



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO BERNARDO SANTOS FRAGA

***Prescrição na dor: Uma avaliação da terapêutica em Medicina
Geral e Familiar***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO CRUZ FERREIRA

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

ABRIL 2021

Prescrição na dor: Uma avaliação da terapêutica em Medicina Geral e Familiar

Fraga, J.¹; Ferreira, A.²; Santiago, L.³

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Universidade de Coimbra, Portugal.

³ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Universidade de Coimbra, Portugal.

Índice

Abreviaturas	4
Resumo	5
<i>Abstract</i>	7
Introdução	8
Métodos	10
Resultados	11
Discussão e Conclusão	21
Agradecimentos	23
Referências Bibliográficas	24
Anexos	26

Abreviaturas

AINE – Anti-Inflamatório Não Esteroide

ARS-C – Administração Regional de Saúde do Centro

MGF – Medicina Geral e Familiar

RAM – Reações Adversas ao Medicamento

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A dor crónica é um dos principais motivos para a procura dos cuidados de saúde primários pela população idosa. No seu tratamento, a prescrição farmacológica ocupa um papel central, sendo importante considerar os riscos e os benefícios da terapêutica e ponderar todas as outras modalidades não farmacológicas. Doentes com dor crónica têm, também, maior tendência a recorrer aos serviços de urgência, onde a pressão assistencial torna difícil a elaboração cuidada do plano terapêutico.

Objetivo: Avaliar a aceitação por parte dos médicos de família quando confrontados com uma prescrição previamente realizada em ambiente hospitalar. Verificar também a motivação por trás da decisão e que estratégias foram utilizadas na sua abordagem da dor crónica.

Métodos: Estudo observacional em médicos de família de 9 Unidades de saúde convidadas, mediante elaboração de um questionário na plataforma *Google Forms*, composto por 2 casos clínicos de episódios de urgência. Foi requisitada a concordância com a prescrição hospitalar e justificação em resposta livre, posteriormente classificada como demonstrando ou não as seguintes características: "Receio de RAM ou interação com patologias", "Abordagem do tratamento da dor crónica" e "Abordagem de métodos não farmacológicos". Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Amostra composta por 45 médicos de família, internos e especialistas, que trabalham em diferentes modelos de Unidade de Saúde. A decisão mais comum foi a de modificar parcialmente a terapêutica inicial (75,6% no Caso 1 e 64,4% no Caso 2). A característica de resposta mais frequente no Caso 1 foi o "Receio de RAM ou interação com patologias" em 64,5%, enquanto que no Caso 2 foi a "Abordagem do tratamento de dor crónica" em 37,8%. A "Abordagem de métodos não farmacológicos" verificou-se em 13,3% no Caso 1 e 24,5% no Caso 2. Em ambos os casos, embora sem diferença significativa, aspetos relacionados com a dor crónica e o seu tratamento foram mais prevalentes nos médicos internos (62,5% versus 27,4% no Caso 1; 56,3% versus 44,8% no Caso 2).

Discussão e Conclusão: A aceitação de prescrições realizadas em ambiente hospitalar foi baixa, sendo que os médicos de família mostram grande preocupação pelos riscos associados a uma terapêutica farmacológica inadequada. Verificou-se que os médicos internos abordaram mais frequentemente aspetos relacionados com o tratamento da dor crónica, talvez pelo trabalho feito no internato de MGF para aumentar a consciência da dor crónica como doença e a sua correta gestão. Também se observou

que a utilização de métodos não farmacológicos foi baixa, devendo ser um aspeto a melhorar no futuro, com maior integração no ensino e aplicação de normas orientadoras mais precisas que apoiem o médico na sua decisão.

Palavras-chave: Dor, Prescrição, Medicina Geral e Familiar.

Abstract

Introduction: *Chronic pain is one of the most common causes for primary healthcare search by the older population. Pharmacological treatment occupies a central role, but it is important to consider the risks and benefits of the medication and contemplate all the other non-pharmacological treatment options. Patients with chronic pain also have a higher tendency of using emergency care services, where the work pressure leads to a rushed and not as thorough treatment plan.*

Objective: *To evaluate the acceptance by general practitioners of pain treatment prescribed in an emergency care setting, and which concerns, or strategies are demonstrated in the approach of older patients suffering from chronic pain.*

Methods: *This observational study used a questionnaire on Google Forms with 2 emergency care clinical cases on general practitioners from 9 different health facilities. Respondents were asked the level of agreement with the emergency care therapy prescription and to justify their answer, which was later classified as containing the following characteristics: "Fearful of ADR or interaction with other conditions", "Approaches chronic pain treatment" and/or "Approaches non-pharmacological methods". A descriptive and inferential statistical study was conducted.*

