



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

# **Ensino médico sobre dor crónica em Portugal: a perspectiva dos estudantes**

**Irina Iolanda Carvalho Cristóvão**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Mestre Paulo Reis Pina

Co-orientador: Professor Doutor Miguel Castelo Branco

**Covilhã, Maio de 2016**



## O Palco da Vida

“Você pode ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não se esqueça de que sua vida é a maior empresa do mundo. E você pode evitar que ela vá à falência.

Há muitas pessoas que precisam, admiram e torcem por si. Gostaria que você sempre se lembrasse de que ser feliz não é ter um céu sem tempestade, caminhos sem acidentes, trabalhos sem fadigas, relacionamentos sem desilusões.

Ser feliz é encontrar força no perdão, esperança nas batalhas, segurança no palco do medo, amor nos desencontros.

Ser feliz não é apenas valorizar o sorriso, mas reflectir sobre a tristeza. Não é apenas comemorar o sucesso, mas aprender lições nos fracassos. Não é apenas ter júbilo nos aplausos, mas encontrar alegria no anonimato.

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.

Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e tornar-se o autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma.

Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um “não”. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta.

Ser feliz é deixar viver a criança livre, alegre e simples, que mora dentro de cada um de nós.

É ter maturidade para dizer “eu errei”. É ter ousadia para dizer “perdoe-me”. É ter sensibilidade para expressar “eu preciso de si”. É ter capacidade de dizer “eu te amo”. É ter humildade da receptividade.

Desejo que a vida se torne um canteiro de oportunidades para você ser feliz... E, quando você errar o caminho, recomece, pois assim você descobrirá que ser feliz não é ter uma vida perfeita, mas usar as lágrimas para irrigar a tolerância.

Usar as perdas para refinar a paciência.

Usar as falhas para lapidar o prazer.

Usar os obstáculos para abrir as janelas da inteligência.

Jamais desista de si mesmo.

Jamais desista das pessoas que ama.

Jamais desista de ser feliz, pois a vida é um espectáculo imperdível, ainda que se apresentem dezenas de factores a demonstrarem o contrário.

Pedras no caminho? Guardo todas... Um dia vou construir um castelo!”

**Fernando Pessoa**

Dedico este trabalho aos meus pais e aos meus irmãos, que continuem a orgulhar-se de mim e do meu trabalho, cada vez mais e mais. A gratidão é a memória do coração. Obrigada por tudo.

Aos meus sobrinhos, Daniela, Guilherme e Rodrigo, e à minha prima Sofia, que este trabalho lhes sirva de inspiração um dia. Devemos sempre seguir o nosso coração apesar das adversidades, porque a escolha certa é aquela que acalma o coração.

A todos aqueles que, assim como eu, acreditam na mudança e não têm medo de dizer o que pensam, mesmo que possam ser incompreendidos. Como dizia Arthur Schopenhauer a tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

## Agradecimentos

Antes de tudo, gostaria de agradecer a Deus, pela força e coragem que me deu durante esta longa jornada. O que seria de mim se não tivesse fé Nele? Muito obrigada, Senhor, por nunca me desamparares e por me mostrares sempre a luz ao fundo do túnel.

Ao Orientador desta tese, Doutor Paulo Reis Pina pela orientação, amizade e incentivo constantes, pela confiança demonstrada, disponibilidade sempre presente, pela ajuda e por ter acreditado neste trabalho. “A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein)

Ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco, Co-Orientador desta tese, pelo apoio demonstrado e atenção dispendidos.

À querida Marta Duarte pelo apoio e paciência.

Ao Manuel Viegas pelo apoio e disponibilidade. Obrigada pela colaboração.

A todos aqueles que se disponibilizaram a tirar alguns minutos do seu tempo para preencherem os questionários e que fizeram com que este estudo saísse do papel. Agradeço ainda a todos aqueles colegas e amigos que ajudaram a partilhar o link dos questionários pela rede social e pelas suas faculdades. Um enorme obrigada.

À Universidade da Beira Interior e à Faculdade de Ciências da Saúde, pela formação académica ao longo destes seis anos e por ter aprovado esta investigação.

À Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, em Luanda - Angola, onde iniciei esta jornada.

Aos meus queridos pais porque sempre acreditaram em mim e nos meus sonhos. Por terem embarcado comigo nesta caminhada, nem sempre fácil, mas tão recompensadora. Mãe, meu amor, minha rainha, minha grande inspiração, minha vida, meu tudo. O teu colo é o melhor remédio seja em que idade for. Obrigada aos dois. Vocês são lindos.

Aos meus manos, Cláudio e Márcio, ter irmãos é das melhores coisas do mundo e só quem os tem sabe o que é. Devia ser proibido estarmos longe de quem amamos, no entanto, apesar da distância, os nossos laços são mais fortes que tudo. Vocês são os melhores irmãos do mundo.

Às minhas tias e tios (as de sangue e as de coração), às minhas cunhadas, à minha prima Cristina e à minha avó Alcina por acreditarem em mim e por todas as palavras de incentivo. Agradeço em especial a minha querida tia Celeste Handa porque estiveste sempre comigo desde o início, acompanhando as minhas vitórias e os meus fracassos com palavras de conforto e de amizade. És para mim, também uma inspiração.

À minha querida amiga, quase mãe, Fátima de Sousa Lavra, por seres uma amiga tão especial para mim. Pelas mensagens, pelo carinho e porque sim. Gosto muito de ti.

Às minhas amigas do coração e de sempre, Lídia e Vera, obrigada por estarem sempre por perto e por todas as coisas que ficaram adiadas. Porque a amizade verdadeira não é ser inseparável. É estar separado e nada mudar. Obrigada pelo carinho e por me aturarem. Gosto de vocês como daqui até à lua, talvez mais até.

À minha amiga Cátia, pela mulher e amiga que és. Admiro-te muito. Obrigada pelos telefonemas só para saber como estava e pelas risadas. Estamos juntas sempre.

À minha amiga Cinthia por todas as palavras de conforto e de amizade.

Ao Marc, foram as tuas palavras que me levaram a não desistir da Medicina. Obrigada por teres sido a voz da minha consciência. Obrigada pela amizade e pelo carinho.

À minha querida Janaina, a nossa parceria é forte, a curtição é louca e a amizade é eterna. Obrigada por todos os momentos passados. Gosto mais de ti do que gosto de chocolate.

Ao querido Micael, porque amizade verdadeira é aquela que nasce sem motivo, duplica alegrias e divide tristezas. Obrigada por tudo. Os nossos serões na “Holly Grace” foram os melhores serões de sempre. Nunca esqueceremos o V da vitória. Um dia tudo isto será uma memória.

A todos os amigos, colegas e familiares que não mencionei mas que também foram importantes. Infelizmente o tempo de antena é curto para vos mencionar a todos, mas não estão esquecidos. Obrigada pelo companheirismo, palavras de apoio e carinho. Obrigada a todos aqueles que já estão em anos mais avançados, por servirem de inspiração e pelos ensinamentos.

Valeu a pena todo o sofrimento e renúncias...Valeu a pena esperar... Hoje posso colher os frutos do meu e do vosso empenho. OBRIGADA!!

# Resumo

**Introdução:** A dor crónica (DC) é descrita como uma dor constante, de duração igual ou superior a 3 meses ou que permanece para além da cura da lesão que a causou. Em Portugal, a sua prevalência, na população adulta, é de cerca de 37%. Desta forma, torna-se relevante que os profissionais de saúde adotem estratégias de prevenção e controlo da dor nos indivíduos que estejam ao seu cuidado.

**Objectivos:** Pretende-se conhecer a opinião dos alunos finalistas do curso de Mestrado Integrado em Medicina (FMIM) das Faculdades que leccionam o curso e dos Internos do Ano Comum (IACs) sobre o ensino médico em Portugal especificamente sobre a realidade da DC e o seu tratamento.

**Métodos:** Estudo descritivo-correlacional e transversal. A população-alvo deste estudo é composta pelos FMIM do ano lectivo 2015/2016 (das 8 faculdades portuguesas que leccionam o curso) e pelos IACs do ano de 2016. A amostragem é por conveniência, sendo a amostra final constituída por 251 indivíduos. O método de colheita de dados escolhido foi o questionário, cujo preenchimento foi feito de forma voluntária, anónima, não remunerado e confidencial. Os questionários – com 30 perguntas relativas à caracterização da amostra e ao conhecimento sobre dor – foram enviados, por via electrónica, a todos os FMIM e colocados em grupos específicos na rede social Facebook para os IACs. O meio utilizado para o tratamento dos questionários foi a folha de cálculo Excel, tendo sido elaboradas tabelas de frequências e calculada a associação de variáveis através do coeficiente de correlação.

**Resultados:** A maioria dos inquiridos desconhece a legislação portuguesa sobre a DC (81,7%), reconhecem que esta é considerada um sinal vital (92,4%) e conhecem as escalas de auto-avaliação da dor mais usadas nos serviços de saúde (87,2%). Por outro lado, têm pouco conhecimento sobre as escalas de hétero-avaliação (70,9%) não se sentindo capacitados para conduzir uma entrevista a doentes com DC (67,7%). Consideram que a dor deve ser avaliada em todos os doentes (93,6%) e não apenas naqueles que a manifestem (87,2%), considerando que muitas vezes, a dor não é avaliada nas consultas devido, principalmente, à falta de tempo por parte dos profissionais de saúde, aos tempos de consulta muito curtos e ao facto de esta não ser avaliada quando o doente não a manifesta. A maioria dos inquiridos refere que teve formação insuficiente para prescrever opióides (78,1%). O Tramadol é o opióide que vêm prescrever com maior frequência nas consultas/internamentos (86,9%), sendo a depressão respiratória o efeito mais preocupante, referido por uma grande parte dos inquiridos (56,2%). Grande parte dos respondentes considera que não teve formação sobre fisiopatologia da DC e seu tratamento (66,1%), e os que tiveram referem que esta teve a

duração entre 1 a 10 horas. No entanto, acham bastante importante mais formação na área da DC e seu tratamento durante o curso de Medicina (73,3%). Em relação às associações de variáveis, os valores estão próximos de zero, não existindo, portanto, a proximidade de associação perfeita, seja negativa ou positiva.

**Conclusões:** Tendo em conta os resultados obtidos, consideramos que o conhecimento dos FMIM e dos IAC na área da DC tem sido insuficiente para uma gestão apropriada da mesma e do seu tratamento. São necessárias mudanças nos currículos pré-graduados para evitar que os estudantes entrem no mercado do trabalho sem saber como avaliar e tratar a DC que não apresenta critérios para a referenciação uma consulta da dor. Apesar dos resultados obtidos neste estudo preliminar, consideramos que mais estudos devem ser feitos nesta área, em Portugal.

**Palavras-chave:** Educação sobre dor, Currículo das faculdades de medicina, Dor crónica, Estudantes de medicina, Ensino sobre Dor Crónica.

## Abstract

**Introduction:** Chronic pain (CP) is described as a constant pain, lasting three or more months, or which continues beyond the cure of the lesion which caused it. In Portugal, about 37% of the population is affected. Thus, it becomes relevant for health professionals to adopt strategies for the prevention and control of pain of the patients in their care.

**Objectives:** We intend to know the opinion of final year students of the Integrated Masters in Medicine (FYSMIM) in the Faculties that teach the course and of Common Year Interns (CYI) about medical education in Portugal specifically about the reality of CP and its treatment.

**Method:** Descriptive correlationally and transversally study. The target population of this study is composed of CYI of 2016 and by the FYSMIM of the academic year 2015/2016 (in the eight portuguese Faculties that teach the course). Sampling methodology was by convenience, the final sample size was of 251 individuals. A questionnaire was the method used to collect the data. The questionnaires were completed voluntarily, anonymously, unpaid and confidentially. The questionnaires - with 30 questions related to the characterisation of the sample and to knowledge about pain - were sent, by electronic means, to all the FYSMIM, and placed in specific groups in the Facebook social network for CYI. Excel spreadsheets were used to analyse the questionnaires, elaborating frequency tables and calculating the association of variables through correlation coefficients.

**Results:** The majority of the respondents are unaware of the Portuguese legislation regarding CP (81.7%), recognise that it is considered a vital sign (92.4%) and know the pain auto-evaluation scales most used in the health services (87.2%). On the other hand, there is little knowledge of the hetero-evaluation scales (70.9%), and they do not feel that they have the capacity to carry out an interview with a patient with CP (67.7%). They consider that pain should be evaluated in all patients (93.6%) and not only in the ones who express it (87.2%), considering that, many times, pain is not evaluated in patient visits due, mainly, to the lack of time of the health professionals, to the short duration of the patient visits and to the fact that pain is not evaluated if the patients does not show it. The majority of the respondents stated that they had insufficient training to prescribe opioids (78.1%). Tramadol is the opioid most prescribed during patient visits/internments (86.9%), with respiratory depression being the most preoccupying effect, to which many respondents referred (56.2%). Many of the respondents considered that they did not have training on the physiopathology of CP and its treatment (66.1%), those that had training stated that it lasted between one and 10 hours. However, they think it would be very important to receive more training in the area of CP and its treatment during medical school (73.3%). In relation to the association of variables, the

values are close to zero, thus there is no perfect association of proximity, whether positive or negative.

**Conclusions:** Taking into account the results obtained, it can be concluded that the knowledge of FYSMIM and CYI in the area of CP has been insufficient for its appropriate management and treatment. Changes are necessary in pre-graduate curricula to avoid students entering the work market without knowing how to evaluate and treat CP that does not present criteria for referring the patient to a pain consultation.

Despite the results obtained in this preliminary study, more studies need to be carried out in this area in Portugal.

