



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Estudo da prevalência da dor crónica em estudantes do 9º ano

Rita Sofia da Rocha Reigota

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

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Susana Abreu Macedo

Covilhã, junho de 2015



# Agradecimentos

A todos os que me apoiaram durante estes seis anos e durante a realização desta dissertação para obtenção do grau de mestre, agradeço a paciência e o apoio.

Especificamente, à Dr.<sup>a</sup> Susana Abreu, o meu muito obrigada pelos ensinamentos, apoio e disponibilidade incondicionais, essenciais à concretização deste trabalho.

Ao Dr. Miguel Freitas, pelo tempo despendido no tratamento estatístico e explicação dos dados.

Ao Prof. Dr. Miguel Castelo Branco, por ter colaborado para o processo de aceitação do estudo por parte da Direção Geral de Educação.

Ao Dr. Hans van der Wouden, por ter partilhado o questionário desenvolvido e aplicado anteriormente por ele e seus colegas.

Aos professores Aníbal Mendes e Maria José Mugeiro, que contribuíram para que o estudo fosse concretizado, através da disponibilização de todos os meios para a execução das tarefas inerentes ao processo.



# Resumo

**Introdução:** A dor, definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como “experiência desagradável sensorial e emocional, associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”, é atualmente vista como um problema de saúde pública. Em Portugal, a prevalência de dor crónica na população adulta é de 36,7%. Estudos realizados noutros países apontam para uma prevalência de 15% a 25%, em crianças e adolescentes. Estando associada a diminuição da assiduidade escolar, fraco aproveitamento escolar, distúrbios de sono e apetite e problemas sociais, foi sentida a necessidade de levar a cabo um estudo da sua prevalência em Portugal, de modo a ser possível implementar-se medidas para o controlo dos seus efeitos.

**Objetivos:** estudar a frequência da dor nos estudantes do 9.º ano nas escolas da Covilhã, caracterizá-la em relação à sua distribuição por género, meio de residência, localização, duração e medidas tomadas para a combater e comparar os resultados com outros obtidos noutros países.

**Métodos:** foi realizado um estudo observacional retrospectivo, entre fevereiro e maio de 2015, através de um questionário de autopreenchimento numa amostra por conveniência de alunos do 9.º ano de escolas do concelho da Covilhã. Foram considerados válidos 182 questionários.

**Discussão:** 87% dos adolescentes reporta dor nos últimos 3 meses e, destes, 42% reporta dor crónica, sendo mais frequente em raparigas. Localizações como a cabeça, costas e membros são as que mais incomodam. Mais de metade dos adolescentes reporta dores pelo menos uma vez por semana. A intensidade média verificada é de  $5,5 \pm 1,7$ , avaliada pela escala visual analógica. Quase um terço dos inquiridos consulta um médico, sendo que este valor é significativamente mais elevado em meio rural e nas intensidades de dor mais elevadas. O uso de medicação verifica-se em cerca de 43% dos casos, sendo significativamente mais elevado nas raparigas, nos residentes nos meios urbano e semiurbano, e na cotação de dor mais elevada. Mais de um terço dos que sofrem de dor crónica refere dor grave.

O estudo revela que a dor é um problema prevalente entre os adolescentes do concelho da Covilhã. É essencial realizar estudos semelhantes em outras regiões do país, para se ter uma visão nacional do problema, abordar outras faixas etárias, avaliar a presença de fatores desencadeantes de dor e a repercussão funcional nos indivíduos afectados.

## Palavras-chave

Dor, dor crónica, crianças, adolescentes, prevalência, epidemiologia.



# Abstract

**Introduction:** Pain, defined by the International Association for the Study of Pain as “an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”, is nowadays seen as a public health issue. In Portugal, the prevalence of chronic pain in adults is 36,7%. Studies performed in other countries indicate a prevalence from 15% to 25%, in children and adolescents. Being associated with diminished school attendance, low educational achievements, sleep and appetite disturbances and social problems, a need to undertake a prevalence study in Portugal was felt, in order to be possible to implement measures to control its effects.

**Objectives:** to study the prevalence of pain in 9<sup>th</sup> grade students in Covilhã’s schools, to characterize it according to its distribution by gender, area of residence, location, duration and measures taken to fight it and to compare the results with those obtained in other countries.

**Methods:** a retrospective observational study was performed, between February and May 2015, through a self-report questionnaire, in a convenience sample of 9<sup>th</sup> grade students of schools in the country of Covilhã. One hundred and eighty two questionnaires were considered valid.

**Discussion:** 87% of students reports pain in the last 3 months. Among these, 42% refers chronic pain, which is more frequent in girls. Locations like head, back and limbs are the most bothersome. More than a half of adolescents reports pain at least once a week. The median intensity observed is  $5,5 \pm 1,7$ , assessed by a visual analogue scale. Almost a third of the respondents see a doctor, and this figure is significantly higher in rural areas and for higher pain intensity. The use of medication is observed in about 43% of the students, and it is significantly higher among girls, those who live in urban and semi-urban areas and more intense pain. More than a third of those suffering from chronic pain refer severe pain. The study finds that pain is a prevalent problem among teenagers in Covilhã. It is essential to carry out similar studies in other regions of Portugal in order to have a national overview concerning this subject, to approach other age groups and to assess the presence of pain triggers and functional impairment in affected individuals.

## Keywords

Pain, chronic pain, children, adolescents, prevalence, epidemiology.



# Índice

Introdução	1
Objetivos	2
Materiais e métodos	2
Tipo de estudo	2
Questionário	2
Amostra	3
Análise dos questionários	4
Resultados	4
Dor única	5
Dor múltipla	6
Características da dor	7
Consulta médica	10
Toma de medicação	10
Dor crónica grave	11
Discussão	11
Conclusão	14
Bibliografia	16
Anexo 1	a
Anexo 2	b
Anexo 3	d
Anexo 4	g



## Lista de Figuras

Figura 1 - Prevalência de indivíduos que reporta dor nos últimos 3 meses, de acordo com a localização da dor mais importante e sexo, para aqueles que referem dor crônica de localização única.

Figura 2 - Prevalência de indivíduos que reporta dor nos últimos 3 meses, de acordo com a localização da dor mais importante, para aqueles que referem dor crônica de localização múltipla.



# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de alunos do 9.º ano no concelho da Covilhã, por meio.

Tabela 2 - Distribuição do número de questionários por escola.

Tabela 3 - Prevalência de dor nos últimos 3 meses por sexo.

Tabela 4 - Percentagem de localizações referidas, por dor única e dor múltipla.

Tabela 5 - Duração da dor por sexo.

Tabela 6 - Intensidade média da dor para dor crónica e não crónica, por sexo, localização, dor única/múltipla e meio de residência.

Tabela 7 - Intensidade média da dor, para os que consultam e não consultam um médico.

Tabela 8 - Intensidade média da dor para quem recorre e não recorre a medicação.



# Lista de Acrónimos

IASP	International Association for the Study of Pain
SPSS® 22	Statistical Package for Social Sciences versão 22
NoLocM	Número de localizações múltiplas



# Introdução

Na atualidade, a dor crónica é vista como um dos maiores problemas de saúde pública. Ao contrário da dor aguda, não é um sinal de alerta para um perigo, provocando respostas de fuga ou de expressão que visam obter auxílio. Pelo contrário, a dor crónica não visa a manutenção da homeostasia, provoca alterações da qualidade de vida e está relacionada com percepção de mau estado de saúde. Alterações no processamento de estímulos e o desequilíbrio entre vias facilitadoras e inibidoras da dor, parecem estar na sua origem. Por isso, desde René Leriche, é considerada como uma doença por si só(1).

Segundo a IASP (2), a dor é descrita como uma “experiência desagradável sensorial e emocional, associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. A ausência de lesão ou a sua aparente cura origina perplexidade nos doentes e profissionais de saúde, que muitas vezes procuram em vão uma explicação, desconhecendo como lidar com ela (3).

Segundo Azevedo (4), em Portugal, a prevalência de dor crónica na população adulta é de 36,7%, tendo uma duração média de 10 anos e intensidade moderada a grave em 68% dos indivíduos comprometidos. É uma condição mais comum no sexo feminino, em idosos e em indivíduos de *status* socioeconómico mais baixo. Sendo uma condição que compromete uma porção considerável da população portuguesa e durante longos períodos de tempo, implica custos significativos nos indivíduos afetados e na sociedade, trazendo prejuízo em diversos planos, como nas responsabilidades domésticas, familiares, no trabalho, na vida social, nas atividades recreativas e até nas funções vitais básicas.

Como seria de esperar, a dor crónica tem também um elevado impacto na população infanto-juvenil, podendo comprometer a área psicossocial - fomentado *stress*, vulnerabilidade psicológica e ansiedade. Está descrita como associada a diminuição da assiduidade escolar, fraco aproveitamento escolar, distúrbios de sono, do apetite e problemas associados a atividades sociais (5, 6). Estima-se que 15-25% das crianças e adolescentes sofram de dor crónica ou recorrente(5). Num estudo, Hasset et al(7), realizado numa clínica de tratamento de dor, evidenciou que cerca de 17% dos adultos com dor crónica reportam história de dor crónica na infância ou adolescência, dos quais 80% ainda apresentavam a mesma queixa na altura do estudo. Também Martin et al observa que a dor crónica persiste em muitas crianças, mesmo após tratamento em clínicas especializadas: 62% da amostra continuou a ter dor, 1 a 6 anos após ter alta da clínica(8).