Results: *Sample of 45 general practitioners, residents, or medical specialists, from different health facility models. The most common decision was to partially modify the initial prescription (75,6% on Case 1; 64,4% on Case 2). The most common answer characteristic on Case 1 was "Fearful of ADR or interaction with other conditions" with 64,5%, while "Approaches chronic pain treatment" was the most common on Case 2 with 37,8%. "Approaches non-pharmacological methods" was noted in 13,3% of Case 1 answers and 24,4% of Case 2. In both cases, without relevant significance, medical residents seemed to approach chronic pain and its treatment more often than specialist doctors (62,5% versus 27,4% on Case 1; 56,3% versus 44,8% on Case 2).*

Discussion and Conclusion: *The acceptance of emergency prescription plans was low since general practitioners show great concern for the risks of inadequate pharmacological therapy. It was shown that medical residents approached the treatment of chronic pain more often than medical specialists, perhaps because of the focus of the residency training in acknowledging chronic pain as a disease and its appropriate management. It was also shown that the use of non-pharmacological methods was low, an aspect to improve in the future, perhaps with a higher emphasis in education and the creation of clearer guidelines that support the physician in the decision-making process.*

Keywords: *Pain, Prescription, General Practice*

Introdução

A dor crónica é um problema comum, complexo, que afeta 19% da população europeia(1) e é um dos principais motivos para a procura dos cuidados de saúde por parte da população em geral, especialmente a mais idosa, associando-se a grande debilidade, custo económico e prejuízo nas relações sociais e familiares.(1-4) É imperativo fazer um bom reconhecimento e tratamento da dor, visto que em países desenvolvidos, a população que mais está a crescer é a que tem mais de 75 anos.(4)

Segundo Breivik e colegas,(1) a dor crónica afeta mais frequentemente as costas e os joelhos, sendo artrite ou artrose as principais causas. Do mesmo modo, os fármacos mais utilizados no seu alívio são: os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) (44%), opióides fracos como o tramadol (23%), o paracetamol (18%), e os inibidores seletivos da COX-2 (1-36%). Como seria de esperar, todos estes fármacos têm possíveis reações adversas ao medicamento (RAM) associadas. Os AINEs podem levar a complicações gastrointestinais, cardiovasculares e renais,(1-7) o tramadol pode baixar o limiar de convulsão,(3) o paracetamol tem risco de hepatotoxicidade(1, 7) e os inibidores seletivos da COX-2, apesar da esperança que fornecessem um efeito analgésico sem efeitos secundários, mantêm um risco cardiovascular e renal significativo.(3,4,6)

A terapêutica farmacológica é, portanto, um componente integral desta condição, que deve ser abordada com especial cuidado. É importante equilibrar os benefícios do alívio da dor com os riscos associados aos efeitos secundários, à interação da medicação analgésica com outras comorbilidades e com o facto de poder contribuir para o fenómeno de polifarmacoterapia.(4, 7) De facto, é preciso depositar especial atenção em doentes mais idosos, que têm menor reserva homeostática e alterações da farmacocinética e farmacodinâmica, estando por isso, mais suscetíveis a efeitos secundários.(8)

Neste contexto, os profissionais de Medicina Geral e Familiar (MGF) são essenciais, visto que são responsáveis pela gestão de 52%-69% dos pacientes com dor crónica.(1, 2, 9) Por este motivo, os médicos devem considerar todos os riscos associados a uma prescrição indevida e ter uma visão holística, ponderando todas as outras modalidades terapêuticas não farmacológicas como fisioterapia, reabilitação física e abordagens psicológicas. (2-4, 7)

É ainda de referir que pacientes com dor crónica têm maior tendência a utilizar serviços de urgência ou consulta não programada do que pacientes sem dor crónica.(10) Estes ambientes não são os mais apropriados para o tratamento da dor por serem mais

propensos a um plano terapêutico que se foca no curto-prazo e que não tem em consideração todos os fatores que devem influenciar a decisão terapêutica. (2, 10)

Deste modo, o objetivo do presente estudo visa avaliar como profissionais de MGF reagem frente a um plano terapêutico para a dor, previamente realizado em ambiente hospitalar. Também se pretende avaliar a motivação por trás da decisão e que estratégias foram utilizadas na abordagem da dor crónica.