**Key words:** Education on pain, Medical Faculty curriculum, chronic pain, medical students, education on chronic pain

# Índice

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Índice.....	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xvi
Introdução.....	1
Materiais e Métodos.....	5
1. Tipo de estudo.....	5
2. População-alvo.....	5
3. Amostra.....	5
4. Questionário.....	6
5. Método de recolha de dados.....	6
6. Variáveis.....	7
7. Tratamento estatístico dos dados.....	7
8. Considerações éticas.....	7
Resultados.....	8
I Secção - Análise Descritiva.....	8
1.1 - Caracterização da amostra.....	8
1.2 - Dados sobre a Dor.....	10
1.2.1 -Conhecimentos sobre a dor.....	10
1.2.2 -Dor e consultas.....	11
1.2.3 -A DC.....	17
1.2.4 -DC e terapêutica.....	19
1.2.5 -Formação para a DC.....	25
II Secção - Análise Correlacional.....	27

Discussão Parcelar dos Resultados.....	31
1. Caracterização da amostra.....	31
2. Dados sobre a dor.....	31
3. Objectivos secundários do estudo.....	38
Discussão Geral dos Resultados.....	39
Conclusões.....	44
Recomendações.....	46
Limitações.....	47
Referências Bibliográficas.....	49
Anexos.....	53
Anexo I.....	54

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição das frequências absolutas das idades dos inquiridos.

Tabela 2 - Distribuição das frequências absolutas do sexo dos inquiridos.

Tabela 3 - Distribuição das frequências absolutas da tipologia (aluno/interno) dos inquiridos.

Tabela 4 - Distribuição das frequências absolutas das Faculdades frequentadas pelos inquiridos.

Tabela 5 - Distribuição das frequências absolutas da posse de outra Licenciatura ou Mestrado por parte dos inquiridos.

Tabela 6 - Distribuição das frequências absolutas sobre o conhecimento da legislação portuguesa sobre a dor.

Tabela 7 - Distribuição das frequências absolutas relativo ao conhecimento sobre o facto de a dor ser considerada um sinal vital.

Tabela 8 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se a dor deve ser avaliada em todos os doentes.

Tabela 9 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se a dor deve ser avaliada apenas em doentes que manifestem dor.

Tabela 10 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor.

Tabela 10A - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor.

Tabela 11 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor.

Tabela 11A - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor

Tabela 12 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos motivos pelos quais a dor, por vezes, não é avaliada nas consultas.

Tabela 13 - Distribuição das frequências absolutas relativas à capacitação para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica.

Tabela 14 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos parâmetros de caracterização da queixa dolorosa.

Tabela 15 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao período de duração para que uma dor seja considerada como um caso de “dor crónica”.

Tabela 16 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos aspectos que definem uma dor como sendo crónica.

Tabela 17 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos elementos que contribuem para a complexidade da dor crónica.

Tabela 18 - Distribuição das frequências absolutas relativas à causa de dor moderada a intensa mais prevalente em Portugal.

Tabela 19 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de opióides a doentes com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos foi observada.

Tabela 20 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de opióides a doentes oncológicos com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos foi observada.

Tabela 21 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de opióides a doentes não oncológicos com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos foi observada.

Tabela 22 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao opióide mais prescrito nas consultas/internamentos dos locais de estágio.

Tabela 23 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao efeito adverso mais preocupante nos opióides, por tipo.

Tabela 23A - Distribuição das frequências absolutas relativas ao efeito adverso mais preocupante nos opióides.

Tabela 24 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se teve formação suficiente para prescrever opióides.

Tabela 25 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se na prescrição de opióides o risco é superior ao benefício.

Tabela 26 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao efeito adverso que mais preocupa cada um dos inquiridos nos opióides.

Tabela 27 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de fármacos não opióides a doentes com dor crónica nas consultas/internamentos foi observada.

Tabela 28 - Distribuição das frequências absolutas relativas às situações em que se deve referenciar um doente a uma consulta da dor.

Tabela 29 - Distribuição das frequências absolutas relativas a ter tido formação sobre fisiopatologia da dor crónica e seu tratamento.

Tabela 30 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de horas de formação sobre fisiopatologia da dor crónica e seu tratamento.

Tabela 31 - Distribuição das frequências absolutas relativas à importância de mais formação na área da fisiopatologia da dor crónica e seu tratamento durante o curso de medicina.

Tabela 32 - Associação entre variáveis medida pelo coeficiente de correlação.

Tabela 32A - Associação entre variáveis medida pelo coeficiente de correlação.

# Lista de Acrónimos

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BPI - Brief Pain Inventory

BPS - Behavioural Pain Scale

DC - Dor Crónica

DCBM-UAAlg - Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve

ECSUM - Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

EFIC - European Federation of IASP Chapters

EVA - Escala Visual Analógica

FCMUNL - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

FCS-UBI - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

FMIM - Finalistas do Mestrado Integrado em Medicina

FMUC - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FMUL - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

IACs - Internos do Ano Comum

IASP - International Association for the Study of Pain IASP

ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

NeuPSIG - Assessment Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale BPI (Brief Pain Inventory)

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNCD - Programa Nacional de Controlo da Dor

PNLCD - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

TPMCCGMS - The Pain Management Core Curriculum for German Medical Schools

UC - Unidade Curricular

# Introdução

“Com essa consciência, e com a dor física e o horror, vai deitar-se na cama e muitas vezes não dorme com dores a maior parte da noite. E de manhã tem de se levantar outra vez, veste-se, vai para o tribunal, fala, escreve, e se não vai, fica em casa com aquelas vinte e quatro horas do dia, cada uma das quais um tormento. E tem de viver assim à beira da morte sozinho, sem uma única pessoa que o compreenda e tenha pena dele.”

(Lev Tolstói - A morte de Ivan Ilitch)

A dor é um fenómeno fisiológico complexo de importância fundamental para a integridade física do indivíduo e constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológica, bioquímica, psicossocial, comportamental e moral que importa ser entendida. (1,2) É definida pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a detecção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, de forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso. (2)

Segundo o Plano Nacional de Luta contra a Dor, não há forma de confirmar a dor que um indivíduo nos refere. Por outro lado, poderemos inferir a hipótese de dor quando uma agressão, ou lesão tecidual, é óbvia. Casos há, porém, em que se patenteia o excesso de nociceção. A dor tanto resulta de impulsos nócicos exacerbados, como da ausência deles. A excitação provoca-a, mas, também, noutras circunstâncias, a modula e modera, evitando que se torne clínica. Acresce, ainda, que a dor pode não estar condicionada por estímulos periféricos nociceptivos, como por exemplo, a dor psicogénica. (1)

A dor aguda é considerada uma dor de início recente e de duração limitada. Esta pode ser causada por uma grande variedade de patologias médicas, cirúrgicas ou traumáticas, desaparecendo quando houver resolução da patologia subjacente. (3)

A dor crónica (DC) é, normalmente, definida como uma dor persistente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que a causou. No entanto, alguns clínicos e investigadores consideram o uso do *cut-off* de 3 ou 6 meses como arbitrário. A DC, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objectivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma mas como uma doença por si só, conforme reconhecido pela European Federation of IASP Chapters (EFIC) em 2001. (2,4,5)

De acordo com um estudo epidemiológico a prevalência de DC na população adulta, em Portugal, é de 36,7% utilizando a definição standard de DC da IASP, sendo que a média de duração para a mesma encontrada por Azevedo *et al* (2012) foi de 10 anos, sendo recorrente ou contínua em 85% dos casos e de intensidade moderada a grave em 68%. (4)

A prevalência da dor é significativamente maior nas mulheres e aumenta com a idade em ambos os sexos. A nível da distribuição geográfica, verifica-se que junto ao litoral a prevalência é mais baixa, excepto no Litoral Alentejano. As principais patologias associadas à elevada prevalência de DC são a lombalgia, as doenças do foro osteoarticular e musculoesquelético, assim como as cefaleias e, em menor escala, a dor de origem neuropática (4).

De acordo com a IASP e a Assessment Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG), a dor neuropática é definida como “dor por lesão ou doença do sistema somatossensorial”. Esta tem origem nas vias nervosas, desde as terminações de nociceptores periféricos até ao córtex cerebral. A dor neuropática difere da dor nociceptiva, que é definida por “dor resultante da activação de nociceptores por lesão real ou potencial de tecidos periféricos”, dado que a última é também um mecanismo fisiológico bem adaptativo de activação de nociceptores e das vias de transmissão da dor. A coexistência de dor neuropática e de dor nociceptiva recebe a designação de dor mista. (6)

A dor oncológica representa uma pequena percentagem dos doentes que padecem de dor crónica. Contudo, é de grande importância uma vez que o cancro representa a segunda causa de morte em Portugal e há dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal. (2,4,7)

Em 2003, a Direcção Geral de Saúde (DGS) emitiu uma Circular Normativa que equipara a dor como 5º sinal vital, à semelhança do que já se faz com os 4 sinais vitais “clássicos” - frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal. Sendo assim, passou a ser obrigatório a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, uma vez que a dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e

monitorização de inúmeras patologias, não devendo ser causa de sofrimento desnecessário. Nesta mesma Circular Normativa são indicadas as escalas que podem ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor, assim como algumas instruções sobre a sua utilização.(2)

Segundo a Declaração de Montreal:

*Artigo 1. Todas as pessoas têm direito ao tratamento da dor sem discriminações;*

*Artigo 2. Todas as pessoas com dor têm direito ao reconhecimento da sua dor e de serem informadas de como a sua dor pode ser avaliada e tratada;*

*Artigo 3. As pessoas com dor têm o direito de ter a sua dor avaliada e tratada por profissionais de saúde adequadamente treinados.(8)*

Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. De forma a uma melhor abordagem do doente com dor, o Programa mencionado prevê, como uma das principais estratégias de formação dirigidas aos profissionais de saúde, a sensibilização das Faculdades de Medicina para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor.(2)

No entanto, e segundo o relatório The Pain Proposal, o que se tem constatado é que a formação dos médicos e dos outros profissionais de saúde na área da dor crónica é muito limitada e essa lacuna só é colmatada posteriormente se o profissional estiver especialmente motivado para procurar formação complementar na área. Sabe-se ainda, que a oferta curricular no ensino pré-graduado nos cursos ligados à saúde é deficitária ou nula em termos de disciplinas dedicadas à dor, sendo que a formação médica contínua em dor não é obrigatória em Portugal e a formação ao longo da vida acaba por ser baseada em oportunidades casuais ou gostos pessoais.(7,9)

Desta forma, este mesmo relatório refere que é necessário mudar os currículos básicos no ensino pré e pós-graduado para passarem a incluir especialmente o diagnóstico e tratamento da dor. Para tal, é necessário sensibilizar os responsáveis a nível universitário e nas Ordens profissionais acerca da importância da dor enquanto problema de Saúde Pública e da lacuna que a sua ausência formal representa na formação dos profissionais.(7)

O objectivo principal desta investigação, com o título “Ensino médico sobre dor crónica em Portugal: a perspectiva dos estudantes” é:

- Conhecer a opinião dos alunos finalistas do curso de Mestrado Integrado em Medicina (FMIM) das 8 Faculdades que leccionam o curso e dos Internos do Ano Comum (IAC's) sobre o ensino médico em Portugal especificamente sobre a realidade da DC e o seu tratamento.

Como objectivos secundários temos:

1 - Averiguar se existem diferenças entre os sexos;

2 - Averiguar se existem diferenças entre as idades;

3 - Verificar se existem diferenças nas opiniões dos estudantes que já possuem uma Licenciatura ou Mestrado com os que não têm;

4 - Comparar as opiniões dos alunos FMIM com as dos IAC's, uma vez que estes têm mais um ano de formação médica.

Com este trabalho esperamos perceber se a oferta curricular no ensino pré-graduado no curso de Medicina é, segundo os FMIM, adequada em termos de disciplinas dedicadas à DC, e entender se os futuros médicos ao entrarem no mercado de trabalho (os IAC's) saberão como avaliar e tratar a DC.

Esperamos, ainda, poder sensibilizar as entidades ligadas ao ensino médico a implementarem nos currículos básicos do ensino pré-graduado disciplinas ligadas ao diagnóstico e ao tratamento da DC, e não apenas à dor como sintoma. Por outro lado, pensamos que a implementação destas medidas poderá captar mais profissionais para a área da DC, actualmente uma área de Competência pela Ordem dos Médicos.

# Materiais e Métodos

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Este tipo de método oferece a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.(10)

## 1. Tipo de estudo

Neste estudo foi utilizada uma abordagem quantitativa uma vez que se procedeu à colheita dos dados, à sua análise estatística e à relação entre as variáveis de forma a serem cumpridos os objectivos do trabalho. Deste modo, o estudo caracteriza-se também por ser descritivo-correlacional. Em termos temporais, é um estudo transversal dado que os dados foram recolhidos apenas num momento, não havendo intervenção dos investigadores. Este estudo foi aplicado em meio natural, uma vez que foi realizado fora do laboratório.

## 2. População-alvo

A população-alvo deste estudo é composta por 3428 elementos, sendo 1823 IACs do ano de 2016 e 1602 FMIM das 8 Faculdades portuguesas que leccionam o curso, a saber: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), o Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS), a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (ECSUM), a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI), a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCMUNL) e o Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve (DCBM-UAlg).

## 3. Amostra

Na recolha dos dados foi utilizado o método de amostragem por conveniência, em que os elementos inquiridos foram aqueles que se disponibilizaram e que cumpriram com os critérios de inclusão. A amostra final foi constituída por 251 indivíduos, sendo 142 FMIM e 109 IACs.

**Crítérios de inclusão:** Ser IAC no presente ano de 2016 ou ser FMIM do ano lectivo de 2015/2016.

**Critério de exclusão:** No caso de ser IAC, ter concluído o curso de Medicina em Instituição de Ensino estrangeira.

## 4. Questionário

O método de colheita de dados escolhido foi o questionário, cujo preenchimento foi feito de forma voluntária, anónima, não remunerado, confidencial e conforme a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Segundo *Fortin* (1999), as perguntas dos questionários são concebidas com o objectivo de colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e as intenções dos participantes. (10)

O questionário (Anexo I) foi elaborado pelos investigadores sendo constituído por duas partes, onde a primeira corresponde à caracterização da amostra (idade, sexo, ano a frequentar, faculdade frequentada e posse de outra Licenciatura ou Mestrado) e na segunda parte apresentam-se algumas questões relacionadas com a dor, que se podem agrupar por itens, nomeadamente, conhecimento sobre dor, dor e consultas, DC e terapêutica, caracterização da DC e formação para a DC tendo este segundo grupo um total de 25 perguntas. Foram elaboradas perguntas fechadas ou de escolha fixa, nas quais se incluem as questões dicotómicas, as de escolha múltipla ou as de gradação ou em contínuo. (10) Foram ainda incluídas questões cujas respostas são da escala tipo Likert, constituída por seis classes de respostas (Discordo totalmente, Discordo, Concordo pouco, Concordo, Concordo bastante e Concordo totalmente), e questões abertas, de resposta breve.