Em Portugal não há estudos da prevalência e das características desta condição na população mais jovem. Esta falha poderá estar relacionada com a pouca divulgação da sua prevalência e das suas consequências nesta população. Por isso foi sentida a necessidade de

realizar este estudo, para dar visibilidade a este problema, de modo a ser possível implementar-se medidas capazes de controlar os seus efeitos.

## **Objetivos**

1. Estudar a frequência da dor em estudantes do 9º ano nas escolas da Covilhã.
2. Caracterizar a dor em relação à sua distribuição por género, meio da residência, localização, duração e medidas tomadas para a combater.
3. Comparar o estudo com outros realizados noutros países.

## **Materiais e Métodos**

### **Tipo de Estudo**

Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo observacional, indutivo, transversal e retrospectivo, entre fevereiro e maio de 2015. Para tal foi aplicado um questionário escrito, de autopreenchimento.

### **Questionário**

O questionário usado (Anexo 4) para obtenção de dados foi traduzido pela autora, do original em inglês, utilizado no estudo “Pain in children and adolescents: a common experience” (9) (Anexo 2). Foi realizado um pré-teste numa amostra de 6 adolescentes para averiguar a existência de dificuldades de compreensão ou de preenchimento e proceder a alterações, se assim se justificasse. Como não foram reveladas dificuldades, o questionário foi mantido.

Posteriormente, foi requerida autorização para aplicação dos questionários pela Direção Geral de Educação, que foi concedida (Anexo 1).

O questionário divide-se em três partes: primeira, que recolhe dados demográficos (sexo, idade e nacionalidade do indivíduo) e a data de preenchimento; segunda, de escolha múltipla, que questiona a presença de dor nos 3 meses precedentes e a sua localização; e a terceira, de escolha múltipla, que interroga qual a localização da dor que mais incomoda (entre as referidas na parte anterior), sua duração, frequência, última vez em que se fez sentir, sua intensidade (com recurso à escala visual analógica) e se o indivíduo já consultou

um médico ou tomou algum fármaco devido a esta dor. Para facilitar a localização da dor, foi igualmente usado um desenho do corpo humano, onde o aluno poderia assinalar a localização da ou das dores (Anexo 2, fig. 2).

## Amostra

A amostra foi constituída por conveniência, pelos alunos a frequentar o 9º ano em 4 escolas da Covilhã: Escola Secundária Quinta das Palmeiras e Escola Secundária Frei Heitor Pinto, Escola Básica do Tortosendo e Escola Básica do Paúl, que representam 299 do universo de 470 alunos inscritos.

Tabela 1. Distribuição de alunos do 9.º ano no concelho da Covilhã, por meio.

Agrupamento	Escola	Meio	N.º alunos 9º ano
—	Escola Secundária Quinta das Palmeiras	Urbano	141
A.E. Frei Heitor Pinto	Escola Secundária Frei Heitor Pinto	Urbano	76
	Escola Básica do Tortosendo	Semiurbano	53
	Escola Básica do Paul	Rural	29
—	Escola Secundária Campos Melo	Urbano	88
A.E. A Lã e a Neve	Escola Básica de S. Domingos	Urbano	45
A.E. Teixoso	Escola Básica do Teixoso	Rural	38
		<b>Total:</b>	470

A.E. Agrupamento de escolas

O processo foi facilitado pelos diretores de turma, que procederam à entrega dos pedidos de consentimento pelos encarregados de educação para a participação no estudo. Igualmente recolheram as autorizações devolvidas. Aos alunos que foram autorizados, foi-lhes fornecido, durante uma aula, um exemplar do questionário escrito de autopreenchimento. Foi dada informação aos professores para ser mantido o anonimato e apenas ajudarem os alunos caso eles tivessem dificuldades de interpretação.

Os critérios de inclusão no estudo incluíam ser aluno do 9º ano e ter autorização por parte do encarregado de educação para o preenchimento do questionário.

Como critérios de exclusão, lista-se a recusa de autorização por parte do encarregado de educação, dificuldades cognitivas que impediam o autopreenchimento do questionário (caso de 2 alunos da Escola Secundária Quinta das Palmeiras) e faltar à aula no dia da aplicação do questionário.

## Análise dos questionários

Os 185 questionários respondidos foram conferidos manualmente, tendo sido eliminados três por incoerência das respostas. Na análise da terceira parte dos questionários, foram ainda eliminados 25, pelas seguintes razões: não responder à questão sobre a dor que mais incomoda, referir mais do que uma dor ou referir uma dor diferente das que respondeu na questão anterior.

Para a análise estatística, recorreu-se ao software estatístico SPSS® 22, utilizando-se na estatística descritiva: frequências simples e relativas, para as variáveis nominais; média e desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana para a variável quantitativa “intensidade de dor”.

Na estatística indutiva, para as variáveis nominais optou-se pelo teste de qui-quadrado exceptuando os casos de variáveis dicotómicas em que se preferiu a Prova Exacta de Fisher. A variável “intensidade de dor” não apresentou distribuição normal, pelo que se optou pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Foi considerado como significância estatística o valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Foram distribuídos 185 questionários, sendo que 182 foram considerados válidos para integrar a amostra (cerca de 61% do número total de alunos do 9.º ano das escolas seleccionadas).

Tabela 2. Distribuição do número de questionários por escola.

Distribuição do número de questionários por escola				
Escola	Frei Heitor Pinto	Tortosendo	Paúl	Quinta das Palmeiras
Meio	Urbano	Semiurbano	Rural	Urbano
N.º alunos 9º ano	76	53	29	141
N.º questionários obtidos	28	42	28	87
N.º questionários total			<b>185</b>	

Esta era constituída por adolescentes de idade média de  $14,6 \pm 0,76$  anos (mínimo de 14 e máximo de 18 anos), sendo 52,2% raparigas. A nacionalidade portuguesa era a de 96,2 %

dos alunos. Em relação ao meio, 62,1% dos alunos eram de meio urbano, 22,5% de meio semiurbano e 15,8% de meio rural (Anexo 4, tabelas 1, 2 e 3).

Dos 182 inquiridos, 87,4% referiram presença de dor nos últimos 3 meses (90,5% das raparigas e 83,9% dos rapazes) (tabela 3). Destes, 22,6% (36/159) reportou dor numa única localização e 77,4% (123/159) reportou dor múltipla, o que inclui, para além daqueles que assinalaram várias opções, os que assinalaram a opção “dor por todo o corpo” (Anexo 4, tabela 4).

## Dor única

Para quem referia dor única, as localizações mais prevalentes eram membros e costas (41,7% e 30,6%, respetivamente) (tabela 4). Dos questionários cuja terceira parte foi considerada válida, 29 indivíduos com dor única responderam à questão sobre a duração da dor: 44,8% referiram dor crónica (Anexo 4, tabela 6). As raparigas referiram que a dor que mais incomodava se localizava nas costas em 38,5% dos casos, enquanto que os rapazes referiram em 52,9% dos casos que esta se localizava nos membros (Anexo 4, tabela 7). A fig.1 apresenta a prevalência de dor nos últimos três meses, para cada localização e por sexo, dentro do grupo que tinha dor crónica única.

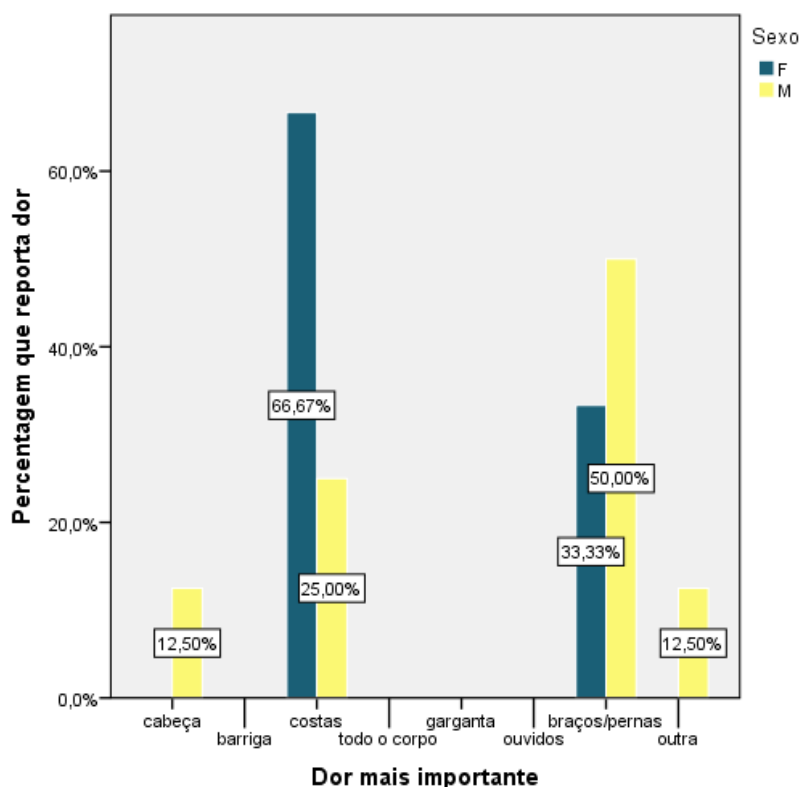


Fig.1. Prevalência de indivíduos que reporta dor nos últimos 3 meses, de acordo com a localização da dor mais importante e sexo, para aqueles que referem dor crónica de localização única.