Não há conhecimento de artigos publicados em Portugal que abordem a aceitação, por parte de médicos de família, de prescrições realizadas em ambiente hospitalar para tratar pacientes com dor crónica. Por este motivo, torna-se pertinente a sua abordagem em contexto de investigação.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional após homologação de parecer ético favorável, solicitado à Comissão de Ética para a Saúde da ARS-C (Anexo I). Os dados foram recolhidos anonimamente através de um questionário online, utilizando a plataforma *Google Forms*, que foi aplicado a profissionais de MGF em Unidades de Saúde convidadas, na área de influência da ARS-C (USF Araceti, USF Caminhos do Cértoma, USF Condeixa, USF Celasaúde, USF Coimbra Sul, USF Mealhada, USF Mondego, USF VitaSaurium, USF Pulsar). Foram recolhidas 45 respostas.

O questionário foi baseado em dois casos clínicos reais, de episódios de urgência hospitalar (Anexo II), selecionados por médicos peritos em prescrição. Nestes casos, expõe-se a queixa principal do doente, antecedentes pessoais e familiares, medicação habitual, exames complementares de diagnóstico realizados e a proposta hospitalar de terapêutica.

Após a apresentação de cada caso, foi pedido aos inquiridos que escolhessem um grau de concordância com a terapêutica prescrita no hospital (entre as opções “Aceito-a toda”, “Desaconselho-a toda” ou “Modifico-a”) e que justificassem o seu raciocínio em formato de resposta livre. Estas respostas foram posteriormente classificadas consoante as características que demonstravam (“Receio de RAM ou interação com patologias”, “Abordagem do tratamento de dor crónica”, “Aborda métodos não farmacológicos” ou “Não aplicável ou não justifica”).

Os dados epidemiológicos recolhidos foram o sexo, o tipo de Unidade Funcional (USF modelo A, USF modelo B ou UCSP) e o grau de diferenciação profissional (interno de formação específica ou especialista).

Realizou-se estatística descritiva e inferencial não paramétrica, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), através dos testes: exato de Fisher, U de Mann-Whitney e Kruskal-wallis considerando para diferença significativa o valor de $p < 0.05$.

Resultados

A tabela 1 mostra, numa amostra de 45 médicos da área de MGF, a análise sociodemográfica dos respondentes, sendo de salientar que 71,1% dos inquiridos eram do sexo feminino, 46,7% trabalhavam em USF modelo A, e em modelo B 33,3%. Verificou-se também que 64,4% dos inquiridos é especialista em MGF sendo os restantes internos da especialidade. Em função do sexo, não se verificou diferença significativa quanto a local de trabalho ou o nível de formação.

TABELA 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

			Sexo			
			Feminino	Masculino	Total	
Unidade Funcional*	USFA	Contagem	15	6	21	
		% em Sexo	46,9%	46,2%	46,7%	
	USFB	Contagem	11	4	15	
		% em Sexo	34,4%	30,8%	33,3%	
	UCSP	Contagem	6	3	9	
		% em Sexo	18,8%	23,1%	20,0%	
Total		Contagem	32	13	45	
		% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
Formação**	Interno	Contagem	11	5	16	
		% em Sexo	34,4%	38,5%	35,6%	
	Especialista	Contagem	21	8	29	
		% em Sexo	65,6%	61,5%	64,4%	
	Total		Contagem	32	13	45
			% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

*U de Mann-Whitney p=0.871; ** Teste Exato de Fisher: p=0,528

Na tabela 2 estão expostas as decisões face à prescrição hospitalar, tendo em conta o sexo dos inquiridos. No Caso 1, sem diferença significativa, a decisão mais frequente foi a de modificar parcialmente a terapêutica listada na carta hospitalar (75,6%), tendo 84,6% dos médicos e 71,9% das médicas feito tal resposta. Verificou-se maior proporção de mulheres a discordar totalmente (28,1% versus 15,4%).

É importante referir que a colchicina foi retirada em 75,6% das respostas e o eterocoxibe foi retirado ou trocado por um AINE não seletivo em 71,1%.

Relativamente ao Caso 2, a decisão mais comum, também sem diferença significativa entre sexos, continuou a ser a de modificar parcialmente a terapêutica inicial (64,4%). Houve uma maior aceitação total por parte das mulheres em relação aos homens (25% versus 7,7%) e uma maior discordância total por parte dos homens (30,8% versus 9,4%).

Neste caso, o diclofenac foi retirado ou trocado por outro AINE em 44,4% das respostas e a combinação de paracetamol com tramadol foi alterada, diminuindo a dose, retirando um dos compostos ou alterando para uma toma fixa em 37,8% das repostas.

TABELA 2. Decisão face à prescrição inicial por sexo.