## 5. Método de recolha de dados

Inicialmente foram contactadas as secretarias de todas as Faculdades que leccionam o curso de Medicina em Portugal, com a finalidade de obter um endereço de email para onde enviar os questionários para serem reencaminhados para os alunos FMIM através da *mailing list*, posteriormente. Seguidamente, procedeu-se ao envio dos questionários para os endereços solicitados. Paralelamente, os questionários foram partilhados em grupos sociais na internet, tais como *Harrison 2016*, *IACs 2016*, bem como nos grupos dos FMIM de cada Faculdade, na rede social Facebook. Os questionários estiveram disponíveis para preenchimento durante um período de 2 meses, do dia 18 de Janeiro ao dia 18 de Março de 2016.

O questionário foi elaborado a partir do software “GoogleDocs®”, tendo em conta os critérios de anonimato dos indivíduos. Só foi permitido a cada participante preencher o questionário uma única vez, ficando os dados apenas disponíveis para os investigadores.

## 6. Variáveis

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente. A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente. (10)

Neste estudo a variável dependente foi: o conhecimento que os FMIM e os IACs têm sobre a DC e o seu tratamento.

Por outro lado, tínhamos as variáveis independentes, tais como: idade, sexo, ano a frequentar, faculdade frequentada e posse de outra Licenciatura ou Mestrado.

## 7. Tratamento estatístico dos dados

A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida numa determinada amostra. (10)

O meio utilizado para o tratamento dos questionários foi a folha de cálculo Excel, tendo sido elaboradas tabelas de frequência e calculada a associação de variáveis através do coeficiente de correlação.

## 8. Considerações éticas

Neste estudo, o Consentimento Informado não foi aplicado uma vez que o preenchimento dos questionários foi de forma voluntária e anónima, não tendo sido violada a privacidade dos inquiridos.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

# Resultados

Normalmente, apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões da investigação ou às hipóteses formuladas. Quando o investigador apresenta os resultados do seu estudo, deve limitar-se estritamente a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados que ele reproduziu nos quadros e nas figuras. (10)

## I Secção - Análise Descritiva

### 1.1 - Caracterização da amostra

Tabela 1 - Distribuição das frequências absolutas das idades dos inquiridos.

IDADE	F.A.	%
23-25	195	77,7
26-28	27	10,8
29-31	9	3,6
> 31	20	8,0
TOTAL	251	100

A amostra é constituída por 251 elementos, o que corresponde a 7,3% de um universo de 3428 elementos.

Tabela 2 - Distribuição das frequências absolutas do sexo dos inquiridos.

SEXO	F.A.	%
MASCULINO	68	27,1
FEMININO	183	72,9
TOTAL	251	100

Observa-se uma prevalência superior do sexo feminino.

Tabela 3 - Distribuição das frequências absolutas da tipologia (aluno/interno) dos inquiridos.

ANO	F.A.	%
FMIM	142	56,6
IACs	109	43,4
TOTAL	251	100

Observa-se uma prevalência superior dos FMIM.

Tabela 4 - Distribuição das frequências absolutas das Faculdades frequentadas pelos inquiridos.

FACULDADE	F.A.	%
Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho	21	8,4
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	31	12,4
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar	20	8,0
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	22	8,8
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior	44	17,5
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	58	23,1
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa	45	17,9
Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve	10	4,0
TOTAL	251	100

A amostra apresenta respondentes que frequentam as várias escolas que leccionam o curso de Medicina das Universidades portuguesas, sendo a FCS-UBI, a FMUL e a FCMUNL as mais representadas. O DCBM-UAlg apresenta apenas 10 elementos (4,0%).

Tabela 5 - Distribuição das frequências absolutas da posse de outra Licenciatura ou Mestrado por parte dos inquiridos.

LICENCIATURA/MESTRADO	F.A.	%
SIM	47	18,7
NÃO	203	80,9
NR	1	0,4
TOTAL	251	100,0

Para além do grau académico em Medicina, a maioria dos participantes não possui outra Licenciatura ou Mestrado.

## 1.2 - Dados sobre a Dor

### 1.2.1 - Conhecimentos sobre a dor

Tabela 6 - Distribuição das frequências absolutas sobre o conhecimento da Legislação portuguesa sobre a dor.

CONHECIMENTO DA LEGISLAÇÃO	F.A.	%
SIM	46	18,3
NÃO	205	81,7
TOTAL	251	100

O desconhecimento da Legislação portuguesa sobre a dor é referido pela maioria dos inquiridos.

Tabela 7 - Distribuição das frequências absolutas relativo ao conhecimento sobre o facto de a dor ser considerada um sinal vital.

CONHECIMENTO	F.A.	%
SIM	232	92,4
NÃO	19	7,6
TOTAL	251	100

A maioria apresenta conhecimento em relação ao facto de a dor ser considerada um sinal vital.

### 1.2.2. - Dor e consultas

Tabela 8 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se a dor deve ser avaliada em todos os doentes.

GRAU DE CONCORDÂNCIA	F.A.	%
Discordo totalmente	3	1,2
Discordo	5	2,0
Concordo pouco	8	3,2
Concordo	37	14,7
Concordo bastante	57	22,7
Concordo totalmente	141	56,2
TOTAL	251	100

Sobre a avaliação da dor em todos os doentes 235 elementos (93,6%) têm uma opinião favorável, ao contrário de 16 elementos (6,4%) que indicam uma opinião menos favorável.

Tabela 9 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se a dor deve ser avaliada apenas em doentes que manifestem dor.

GRAU DE CONCORDÂNCIA	F.A.	%
Discordo totalmente	103	41,0
Discordo	101	40,2
Concordo pouco	15	6,0
Concordo	16	6,4
Concordo bastante	10	4,0
Concordo totalmente	6	2,4
TOTAL	251	100

Sobre se a dor deve ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor 219 elementos (87,2%) têm uma opinião desfavorável, no entanto, 32 elementos (12,8%) indicam uma opinião favorável.

Tabela 10 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor.

	F.A.	%
SIM	208	82,9
NÃO	43	17,1
TOTAL	251	100

A maioria refere ter conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor

Tabela 10A - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor.

ESCALA AUTO-AVALIAÇÃO DA DOR	F.A.	%
Numérica de 0 a 10	88	33,7
Numérica de 1 a 10	12	4,6
Escala das Faces	28	10,7
Escala Visual Analógica (EVA)	46	17,6
Na pediatria as carinhas/ Escala de faces de Wong-Baker.	7	2,7
Escala de imagem	1	0,4
Escala visual	9	3,4
Escalas gráficas	3	1,1
NR	67	25,7
TOTAL	261	100,0

Dos 208 (82,9%) inquiridos que afirmaram conhecer as escalas de auto-avaliação apenas 169 (64,7%) indicaram o nome de uma delas. As escalas de auto-avaliação mais conhecidas pelos inquiridos são, por ordem decrescente, a Escala Numérica de 0 a 10, a EVA, a Escala de Faces e a Escala de 1 a 10. De modo inespecífico alguns respondentes mencionaram: escala Visual, Gráficas, de Imagens. Dos 251 participantes, 67 (26,7%) não responderam.

Tabela 11 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor.

CONHECIMENTO DAS ESCALAS	F.A.	%
SIM	73	29,1
NÃO	178	70,9
TOTAL	251	100

A maioria não tem conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor.

Tabela 11A - Distribuição das frequências absolutas relativas ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor.

ESCALA DE HETERO-AVALIAÇÃO DA DOR	F.A.	%
1-10	2	0,8
A da escala de Glasgow	1	0,4
A numérica	7	2,8
Behavioural Pain Scale	2	0,8
caras	12	4,8
Doloplus	4	1,6
Escala analógica da dor	1	0,4
escala analógica da dor de 0 a 10	2	0,8
Escala analógica visual	3	1,2
Escala BPS	1	0,4
Escala de avaliação de dor em doentes acamados (baseado nas expressões corporais e faciais)	1	0,4
Escala de Faces e Escala Visual Analógica	1	0,4
Escala de Wong Baker	3	1,2
Escala descritiva	1	0,4
escala NIPS	2	0,8
Escala numérica de 0-10	1	0,4
Escalas de imagens por facies; aprendidas em livro de semiologia	1	0,4
escalas de sinais fisiológicos e comportamentais	1	0,4
EVA	2	0,8
facies de dor	1	0,4
Iconographic	1	0,4
locus? para idosos	1	0,4
no recém nascido	1	0,4
NPASS	1	0,4
OMS	1	0,4
VAS	1	0,4
Visual Analogica	2	0,8
COMFORT	1	0,4
BPI	1	0,4
Não resposta	192	76
TOTAL	251	100

Como se verifica a confusão é enorme, sendo agregadas escalas de auto e de hetero-avaliação. Desca-se a minoria notória que reconhece a BPS (Behavioural Pain Scale), a Doloplus, escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) e a BPI (Brief Pain Inventory).

Tabela 12 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos motivos pelos quais a dor, por vezes, não é avaliada nas consultas.

## Ensino médico sobre dor crónica em Portugal: a perspectiva dos estudantes

MOTIVOS	F.A.	%
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada	2	0,8
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, É um sintoma subjectivo	3	1,2
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor	16	6,4
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, É um sintoma subjectivo	6	2,4
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos	9	3,6
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos, É um sintoma subjectivo	2	0,8
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Tempos de consulta muito curtos	3	1,2
Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Tempos de consulta muito curtos, É um sintoma subjectivo	1	0,4
Falta de tempo	3	1,2
Falta de tempo, É um sintoma subjectivo	1	0,4
Falta de tempo, Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, * Não é avaliada quando o doente não manifesta dor	14	5,6
Falta de tempo, Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, É um sintoma subjectivo	1	0,4
Falta de tempo, Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada	4	1,6
Falta de tempo, Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos	8	3,2
Falta de tempo, Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos, É um sintoma subjectivo	6	2,4
Falta de tempo, Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada, Tempos de consulta muito curtos	7	2,8
Falta de tempo, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor	11	4,4
Falta de tempo, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, É um sintoma subjectivo	7	2,8
Falta de tempo, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos	37	14,7
Falta de tempo, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos, É um sintoma subjectivo	9	3,6
Falta de tempo, Tempos de consulta muito curtos	7	2,8
Falta de tempo, Tempos de consulta muito curtos, É um sintoma subjectivo	3	1,2
Não é avaliada quando o doente não manifesta dor	39	15,5
Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, É um sintoma subjectivo	6	2,4
Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos	29	11,6
Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos, * É um sintoma subjectivo	7	2,8
Tempos de consulta muito curtos	5	2,0
Tempos de consulta muito curtos, É um sintoma subjectivo	2	0,8
É um sintoma subjectivo	3	1,2
TOTAL	251	100

Sobre os motivos de a dor, por vezes, não ser avaliada nas consultas, 202 elementos (80,5%) referem, simultaneamente, mais do que um motivo, e 49 elementos (19,5%) indicam motivos individuais. As principais razões apontadas são, “Não é avaliada quando o doente não manifesta dor”, “Falta de tempo, Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos

de consulta muito curtos”, “Não é avaliada quando o doente não manifesta dor, Tempos de consulta muito curtos”.

Nas respostas que indicam motivos individuais alguns referem que é um sintoma subjetivo, outros pensam que não é avaliada quando o doente não manifesta dor, certos inquiridos indicam os tempos de consulta muito curtos e ademais mencionam a falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada.

Parece poder concluir-se que os principais motivos citados da não avaliação da dor são: quando o doente não a manifesta, a falta de tempo e tempos de consulta muito curtos.

Tabela 13 - Distribuição das frequências absolutas relativas à capacitação para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica.

CAPACITAÇÃO	F.A.	%
SIM	81	32,3
NAO	170	67,7
TOTAL	251	100

Sobre a capacidade de conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica a maioria admite não ter essa capacidade.

Tabela 14 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos parâmetros de caracterização da queixa dolorosa.

PARÂMETRO	1		2		3		4		5	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
À localização	13	5,2	18	7,2	10	4,0	48	19,1	162	64,5
À intensidade	5	2,0	9	3,6	11	4,4	39	15,5	187	74,5
À qualidade (descritivos)	8	3,2	15	6,0	36	14,3	66	26,3	126	50,2
Aos factores agravantes/atenuantes	9	3,6	20	8,0	27	10,8	54	21,5	141	56,2
À patogénese	36	14,3	10	4,0	32	12,7	60	23,9	113	45,0

De acordo com os parâmetros do que é considerado como uma queixa dolorosa, numa escala de 1 a 5, os aspectos mais pontuados foram: a localização, a intensidade, a qualidade, os factores agravantes/atenuantes e a patogénese.

Avaliada nos níveis 1 e 2, aparecem: localização, a intensidade, a qualidade, os factores agravantes/atenuantes e a patogénese.

### 1.2.3. - A DC

Tabela 15 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao período de duração para que uma dor seja considerada como um caso de “dor crónica”.

TEMPO	F.A.	%
< 1 mês	33	13,1
1 a 2 meses	24	9,6
2 a 4 meses	103	41,0
4 a 6 meses	61	24,3
> 6 meses	23	9,2
Sem limite temporal definido	1	0,4
Variável caso a caso	1	0,4
Depende da patologia	1	0,4
Não sabe	2	0,8
NR	2	0,8
TOTAL	251	100

O período de duração para que uma dor seja considerada como um caso de “dor crónica” é apontado pela maioria como variando entre 2 a 4 meses.