## Dor múltipla

Dos que referiram dor múltipla, as localizações mais vezes assinaladas foram cabeça, membros e costas (74,0%, 57,7% e 56,1%, respetivamente) (tabela 4). Setenta e uma das raparigas e 52 dos rapazes referiram localização múltipla (82,6% e 71,2%, respetivamente) (Anexo 4, tabela 4). Noventa e oito dos 104 questionários válidos respondiam à questão relativa à duração, verificando-se que 40,8% apresentavam dor crónica (Anexo 4, tabela 8). As dores que mais incomodavam eram as de cabeça (33,7%) e costas (26,0%). Enquanto que no sexo feminino esta predominância se verifica (31,7% para a cabeça e 26,7% para as costas), o sexo masculino refere que as dores que mais incomodam são as de cabeça (36,4%) e membros (27,3%) (Anexo 4, tabela 9). A fig.2 apresenta a prevalência de dor nos últimos três meses, para cada localização e por sexo, dentro do grupo que tinha dor crónica múltipla.

O número médio de localizações múltiplas foi de  $3,0 \pm 1,1$ . Os pares de localizações que se verificam mais vezes, para os que referem apenas duas localizações de dor, são “cabeça e membros” (20,7%) e “costas e membros” (19,0%). Os rapazes referem mais “costas e membros” (25,0%) e “cabeça e membros” e “cabeça e costas” (ambos com 17,9%). Já as raparigas, referem mais vezes “cabeça e membros” (23,3%) e “cabeça e barriga” (20,0%). Nos que reportam dor crónica, os pares mais prevalentes são “costas e membros” (30,0%) e “cabeça e costas” (15,0%) (Anexo 4, tabela 10).

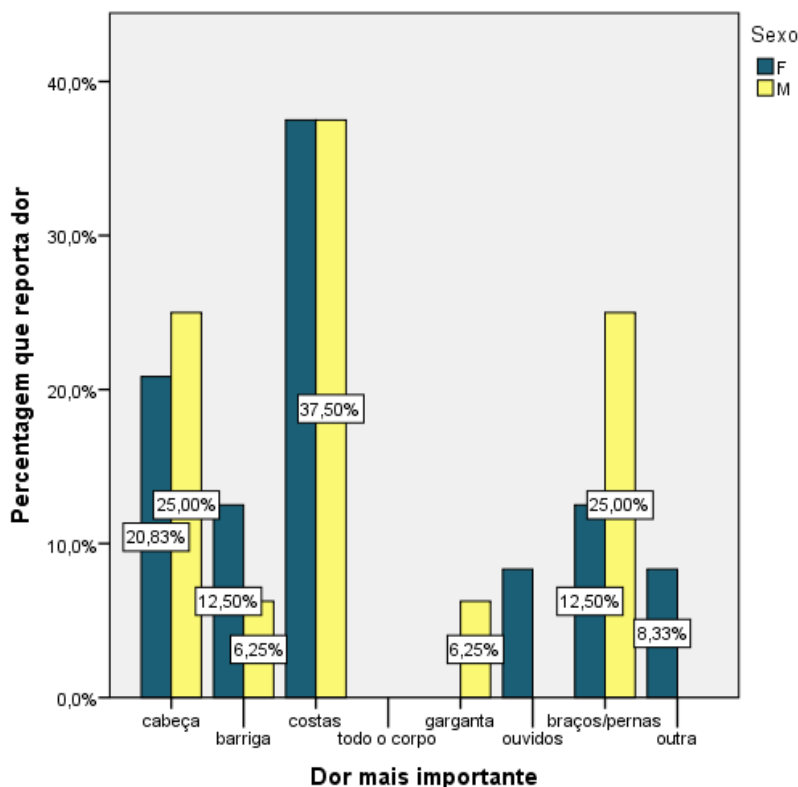


Fig.2. Prevalência de indivíduos que reporta dor nos últimos 3 meses, de acordo com a localização da dor mais importante, para aqueles que referem dor crónica de localização múltipla.

Tabela 3. Prevalência de dor nos últimos 3 meses por sexo.

		Sexo / Prevalência (últimos 3 meses)			
		Dor (últimos 3 meses)		Total	
		não	sim		
Sexo	F	Contagem	9	86	95
		% em Sexo	9,5%	90,5%	100,0%
	M	Contagem	14	73	87
		% em Sexo	16,1%	83,9%	100,0%
Total		Contagem	23	159	182
		% em Sexo	12,6%	87,4%	100,0%

Tabela 4. Percentagem de localizações referidas, por dor única e dor múltipla.

	Localização	
	Dor única	Dor múltipla
Cabeça	13,9%	74,0%
Barriga	8,3%	43,9%
Costas	30,6%	56,1%
Por todo o corpo	-	4,1%
Garganta	-	25,2%
Ouvidos	2,8%	11,4%
Membros	41,7%	57,7%
Outra	2,8%	14,6%

## Características da dor

Para a análise destes dados, foram apenas usados os questionários cuja terceira parte foi considerada válida, num total de 157.

De uma forma geral, verificou-se que as dores que mais incomodavam se localizavam na cabeça, costas e membros, com as prevalências de 28,4%, 26,9% e 22,4%, respetivamente (Anexo 4, tabela 11).

As respostas relativamente à duração da dor foram categorizadas em três grupos: 31,5% da dor reportada verificava-se há menos de 4 semanas, 26,8% tinha duração entre 4 semanas e 3 meses e 41,7% de mais de 3 meses (dor crónica). As raparigas referiram dor crónica mais vezes do que os rapazes (44,1% vs 39,0%) (tabela 5). Relativamente ao local de residência, a percentagem de indivíduos que referiu dor crónica, foi de 44,0%, 28,6% e 45,5%, para os meios urbano, semiurbano e rural, respetivamente (Anexo 4, tabela 12).

Tabela 5. Duração da dor por sexo.

		Sexo / Duração da dor				
		Duração da dor			Total	
		<4semanas	entre 4sem e 3meses	>3meses		
Sexo	F	Contagem	22	16	30	68
		% em Sexo	32,4%	23,5%	44,1%	100,0%
	M	Contagem	18	18	23	59
		% em Sexo	30,5%	30,5%	39,0%	100,0%
Total		Contagem	40	34	53	127
		% em Sexo	31,5%	26,8%	41,7%	100,0%

Em relação à frequência da dor, de uma forma geral, 55,2% dos indivíduos responderam semanalmente, enquanto que 34,4% referiram entre semanal e mensalmente e apenas 10,4% menos de uma vez por mês (Anexo 4, tabela 13). No grupo que tinha dor crónica, 67,9% dos indivíduos sentiam-na pelo menos uma vez por semana, 28,3% entre uma vez por semana e uma vez por mês e 3,8% menos do que uma vez por mês. As raparigas relataram 63,4% de dor crónica com frequência de pelo menos uma semana, enquanto que os rapazes 73,9% (Anexo 4, tabela 14). Para os meios urbano, semiurbano e rural, a prevalência de dor crónica semanal foi de 59,4%, 100 % e 80,0%, respetivamente (Anexo 4, tabela 15). A frequência para dor não crónica foi de 50,0% para dor semanal, 37,8% entre uma vez por semana e uma vez por mês e 12,2% para menos de uma vez por mês (Anexo 4, tabela 16).

Na questão sobre a data da última vez da dor, 45,1% dos respondentes referiram “última semana” (Anexo 4, tabela 17). No grupo com dor crónica, o sexo feminino referiu mais vezes “hoje” (40,0%), enquanto que metade do sexo masculino referiu “última semana” (Anexo 4, tabela 18). Ainda neste grupo, as datas mais vezes referidas em relação ao meio foram “hoje” (meio urbano, 37,8%) e “última semana” (83,3% e 42,3%, para os meios semiurbano e rural, respetivamente) (Anexo 4, tabela 19).

Na amostra total, a intensidade média das dores reportadas foi de  $5,5 \pm 1,7$  (Anexo 4, tabela 20). A tabela 6 apresenta a intensidade média da dor para dor crónica e não crónica, por sexo, localização, dor única/múltipla e meio de residência. A intensidade média da dor crónica foi de  $5,7 \pm 1,7$ , ao passo que a da dor não crónica foi de  $5,4 \pm 1,8$ . A intensidade da dor crónica foi superior nas raparigas em relação aos rapazes (5,9 vs 5,4). As localizações com dores crónicas mais fortes foram ouvidos (7,0), cabeça (6,1) e barriga (6,0). Relativamente ao critério dor única/múltipla, as dores crónicas de localização única tinham intensidade média de 5,7, enquanto que nas não crónicas a média era de 4,9. No caso de indivíduos com dores múltiplas, a intensidade foi de 5,7 e 5,5, para dores crónicas e não crónicas, respetivamente. Quanto ao meio de residência, as grandes diferenças verificaram-se no meio urbano, em que a intensidade média era de 5,6 para dor crónica e 5,2 para dor não crónica. Dentro dos que

sofriam de várias dores, a intensidade média mais elevada foi verificada para indivíduos que reportavam três localizações (5,8) (Anexo 4, tabela 21).

Tabela 6. Intensidade média da dor para dor crónica e não crónica, por sexo, localização, dor única/múltipla e meio de residência.