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Caso 1*	Aceita-a toda	Contagem	0	0	0
		% em Sexo	0%	0%	0%
	Desaconselha-a toda	Contagem	9	2	11
		% em Sexo	28,1%	15,4%	24,4%
	Modifica-a	Contagem	23	11	34
		% em Sexo	71,9%	84,6%	75,6%
Total	Contagem	32	13	45	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
Caso 2**	Aceita-a toda	Contagem	8	1	9
		% em Sexo	25,0%	7,7%	20,0%
	Desaconselha-a toda	Contagem	3	4	7
		% em Sexo	9,4%	30,8%	15,6%
	Modifica-a	Contagem	21	8	29
		% em Sexo	65,6%	61,5%	64,4%
Total	Contagem	32	13	45	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

*U de Mann-Whitney p=0.373; ** U de Mann-Whitney p=0.860

No Caso 1, segundo a tabela 3 e não significativamente, uma maior proporção de internos desaconselhou totalmente a prescrição (31,3% versus 20,7%) enquanto que os especialistas decidiram modificar parcialmente mais vezes (79,3% versus 68,8%). No Caso 2, manteve-se esta tendência, embora menos marcada e também sem significado estatístico.

TABELA 3. Decisão face à prescrição inicial por nível de formação profissional.

			Formação		Total
			Interno	Especialista	
Caso 1*	Aceita-a toda	Contagem	0	0	0
		% em Form	0%	0%	0%
	Desaconselha-a toda	Contagem	5	6	11
		% em Form	31,3%	20,7%	24,4%
	Modifica-a	Contagem	11	23	34
		% em Form	68,8%	79,3%	75,6%
Total	Contagem	16	29	45	
	% em Form	100,0%	100,0%	100,0%	
Caso 2**	Aceita-a toda	Contagem	3	6	9
		% em Form	18,8%	20,7%	20,0%
	Desaconselha-a toda	Contagem	3	4	7
		% em Form	18,8%	13,8%	15,6%
	Modifica-a	Contagem	10	19	29
		% em Form	62,5%	65,5%	64,4%
Total	Contagem	16	29	45	
	% em Form	100,0%	100,0%	100,0%	

*U de Mann-Whitney p=0.435; **U de Mann-Whitney p=0.911

Na tabela 4, considerando o Caso 1, a grande maioria dos médicos que trabalham em USF modelo A modificou parcialmente a terapêutica (90,5%), sendo que os que trabalham em UCSP discordaram mais frequentemente (44,4%), sem diferença significativa em função do modelo de organização de trabalho. Já no Caso 2, também não significativamente, foram os médicos que trabalham em USF modelo B que mais modificaram parcialmente a prescrição inicial (73,3%).

TABELA 4. Decisão face à prescrição inicial por tipo de unidade de trabalho.

			Unidade			Total
			USFA	USFB	UCSP	
Caso1*	Aceita toda	Contagem	0	0	0	0
		% em UnidTrab	0%	0%	0%	0%
	Desaconselha toda	Contagem	2	5	4	11
		% em UnidTrab	9,5%	33,3%	44,4%	24,4%
	Modifica	Contagem	19	10	5	34
		% em UnidTrab	90,5%	66,7%	55,6%	75,6%
Total	Contagem	21	15	9	45	
	% em UnidTrab	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Caso 2**	Aceita-a toda	Contagem	3	3	3	9
		% em UnidTrab	14,3%	20,0%	33,3%	20,0%
	Desaconselha toda	Contagem	4	1	2	7
		% em UnidTrab	19,0%	6,7%	22,2%	15,6%
	Modifica	Contagem	14	11	4	29
		% em UnidTrab	66,7%	73,3%	44,4%	64,4%
Total	Contagem	21	15	9	45	
	% em UnidTrab	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Teste Kruskal Wallis: $p=0.082$; **Teste Kruskal Wallis: $p=0.366$

Em relação às características observadas nas justificações dadas para a decisão no Caso 1, verificou-se que a característica “A” (Receio de RAM ou interação com patologias) foi a mais frequentemente expressa pelos inquiridos, em 64,5% das respostas, seguida pela “B” (Aborda tratamento de dor crónica) em 40% e, por último, a característica “C” (Aborda métodos não farmacológicos) em 13,3%. Já no Caso 2, a característica mais comum foi a “B” com 37,8% das respostas, seguida por “A” e “C”, ambas presentes em 24,5% das respostas. Registou-se também a categoria “X”, quando os médicos não expressaram o seu raciocínio ou este não se enquadrava nas outras categorias, que se verificou em 22,2% das respostas do Caso 1 e 35,6% do Caso 2.

Segundo a tabela 5, novamente sem diferença significativa, houve pouca diferença entre sexos nas respostas que continham “A” (65,6 das médicas e 61,6% dos médicos no Caso 1; 25% das médicas e 23,1% dos médicos no Caso 2). Também a presença de “B” foi semelhante no Caso 1 (40,6% das mulheres e 38,5% dos homens), no entanto, no Caso 2 houve maior prevalência nos homens (69,3% versus 40,6%). Salienta-se que o tipo de resposta mais comum no Caso 1 é a que demonstra “A” isolado, enquanto que no Caso 2 é “B” isolado.

