinion, what is the common outcome of chronic pain in children?**

- Good (marked reduction in pain intensity and significant functional improvement)
- Moderate (some reduction in pain intensity and and/or some functional improvement)
- Poor (minimal reduction in pain intensity and/or no functional improvement)
- Not sure/unable to comment

**Do you feel that you are managing more children with chronic pain compared to 5 years ago?**

- Yes     No

**Any comments/suggestions:**

---

## Anexo 3 - Carta e questionário usados no estudo, traduzido e adaptado do inglês



### Tese de Mestrado Dor crónica em crianças



Caro Profissional de Saúde,

Rita Alexandra Gomes Vasconcelos, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio, solicitar a sua colaboração para um estudo que surge no âmbito da realização de tese de mestrado intitulada “ Perceção dos profissionais de saúde sobre dor crónica em crianças”.

O preenchimento do questionário é voluntário, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer consequência. Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, pelo que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

**Objetivo primário do projeto:** Estudar a perceção que os profissionais de saúde têm em relação à dor crónica nas crianças.

**Critérios de inclusão:** Médicos de ambos os sexos, sem limite de idade, em funções na ULS da Guarda e que exerçam uma das seguintes especialidades: Medicina Geral e Familiar, Anestesiologia, Pediatria e Ortopedia.

**Critérios de exclusão:** Médicos de outras especialidades

**Procedimentos necessários:** Aplicação de um questionário com treze perguntas de escolha múltipla. Cada profissional de saúde apenas deve preencher uma vez o questionário.

Contacto para esclarecimento de dúvidas: xxxxxxxx



## Questionário: Dor crónica em crianças

Caro Profissional de Saúde, para efeitos do presente estudo, uma criança é definida como um paciente até aos 18 anos de idade.

Responda com base na sua prática clínica do dia-a-dia.

**Sexo:**  Masculino  Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Especialidade:**

- Anestesiologia
- Pediatria
- Medicina Geral e Familiar
- Ortopedia
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Na sua prática clínica, com que frequência trata crianças com dor crónica?**

- Nunca
- Raramente (1 paciente / mês)
- Ocasionalmente (2-5 pacientes / mês)
- Frequentemente (> 5 pacientes / mês)

**Se respondeu "nunca" à pergunta anterior, para onde referencia o doente?**

- Para o hospital
- Para uma unidade de dor crónica
- Eu nunca encontrei crianças com dor crónica

**Na sua opinião, qual é a prevalência de dor crónica em crianças?**

- <1 %
- 1-5%
- 5-10%
- > 10 %
- Não tenho certeza

**Sente que tem recursos suficientes (pessoal, equipamento) para tratar crianças com dor crónica?**

- Sim
- Não

**Recebeu formação para tratamento de crianças com dor crónica?**

- Sim
- Não

**Se respondeu "sim" à pergunta anterior, por favor indique se a considerou adequada a formação:**

- Sim
- Não

**Qual o diagnóstico mais comum quando se depara com dor crónica em crianças?**

(pode escolher mais de uma opção)

- Dor oncológica
- Dor recorrente abdominal e pélvica
- Dor de cabeça / enxaqueca
- Dor recorrente no peito
- Crises de células falciformes
- Dor musculoesquelética/ membros
- Paralisia cerebral / espasticidade
- Queimaduras
- Dor relacionada com lesão medular ou nervo periférico
- Dor de ouvidos
- Outra (especifique) .....

**Que intervenções realiza em crianças com dor crónica?**

(pode escolher mais de uma opção)

- Medicação
- Bloqueio nervoso
- Terapia cognitiva
- TENS
- Fisioterapia
- Outra

(especifique).....

**Referenciam para a sua consulta crianças com dor crónica?**

- Sim
- Não

**Se respondeu “sim” à pergunta anterior, qual é a especialidade com maior frequência de referência (por favor, classifique com 1, 2, 3 ... sendo 1 a especialidade com maior frequência)**

- Pediatria
- Ortopedia
- Cirurgia pediátrica
- Neurologia
- Clínica Geral
- Oncologia
- Medicina Física e Reabilitação
- Outra (especifique).....

**Com base no perfil dos seus pacientes, qual das seguintes opções considera uma manifestação de incapacidade funcional devido à dor?**

(pode escolher mais de uma opção)

- Ausência na escola
- Perturbação do sono
- Perturbações alimentares
- Isolamento social
- Incapacidade de praticar desportos
- Outra (especifique) .....

**Qual é o prognóstico que considera mais comum de dor crónica em crianças?**

- Bom (redução acentuada na intensidade da dor e melhoria funcional significativa)
- Moderado (alguma redução na intensidade da dor e/ ou alguma melhoria funcional)
- Fraco (redução mínima na intensidade da dor e/ou nenhuma melhoria funcional)
- Não tenho certeza

**Considera que agora trata mais crianças com dor crónica do que há 5 anos?**

- Sim
- Não