Intensidade média da dor				
	Dor crónica		Dor não crónica	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Total	5,7	1,7	5,4	1,8
Sexo				
Feminino	5,9	1,9	5,5	1,8
Masculino	5,4	1,4	5,3	1,7
Localização				
Cabeça	6,1	2,1	5,4	1,7
Barriga	6,0	1,2	5,5	1,8
Costas	5,5	1,7	5,6	1,9
Todo o corpo	-	-	-	-
Garganta	-	-	5,5	2,1
Ouvidos	7,0	1,4	-	-
Membros	5,6	1,7	5,1	1,9
Outra	4,7	0,6	-	-
Dor única/múltipla				
Única	5,7	1,6	4,9	1,7
Múltipla	5,7	1,8	5,5	1,7
Meio de residência				
Urbano	5,6	1,8	5,2	1,7
Semiurbano	5,5	1,6	5,5	1,8
Rural	6,1	1,4	6,0	1,9

## Consulta médica

Apenas 29,9% dos indivíduos referiram ter recorrido a um médico devido à sua dor (31,5% das raparigas e 27,9% dos rapazes). Adolescentes de meio de residência rural reportaram consulta médica mais vezes (33,3%,  $p$  de prova exacta de Fisher = 0,032) (Anexo 4, tabela 22). As intensidades médias da dor para indivíduos que consultavam um médico eram significativamente mais elevadas que para os que não consultavam (6,2 com IC 95% [5,6;6,8], para 5,2 com IC 95% [4,8;5,5], respetivamente, com  $p$  de Mann-Whitney = 0,003) (tabela 7). Para o grupo com dor crónica, isto também se verificava (médias de 6,1 e 5,4, respetivamente), embora a relação não fosse significativa (Anexo 4, tabela 23), e o meio que mais reportou consulta foi o urbano (48,6%). Neste grupo, 41,5% recorreu a um médico (Anexo 4, tabela 24).

Tabela 7. Intensidade média da dor, para os que consultam e não consultam um médico.

		Descritivos		
		Consulta médica	Estatística	
Intensidade da dor	Não	Média	5,18	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	4,83
			Limite superior	5,52
	Mediana	5,00		
	Sim	Média	6,21	
95% Intervalo de Confiança para Média		Limite inferior	5,64	
		Limite superior	6,77	
Mediana	6,00			

## Toma de medicação

Verificou-se que 42,5% dos adolescentes tomava medicação para alívio da dor. A medicação era significativamente mais usada pelas raparigas (56,2% no sexo feminino para 26,2% no sexo masculino, com  $p$  de prova exacta de Fisher = 0,001). Indivíduos de meios urbano e semiurbano reportavam 42,7% e 52,4% de uso de medicação, com  $p$  de prova exacta de Fisher de 0,017 e 0,024, respetivamente (Anexo 4, tabela 25). A intensidade média da dor era significativamente mais elevada para os que tomavam medicação (6,0 com IC 95% [5,5;6,4] para 5,1 com IC 95% [4,7;5,5], com  $p$  de Mann-Whitney de 0,008) (tabela 8). Para os adolescentes com dor crónica, a intensidade média para os que tomavam medicação era de 5,9 e para os que não tomavam era de 5,4, mas a relação não era significativa (Anexo 4, tabela 26). Para estes, também os meios que mais reportaram recorrer a fármacos foram o urbano (56,8%) e o semiurbano (66,7%). Cerca de metade dos adolescentes com dor crónica (50,9%) referem tomar medicação para alívio da dor (Anexo 4, tabela 27).

Tabela 8. Intensidade média da dor com recurso ou não a medicação.

		Descritivos		
		Uso de medicação	Estatística	
Intensidade da dor	não	Média		5,12
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	4,72
			Limite superior	5,52
		Mediana		5,00
		Desvio Padrão		1,720
		Mínimo		2
		Máximo		10
	sim	Média		5,96
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	5,51
			Limite superior	6,42
		Mediana		6,00
		Desvio Padrão		1,684
		Mínimo		3
		Máximo		10

## Dor crónica grave

A prevalência de dor crónica grave, que foi definida como dor com duração superior a 3 meses, de frequência semanal e de intensidade superior a 5 na escala visual analógica, foi de 38% (20 dos 53 indivíduos com dor crónica, em que 12 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino) (Anexo 4, tabela 28).

## Discussão

Este estudo apresenta uma avaliação da prevalência de dor crónica nos adolescentes do 9.º ano de escolaridade da Covilhã.

Cerca de 61% dos alunos do 9.º ano das escolas selecionadas responderam ao questionário. Uma grande parte dos alunos (87,4%, dos quais 90,5% das raparigas e 83,9% dos rapazes) reportou presença de dor de qualquer tipo nos últimos três meses. Esta frequência vai de encontro ao que é observado em vários estudos realizados noutros países. Em dois estudos realizados em alunos dos 6 aos 18 anos e dos 10 aos 18 anos, respetivamente, em escolas alemãs, Roth-Isigkeit et al (6, 10) obteve prevalências de dor nos últimos 3 meses de 83% e 85,3% (94,5% na faixa etária equivalente à deste estudo). Huguet et al(11), num estudo epidemiológico em alunos dos 8 aos 16 anos realizado em Espanha, observou valores equivalentes na ordem dos 88%, enquanto que num estudo canadiano(12) entre alunos dos 9

aos 13 anos, van Dijk et al observou uma prevalência de pelo menos uma dor das questionadas em 96% dos indivíduos. Valores de prevalências mais baixos, mas ainda assim muito preocupantes, são encontrados em outros estudos (68,9% no estudo holandês de Perquin et al(9) e 60,2% num estudo norueguês(5), na mesma faixa etária).

Mais de três quartos dos indivíduos referiram várias localizações dolorosas. Prevalências elevadas de dores múltiplas estão descritas no estudo de Haraldstad et al(5) e Huguet et al(11), 77% e 59,4% nos que referem dor, respetivamente.

Dos que referiram dor única (22,6%), as localizações mais comuns foram membros e costas. No grupo que apresentava dores múltiplas (77,4%), as localizações mais vezes assinaladas foram cabeça, membros e costas. Neste, os pares mais prevalentes eram “cabeça e membros” (20,7%) e “costas e membros” (19,0%). As altas prevalências destas localizações estão de acordo com o que está descrito em outros estudos na literatura(5, 6, 9-17), sendo que na maioria deles também se encontram elevadas prevalências de dor abdominal.

Dos questionários válidos, 134 responderam à questão sobre a dor que mais incomodada: cabeça, costas e membros foram os mais referidos (28,4%, 26,9% e 22,4%, respetivamente).

Entre os adolescentes com dor nos últimos 3 meses, a dor crónica foi encontrada em 41,7%, sendo as raparigas um pouco mais atingidas do que os rapazes (44,1% para 39,0%). Valores igualmente preocupantes de prevalência de dor crónica são observados em vários estudos. Perquin et al(9) e Roth-Isigkeit et al(10) observaram, em faixas etárias semelhantes à da nossa amostra, prevalência de dor crónica em 35,7% e 59,4%, respetivamente, sendo que em ambos era mais elevada para as raparigas. Outro estudo de Roth-Isigkeit(6) e o de Huguet et al(11) apresentam percentagens semelhantes (40,4% e 37,3%, dentro dos que referem dor nos últimos 3 meses). No estudo de van Dijk et al(12), foi calculada uma prevalência de 45% de dor duradoura e 6% de dor crónica definitiva, possível ou provável. No estudo de Haraldstad et al(5), foi encontrada uma prevalência de 21% de dor crónica na amostra total. Quase metade dos estudantes dos meios urbano e rural (44% e 45,5%, respetivamente) referiram duração superior a 3 meses.

Quanto à frequência da dor, cerca de metade dos inquiridos referiu dor pelo menos uma vez por semana (52,2%). Esta é superior às encontradas por Roth-Isigkeit et al (35,2% e 39,4% para a mesma faixa etária) (6, 10), e por Hirschfeld et al(17), 33%, no seu estudo em crianças alemãs, de idade compreendida entre os 3 e os 10 anos, para o mesmo critério. No grupo que apresenta dor crónica, esta percentagem sobe para 67,9%, sendo superior nos rapazes (73,9% no sexo masculino para 63,4% no sexo feminino); todos os indivíduos de meio semiurbano referem esta frequência, e nos meios rural e urbano esta equivale a 80,0% e

59,4%, respetivamente. Também para dor crónica, a presença de dor de frequência pelo menos semanal no nosso estudo foi superior ao encontrado por Perquin et al (49%) (9).

Quase metade dos inquiridos referiu “última semana” como data da última vez que tiveram dores. Dentro do grupo com dor crónica, as raparigas referem “hoje” em 40,0% das vezes e os rapazes “última semana” em 50,0%; em relação ao meio de residência, o meio urbano refere mais “hoje” (37,8%), ao passo que os restantes referem mais “última semana” (83,3% para semiurbano e 42,3% para rural).