TABELA 5. Características das justificações das decisões por sexo.

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Características da resposta no Caso 1*	A	Contagem	12	5	17
		% em Sexo	37,5%	38,5%	37,8%
	B	Contagem	3	2	5
		% em Sexo	9,4%	15,4%	11,1%
	C	Contagem	0	0	0
		% em Sexo	0%	0%	0%
	A + B	Contagem	5	2	7
		% em Sexo	15,6%	15,4%	15,6%
	B + C	Contagem	1	0	1
		% em Sexo	3,1%	0,0%	2,2%
	A + B + C	Contagem	4	1	5
		% em Sexo	12,5%	7,7%	11,1%
	X	Contagem	7	3	10
		% em Sexo	21,9%	23,1%	22,2%
Total	Contagem	32	13	45	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
Características da resposta no Caso 2**	A	Contagem	3	1	4
		% em Sexo	9,4%	7,7%	8,9%
	B	Contagem	5	5	10
		% em Sexo	15,6%	38,5%	22,2%
	C	Contagem	2	1	3
		% em Sexo	6,3%	7,7%	6,7%
	A + B	Contagem	4	0	4
		% em Sexo	12,5%	0,0%	8,9%
	B + C	Contagem	3	2	5
		% em Sexo	9,4%	15,4%	11,1%
	A + B + C	Contagem	1	2	3
		% em Sexo	3,1%	15,4%	6,7%
	X	Contagem	14	2	16
		% em Sexo	43,8%	15,4%	35,6%
Total	Contagem	32	13	45	
	% em Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

*U de Mann-Whitney p=0.668; **U de Mann-Whitney p=0.718

Nota: A – Receio de RAM ou interação com outras patologias; B – Aborda tratamento de dor crónica; C – Aborda métodos não farmacológicos; X – Não aplicável ou não justifica

De acordo com a tabela 6, e sem diferença significativa, apesar de a resposta contendo “A” isolada ser mais frequentemente utilizada por especialistas no Caso 1, após contabilizar todas as respostas contendo “A”, verifica-se que é ligeiramente mais prevalente na população de internos (68,8% versus 62%). No Caso 2 são os especialistas que mais demonstram “A” (27,6% versus 18,8%).

Por outro lado, é de salientar que respostas contendo “B” foram mais frequentemente utilizadas por internos em ambos os casos, sendo que houve maior diferença no Caso 1 (62,5% versus 27,4%) do que no Caso 2 (56,3 versus 44,8%).

TABELA 6. Características das justificações das decisões por nível de formação.

		Formação			
		Interno	Especialista	Total	
Características da resposta no Caso 1*	A	Contagem	5	12	17
		% em Form	31,3%	41,4%	37,8%
	B	Contagem	4	1	5
		% em Form	25,0%	3,4%	11,1%
	C	Contagem	0	0	0
		% em Form	0%	0%	0%
	A + B	Contagem	4	3	7
		% em Form	25,0%	10,3%	15,6%
	B + C	Contagem	0	1	1
		% em Form	0,0%	3,4%	2,2%
	A + B + C	Contagem	2	3	5
		% em Form	12,5%	10,3%	11,1%
	X	Contagem	1	9	10
		% em Form	6,3%	31,0%	22,2%
Total	Contagem	16	29	45	
	% em Form	100,0%	100,0%	100,0%	
Características da resposta no Caso 2**	A	Contagem	2	2	4
		% em Form	12,5%	6,9%	8,9%
	B	Contagem	6	4	10
		% em Form	37,5%	13,8%	22,2%
	C	Contagem	1	2	3
		% em Form	6,3%	6,9%	6,7%
	A + B	Contagem	0	4	4
		% em Form	0,0%	13,8%	8,9%
	B + C	Contagem	2	3	5
		% em Form	12,5%	10,3%	11,1%
	A + B + C	Contagem	1	2	3
		% em Form	6,3%	6,9%	6,7%
	X	Contagem	4	12	16
		% em Form	25,0%	41,4%	35,6%
Total	Contagem	16	29	45	
	% em Form	100,0%	100,0%	100,0%	

*U de Mann-Whitney p=0.721; **U de Mann-Whitney p=0.118

A – Receio de RAM ou interação com outras patologias; B – Aborda tratamento de dor crónica;
C – Aborda métodos não farmacológicos; X – Não aplicável ou não justifica

Examinando o tipo de resposta tendo em conta a unidade de trabalho na tabela 7, destaca-se, e também diferença significativa, que 80% dos médicos que trabalham em USF modelo B demonstraram a característica “A” na resposta ao Caso 1, seguidos pela USF modelo A com 62% e UCSP com 44,4%. Relativamente aos médicos que trabalham em UCSP, realça-se ainda que, no Caso 2, nenhum evidenciou “A” nas suas respostas.