Tabela 16 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos aspectos que definem uma dor como sendo crónica.

ASPECTOS	F.A.	%
Experiência emocional desagradável	79	31,5
Tem função de alerta e protecção	7	2,8
Está correlacionada com uma determinada ocorrência ou estímulo	10	4,0
A sua intensidade está associada com a severidade de uma lesão ou dano	11	4,4
É uma síndrome	144	57,4
TOTAL	251	100

Sobre o que define uma dor crónica a maioria refere ser uma síndrome ou uma experiência emocional desagradável. Depois há quem confunda alguns aspectos que pertencem apenas à dor aguda: a sua intensidade está associada com a severidade de uma lesão ou dano, está correlacionada com uma determinada ocorrência ou estímulo e tem uma função de alerta e protecção.

Tabela 17 - Distribuição das frequências absolutas relativas aos elementos que contribuem para a complexidade da dor crónica.

ELEMENTOS	F.A.	%
Sensibilização periférica	25	10,0
Sensibilização central	147	58,6
Activação das vias ascendentes da dor	55	21,9
Activação das vias descendentes da dor	24	9,6
TOTAL	251	100

Sobre o que contribui para a complexidade da dor crónica a maioria indica a sensibilização central.

Tabela 18 - Distribuição das frequências absolutas relativas à causa de dor moderada a intensa mais prevalente em Portugal.

CAUSA DE DOR	F.A.	%
Cancro	22	8,8
Artrose do joelho/anca	60	23,9
Lombalgia por patologia discal	134	53,4
Osteoporose	13	5,2
Enxaqueca	22	8,8
TOTAL	251	100

Em relação à causa de dor moderada a intensa mais prevalente em Portugal a maioria refere a lombalgia por patologia discal.

#### 1.2.4. - DC e terapêutica

Tabela 19 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de opióides a doentes com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos foi observada.

Nº DE VEZES OBSERVADAS	F.A.	%
Nunca	6	2,4
Raras vezes	40	15,9
Poucas vezes	41	16,3
Algumas vezes	119	47,4
Muitas vezes	44	17,5
Sempre	1	0,4
TOTAL	251	100

Sobre a prescrição de opióides a doentes com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos, 46 elementos (18,3%) nunca ou raramente observaram, 160 elementos (63,7%) observaram poucas ou algumas vezes, e 45 elementos (17,9%) observaram muitas vezes ou sempre.

Tabela 20 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de opióides a doentes oncológicos com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos foi observada.

Nº DE VEZES OBSERVADAS	F.A.	%
Nunca	32	12,7
Raras vezes	33	13,1
Poucas vezes	32	12,7
Algumas vezes	88	35,1
Muitas vezes	61	24,3
Sempre	5	2,0
TOTAL	251	100

Quanto à prescrição de opióides a doentes oncológicos com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos, 65 elementos (25,8%) nunca ou raramente observaram, 120 elementos (47,8%) observaram poucas ou algumas vezes, 66 elementos (26,3%) observaram muitas vezes ou sempre (26,3%).

Tabela 21 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de opióides a doentes não oncológicos com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos foi observada.

Nº DE VEZES OBSERVADAS	F.A.	%
Nunca	9	3,6
Raras vezes	33	13,1
Poucas vezes	30	12,0
Algumas vezes	108	43,0
Muitas vezes	58	23,1
Sempre	13	5,2
TOTAL	251	100

Quanto à prescrição de opióides a doentes não oncológicos com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos, 42 elementos (16,7%) nunca ou raramente observaram, 138 elementos (55,0%) observaram poucas ou algumas vezes, 71 elementos (28,3%) observaram muitas vezes ou sempre.

Tabela 22 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao opióide mais prescrito nas consultas/internamentos dos locais de estágio.

OPIÓIDE	F.A.	%
Tramadol	218	86,9
Morfina	10	4,0
Fentanilo	8	3,2
Codeína	6	2,4
Buprenorfina	3	1,2
Tapentadol	2	0,8
Petidina	2	0,8
Oxicodona	1	0,4
Hidromorfona	1	0,4
TOTAL	251	100

O opióide mais prescrito nas consultas/internamentos nos locais de estágio é o Tramadol.

Tabela 23 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao efeito adverso mais preocupante nos opióides, por tipo.

EFEITO ADVERSO	Tramadol		Morfina		Codeína		Fentanilo		Tapentadol		Buprenorfina		Petidina		Oxicodona		Hidromorfona	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Depressão respiratória	37	14,7	180	71,7	73	29,1	117	46,6	87	34,7	103	41,0	78	31,1	107	42,6	117	46,6
Náuseas/vómitos	109	43,4	21	8,4	34	13,5	43	17,1	61	24,3	45	17,9	67	26,7	42	16,7	40	15,9
Obstipação	84	33,5	42	16,7	89	35,5	43	17,1	61	24,3	56	22,3	57	22,7	50	19,9	48	19,1
Prurido	2	0,8	1	0,4	8	3,2	13	5,2	10	4,0	12	4,8	15	6,0	6	2,4	9	3,6
Sonolência	17	6,8	5	2,0	45	17,9	29	11,6	24	9,6	25	10,0	27	10,8	34	13,5	22	8,8
Variação de peso	2	0,8	2	0,8	2	0,8	6	2,4	8	3,2	10	4,0	7	2,8	12	4,8	15	6,0

O quadro 23 resume os efeitos adversos mais preocupantes nos opióides (por tipo).

No Tramadol os efeitos mais significativos são as náuseas/vómitos e a obstipação. Na Morfina é citada a depressão respiratória. Na Codeína é referida a obstipação e a depressão respiratória. No caso do Fentanilo a depressão respiratória é o efeito mais preocupante. O Tapentadol apresenta a depressão respiratória, as náuseas/vómitos e a obstipação como os efeitos mais preocupantes. O efeito adverso mais referido em relação à Buprenorfina é a depressão respiratória. A Petidina apresenta como efeito mais preocupante a depressão respiratória e as náuseas/vómitos. Outros referem a depressão respiratória como o efeito mais preocupante da Oxidona e a depressão respiratória é o efeito mais preocupante da Hidromorfona.

Tabela 23A - Distribuição das frequências absolutas relativas ao efeito adverso mais preocupante nos opióides.

EFEITO ADVERSO	MÉDIA	%
Depressão respiratória	99,9	39,8
Náuseas/vómitos	51,3	20,5
Obstipação	58,9	23,5
Prurido	8,4	3,4
Sonolência	25,3	10,1
Variação de peso	7,1	2,8
TOTAL	251	100

Da tabela 23A calculou-se a média das respostas e observa-se que, em termos gerais, quanto aos efeitos adversos mais preocupantes nos opióides, a depressão respiratória, as náuseas/vómitos e a obstipação são os três efeitos adversos mais preocupantes, perfazendo um total de 83,8%. A sonolência, o prurido e a variação de peso são efeitos adversos menos preocupantes e perfazem um total de 16,3%.

Tabela 24 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se teve formação suficiente para prescrever opióides.

GRAU DE CONCORDÂNCIA	F.A.	%
Discordo totalmente	81	32,3
Discordo	115	45,8
Concordo pouco	40	15,9
Concordo	11	4,4
Concordo bastante	3	1,2
Concordo totalmente	1	0,4
TOTAL	251	100

Sobre se os inquiridos consideram se tiveram formação suficiente para prescrever opióides, 196 elementos (78,1%) discordam ou discordam totalmente, 51 elementos (20,3%) concordam ou concordam pouco, e apenas 4 elementos (1,6%) concordam bastante ou concordam totalmente.

Tabela 25 - Distribuição das frequências absolutas relativas à questão se na prescrição de opióides o risco é superior ao benefício.

GRAU DE CONCORDÂNCIA	F.A.	%
Discordo totalmente	29	11,6
Discordo	138	55,0
Concordo pouco	43	17,1
Concordo	31	12,4
Concordo bastante	8	3,2
Concordo totalmente	2	0,8
TOTAL	251	100,0

Quanto ao risco ser superior ao benefício na prescrição de opióides 167 elementos (66,6%) discordam ou discordam totalmente; 74 elementos (29,5%) concordam ou concordam pouco, 10 elementos (4,0%) concordam bastante ou concordam totalmente.

Tabela 26 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao efeito adverso que mais preocupa cada um dos inquiridos nos opióides.

EFEITO ADVERSO	F.A.	%
Depressão respiratória	141	56,2
Depressão respiratória e dependência	7	2,8
Depressão respiratória e obstipação	1	0,4
Depressão SNC	3	1,2
Náuseas/vómitos	9	3,6
Vómitos e sonolência	1	0,4
Obstipação	28	11,2
Tolerância	2	0,8
Tolerância e adição	2	0,8
Sonolência	1	0,4
Adição	33	13,1
Desconforto GI	1	0,4
Náuseas e vômitos; interação farmacológica com outros fármacos; depressão do SNC	1	0,4
Todos	1	0,4
Não sabe	4	1,6
NR	16	6,4
TOTAL	251	100

O efeito adverso mais preocupante nos opióides é a depressão respiratória, valor que se destaca. Menos frequentes surgem a adição, a obstipação e os outros efeitos.

Tabela 27 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de vezes que a prescrição de fármacos não opióides a doentes com dor crónica nas consultas/internamentos foi observada.

Nº DE VEZES OBSERVADAS	F.A.	%
Nunca	6	2,4
Raras vezes	10	4,0
Poucas vezes	16	6,4
Algumas vezes	76	30,3
Muitas vezes	135	53,8
Sempre	8	3,2
TOTAL	251	100

Sobre a observação pelos inquiridos de prescrição de fármacos não opióides a doentes com dor crónica nas consultas/internamentos, 16 elementos (6,4%) nunca ou raras vezes observou, 92 elementos (36,7%) observaram poucas vezes ou algumas vezes, 143 elementos (57,0%) observaram muitas vezes ou sempre.

Tabela 28 - Distribuição das frequências absolutas relativas às situações em que se deve referenciar um doente a uma consulta da dor.

SITUAÇÕES	F.A.	%
Sempre que o doente manifeste sentir dor de qualquer etiologia	1	0,4
Quando a dor é moderada a intensa	10	4,0
Quando a dor não alivia com analgésicos não opióides	61	24,3
Quando a dor é refractária a qualquer tipo de terapêutica analgésica	179	71,3
TOTAL	251	100

A situação em que se deve referenciar um doente a uma consulta da dor, a maioria menciona quando a dor é refractária a qualquer tipo de terapêutica analgésica.

### 1.2.5. - Formação para a DC

Tabela 30 - Distribuição das frequências absolutas relativas a ter tido formação sobre fisiopatologia da dor crónica e seu tratamento

FORMAÇÃO	F.A.	%
SIM	166	66,1
NÃO	85	33,9
TOTAL	251	100

Sobre a formação sobre fisiopatologia dor crónica e seu tratamento, a maioria responde que não teve formação.

Tabela 30 - Distribuição das frequências absolutas relativas ao número de horas de formação sobre fisiopatologia da dor crónica e seu tratamento.

Nº DE HORAS	F.A.	%
1 a 5	85	33,9
6 a 10	40	15,9
11 a 15	6	2,4
16 a 20	7	2,8
>20	3	1,2
Não sei	11	4,4
NR	99	39,4
TOTAL	251	100

Sobre o número de horas de formação sobre fisiopatologia dor crónica e seu tratamento, 125 elementos (49.8%) tiveram entre 1 e 10 hora. Uma minoria teve entre 16 e mais de 20 horas.

Tabela 31 - Distribuição das frequências absolutas relativas à importância de mais formação na área da fisiopatologia da dor crónica e seu tratamento durante o curso de Medicina.

GRAU DE CONCORDÂNCIA	F.A.	%
Discordo totalmente	3	1,2
Discordo	1	0,4
Concordo pouco	9	3,6
Concordo	54	21,5
Concordo bastante	58	23,1
Concordo totalmente	126	50,2
TOTAL	251	100

Sobre a importância de mais formação na área de fisiopatologia da dor crónica e seu tratamento durante o curso de Medicina, 4 elementos (1,6%) discordam totalmente ou discordam, 63 elementos (25,1%) concordam pouco ou concordam, 184 elementos (73,3%) concordam bastante ou concordam totalmente.

## II Secção - Análise Correlacional

Tabela 32 - Associação entre variáveis medida pelo coeficiente de correlação<sup>1</sup>.

Coeficiente de correlação							
	Sexo	Idade	Possui outro curso	Ano que Frequenta	Faculdade que Frequenta	Formação sobre Fisiopatologia	Importância de mais formação na área da fisiopatologia
Conhece a legislação portuguesa sobre dor	-0,036	0,032	0,102	-0,083	-0,133	0,100	-
Conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital	0,063	-0,018	0,026	-0,084	0,093	-0,046	-
A dor deve ser avaliada em todos os doentes	0,029	0,015	-0,091	0,041	0,013	0,052	-
A dor deve ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor	-0,048	-0,001	-0,005	0,026	0,039	0,037	-
Conhece as escalas de auto-avaliação da dor	0,199	0,083	0,088	-0,007	0,013	0,032	-
Conhece as escalas de hetero-avaliação da dor	-0,083	0,034	0,038	0,023	-0,026	0,125	-
Capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica	-0,059	0,173	0,109	0,083	-0,089	0,116	-
Teve formação suficiente para prescrever opióides	-0,075	-	0,056	-0,012	-0,191	0,203	-
Na prescrição de opióides o risco é superior ao benefício	-0,167	-0,010	-0,079	0,081	-0,029	-0,096	-
Teve algum curso/aulas sobre fisiopatologia dor crónica e seu tratamento	-	-	-	-	-0,193	-	0,002
É importante mais formação na área da fisiopatologia durante o curso de medicina	0,092	0,068	-0,053	0,078	-0,041	-	-

<sup>1</sup> Mede a associação entre variáveis (quando uma variável varia a outra também varia) variando entre -1 (associação negativa: variação entre as variáveis em sentido inverso) e +1 (associação positiva: variação entre nas variáveis no mesmo sentido).