De uma forma geral, a intensidade média das dores reportadas foi de  $5,5 \pm 1,7$ , o que é comparável ao encontrado em outros trabalhos(6, 10, 11). O estudo de Hirschfeld et al apresenta uma intensidade média inferior ( $4,2 \pm 3,1$ ) (17), assim como o de Haraldstad et al, que refere uma média de 3,2 (5). No entanto verificaram-se algumas diferenças entre o grupo com dor crónica e o grupo com dor não crónica. No primeiro, a média foi um pouco mais alta ( $5,7 \pm 1,7$  para  $5,4 \pm 1,8$ ). Em ambos o sexo feminino referiu dores mais intensas (5,9 e 5,5, respetivamente). Embora tenhamos obtido resultados mais elevados, as mesmas tendências ocorrem no estudo de Perquin et al, em que a dor crónica tem intensidade superior à não crónica ( $5,4 \pm 2,4$  vs  $4,1 \pm 2,4$ ), e as raparigas reportam dores mais intensas, tanto num grupo como no outro(9). Relativamente às localizações com valores de intensidade mais elevados, no nosso estudo, para dores crónicas salientam-se os ouvidos (7,0), cabeça (6,1) e barriga (6,0). Para o estudo anteriormente citado(9), as intensidades para dores crónicas de ouvidos e costas são moderadas (5,9 e 5,3, respetivamente), existindo outras mais intensas. Para a dor não crónica, as localizações com dores mais fortes são costas (5,6), garganta e barriga (5,5) e cabeça (5,4). Enquanto que no primeiro grupo, a intensidade média daqueles que reportam dor única ou múltipla se assemelha (5,7), no segundo, quem tem dores múltiplas refere intensidade superior (5,5 para 4,9). Em ambos os grupos, o meio urbano refere intensidades mais elevadas (5,6 e 5,2, respetivamente).

Apenas 29,9% dos alunos refere ter recorrido a um médico devido à sua dor. Comparativamente a outros estudos, o valor verificado nas escolas da Covilhã é mais baixo: Roth-Isigkeit et al(6) referiu que 42,2%, na faixa etária equivalente à deste estudo, recorreu a um médico, e Huguet et al(11) referiu um valor de 38,3% da amostra total. No meio rural a ida ao médico foi mais elevada (33,3% com  $p$  de prova exacta de Fisher = 0,032). A intensidade média da dor daqueles que consultam um médico é significativamente mais elevada (6,2 contra 5,2, com  $p$  de Mann-Whitney = 0,003). No grupo com dor crónica, esta relação também se verifica, mas não é estatisticamente significativa. Neste grupo, o meio urbano é o que recorre mais a consultas (48,6%). A percentagem de adolescentes que sofrem de dor crónica e que recorreu a um médico, no nosso estudo, é um pouco mais baixa do que o observado noutros realizados noutros países: Huguet et al(11) refere 53,1% e van Eekelen et al, num estudo realizado na Holanda a partir dos registos de 10 clínicos gerais relativos a

indivíduos entre os 0 e 18 anos, registou um valor de 51% (18). Hirschfeld et al observou que 53% dos que referiam dor recorrente consultavam um médico (17).

O facto de estes jovens terem consultado um médico e manterem a dor não controlada não é surpreendente. Um estudo realizado entre médicos especializados em dor e clínicos gerais no Reino Unido revelou que estes não se sentiam preparados para lidar com este problema. Uma grande parte deles acreditava que a prevalência de dor crónica na população pediátrica é inferior 5%. Além desta percepção errada, a maioria dos profissionais inquiridos referiu lacunas no conhecimento relativo à abordagem adequada da dor na criança(19).

Quanto ao uso de medicação, 42,5% dos inquiridos respondeu afirmativamente. Huguet et al(11) refere um valor semelhante (42,2%), assim como Roth-Isigkeit et al(6), que registou 41,5% no mesmo grupo etário. As raparigas referiram significativamente mais vezes recorrer ao uso de fármacos (56,2% para 26,2% nos rapazes, com  $p$  de prova exacta de Fisher = 0,001). Os adolescentes de meios urbano e semiurbano também foram os que mais responderam afirmativamente a esta questão (42,7% com  $p$  de prova exacta de Fisher = 0,017 e 52,4% com  $p$  de prova exacta de Fisher = 0,024, respetivamente). A dor para aqueles que recorriam a medidas farmacológicas era também significativamente mais intensa (média de 6,0, para 5,1 para os que não recorriam, com  $p$  de Mann-Whitney = 0,008). Naqueles com dor crónica, a intensidade para quem respondeu que tomava medicamentos era igualmente mais elevada (5,9 contra 5,4); os meios mais encontrados foram semiurbano (66,7%), seguido do urbano (56,8%). A percentagem de indivíduos com dor crónica que tomava medicamentos observada neste estudo é semelhante à de Huguet et al, 54,6%(11).

Mais de um terço (38%) dos adolescentes com dor crónica refere que esta é grave (frequência de pelo menos uma vez por semana, com intensidade superior a 5); 12 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Estes dados vão ao encontro do que foi encontrado por Perquin et al(9).

## Conclusão

O presente estudo, pioneiro na avaliação de prevalência da dor crónica em adolescentes em Portugal, apresenta alguns pontos fortes: ser de autopreenchimento, recolher informação acerca das várias localizações da dor e o instrumento escolhido para recolha de dados ser de fácil e rápido preenchimento. Mesmo assim, foi necessário excluir 3 questionários por incoerência das respostas e 25 em relação à terceira parte.

Como foi referido, não foram incluídos indivíduos com défices cognitivos que não conseguissem preencher o questionário autonomamente; a sua inclusão iria, em princípio, aumentar a frequência esperada de dor nesta população. De acordo com Matos(20), a prevalência da dor crónica em crianças com paralisia cerebral (causa importante de défice cognitivo na infância) é elevada, entre 60-78%, com uma duração média de 4,45 meses, de uma ou mais localizações e moderada a intensa em 53% dos casos.

Em relação às limitações, a principal prende-se com o facto de ser um estudo retrospectivo, o que pode introduzir vieses de memória. Os episódios de dor têm mais probabilidade de ser lembrados do que períodos de ausência de dor, pelo que experiências que ocorreram no mês anterior podem facilmente ser reportadas como se tivessem acontecido na semana passada(21). Outra limitação do estudo relaciona-se com a pesquisa de prevalência e características da dor e não com o nível de incapacidade que esta acarreta. Como o questionário só recolhe dados sobre a dor que mais incomoda o indivíduo, não se pode excluir que a prevalência de dor crónica tenha sido subestimada.

Este estudo revela que a dor, nomeadamente a dor crónica, é um problema prevalente entre os adolescentes do concelho da Covilhã. Cerca de 87% reporta dor nos últimos 3 meses, principalmente as raparigas. Dentro destes, a dor crónica está presente em 42%, principalmente em meios urbano e rural. As localizações referidas como as que mais incomodam são a cabeça, costas e membros. Mais de metade dos adolescentes refere ter dores pelo menos uma vez por semana. A intensidade média verificada é de  $5,5 \pm 1,7$ . Quase um terço dos inquiridos consulta um médico, sendo que este valor é significativamente mais elevado para meio rural e intensidades mais elevadas. O uso de medicação verifica-se em cerca de 43%, e este é significativamente mais elevado para raparigas, indivíduos de meios urbano e semiurbano e dores mais intensas. Mais de um terço dos que sofrem de dor crónica refere dor grave.

Analisando estas conclusões, seria importante realizar estudos semelhantes em outras regiões do país, para se ter uma visão nacional do problema, abordar outras faixas etárias, avaliar a presença de fatores desencadeantes de dor e a repercussão funcional nos indivíduos envolvidos.

Mas principalmente urge sensibilizar todos os que lidam com adolescentes, pais, educadores e profissionais de saúde para a dimensão deste problema. Igualmente seria essencial dar formação específica relativa à abordagem e tratamento da dor, aos profissionais de saúde que lidam com adolescentes.



## Bibliografia

1. Kopf A, Patel NB. Associação Internacional para o Estudo da Dor. Guia para o tratamento de dor em contexto de poucos recursos. Seattle: IASP Press; 2010; 2.
2. Merskey H., Bogduk N. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second ed. Seattle: IASP Press; 1994; 210.
3. DGS. Plano estratégico nacional de Prevenção e Controlo da Dor. 2013.
4. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 2012 August;13(8):773-83.
5. Haraldstad K, Sorum R, Eide H, Natvig GK, Helseth S. Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scand J Caring Sci*. 2011 Mar;25(1):27-36.
6. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stoven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):e152-62.
7. Hassett AL, Hilliard PE, Goesling J, Clauw DJ, Harte SE, Brummett CM. Reports of chronic pain in childhood and adolescence among patients at a tertiary care pain clinic. *J Pain*. 2013 Nov;14(11):1390-7.
8. Martin AL, McGrath PA, Brown SC, Katz J. Children with chronic pain: impact of sex and age on long-term outcomes. *Pain*. 2007 Mar;128(1-2):13-9.
9. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*. 2000 Jul;87(1):51-8.
10. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe HH, Stoven H, Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatr*. 2004 Feb;93(2):258-63.
11. Huguet A, Miro J. The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *J Pain*. 2008 Mar;9(3):226-36.
12. van Dijk A, McGrath P, Pickett W, VanDenKerkhof EG. Pain prevalence in nine- to 13-year-old schoolchildren. *Pain Res Manag*. 2006 Winter;11(4):234-40. PubMed PMID: 17149456.
13. Stanford EA, Chambers CT, Biesanz JC, Chen E. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*. 2008 Aug 15;138(1):11-21.
14. van Dijk A, McGrath PA, Pickett W, Van Den Kerkhof EG. Pain and self-reported health in Canadian children. *Pain Res Manag*. 2008 Sep-Oct;13(5):407-11.
15. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011 Dec;152(12):2729-38.