Verificou-se ainda que o uso de “B” em médicos trabalhadores em USF modelo B se manteve constante entre os 2 casos (46,7%), assim como em UCSP (44,4%). No entanto, em USF modelo A houve um aumento do Caso 1 para o Caso 2 (33,4% para 52,3%).

TABELA 7. Características das justificações das decisões por unidade de trabalho.

			Unidade			
			USF-A	USF-B	UCSP	Total
Características da resposta no Caso 1*	A	Contagem	9	6	2	17
		% em UnidTrab	42,9%	40,0%	22,2%	37,8%
	B	Contagem	2	1	2	5
		% em UnidTrab	9,5%	6,7%	22,2%	11,1%
	C	Contagem	0	0	0	3
		% em UnidTrab	0%	0%	0%	6,7%
	A + B	Contagem	1	4	2	7
		% em UnidTrab	4,8%	26,7%	22,2%	15,6%
	B + C	Contagem	1	0	0	1
		% em UnidTrab	4,8%	0,0%	0,0%	2,2%
	A + B + C	Contagem	3	2	0	5
		% em UnidTrab	14,3%	13,3%	0,0%	11,1%
	X	Contagem	5	2	3	10
		% em UnidTrab	23,8%	13,3%	33,3%	22,2%
Total	Contagem	21	15	9	45	
	% em UnidTrab	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Características da resposta no Caso 2**	A	Contagem	3	1	0	4
		% em UnidTrab	14,3%	6,7%	0,0%	8,9%
	B	Contagem	4	3	3	10
		% em UnidTrab	19,0%	20,0%	33,3%	22,2%
	C	Contagem	1	1	1	3
		% em UnidTrab	4,8%	6,7%	11,1%	6,7%
	A + B	Contagem	2	2	0	4
		% em UnidTrab	9,5%	13,3%	0,0%	8,9%
	B + C	Contagem	3	1	1	5
		% em UnidTrab	14,3%	6,7%	11,1%	11,1%
	A + B + C	Contagem	2	1	0	3
		% em UnidTrab	9,5%	6,7%	0,0%	6,7%
	X	Contagem	6	6	4	16
		% em UnidTrab	28,6%	40,0%	44,4%	35,6%
Total	Contagem	21	15	9	45	
	% em UnidTrab	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Teste Kruskal Wallis: $p=0.898$; **Teste Kruskal Wallis: $p=0.835$

A – Receio de RAM ou interação com outras patologias; B – Aborda tratamento de dor crónica; C – Aborda métodos não farmacológicos; X – Não aplicável ou não justifica.

Discussão e Conclusão

A dor crónica no idoso constitui um grave problema de saúde pública, associando-se a um grande número de complicações, problemas sociais, custos em saúde e consumo de serviços,(11) razão pela qual se deve tomar uma abordagem holística que incorpore tanto terapêutica farmacológica como não farmacológica.(2-4, 7)

Neste contexto, este estudo pretendeu avaliar como é que médicos de família reagem face a prescrições realizadas em ambiente hospitalar. Também pretendeu verificar a motivação por trás da decisão e que estratégias foram utilizadas na abordagem do tratamento da dor crónica.

Ao caracterizar a amostra deste estudo, verificou-se que o sexo feminino foi o mais prevalente (71,1%), sendo concordante com a população de especialistas em MGF.(12)

Após a análise dos dados, não se verificou diferença estatisticamente significativa nas respostas tendo em conta o sexo, o nível de formação ou o tipo de unidade de trabalho dos médicos.

De modo geral, a aceitação da terapêutica inicialmente prescrita foi baixa, visto que no conjunto de ambos os casos, apenas houve 9 (10%) decisões de aceitar toda a terapêutica inicial, todas face ao Caso 2. Esta frequência poderá ser explicada pelo escrutínio com que estes médicos avaliam a prescrição dos doentes, tendo em maior consideração os efeitos secundários dos fármacos e as possíveis interações com patologias pré-existentes, levando a um plano terapêutico mais cuidado. De facto, em ambos os casos, embora em menor frequência no Caso 2, o “Receio de RAM ou interação com patologias” foi um sentimento preponderante na decisão terapêutica. A proporção maior no Caso 1 pode-se dever ao facto de não existirem dados que sugiram a presença de uma crise de gota no doente, razão pela qual a colchicina se poderá tornar desnecessária. Para além disso, também o etorocoxibe, um inibidor seletivo da COX-2 suscitou grande discordância, possivelmente pelo risco de complicações cardiovasculares deste fármaco, dados os antecedentes de hipertensão e obesidade da doente.