A observação dos valores da correlação entre o sexo e as outras variáveis mostra que existe correlação positiva em relação: ao conhecimento de que a dor é um sinal vital, à dor dever ser avaliada em todos os doentes, ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor, à importância de mais formação na área da fisiopatologia. Existe uma correlação negativa em relação: ao conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre a dor, à dor dever ser avaliada apenas nos doentes que manifestam dor, ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor, à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica, a ter tido formação suficiente para prescrever opióides, a considerar que na prescrição de opióides o risco é superior ao benefício.

Observa-se que a associação mais positiva é o conhecimento sobre as escalas de auto-avaliação da dor e a associação mais negativa é na prescrição de opióides o risco ser superior ao benefício.

A correlação em relação à idade é positiva em relação: ao conhecimento da legislação portuguesa sobre dor, à dor dever ser avaliada em todos os doentes, ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor e das escalas de hetero-avaliação da dor, à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica, à formação suficiente para prescrever opióides, e à importância de mais formação na área da fisiopatologia durante o curso de medicina. A correlação é negativa em relação: ao conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital, à dor dever ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor, à prescrição de opióides o risco ser superior ao benefício.

Regista-se a correlação mais positiva em relação à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica e a mais negativa em relação a ter tido formação suficiente para prescrever opióides.

A associação em relação a possuir outro curso é positiva em relação: ao conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre dor, ao conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital, ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor e das escalas de hetero-avaliação da dor, à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica e a ter tido formação suficiente para prescrever opióides. A correlação é negativa em relação: à dor deve ser avaliada em todos os doentes, à dor deve ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor, à prescrição de opióides o risco ser superior ao benefício e a ser importante mais formação na área da fisiopatologia durante o curso de medicina.

O conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre dor e a capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica são as duas variáveis que apresentam uma associação mais positiva.

A correlação em relação ao ano que frequenta é positiva em relação: à dor dever ser avaliada em todos os doentes, à dor dever ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor, ao conhecer das escalas de hetero-avaliação da dor, à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica, a ter tido formação suficiente para prescrever opióides; a correlação é negativa em relação: ao conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre dor, ao conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital, ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor, a ter tido formação suficiente para prescrever opióides.

Em relação à faculdade que frequenta a correlação é positiva em relação: ao conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital, à dor dever ser avaliada em todos os doentes, à dor dever ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor, ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor; a correlação é negativa em relação: ao conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre dor, ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor, à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica, a ter tido formação suficiente para prescrever opióides, à prescrição de opióides o risco ser superior ao benefício, a ter tido algum curso/aulas sobre fisiopatologia dor crónica e seu tratamento, a ser importante mais formação na área da fisiopatologia durante o curso de medicina.

Observa-se uma associação mais negativa em relação ao conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre dor, a ter tido formação suficiente para prescrever opióides e a ter tido algum curso/aulas sobre fisiopatologia dor crónica e seu tratamento.

A correlação a ter tido formação sobre fisiopatologia é positiva em relação: ao conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre dor, à dor deve ser avaliada em todos os doentes, à dor deve ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor, ao conhecimento das escalas de auto-avaliação, ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor, à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica e a ter tido formação suficiente para prescrever opióides. A correlação é negativa em relação: ao conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital e à prescrição de opióides o risco ser superior ao benefício

Associando a variável «ter tido algum curso/aulas sobre fisiopatologia dor crónica e seu tratamento» e «ser importante mais formação na área fisiopatologia no curso de medicina» a associação é positiva, apesar de estar longe de uma associação perfeitamente positiva.

Em termos gerais, na associação entre as variáveis, os valores estão próximos de zero, não existindo, portanto, a proximidade de associação perfeita, seja negativa ou positiva.

Tabela 32A - Associação entre variáveis medida pelo coeficiente de correlação.

Coeficiente de correlação			
	Na sua opinião a dor deve ser avaliada em todos os doentes?	Conhece as escalas de auto-avaliação da dor?	Conhece as escalas de hetero-avaliação da dor?
Tinha conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital?	0,065	0,150	0,117
Na sua opinião a dor deve ser avaliada em todos os doentes?	-	0,166	0,034

O conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital está associado ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor (correlação positiva fraca: 0,150) e ao conhecimento das escalas de hetero-avaliação da dor (correlação positiva fraca: 0,117). A opinião de a dor dever ser avaliada em todos os doentes está associada ao conhecimento das escalas de auto-avaliação da dor (correlação positiva fraca: 0,166).

# Discussão Parcelar dos Resultados

## 1. Caracterização da amostra

De acordo com a exposição anterior e com os dados das tabelas 1 a 5, podemos concluir que a amostra é caracterizada pela prevalência do sexo feminino (72,9%), uma vez que o curso de Medicina é frequentado, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino.

A média das idades é de 25,3 anos e o grupo de idades mais representativas é entre os 23 e os 28 anos (88,5%), dado que a amostra é constituída por FMIM e por IACs, cujas idades se situam entre os 23 - 25 anos de idade, sendo que os FMIM terminam o curso com 23/24 anos e os IACs iniciam o internato com 24/25 anos.

A maioria dos inquiridos (56,6%) são FMIM e 43,4% são IACs. Embora o número de IACs na população-alvo seja superior ao dos FMIM, não podemos esquecer o facto de que, no caso dos FMIM, os questionários foram enviados para as *mailing lists* das oito Faculdades portuguesas e partilhadas nos grupos dos finalistas de cada faculdade, na rede social Facebook. No caso dos IACs, como não tivemos acesso a uma *mailing list*, os questionários apenas foram partilhados no grupo da rede social Facebook, IACs 2016. Desta forma, conclui-se que, provavelmente, muitos IACs não tiveram acesso ao questionário para preenchimento, daí estarem representados em minoria nesta amostra.

Mais de metade (58,5%) frequenta a FCS-UBI, a FMUL e a FCMUNL.

A maior parte não possui outra licenciatura ou mestrado (80,9%), o que está de acordo com a média das idades e com o facto de o número de vagas de alunos que concorrem através dos regimes especiais, tais como o concurso especial para acesso ao curso de Medicina por titulares do grau de Licenciado, ser baixo, logo, a representatividade destes alunos nesta amostra é baixa.

## 2. Dados sobre a dor

Do exposto anteriormente nos comentários sobre as tabelas podemos concluir que, em relação ao conhecimento sobre a dor os inquiridos sabem que a dor é um sinal vital (92,4%), no entanto, desconhecem a Legislação portuguesa sobre a dor (81,7%). Segundo o PNCD, a Direcção-Geral da Saúde, de maneira a reconhecer a importância do controlo da dor, criou, em 1999, um Grupo de Trabalho para a Dor, com a estreita colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001. Este plano,

inovador a nível nacional e internacional descreve os modelos organizacionais para a abordagem da dor em meio hospitalar e contém, ainda, diversas orientações genéricas para o controlo da dor. Ainda neste âmbito, a Direcção-Geral de Saúde emitiu uma Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que equipara a dor a 5º sinal vital.(2)

Apesar de o PNCD definir como estratégias de formação dirigidas aos profissionais de saúde a sensibilização das Faculdades de Medicina para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor, verifica-se que os FMIM e os IACs ainda desconhecem a legislação portuguesa sobre a dor, embora esta já esteja disponível há mais de 10 anos.

Os inquiridos consideram ainda que a dor deve ser avaliada em todos os doentes (93,6%). Tendo em conta que a dor é considerada como sinal vital desde 2003, recomenda-se que a avaliação e o registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos outros quatro sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal), de forma a otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do doente.(2,11) Assim, verificamos que os inquiridos (92,4%) além de saberem que a dor é considerada um sinal vital, também reconhecem que a mesma deve ser avaliada em todos os doentes e não apenas naqueles que manifestem a dor (87,2%).

Em relação às escalas de avaliação da dor, verifica-se que 82,7% conhecem as escalas de auto-avaliação da dor, sendo a Escala Numérica de 0 a 10 (30,1%), a EVA (17,5%) e a Escala das faces (11,2%) as mais conhecidas pelos inquiridos. Por outro lado, 70,9% não conhecem as escalas de hetero-avaliação da dor, sendo que, dos respondentes que conhecem (29,1%), apenas 4,4% acertaram ao nomear uma escala de hetero-avaliação.

Desde a implementação da Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que equipara a dor a 5º sinal vital, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde o registo sistemático da intensidade da Dor e a utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces. As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos para doentes que não preencham estes critérios.(11) No caso das crianças, nomeadamente recém-nascidos, menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar ou crianças com multideficiência existem escalas de hetero-avaliação, que se baseiam na observação de expressões faciais, comportamento da criança, assim como o choro.

Em relação aos idosos que não conseguem verbalizar ou que são detentores de demências, também são usadas escalas de hétero-avaliação. Observar o comportamento é, na ausência de auto-avaliação, um método correcto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, como alterações fisiológicas ou stress emocional, através de Escalas Comportamentais, tais como a Escala Doloplus.(12)

De acordo com estes dados podemos concluir que a Norma ainda não é aplicada em muitos serviços de saúde, talvez fruto do desconhecimento e da falta de sensibilização para o dever e o direito ao controlo da dor, dos profissionais de saúde e da população em geral. (2)

A IASP criou o *Curriculum Outline on Pain for Medicine*, que são guidelines para o ensino da dor nas Faculdades de Medicina. Este currículo é baseado no *The Pain Management Core Curriculum for German Medical Schools* (TPMCCGMS), implementado nas escolas médicas na Alemanha. Segundo este currículo, o uso de escalas facilita a estratificação dos doentes, o que ajuda a uma maior eficiência na primeira consulta. O uso de questionários, diários da dor, escalas analógicas ajudam a complementar a história clínica e, associada ao exame físico, são componentes essenciais para o planeamento do tratamento da dor. Assim, todos os estudantes devem estar aptos a usar escalas numéricas e analógicas e ser capazes de tomar decisões terapêuticas baseadas nos valores da escala (intervenção quando  $>3/10$  e emergência quando  $>7/10$ ). É ainda esperado que os estudantes saibam nomear, pelo menos uma escala.(13)

A seguir analisaremos o item Dor e consultas. Daqui verificamos que os inquiridos referem como principais motivos de a dor, por vezes, não ser avaliada nas consultas, a não avaliação quando o doente não manifesta dor, a falta de tempo e tempos de consulta muito curtos. Indicam, ainda, como a principal situação em que se deve referenciar um doente a uma consulta de dor quando a dor é refractária a qualquer tipo de terapêutica analgésica (71,3%). Embora a avaliação formal seja recomendada para a gestão eficaz da dor, verifica-se que esta requer tempo, que pode não estar disponível, o que vai de encontro com a opinião dos inquiridos.(14)

Neste caso, mais uma vez se verifica o que acima foi referido, ou seja, a medição da intensidade da dor a todos os doentes, independentemente, de a manifestarem ou não, ainda não é aplicada em muitos serviços de saúde, talvez fruto do desconhecimento e da falta de sensibilização para o dever e o direito ao controlo da dor, o que também está de acordo com o facto dos inquiridos desconhecerem a legislação portuguesa sobre a dor. No entanto, a maioria dos inquiridos sabe quando referenciar um doente a uma consulta de dor, que de acordo com o PNLCD, dizem respeito a situações tais como a dor permanece sem diagnóstico, não responde ao tratamento ou assume contornos de grande incapacidade. (1)

De todos os respondentes, 67,7% não se sente capacitado para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica, porém consideram que os parâmetros do que é considerado como uma queixa dolorosa, são a localização (83,6%), a intensidade (90,0%), a qualidade (76,5%), os factores agravantes/atenuantes (77,7%) e a patogénese (68,9%).

Tendo em conta as recomendações do TPMCCGMS, todos os estudantes devem estar aptos para recolher uma história clínica sobre dor e organizar a informação. Para isso devem recolher informações sobre a qualidade da dor, sobre a localização da dor, a sua intensidade, bem como os factores agravantes ou atenuantes da mesma.(13) O profissional de saúde deve, no final, usar a história do doente, os sinais físicos e os testes de apoio para diagnosticar a doença subjacente e classificar a queixa dolorosa.(1)

Passando ao item DC temos as seguintes conclusões: De acordo com os inquiridos, o período de duração para que uma dor seja considerada como um caso de “dor crónica” não deve exceder os 4 meses (63,7%), sendo a lombalgia por patologia discal e a artrose do joelho/anca as causas de dor moderada a intensa mais prevalente em Portugal (77,3%). Este período está de acordo com o estudo realizado por Azevedo *et al* (2012), cuja definição de DC é uma dor persistente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que a causou. No entanto, alguns clínicos e investigadores consideram o uso do *cut-off* de 3 ou 6 meses como arbitrário. Neste mesmo estudo chegou-se à conclusão de que as principais patologias associadas à elevada prevalência de dor crónica são a lombalgia, as doenças do foro osteoarticular e musculoesquelético, assim como as cefaleias e, em menor escala, a dor de origem neuropática.(4)

Os inquiridos afirmam que os aspectos que melhor definem uma dor crónica são uma «síndrome» e uma «experiência emocional desagradável» (80,5%) e que a «sensibilização central» e a «activação das vias ascendentes da dor» são os elementos que mais contribuem para a complexidade da dor crónica (80,5%). A IASP define uma dor como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. (1) A dor crónica, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objectivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma mas antes como uma doença por si só, conforme reconhecido pela EFIC em 2001. (5)

O TPMCCGMS diz-nos que os estudantes devem perceber os princípios da fisiologia da dor, assim como os princípios da sensibilização periférica e central que levam à complexidade da DC.(13)

Olhando agora para a DC e seu tratamento averiguamos que os opióides, nas consultas/internamentos, poucas ou algumas vezes são prescritos a doentes com dor moderada a intensa (63,7%), poucas ou algumas vezes são prescritos a doentes oncológicos com dor moderada a intensa (47,8%), poucas ou algumas vezes são prescritos a doentes não oncológicos com dor moderada intensa (55 %). Verificou-se, ainda que 57% dos inquiridos observou a prescrição de fármacos não opióides a doentes com dor crónica nas consultas/internamentos.