16. Kristjansdottir G. Prevalence of pain combinations and overall pain: a study of headache, stomach pain and back pain among school-children. *Scandinavian journal of social medicine*. 1997 Mar;25(1):58-63.
17. Hirschfeld G, Wager J, Zernikow B. Physician consultation in young children with recurrent pain-a population-based study. *PeerJ*. 2015;3:e916.
18. van Eekelen FC, Perquin CW, Hunfeld JA, Hazebroek-Kampschreur AA, van Suijlekom-Smit LW, Koes BW, et al. Comparison between children and adolescents with and without chronic benign pain: consultation rate and pain characteristics. *Br J Gen Pract*. 2002 Mar;52(476):211-3.
19. Bhatia A, Brennan L, Abrahams M, Gilder F. Chronic pain in children in the UK: a survey of pain clinicians and general practitioners. *Paediatric anaesthesia*. 2008 Oct;18(10):957-66.
20. Matos C, Loff C. Dor na criança com Paralisia Cerebral. *Dor*. 2013;21:22-9.
21. von Baeyer CL. Interpreting the high prevalence of pediatric chronic pain revealed in community surveys. *Pain*. 2011 Dec;152(12):2683-4.



## **ANEXOS**

# Anexo 1 - Autorização da Direção Geral de Educação para realização do estudo.

## Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Rita Sofia da Rocha Reigota  
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.  
Com os melhores cumprimentos  
José Vitor Pedroso  
Diretor-Geral  
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público do concelho da Covilhã a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e bem assim inquirindo sobre matérias de alguma sensibilidade pessoal, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.
- c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para realizar intervenções educativas/desenvolvimento de atividades/programas em meio escolar/formação de docentes, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Outras observações:

Sem observações.

## Anexo 2 - Questionário original, utilizado no estudo de Perquin et al.

### PAIN IN CHILDREN (0-4 YEAR) (TRANSLATED FROM DUTCH ORIGINAL – PERQUIN 2000)

Everybody has pain now and then, like tooth pain or after a fall. Most of the times this will end soon. But there are also children with pain complaints of longer duration, or returning again and again. We would like to know how many children have pain and how the pain is. That is why we ask you to answer the following questions about your children.

1. Name of child: .....  
(first name) (last name)
2. Sex:  boy  girl
3. Age: .....years
4. Birth date: ..... (day) ..... (month) 19..... (year)
5. Nationality: .....
6. Date of completion: ..... (day) ..... (month) 19..... (year)

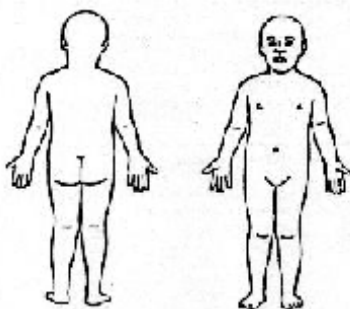
*In young children pain can show in much and prolonged crying, in facial expression and in certain movements, like pulling up the legs.*

7. Did your child have pain in the past 3 months?  
My child had a  no pain  
b  pain

When you answered question 7 with a (no pain), you have finished the questionnaire. We would like to thank you for answering the questions. Could you please return the questionnaire in the answer envelope? A stamp is not necessary.  
When you answered question 7 with b (pijn), we ask you to answer the following questions about this pain.

8. Where does your child have pain? (if needed, you can check more than one box)  
My child has  head ache  throat ache  
 belly ache  ear ache  
 back pain  pain in arms or legs  
 unknown  other, .....(please fill in)

Could you mark the place(s) where your child has pain in this drawing:



When you checked more than one box in question 8 (so your child has *pain in more than one place*), please answer the following questions with respect to the pain that bothers your child *most*.  
When you checked only one box in question 8 (so your child has pain in *only one place*), please go on to question 10.

9. Which pain bothers your child most? (check one box)

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> head ache  | <input type="checkbox"/> throat ache                  |
| <input type="checkbox"/> belly ache | <input type="checkbox"/> ear ache                     |
| <input type="checkbox"/> back pain  | <input type="checkbox"/> pain in arms or legs         |
| <input type="checkbox"/> unknown    | <input type="checkbox"/> other, .....(please fill in) |

10. How long does the pain exist? (mark one box)

- a  the past 4 weeks  
b  longer than 4 weeks, shorter than 3 months  
c  longer than 3 months

11. How often does your child have this pain? (mark one box)

- a  less than once a month  
b  1 time per month  
c  2 or 3 times a month  
d  once a week  
e  2 or 3 times a week  
f  every day

12. When was the last time that your child had this pain? (mark one box)

- a  today  
b  in the past week  
c  in the past month  
d  longer than a month ago

13. How is the pain normally? (put a cross on the line; more to the right means that the pain is worse, more to the left means that the pain is less)

no pain \_\_\_\_\_ worst imaginable pain

14. Has your child seen a doctor for this pain?

- My child a  did not see a doctor for this pain  
b  did see a doctor for this pain

15. Did your child take any medication (tablets, drink, suppository) for this pain?

- My child a  did take no medication for the pain  
b  did take medication for the pain

We thank you for filling in this questionnaire.

In children with pain of longer duration or pain returning often, a study will be performed by Erasmus University, Sophia Children's Hospital and the Municipal Health Service of Rotterdam. More information can be found on the next page.

*Key publication Perquin CW et al: Pain in children, a common experience. Pain 2000;87:51-8.*

## Anexo 3 - Questionário usado no estudo, traduzido e adaptado do Inglês.

### DOR EM ADOLESCENTES *(Traduzido e adaptado do inglês – Perquin 2000)*

Toda a gente tem dor de vez em quando, como dores de dentes ou após uma queda. Na maioria das vezes esta termina rapidamente. No entanto, há também pessoas com dores de maior duração, ou que teimam em voltar. Gostaríamos de saber quantos alunos do 9º ano têm dor e como é essa dor. Por isso é que pedimos que respondam às seguintes questões.

1. Sexo:  feminino  masculino
2. Idade:..... anos
3. Nacionalidade:.....
4. Data de preenchimento:.....(dia).....(mês).....(ano)

5. Tiveste dores nos últimos 3 meses?

a. não  b. sim

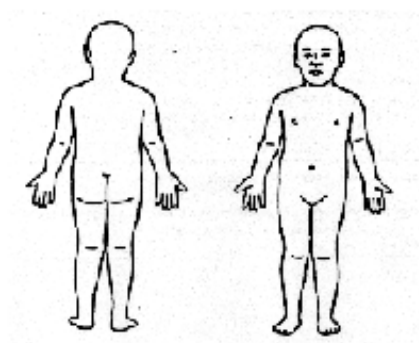
Se respondeste não, terminaste o questionário. Obrigada pela tua participação!

Se respondeste sim, continua, por favor, a responder as seguintes questões acerca dessa dor.

6. Onde tens dor? (se necessário, podes assinalar mais do que uma caixa)

<input type="checkbox"/> dor de cabeça	<input type="checkbox"/> dor de garganta
<input type="checkbox"/> dor de barriga	<input type="checkbox"/> dor de ouvidos
<input type="checkbox"/> dor nas costas	<input type="checkbox"/> dor nos braços ou pernas
<input type="checkbox"/> por todo o corpo	<input type="checkbox"/> outra,.....(por favor escreve qual)

Assinala os locais onde tens dor na seguinte imagem:



7. Qual é a dor que mais te incomoda? (assinala só uma caixa)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dor de cabeça    | <input type="checkbox"/> dor de garganta                     |
| <input type="checkbox"/> dor de barriga   | <input type="checkbox"/> dor de ouvidos                      |
| <input type="checkbox"/> dor nas costas   | <input type="checkbox"/> dor nos braços ou pernas            |
| <input type="checkbox"/> por todo o corpo | <input type="checkbox"/> outra,.....(por favor escreve qual) |

8. Há quanto tempo tens esta dor? (assinala só uma caixa)

- a. nas últimas 4 semanas;
- b. há mais de 4 semanas, mas há menos de 3 meses;
- c. há mais de 3 meses.

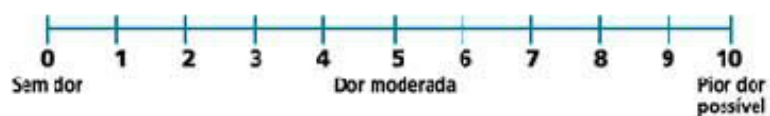
9. Com que frequência sentes essa dor? (assinala só uma caixa)

- a. menos de uma vez por mês;
- b. uma vez por mês;
- c. duas ou três vezes por mês;
- d. uma vez por semana;
- e. duas ou três vezes por semana;

12. Quando tiveste essa dor pela última vez? (assinala só uma caixa)

- a. hoje;
- b. na última semana;
- c. no último mês;
- d. há mais de um mês;

13. Diz qual é a intensidade da dor? (assinala na escala com uma cruz)



14. Já consultaste um médico devido a esta dor?

- a. não;
- b. sim.

15. Já tomaste algum remédio por causa destas dores?

- a. não;
- b. sim.

**Obrigada por preencheres o questionário!**

Rita Sofia da Rocha Reigota

Mestrado Integrado em Medicina

Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior

## Anexo 4 - Tabelas

Tabela 1. Distribuição por escola.

		Escola	
		Frequência	Porcentagem
Válido	Palmeiras	86	47,3
	Paúl	28	15,4
	Tortosendo	41	22,5
	Frei Heitor Pinto	27	14,8
	Total	182	100,0

Tabela 2. Distribuição por sexo.

		Sexo	
		Frequência	Porcentagem
Válido	F	95	52,2
	M	87	47,8
	Total	182	100,0

Tabela 3. Distribuição por nacionalidade.

		Nacionalidade	
		Frequência	Porcentagem válida
Válido	portuguesa	175	97,2
	luso-brasileira	2	1,1
	cabo-verdiana	1	,6
	suíça	1	,6
	brasileira	1	,6
	Total	180	100,0
Ausente	Sistema	2	
Total		182	

Tabela 4. Dor única ou múltipla por sexo.

		Sexo / Localização única ou múltipla			
		Nº de locais de dor		Total	
		1	2		
Sexo	F	Contagem	15	71	86
		% em Sexo	17,4%	82,6%	100,0%
	M	Contagem	21	52	73
		% em Sexo	28,8%	71,2%	100,0%
Total		Contagem	36	123	159
		% em Sexo	22,6%	77,4%	100,0%

Tabela 5. Localizações referidas para dor única.

<b>Dor / Localização única</b>			
		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Válido	Cabeça	5	13,9
	Barriga	3	8,3
	Costas	11	30,6
	Ouvidos	1	2,8
	Braços/pernas	15	41,7
	Outra	1	2,8
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Tabela 6. Duração da dor única.

<b>Duração da dor (dor única)</b>			
		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem válida</b>
Válido	<4semanas	11	37,9%
	entre 4sem e 3meses	5	17,2%
	>3meses	13	44,8%
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0%</b>
Ausente	Sistema	1	
<b>Total</b>		<b>30</b>	

Tabela 7. Localização da dor que incomoda mais por sexo, para dor única.

<b>Sexo / Dor mais importante (dor única)</b>								
		<b>Dor mais importante</b>						<b>Total</b>
		<b>cabeça</b>	<b>barriga</b>	<b>costas</b>	<b>ouvidos</b>	<b>membros</b>	<b>outra</b>	
Sexo F	Contagem	1	2	5	1	4	0	13
	% em Sexo	7,7%	15,4%	38,5%	7,7%	30,8%	0,0%	100,0%
Sexo M	Contagem	2	1	4	0	9	1	17
	% em Sexo	11,8%	5,9%	23,5%	0,0%	52,9%	5,9%	100,0%
Total	Contagem	3	3	9	1	13	1	30
	% em Sexo	10,0%	10,0%	30,0%	3,3%	43,3%	3,3%	100,0%

Tabela 8. Duração da dor múltipla.

Duração da dor (dor múltipla)			
		Frequência	Percentagem válida
Válido	<4semanas	29	29,6
	entre 4sem e 3meses	29	29,6
	>3meses	40	40,8
	Total	98	100,0
Ausente	Sistema	6	
Total		104	

Tabela 9. Localização da dor que incomoda mais por sexo, para dor múltipla.

		Dor mais importante							Total		
		cabeça	barriga	costas	todo o corpo	garganta	ouvidos	membros	outra		
Sexo	F	Contagem	19	11	16	2	2	3	5	2	60
		% em Sexo	31,7%	18,3%	26,7%	3,3%	3,3%	5,0%	8,3%	3,3%	100,0%
M		Contagem	16	3	11	0	2	0	12	0	44
		% em Sexo	36,4%	6,8%	25,0%	0,0%	4,5%	0,0%	27,3%	0,0%	100,0%
Total		Contagem	35	14	27	2	4	3	17	2	104
		% em Sexo	33,7%	13,5%	26,0%	1,9%	3,8%	2,9%	16,3%	1,9%	100,0%

Tabela 10. Prevalência de pares de localizações para os que referem duas localizações.

Par	n.º		n.º ♂		n.º ♀		n.º sem dor crónica		n.º com dor crónica	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Cabeça e barriga	9	15,5%	3	10,7%	6	20,0%	6	20,0%	2	10,0%
Cabeça e costas	9	15,5%	5	17,9%	4	13,3%	5	16,7%	3	15,0%
Cabeça e por todo o corpo	1	1,7%	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	1	5,0%
Cabeça e garganta	2	3,4%	0	0,0%	2	6,7%	1	3,3%	1	5,0%
Cabeça e ouvidos	1	1,7%	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	1	5,0%
Cabeça e membros	12	20,7%	5	17,9%	7	23,3%	9	30,0%	2	10,0%
Barriga e costas	4	6,9%	3	10,7%	1	3,3%	3	10,0%	1	5,0%
Barriga e garganta	1	1,7%	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%	0	0,0%
Barriga e outra	1	1,7%	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	1	5,0%
Costas e membros	11	19,0%	7	25,0%	4	13,3%	2	6,7%	6	30,0%
Costas e outra	2	3,4%	2	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,0%
Garganta e ouvidos	1	1,7%	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%
Garganta e membros	2	3,4%	1	3,6%	1	3,3%	1	3,3%	1	5,0%
Ouvidos e membros	1	1,7%	1	3,6%	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%
Membros e outra	1	1,7%	1	3,6%	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100,0%</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

Tabela 11. Prevalências da dor que mais incomoda.

		Dor mais importante		
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	cabeça	38	24,2	28,4
	barriga	17	10,8	12,7
	costas	36	22,9	26,9
	todo o corpo	2	1,3	1,5
	garganta	4	2,5	3,0
	ouvidos	4	2,5	3,0
	braços/pernas	30	19,1	22,4
	outra	3	1,9	2,2
	Total	134	85,4	100,0
	Ausente Sistema	23	14,6	
Total	157	100,0		

Tabela 12. Duração da dor crônica por meio de residência.

		Meio residência / Duração da dor				
		Duração da dor			Total	
		<4sem	entre 4sem e 3meses	>3meses		
Meio residência	Urbano	Contagem	28	19	37	84
		% em Meio	33,3%	22,6%	44,0%	100,0%
	Semiurbano	Contagem	6	9	6	21
		% em Meio	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
	Rural	Contagem	6	6	10	22
		% em Meio	27,3%	27,3%	45,5%	100,0%
Total		Contagem	40	34	53	127
		% em Meio	31,5%	26,8%	41,7%	100,0%

Tabela 13. Frequência da dor por sexo.

		Sexo / Frequência da dor						
		Frequência da dor						
		< 1/m	= 1/m	2 ou 3 /m	= 1/sem	2 ou 3 /sem	todos os dias	Total
Sexo F	Contagem	5	15	18	4	21	10	73
	% em Sexo	6,8%	20,5%	24,7%	5,5%	28,8%	13,7%	100,0%
Sexo M	Contagem	9	6	7	14	17	8	61
	% em Sexo	14,8%	9,8%	11,5%	23,0%	27,9%	13,1%	100,0%
Total	Contagem	14	21	25	18	38	18	134
	% em Sexo	10,4%	15,7%	18,7%	13,4%	28,4%	13,4%	100,0%

Tabela 14. Frequência da dor crónica por sexo.

		Sexo / Frequência da dor							Total
		Frequência da dor							
Sexo	F	< 1/mês = 0	1/mês = 4	2 ou 3/mês = 7	1/semana = 2	2 ou 3/semana = 9	todos os dias = 8	30	
	Contagem	0	4	7	2	9	8	30	
	% em Sexo	0,0%	13,3%	23,3%	6,7%	30,0%	26,7%	100,0%	
M	Contagem	2	1	3	4	9	4	23	
	% em Sexo	8,7%	4,3%	13,0%	17,4%	39,1%	17,4%	100,0%	
Total	Contagem	2	5	10	6	18	12	53	
	% em Sexo	3,8%	9,4%	18,9%	11,3%	34,0%	22,6%	100,0%	

Tabela 15. Frequência da dor crónica por meio de residência.

		Meio residência / Frequência da dor						Total
		Frequência da dor						
Meio residência		< 1/m = 2	1/m = 5	2 ou 3/m = 8	1/sem = 4	2 ou 3/sem = 12	todos os dias = 6	37
Urbano	Contagem	2	5	8	4	12	6	37
	% em Meio	5,4%	13,5%	21,6%	10,8%	32,4%	16,2%	100,0%
Semiurbano	Contagem	0	0	0	2	2	2	6
	% em Meio	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Rural	Contagem	0	0	2	0	4	4	10
	% em Meio	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	100,0%
Total	Contagem	2	5	10	6	18	12	53
	% em Meio	3,8%	9,4%	18,9%	11,3%	34,0%	22,6%	100,0%

Tabela 16. Frequência da dor não crônica por sexo.

Sexo	Sexo / Frequência da dor						Total
	Frequência da dor						
	< 1/mês	= 1/mês	2 ou 3 /mês	= 1/semana	2 ou 3 /semana	todos os dias	
F	Contagem 3	Contagem 9	Contagem 10	Contagem 2	Contagem 12	Contagem 2	38
	% em Sexo 7,9%	% em Sexo 23,7%	% em Sexo 26,3%	% em Sexo 5,3%	% em Sexo 31,6%	% em Sexo 5,3%	100,0%
M	Contagem 6	Contagem 5	Contagem 4	Contagem 9	Contagem 8	Contagem 4	36
	% em Sexo 16,7%	% em Sexo 13,9%	% em Sexo 11,1%	% em Sexo 25,0%	% em Sexo 22,2%	% em Sexo 11,1%	100,0%
Total	Contagem 9	Contagem 14	Contagem 14	Contagem 11	Contagem 20	Contagem 6	74
	% em Sexo 12,2%	% em Sexo 18,9%	% em Sexo 18,9%	% em Sexo 14,9%	% em Sexo 27,0%	% em Sexo 8,1%	100,0%

Tabela 17. Data da última vez da dor por sexo.

		<b>Sexo / Dor (última vez)</b>				
		<b>Dor (última vez)</b>				
		hoje	última semana	último mês	há mais de 1 mês	Total
Sexo F	Contagem	18	31	20	4	73
	% em Sexo	24,7%	42,5%	27,4%	5,5%	100,0%
M	Contagem	16	29	10	5	60
	% em Sexo	26,7%	48,3%	16,7%	8,3%	100,0%
Total	Contagem	34	60	30	9	133
	% em Sexo	25,6%	45,1%	22,6%	6,8%	100,0%

Tabela 18. Data da última vez da dor por sexo, para dor crónica.

		<b>Sexo / Dor crónica (última vez)</b>			
		<b>Dor (última vez)</b>			
		hoje	última semana	último mês	Total
Sexo F	Contagem	12	11	7	30
	% em Sexo	40,0%	36,7%	23,3%	100,0%
M	Contagem	6	11	5	22
	% em Sexo	27,3%	50,0%	22,7%	100,0%
Total	Contagem	18	22	12	52
	% em Sexo	34,6%	42,3%	23,1%	100,0%

Tabela 19. Data da última vez da dor por meio de residência, para dor crônica.

Meio residência		Contagem	Dor (última vez)				Total
			hoje				
			última semana	último mês			
urbano	Contagem	14	13	10		37	
	% em Meio residência	37,8%	35,1%	27,0%		100,0%	
semiurbano	Contagem	1	5	0		6	
	% em Meio residência	16,7%	83,3%	0,0%		100,0%	
rural	Contagem	3	4	2		9	
	% em Meio residência	33,3%	44,4%	22,2%		100,0%	
Total	Contagem	18	22	12		52	
	% em Meio residência	34,6%	42,3%	23,1%		100,0%	

Tabela 20. Intensidade média para os questionários válidos:

	Estatísticas descritivas				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Intensidade da dor	130	2	10	5,48	1,749
N válido (de lista)	130				

Tabela 121. Intensidade média da dor por número de localizações múltiplas.

		Descritivos <sup>a,b</sup>		
		NoLocM	Estatística	
Intensidade da dor	2	Média	5,29	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	4,75
			Limite superior	5,84
		Mediana	5,00	
		Desvio Padrão	1,879	
		Mínimo	2	
		Máximo	10	
	3	Média	5,83	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	5,13
			Limite superior	6,54
		Mediana	6,00	
		Desvio Padrão	1,895	
		Mínimo	2	
		Máximo	10	
	4	Média	5,36	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	4,59
			Limite superior	6,13
		Mediana	5,00	
		Desvio Padrão	1,336	
		Mínimo	4	
		Máximo	8	
5	Média	5,60		
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	3,93	
		Limite superior	7,27	
	Mediana	5,00		
	Desvio Padrão	1,342		
	Mínimo	4		
	Máximo	7		

a. Intensidade da dor é constante quando NoLocM = 6. Foi omitida.

b. Intensidade da dor é constante quando NoLocM = 7. Foi omitida.

Tabela 22. Consulta médica por meio de residência e sexo.

<b>Sexo / Consulta médica / Meio residência</b>						
Meio residência			Consulta médica		Total	
			não	sim		
urbano	Sexo F	Contagem	39	16	55	
		% em Sexo	70,9%	29,1%	100,0%	
	M	Contagem	24	10	34	
		% em Sexo	70,6%	29,4%	100,0%	
	Total	Contagem	63	26	89	
		% em Sexo	70,8%	29,2%	100,0%	
semiurbano	Sexo F	Contagem	7	1	8	
		% em Sexo	87,5%	12,5%	100,0%	
	M	Contagem	8	5	13	
		% em Sexo	61,5%	38,5%	100,0%	
	Total	Contagem	15	6	21	
		% em Sexo	71,4%	28,6%	100,0%	
rural	Sexo F	Contagem	4	6	10	
		% em Sexo	40,0%	60,0%	100,0%	
	M	Contagem	12	2	14	
		% em Sexo	85,7%	14,3%	100,0%	
	Total	Contagem	16	8	24	
		% em Sexo	66,7%	33,3%	100,0%	
Total	Sexo F	Contagem	50	23	73	
		% em Sexo	68,5%	31,5%	100,0%	
	M	Contagem	44	17	61	
		% em Sexo	72,1%	27,9%	100,0%	
	Total	Contagem	94	40	134	
		% em Sexo	70,1%	29,9%	100,0%	

Tabela 23. Intensidade da dor de acordo com consulta médica ou não, para dor crônica.

<b>Descritivos</b>				
Intensidade da dor	Consulta médica		Estatística	
	não	sim		
	não	Média	5,40	
		95% Intervalo de	Limite inferior	4,74
		Confiança para Média	Limite superior	6,06
		Mediana		5,00
		Desvio Padrão		1,773
		Mínimo		2
		Máximo		10
	sim	Média	6,05	
		95% Intervalo de	Limite inferior	5,35
		Confiança para Média	Limite superior	6,74
	Mediana	6,00		
	Desvio Padrão	1,558		
	Mínimo	3		
	Máximo	8		

Tabela 24. Consulta médica por meio de residência e sexo, para dor crônica.

<b>Sexo / Consulta médica / Meio residência</b>						
Meio residência				Consulta médica		Total
				não	sim	
urbano	Sexo	F	Contagem	13	13	26
			% em Sexo	50,0%	50,0%	100,0%
	M	Contagem	6	5	11	
		% em Sexo	54,5%	45,5%	100,0%	
	Total	Contagem	19	18	37	
		% em Sexo	51,4%	48,6%	100,0%	
semiurbano	Sexo	F	Contagem	1	0	1
			% em Sexo	100,0%	0,0%	100,0%
	M	Contagem	3	2	5	
		% em Sexo	60,0%	40,0%	100,0%	
	Total	Contagem	4	2	6	
		% em Sexo	66,7%	33,3%	100,0%	
rural	Sexo	F	Contagem	2	1	3
			% em Sexo	66,7%	33,3%	100,0%
	M	Contagem	6	1	7	
		% em Sexo	85,7%	14,3%	100,0%	
	Total	Contagem	8	2	10	
		% em Sexo	80,0%	20,0%	100,0%	
Total	Sexo	F	Contagem	16	14	30
			% em Sexo	53,3%	46,7%	100,0%
	M	Contagem	15	8	23	
		% em Sexo	65,2%	34,8%	100,0%	
	Total	Contagem	31	22	53	
		% em Sexo	58,5%	41,5%	100,0%	

Tabela 25. Uso de medicação por meio de residência e sexo.

<b>Sexo / Uso de medicação / Meio residência</b>						
Meio residência			Uso de medicação			Total
			não	sim		
urbano	Sexo F	Contagem	26	29	55	
		% em Sexo	47,3%	52,7%	100,0%	
	M	Contagem	25	9	34	
		% em Sexo	73,5%	26,5%	100,0%	
	Total	Contagem	51	38	89	
		% em Sexo	57,3%	42,7%	100,0%	
semiurbano	Sexo F	Contagem	1	7	8	
		% em Sexo	12,5%	87,5%	100,0%	
	M	Contagem	9	4	13	
		% em Sexo	69,2%	30,8%	100,0%	
	Total	Contagem	10	11	21	
		% em Sexo	47,6%	52,4%	100,0%	
rural	Sexo F	Contagem	5	5	10	
		% em Sexo	50,0%	50,0%	100,0%	
	M	Contagem	11	3	14	
		% em Sexo	78,6%	21,4%	100,0%	
	Total	Contagem	16	8	24	
		% em Sexo	66,7%	33,3%	100,0%	
Total	Sexo F	Contagem	32	41	73	
		% em Sexo	43,8%	56,2%	100,0%	
	M	Contagem	45	16	61	
		% em Sexo	73,8%	26,2%	100,0%	
	Total	Contagem	77	57	134	
		% em Sexo	57,5%	42,5%	100,0%	

Tabela 26. Intensidade da dor por uso ou não de medicação, para dor crônica.

<b>Descritivos</b>				
Intensidade da dor	Uso de medicação		Estadística	
	não			
	não	Média	5,44	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	4,81
			Limite superior	6,07
		Mediana	5,00	
		Desvio Padrão	1,530	
		Mínimo	2	
		Máximo	8	
	sim	Média	5,89	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	5,16
			Limite superior	6,62
Mediana		6,00		
Desvio Padrão		1,847		
Mínimo	3			
Máximo	10			

Tabela 27. Uso de medicação por meio de residência, por dor crônica.

				Meio residência / Uso de medicação		
				Uso de medicação		Total
			não	sim		
Meio residência	urbano	Contagem	16	21	37	
		% em Meio residência	43,2%	56,8%	100,0%	
	semiurbano	Contagem	2	4	6	
		% em Meio residência	33,3%	66,7%	100,0%	
	rural	Contagem	8	2	10	
		% em Meio residência	80,0%	20,0%	100,0%	
Total		Contagem	26	27	53	
		% em Meio residência	49,1%	50,9%	100,0%	

Tabela 28. Distribuição de dor grave por sexo, nos que referem dor crônica.

		Dor grave / Sexo	
		Frequência	Porcentagem
Válido	F	12	60,0
	M	8	40,0
Total		20	100,0