Relativamente ao nível de formação, os internos aparentaram discordar mais que os especialistas, talvez por os médicos internos se encontrarem numa fase mais intensa de pesquisa científica e por isso terem maior confiança para alterar a medicação. Da mesma forma, os médicos internos manifestaram uma maior frequência na abordagem do tratamento farmacológico da dor crónica (característica “B”) dos doentes (62,5% versus 27,4% no Caso 1 e 56,3% versus 44,8% no Caso 2), que pode refletir o trabalho

que tem sido feito no internato de MGF para aumentar a consciência do conceito de dor crónica como doença e da importância que deve ser dada à sua correta gestão.

Adicionalmente, a referência a métodos não farmacológicos (característica “C”) como adjuvantes para a terapêutica farmacológica foi relativamente baixa, com 13,3% no Caso 1 e 24,5% no Caso 2, talvez por não haver tanta confiança na eficácia deste tipo de terapêuticas e pela falta de orientações específicas que guiem os profissionais de saúde em relação a tempo, intensidade ou frequência destes métodos.(13) De facto, apesar da terapêutica farmacológica ainda ocupar um papel central, devem ser utilizados métodos não farmacológicos: quer físicos, que podem melhorar os sintomas e a mobilidade do doente, quer psicológicos para gestão da ansiedade ou depressão que possam estar associados.(3) Consequentemente, estas estratégias permitem potenciar o efeito terapêutico global, possibilitando a diminuição da dose dos fármacos, que por sua vez diminui a frequência de complicações, efeitos secundários e, eventualmente, os custos associados.(11)

Portanto, foi possível verificar que, apesar da preocupação com o fenómeno de polifarmacoterapia e com possíveis reações adversas ou complicações, os médicos de família depositaram maior ênfase no tratamento farmacológico.

Este deve ser um aspeto a melhorar no futuro, talvez com um maior destaque nas várias modalidades terapêuticas não farmacológicas no ensino, e com a criação de normas orientadoras mais específicas e fundamentadas que apoiem os profissionais de saúde na sua elaboração de um plano terapêutico mais abrangente.

Reconhecem-se algumas limitações deste estudo, como o uso exclusivo da plataforma *Google Forms*, que foi escolhida de modo a facilitar o processo de recolha de dados e minimizar os contactos interpessoais, dado o estado de pandemia que se vive. Isto em combinação com o aumento da carga de trabalho neste período e uma fadiga generalizada por parte dos médicos, pode ter levado a uma menor disponibilidade e vontade de responder ao questionário de forma ponderada, explicando o número elevado de respostas que não se aplicavam ou que não eram justificadas. Para além disso, pediu-se que os inquiridos justificassem a sua decisão através de resposta livre, que foi classificada de forma subjetiva pelos autores. Em estudos futuros sobre esta temática, será necessário refletir sobre estas limitações, tentando minimizá-las.

Apesar disso, este é um trabalho pioneiro em Portugal que poderá servir como ponto de partida para uma melhor avaliação no futuro, da maneira como os médicos de família reagem a prescrições feitas em ambientes diferentes do seu e como a dor crónica é abordada no contexto da Medicina Geral e Familiar.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor António Cruz Ferreira e Professor Doutor Luiz Santiago, por todo o apoio e dedicação na elaboração desta dissertação.

À minha família e amigos, pela paciência e motivação durante todo este processo.

Referências Bibliográficas

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
2. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):22.
3. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(3):547-60.
4. Borsheski R, Johnson QL. Pain management in the geriatric population. *Mo Med*. 2014;111(6):508-11.
5. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674-94.
6. Kim KH, Seo HJ, Abdi S, Huh B. All about pain pharmacology: what pain physicians should know. *Korean J Pain*. 2020;33(2):108-20.
7. Horgas AL. Pain Management in Older Adults. *Nurs Clin North Am*. 2017;52(4):e1-e7.
8. Scott I, Jayathissa S. Quality of drug prescribing in older patients: is there a problem and can we improve it? *Intern Med J*. 2010;40(1):7-18.
9. Dubois MY, Follett KA. Pain medicine: The case for an independent medical specialty and training programs. *Acad Med*. 2014;89(6):863-8.
10. McLeod D, Nelson K. The role of the emergency department in the acute management of chronic or recurrent pain. *Australas Emerg Nurs J*. 2013;16(1):30-6.
11. Direção-Geral da Saúde. "Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa"[Internet] Available at http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Avaliacao_da_Dor_no_Idoso.pdf [accessed the 17 th of March 2021.]
12. Ordem dos Médicos. "Distribuição por especialidade, idade e sexo". [Internet] Available at <https://ordemdosmedicos.pt/wp->

content/uploads/2021/02/Por_especialidade_abi-copy.pdf [accessed the 17th of March 2021]

13. Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29(1):120-30.