A dor é considerada leve quando a intensidade é de 1-3 na EVA, a intensidade de 4-7 é considerada dor moderada e 8-10 dor severa. (15) Segundo a Escala Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), a dor ligeira (Escala 1) deve ser tratada recorrendo a analgésicos não opióides e/ou adjuvantes, a dor moderada (Escala 2) com opióides fracos ou minor + analgésicos não opióides e/ou adjuvantes, a dor intensa (Escala 3) com opióides fortes ou major + analgésicos não opióides e/ou adjuvantes e a dor não controlada (Escala 4) com técnicas invasivas (analgésicos por via espinhal, bloqueios nervosos). (12)

Os opióides permanecem como os fármacos mais efectivos e mais comumente utilizados no tratamento da dor moderada a intensa, especialmente no cancro, no entanto, a prescrição de medicamentos opióides para o controlo da DC não oncológica tem, frequentemente, objectivos acrescidos como sejam a recuperação funcional do doente, tanto do ponto de vista físico como mental, com conseqüente melhoria da qualidade de vida. (15,16) Desta forma e de acordo com os dados obtidos nesta investigação, consideramos que ainda há muito a ser feito no que concerne ao tratamento da DC, seja ela associada ao cancro ou não. Verifica-se que a dor moderada a intensa ainda não é adequadamente tratada como recomenda a OMS. Tendo em atenção que nestes escalões (2/3) a dor deveria ser gerenciada com recurso a analgésicos opióides + analgésicos não opióides e/ou adjuvantes, estes dados levam-nos a acreditar que muitos doentes têm a sua dor mal controlada.

De acordo com alguns estudos, a dor crónica oncológica muitas vezes é inadequadamente tratada, estando este facto associado à falta de conhecimento relativa à prescrição de fármacos analgésicos e a atitudes inapropriadas por parte dos clínicos, especialmente no que concerne ao uso de opióides, bem como a relutância, por parte dos doentes, em relatar a sua dor ou em classifica-la de acordo com as escalas de auto-avaliação da dor. (17-19) Por outro lado, o medo da adição por clínicos e doentes, assim como o medo da depressão respiratória quando é necessário aumentar as doses de opioides podem levar ao ineficaz uso destes fármacos no tratamento da DC oncológica. (14)

Face ao acima exposto, e de acordo com estudos publicados, concluímos que é necessário treino na prescrição de opióides em todos os patamares da educação médica, sejam pré-graduados ou pós-graduados. Este tipo de treino deve ir para além da prescrição de opióides, incluindo o manusear multimodal da dor. A educação na área da dor pode permitir aos clínicos fazer escolhas sábias e apropriadas se deve iniciar, continuar, modificar ou descontinuar o tratamento com opióides para cada doente, tendo em conta o seu contexto clínico. A educação também tem o potencial de reduzir o excesso de prescrição de opióides na DC, assim como assegurar que os doentes que realmente necessitam deste tipo de tratamento têm acesso ao mesmo. (20)

Nesta investigação, os respondentes referem que o tramadol é o opióide mais prescrito nas consultas/internamentos do local de estágio (86,9%). Pensamos que se deve ao facto de ser um opióide fraco e de ser uma combinação de inibidor da recaptação da serotonina e da adrenalina e um agonista  $\mu$ , o que o diferencia dos outros opióides. Por outro lado, o tramadol também reduz, substancialmente, a dor na osteoartrite, fibromialgia e a dor neuropática. A dose diária máxima recomendada é até 400mg. (15,21)

De acordo com as tabelas 23A e 26, verificamos que o efeito adverso que mais preocupa os inquiridos é a depressão respiratória (39,8%), seguida da obstipação (23,5%) e das náuseas/vómitos (20,5%) perfazendo um total de 83,8%. A sonolência (10,1%), o prurido (3,4%) e a variação de peso (2,8%) são efeitos adversos menos preocupantes e perfazem um total de 16,3% (tabela 23A). A tabela 26 diz respeito a uma pergunta aberta, onde apenas 235 inquiridos responderam, no entanto, a depressão respiratória mantém-se como o efeito adverso mais preocupante, com 56,2%, valor que se destaca, relativamente aos outros efeitos adversos.

Sobre os efeitos adversos mais preocupante nos opióides (por tipo), temos a depressão respiratória, citada por 71,7% em relação à morfina, as náuseas/vómitos, citadas por 43,4% em relação ao tramadol, a obstipação como efeito adverso citado por 35,5% em relação à codeína, o prurido, citado por 6,0% em relação à petidina, a sonolência, citada por 17,9% em relação à codeína e a variação de peso, citada por 6,0% em relação à hidromorfona.

Os efeitos secundários dos opióides mais frequentes são a obstipação, náuseas, vómitos, sonolência e prurido. Estes sintomas surgem, habitualmente, nos primeiros dias após o início da terapêutica mas tendem a desaparecer, com excepção da obstipação que tende a persistir e implica tratamento adequado. Alguns efeitos secundários mais raros incluem a depressão respiratória, variações no peso corporal e efeitos hormonais, tais como redução da actividade das glândulas suprarrenais, redução da função sexual e infertilidade. (16) De acordo com a OMS, os opióides são os fármacos de eleição para o tratamento da dor moderada a severa. São

eficazes, apresentam riscos manejáveis e são facilmente tituláveis. Dois dos efeitos associados à terapêutica de longa duração com opióides são a dependência física e a tolerância, que são, frequentemente, confundidos pelos clínicos e pelos doentes com dependência psicológica ou adição. Como referido anteriormente, o efeito adverso mais comum associado à terapêutica de longa duração com opióides é a obstipação, que pode ser aliviada através da prescrição de laxantes. As náuseas e os vômitos podem ser tratados com anti-eméticos. A depressão respiratória é extremamente rara porque os doentes rapidamente desenvolvem tolerância aos efeitos respiratórios depressores dos opióides, no entanto, quando acontece, está muitas vezes associada a erros de dosagem e pode ser prevenida através da titulação.(13,14) Desta forma verificamos que ainda há muitos conceitos errados relativamente aos efeitos adversos dos opióides. É necessário investir na formação pré-graduada sobre DC, como já tem vindo a ser frisado nesta investigação.

Como último tópico temos a formação para a DC. Daqui concluímos que 66,6% dos respondentes pensa que na prescrição de opióides o benefício é superior ao risco, contudo, uma parte importante, 78,1% considera que teve formação insuficiente para prescrever opióides. A maior parte dos inquiridos refere que não teve formação sobre fisiopatologia da DC e seu tratamento (66,1%), e os que tiveram formação a duração foi entre 1 e 10 horas (49,8%). Para os inquiridos é bastante importante mais formação na área da fisiopatologia da DC e seu tratamento durante o curso de Medicina (73,3%). Como já referido no parágrafo anterior, a prescrição de opióides é segura, e o benefício é superior ao risco uma vez que os riscos são manejáveis e facilmente tituláveis. Os efeitos adversos são conhecidos e facilmente tratáveis.

Segundo uma revisão bibliográfica feita por Unge et al (2015), os indivíduos formados em Medicina têm um papel central na gestão da dor. Porém, e apesar da IASP ter recomendado um currículo para os profissionais de saúde pré-graduados há mais de três décadas e do reconhecimento da importância da educação para a dor e sua gestão, constata-se que o estudo da dor tem sido inadequadamente inserido nos currículos pré-graduados. Considera-se que uma gestão eficiente da dor implica um bom conhecimento de farmacologia, psicologia, fisioterapia e fisiologia.(22) Tendo em conta as directrizes do TPMCCGMS os estudantes de Medicina devem saber a farmacodinâmica e a farmacocinética dos opióides, assim como as vantagens e desvantagens da sua prescrição. (13) A IASP recomenda que o currículo para os profissionais de saúde pré-graduados, nomeadamente os estudantes de Medicina, sobre DC e seu tratamento deve ser incluído no 5º ano de formação e deve ter no total 15 horas, tal como se verifica no TPMCCGMS. (23)

### 3. Objectivos secundários do estudo

Existem diferenças entre os sexos quanto ao conhecimento sobre as escalas de auto-avaliação da dor (correlação positiva fraca: 0,199), e em relação à prescrição de opióides o risco ser superior ao benefício (correlação negativa fraca: -0,167).

Existe diferenças entre as idades quanto à capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica (correlação positiva fraca: 0,173).

Existe diferenças entre os que têm outro curso e os que não têm quanto ao conhecimento sobre a legislação portuguesa sobre a dor (correlação positiva fraca: 0,102) e na capacidade para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica (correlação positiva fraca: 0,109).

Não existem diferenças nas opiniões de acordo com o ano frequentado pelos inquiridos. Como já foi dito anteriormente, em termos gerais, na associação entre as variáveis, os valores estão próximos de zero, não existindo, portanto, a proximidade de associação perfeita, seja negativa ou positiva.

## Discussão Geral dos Resultados

Tendo em conta estes resultados, consideramos, assim como documentado em outros estudos internacionais, que apesar das mudanças na gestão da dor, ao longo dos anos, o conhecimento dos estudantes nesta área tem sido insuficiente para atingir uma gestão da dor segura para os doentes. Verifica-se, também, que os estudantes de Medicina têm tido menos de 10 horas, em média, de educação sobre dor. (22,24)

Se olharmos para os planos curriculares do curso de MIM em Portugal, constatamos que em algumas faculdades, tais como a FMUP, a FMUL e o DCBM-UAlg não é possível ver em que unidade curricular (UC) está inserido o ensino sobre DC, nem a carga horária a ele atribuído. Isto deve-se ao facto de o plano curricular disponibilizado na página online oficial das respectivas faculdades apenas apresentar as UC sem especificar os conteúdos programáticos de cada uma.

No caso do plano curricular do MIM da ECSUM observamos que o ensino sobre fisiopatologia da dor aparece integrado na UC de Patofisiologia dos Sistemas Orgânicos - Sistema Nervoso, no 3º ano do curso. Nos 4º e 5º anos, na UC de Residência de Medicina I e II, respectivamente, estão incluídos os seguintes conteúdos: cuidados continuados na doença crónica, melhora do sofrimento, alívio da dor e cuidados paliativos. No entanto, não é possível saber a carga horária atribuída aos mesmos.

Relativamente ao ICBAS, verificámos que no plano de estudos do MIM não estão discriminadas as UC onde o ensino da dor se insere, porém, constatamos que há duas UC opcionais no 5º ano, tais como Cuidados Paliativos e Oncologia, com uma carga horária de 37 horas cada, onde podemos indagar que o ensino da dor seja leccionado. O mesmo acontece na FMUC, onde a UC de Cuidados Paliativos e Terapêutica da Dor é também opcional no 4º ano do MIM e não apresenta estágio. A UC de Medicina Física e Reabilitação, também no 4º ano, é opcional e é onde está inserido o ensino da reabilitação da DC. Ainda no mesmo ano temos a UC de Noções Básicas de Anestesiologia, onde também é leccionado o tema como aplicar os conceitos básicos da terapêutica da dor. Por outro lado, no 2º ano, na UC de Introdução à Prática Médica III, há referência ao ensino dos cuidados em final de vida (paliativos), no 3º ano, na UC de Farmacologia I também há referência ao ensino sobre a neurotransmissão e a neuromodulação, assim como o conhecimento sobre a farmacologia da dor e o modo de a controlar. Ainda no 3º ano, na UC de Ética, Deontologia e Exercício Profissional também é abordado o tema Cuidados Paliativos e dor. No 5º ano, na UC de Patologia Músculo-Esquelética está inserido o tema Síndromas de dor generalizada. Deste modo, podemos dizer, que de uma forma geral, na FMUC o ensino da dor vai sendo leccionado ao longo do curso,

seja através de UC obrigatórias, seja através de UC opcionais. No entanto, não é possível saber ao todo o número de horas dedicado ao ensino da dor.

Olhando agora para o plano curricular da FCS-UBI, verificámos que já no 1º ano, na UC de Arte da Medicina há a preocupação com o ensino da dor, neste caso, abordando temas como Dor, Sofrimento e Cuidados Paliativos. No 3º ano, na UC de Introdução à Patologia, há referência aos fármacos que são usados para tratar a dor, no bloco de Farmacologia. Ainda no 3º ano, na UC de Geriatria também há referência aos conteúdos de DC. No 4º ano há um curso de Oncologia Médica, onde possivelmente são abordados temas como a DC oncológica, bem como o seu tratamento. Mais uma vez, não é possível saber a carga horária atribuída a cada tema.

Finalmente temos a FCMUNL onde verificamos que no plano curricular do MIM, o ensino da dor não está mencionado, no entanto observamos que têm UC como O Doente Idoso e O Doente com Cancro, nos 4º e 5º anos, respectivamente, onde podemos indagar que sejam leccionados temas como o ensino da dor. Também aqui não é possível saber a carga horária atribuída a cada UC.

De um modo geral podemos dizer que o ensino da dor prestado aos estudantes de medicina é, de certa forma, deficitário, uma vez que em algumas faculdades vai sendo leccionado, de forma dispersa, ao longo do curso, e noutras é leccionado em UC opcionais, onde nem todos os alunos têm oportunidade de frequentar. No entanto, de acordo com os planos curriculares disponibilizados online, verificamos que algumas faculdades têm os conteúdos programáticos de cada UC discriminados enquanto que noutras não é possível aceder a este tipo de informação, o que torna ainda mais difícil perceber em que termos o ensino para a DC é, de facto, incorporado durante a formação médica pré-graduada. Uma adequada e completa formação em dor requer, não somente o ensino dos processos anatomo-fisiológicos, mas também a sua integração com a modulação das vias algícas, bem como a transposição para a prática clínica, permitindo uma melhor intervenção analgésica em toda a sua complexidade bio-psico-social. (9) Desta forma é, também importante que haja estágios na área da DC, nomeadamente em consultas de dor.

A literatura mostra-nos que existem algumas barreiras para o que o tratamento da DC oncológica e não oncológica seja otimizado. Estas barreiras dizem respeito aos profissionais de saúde, aos pacientes e aos sistemas de saúde. As barreiras relacionadas com os pacientes dizem respeito ao medo dos efeitos adversos, tais como a adição e a tolerância ao tratamento, ao medo de não serem “bons” doentes, de distraírem os médicos do objectivo da cura, de acharem que não vão conseguir controlar a dor e do medo de que a dor signifique progressão da doença. Há ainda uma pobre comunicação sobre a dor com os profissionais de

saúde devido ao facto de os pacientes acharem que ao fazê-lo estão a por em causa as recomendações do médico e por acharem também que a medicação lhes faz mal ao corpo. As barreiras atribuídas aos profissionais de saúde dizem respeito ao pouco treino no que concerne à gestão da dor. Desta forma, os profissionais de saúde mostram falhas no que respeita ao alívio da dor, na gestão dos efeitos adversos e na compreensão de conceitos como adição, tolerância, dosagens e comunicação. (14,19,25,26)

Desta forma constatamos que devem ser feitas mudanças nos currículos pré-graduados para que, futuramente, os profissionais de saúde saibam diagnosticar e tratar a dor correctamente. (27)

É necessário investir numa formação contínua dos profissionais de saúde na área da dor oncológica e não oncológica, uma vez que a falta de conhecimento sobre a gestão da dor tem sido apontado como um dos principais factores que contribuem para o inadequado alívio da dor, um pouco por todo o mundo.(18,26) Insuficiente educação para a dor e prática clínica limitada são algumas das causas para que haja défices na gestão da dor e dificuldade em mudar de atitudes. (18)

Sabe-se que, no meio clínico, os estudantes aprendem a gerir a dor ao imitar os seus tutores, adoptando atitudes, crenças e comportamentos dos seus pares. A aprendizagem, em meio clínico, com médicos das variadas especialidades envolvidas no tratamento da dor aguda e crónica pode proporcionar um óptimo contexto para a aprendizagem das ciências básicas e para a mudança de atitudes relativamente ao tratamento dos pacientes com dor. Assim, os estudantes devem ter bons tutores como exemplos, uma vez que são influenciados pelas suas atitudes. (26-28)

A realidade portuguesa diz-nos que a oferta curricular no ensino pré-graduado nos cursos ligados à saúde é deficitária ou nula no que concerne a disciplinas ligadas à dor, no entanto, a nível pós-graduado, a oferta de cursos/mestrados dedicados à dor é mais ampla. Das especialidades médicas, apenas a Anestesiologia inclui, no seu internato, formação obrigatória em dor. Assim, torna-se bastante importante mudar os currículos básicos no ensino pré e pós-graduado para passarem a incluir especificamente o diagnóstico e o tratamento da dor, uma vez que esta lacuna só é colmatada posteriormente se os profissionais estiverem motivados para procurar formação complementar na área. (7)

Vários estudos referem que o ensino para a dor está fragmentado e limitado pelas múltiplas disciplinas ligadas à dor, tornando a integração de conhecimentos mais difícil e complexa.(9,22,31,32)

De acordo com a literatura consultada sabe-se que um currículo sobre dor não deve apenas debruçar-se sobre as ciências básicas da dor, nomeadamente sobre o conhecimento da neurobiologia e da farmacologia da dor, mas sim sobre o diagnóstico da dor, as estratégias de tratamento disponíveis e sobre as dimensões social e emocional da mesma. É também importante a observação de especialistas que gerem doentes com dor, no contexto clínico, de forma a que os estudantes possam apresentar atitudes mais positivas em relação aos doentes com dor. (24,32)

Ultimamente tem-se dado grande ênfase à inclusão de conteúdos ligados às humanidades, assim como a compaixão e a empatia como parte integrante da medicina da dor. A empatia tem sido considerada uma das qualidades que melhora a eficácia do médico na gestão de doentes com doenças crónicas. Tendo em conta que esta vai diminuindo durante a formação médica, torna-se importante a sua integração nos currículos pré-graduados, bem como outras dimensões afectivas da dor e boas técnicas de comunicação. (24,30,31,33)

Como recomendações para um novo currículo, deve-se apostar em cursos de dor integrados em que os estudantes são expostos ao tema da dor por especialistas da área, permitindo, deste modo, uma visão mais abrangente e mais profunda da dor, assim como um maior envolvimento entre aluno professor. Estes cursos devem integrar, como referido acima, as dimensões cognitivas e afectivas da dor. É também importante o uso de plataformas online, com conteúdos didácticos e estudos de casos clínicos, sendo este um caminho promissor no que respeita a uma melhor educação para a dor. Este tipo de intervenções acaba por ser mais apelativo e interactivo para os estudantes, uma vez que podem fazer comentários e têm mais facilidade em aceder a links para os temas mais complexos. Segundo Puljak e Sapunar (2011), em média, os estudantes que se encontram em aprendizagem online têm melhor desempenho do que aqueles que estão a ter aprendizagem presencial. (24,27,30,34)

Alguns factores parecem facilitar a incorporação do ensino da dor nos currículos pré-graduados, tais como cursos sobre dor, o alargamento do ensino da dor às suas componentes bio-psico-social, a abordagem da dor numa perspectiva multidimensional, incorporando oportunidades de aprendizagem como sugere a IASP. A diversidade nos métodos de ensino, como a aprendizagem online, os estudos de caso, assim como o ensino com doentes simulados também contribui para o sucesso na incorporação do ensino da dor nos currículos. A aprendizagem liderada por estudantes versus a liderada pelo professor traz vantagens ao criar oportunidades para melhorar as aptidões necessárias para a gestão eficaz da dor incluindo a resolução de problemas, aprendizagem partilhada, trabalho em equipa, conceitos errados e apreciação crítica. O aproveitamento de políticas de promoção do ensino para a dor também são importantes. (31)

Por outro lado, temos as barreiras que interferem com a implementação do ensino da dor nas escolas médicas. Estas incluem a falta de apoio para o desenvolvimento de recursos para o ensino da dor, a falta de médicos especialistas em dor envolvidos no planeamento do currículo, a opinião generalizada de que a medicina da dor não é um elemento essencial na educação médica mas sim de algumas especialidades bem como as inúmeras pressões sobre os horários das escolas médicas. Um dos principais desafios à implementação do ensino da dor no currículo é a resistência ao aumento de carga horária a um cronograma escolar já sobrecarregado. Encontrar tempo para o ensino da dor, num currículo sobrecarregado implica que sejam retirados outros conteúdos em favor da dor, o que desanima os seus proponentes. Ainda não se encontrou uma solução, embora diversas abordagens diferentes já tenham sido tentadas. Outros três desafios são a educação interprofissional, que pode ser demorada e requer uma coordenação eficaz dos resultados e dos recursos mais complexos através do compromisso dos docentes no processo, a difusão da responsabilidade pela educação sobre a dor e a natureza fragmentada do currículo. O desafio final diz respeito à difusão da responsabilidade para o currículo da dor, fora do ensino formal, ou seja, onde a dor é ensinada na prática clínica. Porém, há pouca clareza relativamente aos conteúdos, à organização e à semelhança em actividades individuais. A dificuldade consiste em juntar o currículo formal da sala de aula à aprendizagem em meio clínico. Desta forma, é possível alinhar os objectivos educacionais na sala de aula com as competências da prestação de cuidados da dor. Por fim, podemos dizer que a percepção da dor como um tópico adicional em vez de central é uma barreira bem definida para que a mudança no currículo seja bem sucedida. (24,30,31,34)

## Conclusões

Ao terminar esta investigação concluímos que a maioria dos estudantes de medicina portugueses desconhece a legislação portuguesa sobre a DC, no entanto, reconhecem que esta é considerada um sinal vital e conhecem as escalas de auto-avaliação da dor mais usadas nos serviços de saúde, tais como a EVA, a Escala Numérica e a Escala de Faces. Por outro lado, têm pouco conhecimento sobre as escalas de hétero-avaliação não se sentindo capacitados para conduzir uma entrevista a doentes com DC. Consideram que a dor deve ser avaliada em todos os doentes e não apenas naqueles que a manifestem, considerando que muitas vezes, a dor não é avaliada nas consultas devido, principalmente, à falta de tempo por parte dos profissionais de saúde, aos tempos de consulta muito curtos e ao facto de esta não ser avaliada quando o doente não a manifesta. Se passarmos à parte da DC e da terapêutica, concluímos que a maioria dos inquiridos refere que teve formação insuficiente para prescrever opióides, indicando, ainda, que estes, nas consultas/internamentos, poucas ou algumas vezes foram prescritos a doentes com dor moderada a intensa, a doentes oncológicos com dor moderada a intensa e a doentes não oncológicos com dor moderada intensa. A maioria dos inquiridos indicou, também, que observou a prescrição de fármacos não opióides a doentes com dor crónica nas consultas/internamentos, durante a sua formação académica. Mais de metade dos respondentes considera que na prescrição de opióides, o benefício é superior ao risco e que o Tramadol é o opióide que vêm prescrever com maior frequência nas consultas/internamentos. A depressão respiratória ainda é o efeito mais preocupante, referido por uma grande parte dos inquiridos, sendo seguida pelas náuseas/vómitos e obstipação.

A maioria dos estudantes de medicina portugueses afirma que para que uma dor seja considerada crónica, a sua duração não deve exceder os 4 meses, sendo a lombalgia por patologia discal e a artrose do joelho/anca, as causas de dor moderada a intensa mais prevalentes em Portugal. A maioria considera, ainda, que os parâmetros, por ordem de importância, pelos quais uma dor deve ser caracterizada são a intensidade, a localização, os factores agravantes/atenuantes, a qualidade e a patogénese. Reconhecem também que a sensibilização central e a activação das vias ascendentes da dor são os elementos que mais contribuem para a complexidade da DC e que esta pode ser definida como uma síndrome ou como uma experiência emocional desagradável.

Finalmente, concluímos que grande parte dos respondentes considera que não teve formação sobre fisiopatologia da DC e seu tratamento, e os que tiveram referem que esta teve a duração entre 1 a 10 horas. No entanto, acham bastante importante mais formação na área da DC e seu tratamento durante o curso de medicina.

Em relação às associações de variáveis, os valores estão próximos de zero, não existindo, portanto, a proximidade de associação perfeita, seja negativa ou positiva.

## Recomendações

Esperamos, com este trabalho, poder sensibilizar as entidades ligadas ao ensino médico a implementarem, nos currículos básicos do ensino pré-graduado, disciplinas ligadas ao diagnóstico e ao tratamento da dor.

Por outro lado, pensamos que a implementação destas medidas poderá captar mais profissionais para a área da dor, uma vez que os estudantes poderão sentir-se mais motivados para trabalharem na área da dor. Seria uma mais valia que todas as faculdades que leccionam o MM pudessem avaliar, internamente, os seus currículos e, mediante, as recomendações apresentadas nesta investigação, mudar o ensino sobre a dor, tornando-o um tópico central ao longo da formação médica pré-graduada.

Consideramos que mais estudos devem ser feitos nesta área, em Portugal.

## Limitações

O nosso estudo apresentou as seguintes limitações:

1 - Não foi possível enviar os questionários directamente, através do endereço electrónico, aos IACs, uma vez que não existe uma *mailing list* em que todos os internos tenham acesso. Deste modo, apenas os IACs que têm Facebook e que pertencem ao grupo IACs 2016 tiveram a oportunidade de responder ao questionário;

2 - Algumas Faculdades colocaram alguns entraves na divulgação dos questionários, nomeadamente, exigiram que se pedisse autorização ao Director, exigiram que os questionários fossem aprovados pela Comissão de Ética da própria Faculdade, ignorando o facto de este projecto já ter sido aceite pela Comissão de Ética da FCS-UBI. Estas exigências levaram a que o início do estudo se atrasasse. Quando solicitado o número de alunos FMIM, por via electrónica, apenas duas das Faculdades responderam. De ressaltar ainda que nenhuma Faculdade confirmou o envio dos questionários para a *mailing list* dos FMIM. Sendo assim, ficamos sem saber se os questionários chegaram aos estudantes ou não por esta via;

3 - Não foi realizado um pré-teste, o que faz com que não tenhamos noção se as questões estavam bem estruturadas ou se os inquiridos tiveram dúvidas no seu preenchimento. Esta etapa do trabalho é de todo importante pois permite corrigir ou modificar o questionário. Permite ainda avaliar a eficácia e a pertinência do questionário; (10)

4 - Na recolha dos dados foi utilizado o método de amostragem por conveniência, o que não permite a generalização da amostra, uma vez que os elementos inquiridos foram aqueles que se disponibilizaram a responder ao questionário. Deste modo, pode levar a conclusões erradas sobre a população;

5 - O número limitado de questionários respondidos, apesar dos esforços em melhorar estes valores;

6 - Um estudo feito através de questionários online apresenta limitações adicionais, dado que os sujeitos estão limitados às questões formuladas, sem que as possam alterar ou explicar os seus pensamentos ou dúvidas. Este tipo de questionários também costuma apresentar poucas taxas de resposta, sendo também impossível verificar as condições em que são preenchidos. (10)

7 - O questionário utilizado neste estudo foi feito de raiz, não tendo sido validado, no entanto, percebemos a importância do uso de instrumentos validados, pois apresentam consistência interna e confiabilidade para medir e comparar a eficácia dos diferentes programas educacionais de gestão de dor e reflectir sobre os conhecimentos, as atitudes e as crenças transmitidas através da educação. (32)

## Referências Bibliográficas

1. Direção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. Plano Nacional de Luta contra a Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2001. p60. Report No.: ISBN 972-9425-95-7. Disponível em <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/30-plano-nacional-de-luta-contra-a-dor>. Acedido em 21-09-2015.
2. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 11. Programa Nacional de Controlo da dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2008. p16. Disponível em [http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Programa\\_Controlo\\_da\\_Dor.pdf](http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf). Acedido em 21-10-2015.
3. Reis A, Pereira A, Martins A, Albuquerque A, Bastos A, Canha A et al. Manual do Curso de Evidência na Emergência MCEE 2011. 4ª Edição. Porto: Reanima; 2011.
4. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias C, Castro-Lopes JM. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. J Pain. 2012;13(8):773-83. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012
5. Direção-Geral da Saúde. PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOR (PENPCDor). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2001. p7.
6. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011 (actualizada a 28/10/2014). Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011 Dec. p30. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0432011-de-23122011.aspx>. Acedido em 23-08-2015.
7. Reis-Pina P. Generalidades e Especificidades sobre a Dor Crónica. In: Manual de Dor Crónica. 1.ª ed. Lisboa: Fundação Grünenthal; 2012:25-61.
8. International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain. Declaration of Montréal: declaration that access to pain management is a fundamental human right. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2011;25(1):29-31.
9. Centro Nacional de Observação em Dor - Observdor. Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal. Porto: Observdor; 2010. p28. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estado-da-arte-do-ensino-da-dor-em-portugal-relatorio-final.aspx>. Acedido em 12-11-2015.

10. Fortin MF. O Processo de Investigação: Da concepção à realização [N. Salgueiro, trans]. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda; 1999.
11. Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor - Circular normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003 June. p4. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>. Acedido em 12-10-2015.
12. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Orientação nº 015/2010 de 14/12/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2010 p17. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=16947>. Acedido em 12-10-2015.
13. Bredanger S, Hege-Scheuing G, Karst M, Kopf A, Michel S, Ruschulte H, Schlisio B, Schulz-Gibbins C, Sittl R, Traue H, Treede RD, West C. The Pain Management Core Curriculum for German Medical Schools. Germany: DGSS - Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.; 2008, p32. Report No.: ISBN 978-3-9806595-6-7.
14. Reis-Pina P. A complexidade do tratamento da dor oncológica: a intensidade da dor como factor preditivo. In: A. Barbosa (Ed.). Investigação quantitativa em Cuidados Paliativos. Lisboa: FMUL; 2012:163-204. ISBN 978-972-9349-25-6.
15. Reis-Pina P. Tratamento Farmacológico da Dor Crónica. Os Analgésicos Opióides (doses fortes). Os Efeitos Adversos dos Opióides. In: Manual Dor Crónica. 1.ª ed. Lisboa: Fund. Grünenthal; 2012:167-214.
16. Direcção-Geral da Saúde. Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica - Circular Normativa. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2008. P7. Acedido em 22-12-2015 em <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/recomendacoes-aped/24-recomendacoes-para-a-utilizacao-dos-medicamentos-opioides-fortes-na-dor-cronica-nao-oncologica-aped>.
17. Elliott TE, Murray DM, Elliott BA, Braun B, Oken MM, Johnson KM, Post-White J, Lichtblat L. Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: A survey from the Minnesota cancer pain project. J Pain Symptom Manage. 1995 Oct; 10(7):494-504. doi: 10.1016/0885-3924(95)00100-D
18. Ger LP, Ho ST, Wang JJ. Physicians' knowledge and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: a survey of two medical centers in Taiwan. J Pain Symptom Manage. 2000 Nov; 20(5):335-44. doi: 10.1016/S0885-3924(00)00207-4

19. Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Cancer-related pain and the optimal use of opioids. *Acta Med Port* 2015;28(3):376-81.
20. Alford DP. Opioid Prescribing for Chronic Pain – Achieving the Right Balance through Education. *N Engl J Med*. 2016 Jan 28; 493-4. doi: 10.1056/NEJMp1512932
21. Reis-Pina P. Tratamento Farmacológico da Dor Crónica. Fármacos não Opióides. Analgésicos Opióides (em Doses Fracas). In: *Manual Dor Crónica*. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Fund. Grünenthal; 2012:127-63.
22. Ung A, Salamonson Y, Hu W, Gallego G. Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *Br J Pain*. 2015; 10(1):8-21. doi: 10.1177/2049463715583142
23. Graven-Nielsen T, Treede RD, Cadavid A, Rathmell J. IASP Curriculum Outline on Pain for Medicine [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 18]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=729>
24. Murinson BB, Gordin V, Flynn S, Driver LC, Gallagher RM, Grabois M. Medical Student Education Sub-committee of the American Academy of Pain Medicine. Recommendations for a new curriculum in pain medicine for medical students: toward a career distinguished by competence and compassion. *Pain Med*. 2013; 14(3):345-50. doi: 10.1111/pme.12051
25. Sun VC-Y, Borneman T, Ferrell B, Piper B, Koczywas M, Choi K. Overcoming Barriers to Cancer Pain Management: An Institutional Change Model. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Oct; 34(4):359-69. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.12.011
26. Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, Pierce KL, Dolan M, Roberts L, Silberfarb PM. Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage*. 1998 June; 15(6):335-49. doi: 10.1016/S0885-3924(98)00023-2
27. Puljak L, Sapunar D. Web-Based Elective Courses for Medical Students: An Example in Pain. *Pain Med*. 2011; 12(6):854-63. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01104.x
28. Wilson JF, Brockopp GW, Kryst S, Steger H, Witt WO. Medical students' attitudes toward pain before and after a brief course on pain. *Pain* [Internet]. 199 [cited 2016 Jan 8]; 50(3):251-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1280800>

29. Weinstein SM, Laux LF, Thornby JI, Lorimor RJ, Hill CS, Thorpe DM, Merrill JM, Department of Neuro-Oncology, Section of Pain and Symptom Management, University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Department of Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine. Medical students' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: implications for changing medical school curriculum. *South Med J* [Internet]. 2000 [cited 2016 Jan 22]; 93(5):472-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10832944>
30. Murinson BB, Nenortas E, Mayer RS, Mezei L, Kozachik S, Nesbit S, Haythornthwaite JA, Campbell JN. A New Program in pain medicine for medical students: Integrating core curriculum knowledge with emotional and reflective development. *Pain Med*. 2011 Feb; 12(2):186-95. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.01050.x.A
31. Carr ECJ, Briggs EV, Briggs M, Allcock N, Black P, Jones D. Understanding factors that facilitate the inclusion of pain education in undergraduate curricula: Perspectives from a UK survey. *Br J Pain*. 2016; 10(2):100-7. doi: 10.1177/2049463716634377
32. Argyra E, Sifaka I, Moutzouri A, Papadopoulos V, Rekatsina M, Vadalouca A, Theodoraki K. How does an undergraduate pain course influence future physicians' awareness of chronic pain concepts? A comparative study. *Pain Med*. 2015; 16(2):301-11. doi: 10.1111/pme.12568
33. Niemi-Murola L, Nieminen JT, Kalso E, Pöyhä R. Medical undergraduate students' beliefs and attitudes toward pain: how do they mature?. *Eur J Pain*. 2007 Jan 26; 11(6):700-6. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.001
34. Tauben DJ, Loeser JD. Pain education at the University of Washington School of Medicine. *J Pain*. 2013 May; 14(5):431-7. doi: 10.1016/j.jpain.2013.01.005

# Anexos

## Anexo I

### QUESTIONÁRIO

Universidade da Beira Interior

Faculdade Ciências da Saúde

#### Ensino médico sobre dor crónica em Portugal: perspectiva dos estudantes

Irina Iolanda Carvalho Cristóvão, a frequentar o 6º ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, apresenta o seguinte questionário que se insere numa investigação para uma Dissertação de Mestrado e tem como objectivo principal conhecer a opinião dos alunos finalistas do curso do Mestrado Integrado em Medicina das Faculdades que leccionam o mesmo e dos Internos do Ano Comum (IAC's) sobre o ensino médico em Portugal especificamente sobre a realidade da dor crónica e o seu tratamento.

Desde já solicito a colaboração no preenchimento do questionário que se segue, pois a sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento desta investigação.

Os dados recolhidos são anónimos e não é possível relacionar o seu endereço de e-mail com as respostas a este inquérito.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta e sensata possível.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Desde já agradeço toda a disponibilidade e colaboração para o desenvolvimento desta investigação.

A aluna

---

(Irina Iolanda Carvalho Cristóvão)

- O presente questionário é composto por perguntas de escolha múltipla e de resposta aberta.
- Preenchimento é individual.
- Questionário demora em média, cerca de 7 minutos a ser preenchido.

## QUESTIONÁRIO

### Parte I - Caracterização da amostra

1. **Idade:** 23-25 anos □ 26-28 anos □ 29-31 anos □ >31 anos □
2. **Género:** Masculino □ Feminino □
3. **Ano a frequentar:** Finalista do Mestrado Integrado em Medicina □ Interno do Ano Comum (IAC) □
4. **Faculdade que frequenta/frequentou:**
  - Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho □
  - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto □
  - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar □
  - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra □
  - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior □
  - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa □
  - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa □
  - Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve □
5. **Possui outra Licenciatura/Mestrado?** Sim □ Não □

### Parte II - Colheita de dados sobre a dor

Como aluno finalista do Mestrado Integrado em Medicina ou Interno do Ano Comum acompanha vários Assistentes nas suas consultas/Internamentos. Tente recordar o que aprendeu/observou nos estágios sobre a temática da dor.

6. **Conhece a legislação portuguesa sobre dor?** Sim □ Não □
7. **Tinha conhecimento de que a dor é considerada um sinal vital?** Sim □ Não □

8. Na sua opinião a dor deve ser avaliada em todos os doentes?

Discordo totalmente  Discordo  Concordo pouco  Concordo  Concordo bastante  Concordo totalmente

9. Na sua opinião a dor deve ser avaliada apenas nos doentes que manifestem dor?

Discordo totalmente  Discordo  Concordo pouco  Concordo  Concordo bastante  Concordo totalmente

10. Conhece as escalas de auto-avaliação da dor? Sim  Não

10.1. Se sim, cite uma \_\_\_\_\_

11. Conhece as escalas de hetero-avaliação da dor? Sim  Não

11.1. Se sim, cite uma \_\_\_\_\_

12. Algumas vezes, a dor não é avaliada nas consultas. Na sua opinião, quais os motivos?  
(Escolha uma ou várias):

- Falta de tempo
- Falta de conhecimento por parte dos médicos de que a dor deve ser avaliada
- Não é avaliada quando o doente não manifesta dor
- Tempos de consulta muito curtos
- É um sintoma subjectivo

13. Considera-se capacitado(a) para conduzir uma entrevista a doentes com dor crónica?

Sim  Não

14. A queixa dolorosa deve ser caracterizada em relação: (Numere de acordo com a sua prioridade de 1 a 5):

- À localização \_\_\_\_
- À intensidade \_\_\_\_
- À qualidade (descritivos) \_\_\_\_
- Aos factores agravantes/atenuantes? \_\_\_\_
- À patogénese \_\_\_\_

15. Qual é o período de duração de uma dor que o leva a considerar como sendo um caso de “dor crónica” \_\_\_\_\_

**16.** Quais os aspectos que melhor definem uma dor crónica?

- Experiência emocional desagradável
- Tem função de alerta e protecção
- Está correlacionada com uma determinada ocorrência ou estímulo
- A sua intensidade está associada com a severidade de uma lesão ou dano
- É uma síndrome

**17.** Na dor crónica o que contribui para a complexidade?

- Sensibilização periférica
- Sensibilização central
- Activação das vias ascendentes da dor
- Activação das vias descendentes da dor

**18.** Qual pensa ser a causa de dor moderada a intensa mais prevalente em Portugal? (escolha apenas uma)

- Cancro
- Artrose do joelho/anca
- Lombalgia por patologia discal
- Osteoporose
- Enxaqueca

**19.** Em relação a doentes com dor moderada a intensa nas consultas/internamentos já viu prescrever opióides?

- Nunca    Raras vezes    Poucas vezes    Algumas vezes    Muitas vezes    Sempre

**20.** A prescrição dizia respeito a doentes oncológicos?

- Nunca    Raras vezes    Poucas vezes    Algumas vezes    Muitas vezes    Sempre

**21.** A prescrição dizia respeito a doentes não oncológicos?

- Nunca    Raras vezes    Poucas vezes    Algumas vezes    Muitas vezes    Sempre

22. Qual o opióide que pensa ser mais prescrito nas consultas/Internamentos onde estagiou?

- Tramadol
- Morfina
- Codeína
- Fentanilo
- Tapentadol
- Buprenorfina
- Petidina
- Oxicodona
- Hidromorfona

23. Em relação aos seguintes opióides (individualmente) qual o efeito adverso que mais o preocupa, dentre os seguintes: obstipação, náuseas/vómitos, depressão respiratória, prurido, sonolência e variações do peso.

- Tramadol \_\_\_\_\_
- Morfina \_\_\_\_\_
- Codeína \_\_\_\_\_
- Fentanilo \_\_\_\_\_
- Tapentadol \_\_\_\_\_
- Buprenorfina \_\_\_\_\_
- Petidina \_\_\_\_\_
- Oxicodona \_\_\_\_\_
- Hidromorfona \_\_\_\_\_

24. Considera que teve formação suficiente para prescrever opióides?

Discordo totalmente  Discordo  Concordo pouco  Concordo  Concordo bastante  Concordo totalmente

25. Considera que na prescrição de opióides o risco é superior ao benefício?

Discordo totalmente  Discordo  Concordo pouco  Concordo  Concordo bastante  Concordo totalmente

26. Dos efeitos adversos dos opióides qual o preocupa mais? \_\_\_\_\_

27. Em relação a doentes com dor crónica nas consultas/internamentos já viu prescrever fármacos não opióides?

Nunca  Raras vezes  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes  Sempre

**28.** Em que situações deve referenciar um doente a uma consulta de dor?

- Sempre que o doente manifeste sentir dor de qualquer etiologia
- Quando a dor é moderada a intensa
- Quando a dor não alivia com analgésicos não opióides
- Quando a dor é refractária a qualquer tipo de terapêutica analgésica

**29.** Durante a sua formação académica teve algum curso/aulas sobre fisiopatologia dor crónica e seu tratamento?                      Sim  Não

**29.1.** Se sim, quantas horas? \_\_\_\_\_

**30.** Considera importante mais formação nesta área durante o curso de medicina?

Discordo totalmente    Discordo    Concordo pouco    Concordo    Concordo bastante    Concordo totalmente