Anexos

Anexo I



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Deferido o parecer favorável.</i> <i>29.01.2021</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO: *Prescrição na dor: Uma avaliação da terapêutica em Medicina Geral e Familiar*

João Rodrigues
Presidente,
Paulo 94/2020
João Rodrigues
Vice-Presidente,

Após terem sido apresentados os devidos esclarecimentos o parecer passa a favorável.

Dr. Mário Ruiva
Vogal,
Dr. Fernando Cravo
Vogal.

João Rodrigues

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer desfavorável.	DESPACHO:
--	------------------

ASSUNTO: 94/2020 - Prescrição na dor: uma avaliação da terapêutica em Medicina Geral e Familiar

O investigador pretende avaliar e comparar os hábitos de prescrição utilizados no contexto de consulta aguda de Medicina Geral e Familiar (MGF), relativamente ao tipo de fármacos prescritos e/ou a associação de outros fármacos que visem a diminuição de efeitos secundários.

A metodologia apresentada é parca na informação. Os casos criados serão "analisados" por quantos clínicos? É que essa referência não nos é dada. Para saber se é possível ao investigador chegar aos objetivos traçados precisamos de saber se existem os meios adequados (que passam nomeadamente pelo grupo de análise).

Deve enviar essa informação (mesmo que não seja o número correto pelo menos um número aproximado).

Para além disso a forma como a informação é recolhida junto dos médicos não é clara. Parece que será no âmbito de reuniões de serviço. Mas, não é solicitado um termo de consentimento aos médicos participantes para participar na investigação.

O parecer será desfavorável até estes dados serem esclarecidos. *Tem parecer posterior*

Rel'
O Relator
Carla Barbosa
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES
Prof. Doutor Fontes Ribeiro
(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)

Anexo II

CASO 1

Senhor, 73 anos, família nuclear com a esposa, grafar classe média baixa, que segue já há 20 anos.

Motivo de consulta em Urgência hospitalar: num domingo, em agosto, “Dores em crescendo no joelho direito”, tendo sido atribuída pulseira verde.

Antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Hiperuricemia, Obesidade, Gonartrose bilateral, Coxartrose esquerda e DPOC. Em 2010 úlcera duodenal.

Antecedentes medicamentosos: Lisinopril com amlodipina (20+5), atorvastatina 20, alopurinol 150. SOS para as dores e não como profilático, paracetamol com tramadol.

Carta hospitalar: Realizou análises: VS=5; PCR=0,13; uricemia 4,3 mg/dl; análises hepáticas sem alterações. ECG: hipertrofia VE. Rx dos joelhos: gonartrose bilateral.

Prescrição no episódio: Vem medicado com etoricoxibe 90 1id, pantoprazol 40 e colchicina 1 mg bid.

Perante esta prescrição farmacológica qual ou quais das abaixo têm a sua concordância?

Aceita-a toda

Desaconselha-a toda

Modifica-a

Por favor sucintamente justifique:

CASO 2

Senhora, 73 anos, viúva, família unitária, graffar classe média baixa, que é seguida na sua Unidade há 10 anos e, especificamente, no seu ficheiro há 5 anos.

Motivo de consulta em Urgência hospitalar: Numa segunda-feira de manhã, em agosto, por “Dores lombares persistentes há vários meses, que não parecem melhorar com a medicação. Sem irradiação, sem despertar noturno. Sem outras queixas”. Recebeu pulseira verde.

Antecedentes pessoais: Obesidade, Hipertensão Arterial (controlada) e Depressão Major.

Antecedentes medicamentosos: Ramipril 5mg id, amlodipina 5mg id, mirtazapina 15 mg, sertralina 50 mg id, alprazolam 0,5mg id, colecalciferol gotas (1 gota) id, zolpidem 10mg (sos).

Carta hospitalar: Realizou RX da coluna lombar que revelou alterações degenerativas. Recomendado repouso e medicada com: diclofenac 75mg im id (6 dias), tiocolquicósido 4mg im id (6 dias), esomeprazol 40mg id (enquanto tomar diclofenac), paracetamol com tramadol (650+75mg) em SOS até 3id, domperidona 10mg (juntamente com tramadol+paracetamol para prevenir náuseas e vômitos).

Perante esta prescrição farmacológica qual ou quais das abaixo tem a sua concordância?

Aceita-a toda

Desaconselha-a toda

Modifica-a

Por favor sucintamente justifique:
