



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Uso de terapias complementares/alternativas no controlo da dor crónica na região da Beira Interior

Telma Joana Bernardino Cardoso

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Isabel Duque Martins

Covilhã, Maio de 2012

Pensamento

“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada coisa a Lua toda
Brilha, porque alta vive.”

Ricardo Reis

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Isabel Duque, pela competência e acompanhamento em todo este percurso, pela sempre disponível e amável generosidade que a cada momento me foi prestando, pilar essencial deste trabalho.

Ao Dr. Reinaldo, Dr. Dias Costa e à Dra. Susana Abreu, bem como a todos os restantes intermediários e colaboradores das Consultas de Dor dos hospitais em estudo (CHCB, HAL e HSM), pela receptividade a este trabalho e pelo apoio oferecido à realização do mesmo.

Ao Dr. Miguel Freitas pela sempre tão agradável e simpática forma de simplificar o que sempre me pareceu complexo.

À Universidade da Beira Interior, nomeadamente à Faculdade Ciências da Saúde e a todos os que nela contribuíram para a minha formação profissional e cívica, por tudo o que em seis anos me tornou naquilo que sou e faço hoje.

Ao Dr. Alexandre Hoffmann Castela pela paixão pela vida e pela Medicina que tão afavelmente me transmitiu ao longo destes anos.

À minha família, em especial aos meus pais, irmão e madrinha, pelo exemplo de luta pelo sonho, pelo apoio incondicional prestado a cada momento, pelo sempre carinho, pelo amor desmedido...

Aos meus amigos, minha segunda família, pelos sorrisos e pelas lágrimas, pela âncora e pelo conforto de nunca ser só.

Ao Luís pela cumplicidade, pelo abrigo, aconchego e ternura, pela esperança e convicção de que tudo vale a pena.

Resumo

Introdução: 4 em cada 10 portugueses sofrem de dor crónica. Trata-se de uma calamidade, quando a este número associamos um conjunto de alterações físicas, psicológicas, emocionais e económicas que acrescentam imenso ao já demasiado peso da dor do doente. Nas últimas décadas tem-se assistido a uma crescente utilização de terapias complementares/alternativas (TC/A), nomeadamente no que concerne ao alívio da dor.

Objectivos: Estimar a prevalência de dor crónica na região da Beira Interior e avaliar a frequência de uso de TC/A nos doentes com dor crónica na mesma região.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo e analítico. Foram elaborados questionários telefónicos aos habitantes da Beira Interior, com telefone fixo, seleccionados de forma aleatória e recolhidos dados referentes aos utentes inscritos nas consultas de dor da mesma região (CHCB, HAL e HSM), através do registo da mesma consulta. Os dados foram tratados com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS - versão 19.0 para Windows) e ao *Microsoft Excel*®, considerando-se significativos para $p < 0,05$.

Resultados: A prevalência de dor crónica na região da Beira Interior é de 57%, sendo que as queixas mais frequentes são a lombalgia com ou sem cialgia, as dores poliarticulares inespecíficas e as dores dos membros inferiores. A frequência de uso de TC/A nesta população é de 46,3%, todavia apenas 59,4% destes usuários foram referenciados pelo seu médico assistente.

Por sua vez, a frequência de uso de TC/A nas consultas de dor que abrangem a mesma região (CHCB, HAL e HSM) varia num intervalo de 21,7% - 56,0%, sendo a fisioterapia e a acupuntura as terapias mais prescritas.

As características sociodemográficas preditoras do uso de TC/A são, maioritariamente, mulheres, jovens e maior grau de escolaridade. As variáveis associadas significativamente a melhorias clínicas são como terapias: a fisioterapia, a acupuntura e a massagem; como patologias: a lombalgia com ou sem cialgia, a deformação da coluna vertebral, “outras patologias”, a dor do membro fantasma; a fibromialgia e a dor oncológica; como dado sociodemográfico: a maior escolaridade. A referência não demonstrou ser um factor preditor de melhoria clínica.

Conclusão: Com esta investigação comprovamos a elevada prevalência da dor crónica, bem como o uso considerável de TC/A pela população da Beira Interior, com melhorias significativas. Iniciando-se, desta forma, uma proximidade ao termo Medicina Integrativa.

Palavras-chave

Dor crónica, Terapias Complementares/Alternativas, Beira Interior, Epidemiologia

Abstract

Introduction: 4 out of 10 Portuguese suffer from chronic pain. It is a calamity, when to this number we associate a set of physical, psychological, emotional and economic changes that add too much weight to already immense pain of the patient. In the last decades there has been assisting an increasing use of complementary/alternative medicine (CAM), particularly in what it concerns to pain relief.

Objectives: To estimate the prevalence of chronic pain in the region of Beira Interior and evaluate the frequency of use of CAM in patients with chronic pain in the same region.

Methodology: Cross sectional, descriptive and analytical. Telephone questionnaires were prepared for the inhabitants of Beira Interior, with landline, selected at random and collected data to users registered in clinical pain in the same region (CHCB, HAL and HSM), by registering the same query. The data were processed using the Statistical Package for Social Sciences ® (SPSS - version 19.0 for Windows) and Microsoft Excel ®, considering significant $p < 0.05$.

Results: The prevalence of chronic pain in the region of Beira Interior is 57%, and the most frequent complaints are low back pain with or without sciatica, unspecified polyarticular pains and aches in the legs. The frequency of use of CAM in this population is 46.3%, however only 59.4% of these users were referred by their physician.

In turn, the frequency of use of CAM in clinical pain that cover the same region (CHCB, HAL and HSM) varies in the range 21.7% - 56.0%, with physical therapy and acupuncture therapies more prescribed.

The sociodemographic predictors of use of CAM are mostly women, young and higher educational level. Variables significantly associated with clinical improvements are therapies: physiotherapy, acupuncture and massage; as diseases: low back pain with or without sciatica, spinal deformation, "other diseases", the phantom limb pain, fibromyalgia and cancer pain; and as sociodemographic data: the better educated. Referral not proved to be a predictor of clinical improvement factor.

Conclusion: This investigation proved the high prevalence of chronic pain as well as the considerable use of CAM by the population of Beira Interior, with significant improvements. Beginning thus a proximity to a term Integrative Medicine.

Keywords

Chronic pain, Complementary Therapies / Alternative (CAM), Beira Interior, Epidemiology

Índice

Pensamento	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
<i>Abstract</i>	vii
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xii
Lista de Siglas e Acrónimos	xiii
Introdução	1
Objectivos	2
Metodologia	3
1.Desenho de estudo	3
2.Amostra	3
3.Instrumentos de investigação	3
4.Tratamento estatístico dos dados	4
Resultados	5
1. Análise descritiva	5
1.1 Caracterização da amostra estudada	5
1.1.1 Amostra não-hospitalar	5
1.1.2 Amostra hospitalar das consultas de dor	8
2. Inferências estatísticas	12
2.1 Avaliar se existe alguma relação entre o uso específico de uma TC/A com o resultado decorrente do uso da mesma terapia	12
2.2 Avaliar se existe alguma relação entre determinada patologia com o resultado consequente ao uso de uma TC/A	14
2.3 Avaliar a relação entre género e o uso de TC/A	16
2.4 Avaliar a possível associação entre o género e os resultados subsequentes ao uso de TC/A	17
2.5 Avaliar a relação entre a idade e o uso de TC/A	17
2.6 Avaliar a relação entre a idade e o resultado subsequente ao uso de uma TC/A	18
2.7 Avaliar a relação entre a referenciação para o uso de TC/A com o resultado proveniente do uso da mesma.	19
2.8 Avaliar a relação entre o grau de escolaridade e o uso de TC/A	19

2.9 Avaliar a relação entre o grau de escolaridade e o resultado após uso de TC/A	20
Discussão	21
Limitações	26
Considerações finais	27
Linhas de investigação futuras	27
Referências bibliográficas	29
Anexo 1	32
Anexo 2	35
Anexo 3	36
Anexo 4	37

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição da amostra não-hospitalar por localidade	5
Figura 2 - Distribuição da amostra não-hospitalar por grau de escolaridade	5
Figura 3 - Distribuição da amostra não-hospitalar por referência ao uso de TC/A	8
Figura 4 - Dependência do uso de TC/A com a variável idade (Histograma)	18
Figura 5 - Dependência do uso de TC/A com o grau de escolaridade	19
Figura 6 - Dependência do resultado, após uso de TC/A, com o grau de escolaridade	20

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra não-hospitalar por patologia	6
Tabela 2 - Distribuição da amostra não-hospitalar por tipo de TC/A usada	7
Tabela 3 - Distribuição da amostra não-hospitalar por resultado da terapia usada	7
Tabela 4 - Distribuição da amostra hospitalar por tipo de dor e gênero	8
Tabela 5 - Distribuição da amostra hospitalar por patologia	9
Tabela 6 - Distribuição da amostra hospitalar por tipo de TC/A usada (CHCB e HAL)	10
Tabela 7 - Distribuição da amostra hospitalar por tipo de TC/A usada (HSM)	10
Tabela 8 - Distribuição da amostra hospitalar por resultado decorrente do uso de TA/C	11
Tabela 9 - Distribuição da amostra hospitalar por referenciação e por especialidade referenciada	11
Tabela 10 - Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra hospitalar do CHCB)	12
Tabela 11 - Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra hospitalar do HAL)	13
Tabela 12 - Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra hospitalar do HSM)	13
Tabela 13 - Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra não-hospitalar)	14
Tabela 14 - Inferência estatística da relação entre cada tipo de patologia e o resultado subsequente após uso de TC/A	15
Tabela 15 - Inferência estatística da relação entre o gênero dos inquiridos e o uso de TC/A (Amostra hospitalar)	16
Tabela 16 - Inferência estatística da relação entre o gênero dos inquiridos e o uso de TC/A (Amostra não-hospitalar)	16
Tabela 17 - Inferência estatística da relação entre o gênero dos inquiridos e o resultado após uso de TC/A (Amostra hospitalar)	17
Tabela 18 - Inferência estatística da relação entre o gênero dos inquiridos e o resultado após uso de TC/A (Amostra não-hospitalar)	17
Tabela 19 - Dependência do uso de TC/A com a variável idade	18
Tabela 20 - Inferência estatística da relação entre a idade dos inquiridos e o resultado consequente ao uso de TC/A	18
Tabela 21 - Inferência estatística da relação entre a referenciação ao uso de TC/A e o respectivo resultado do uso da mesma terapia	19

Lista de Siglas e Acrónimos

IASP	International Association for the Study of pain
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
TC/A	Terapias Complementares / Alternativas
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
HAL	Hospital Amato Lusitano
HSM	Hospital Sousa Martins

Introdução

Segundo dados referenciados pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 4 em cada 10 portugueses sofre de dor crónica(1) Trata-se de um número deveras alarmante que padece de um aumento considerável em idades mais avançadas.

A dor crónica é definida pela IASP (*International Association for the Study of Pain*) como aquela experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial que persiste além do tempo normal de cura (habitualmente > 3 meses) (2). É de ressaltar que a dor crónica torna-se, frequentemente, o palco de um complexo conjunto de alterações físicas e psicossociais que são parte integral do problema e que acrescentam imenso ao já demasiado peso da dor do doente. São exemplos a imobilidade, depressão do sistema imunitário com conseqüente aumento da susceptibilidade à doença, distúrbios do sono, desnutrição, dependência medicamentosa, dependência da rede social envolvente, uso inapropriado dos recursos de saúde, baixa performance profissional ou mesmo incapacidade para trabalhar, isolamento, depressão ou, até mesmo, suicídio. É de tal forma grandioso o impacto desta calamidade sendo mesmo classificada como o efeito *major* pernicioso na qualidade de vida de milhões de pacientes e suas famílias (3).

Em termos económicos, estima-se que os indivíduos com dor crónica tenham, em média, 14 dias de baixa por ano, representando mais de 290 milhões de euros por ano de custos salariais suportados pela Segurança Social (1).

Na tentativa de justificação desta epidemia, cerca de 35% dos doentes com dor crónica consideram que a sua dor não está a ser bem tratada/controlada, apontando como razões principais a falta de eficácia dos medicamentos que lhes são prescritos e a falta de atenção/preocupação/importância/ preparação dos médicos em relação à dor dos doentes (1).

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, indispensável à humanização dos mesmos. De facto, o alívio da dor foi mesmo defendido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela IASP, aquando da celebração do 1º Dia Mundial Contra a Dor (3).

Segundo o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), a medicina alternativa e complementar refere-se a um grupo diverso de sistemas de saúde, especialistas e produtos que, geralmente, não são considerados como parte da medicina convencional(4). Alguns estudos sugerem uma larga utilização de terapias complementares/alternativas (TC/A) por parte dos pacientes com dor crónica (5, 6). Existem mesmo evidências que do seu uso provêm respostas substanciais (6-17)

É, contudo, fundamental a escolha individual do tratamento mais apropriado ao mecanismo subjacente à patologia que motiva a dor, bem como a selecção específica de entre as variantes da mesma técnica.

Objectivos

Na sequência do exposto, os principais objectivos deste estudo são estimar a prevalência de dor crónica na região da Beira Interior e avaliar a frequência de uso de TC/A nos doentes com dor crónica na mesma região. Os objectivos específicos são:

- . Conhecer a frequência das patologias que condicionam a dor crónica;
- . Explicar a distribuição das TC/A por patologia, idade, sexo e grau de escolaridade;
- . Determinar a existência ou não de referenciação para o uso das mesmas terapias;
- . Avaliar se existe alguma relação entre o uso específico de uma TC/A com o resultado decorrente do uso da mesma terapia;
- . Avaliar se existe alguma relação entre determinada patologia com o resultado consequente ao uso de uma TC/A;
- . Avaliar a relação entre género e o uso de TC/A;
- . Avaliar a possível associação entre o género e os resultados subsequentes ao uso de TC/A;
- . Avaliar a relação entre a idade e o uso de TC/A;
- . Avaliar a relação entre a idade e o resultado subsequente ao uso de uma TC/A;
- . Avaliar a relação entre a referenciação para o uso de TC/A com o resultado proveniente do uso da mesma;
- . Avaliar a relação entre o grau de escolaridade e o uso de TC/A;
- . Avaliar a relação entre o grau de escolaridade e o resultado após uso de TC/A.

Metodologia

1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de cariz descritivo e analítico, abordando informações do foro retrospectivo.

Este tipo de estudo constitui uma recolha sistemática de dados a partir de uma amostra representativa, com o objectivo último da descrição pormenorizada do problema e da análise de possíveis associações entre as várias variáveis (18).

2. Amostra

A população-alvo do estudo consiste nos doentes com dor crónica da Região da Beira Interior. Para melhor descrever esta população, seleccionei dois tipos de amostras:

- a) Os doentes hospitalares, ou seja, os utentes inscritos nas consultas de dor dos hospitais que abrangem esta região (CHCB, HAL, HSM), durante o ano de 2011;
- b) Os doentes não hospitalares, ou seja, uma amostra dos habitantes da Beira Interior, com telefone fixo, seleccionada de forma aleatória. A selecção desta última amostra foi feita por sorteio, usando um gerador de números aleatórios. O cálculo da dimensão da mesma, dado o tamanho da população, foi determinado através de um erro amostral tolerável de 4%.

Critérios de inclusão dos indivíduos no estudo:

1. Idade superior a 18 anos;
2. Aceitação voluntária para a participação.

Critérios de exclusão dos indivíduos no estudo:

1. Recusa da participação no estudo.

3. Instrumentos de investigação

Para a obtenção dos dados foi elaborado um questionário (Anexo 1) constituído por 12 questões de resposta fechada, averiguando o sexo, a idade, a grau de escolaridade, a profissão, o uso de TC/A (identificando a terapia efectuada), a causa de dor que levou ao uso da mesma terapia, a duração da dor, a evolução da dor com o uso da terapia, bem como a possível referenciação médica ao uso da mesma.

Relativamente às questões mais específicas sobre o problema, as escolhas fundamentaram-se em:

- a) Dor crónica - o critério usado baseou-se na definição de dor crónica elaborada pela IASP, referindo-a como uma dor sem aparente valor biológico que persiste além do tempo normal de cicatrização tecidual, usualmente de 3 meses (2);

b) Patologias - As patologias implicadas no questionário incluem as etiologias mais frequentes de dor crónica(1). Todavia, a opção “outra” patologia garante a abrangência de etiologias que não as apresentadas. Contudo, no seguimento do estudo, segundo a variedade de patologias obtidas, entendeu-se que esta classificação fosse alterada para uma nova distribuição que atendesse uma determinada significância clínica.

O questionário tinha em consideração a resposta múltipla em relação às questões sobre as patologias e sobre as terapias usadas, de forma a garantir um maior leque de opções e maior veracidade nos resultados.

Para os doentes não hospitalares os dados do questionário foram obtidos por contacto telefónico. Para os utentes hospitalares, os dados foram obtidos através do registo da consulta de dor. Alguns dados demográficos, como a profissão e o grau de escolaridade, não foram obtidos para esta amostra, pois esta informação não constava do processo clínico da consulta.

Precedendo o início da recolha dos dados, foram apresentados protocolos de investigação às Comissões de Ética para a Saúde das Instituições envolvidas, as quais autorizaram o pedido para a realização do estudo (Anexo 2, 3 e 4).

4. Tratamento estatístico dos dados

Os dados reunidos foram organizados e tratados com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences®* (SPSS - versão 19.0 para *Windows*) e ao *Microsoft Excel®*.

Inicialmente usaram-se técnicas de análise descritiva (frequências absolutas e relativas, percentagens, médias e desvio padrão). Posteriormente efectuaram-se análises de inferência estatística: intervalos de confiança a 95% das médias e das proporções; testes de diferenças entre as proporções e testes de hipóteses. Para as variáveis nominais foi utilizado o teste χ^2 (Qui-quadrado) e calculados os *odds*, *odds ratios* e respectivos IC 95%. Para a análise da variável ordinal (idade) foi testada, inicialmente, a normalidade da distribuição recorrendo-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, o qual mostrou não se tratar de uma variável com distribuição normal, prosseguindo-se, desta forma, o estudo recorrendo ao teste de *Mann-Whitney* (em alternativa ao teste *t-Student*).

Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

Resultados

1. Análise descritiva

1.1 Caracterização da amostra estudada

1.1.1 Amostra não-hospitalar

Foram questionados 625 (n=625) indivíduos habitantes da região da Beira Interior com telefone fixo (Figura 1). Destes, 73,1% eram do sexo feminino e 26,9% do sexo masculino. A média de idades da amostra era de 60,2 anos (DP de $\pm 16,8$).

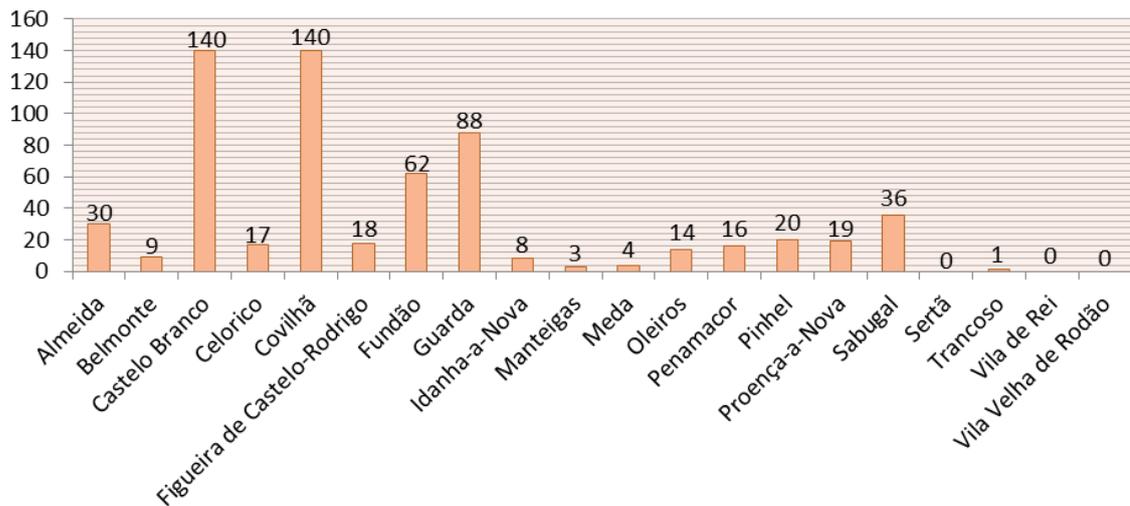


Figura 1. Distribuição da amostra não-hospitalar por localidade

Em relação ao grau de escolaridade, os níveis predominantes foram o 1º Ciclo e a aliteracia, respectivamente 35,7% e 22,1% (Figura 2).

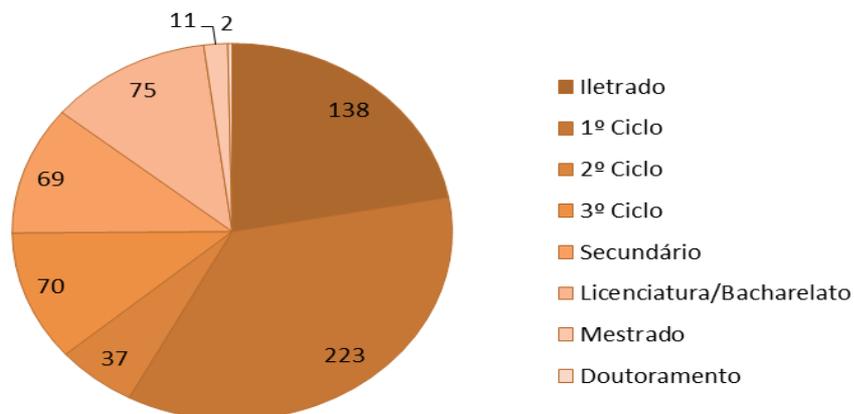


Figura 2. Distribuição da amostra não-hospitalar por grau de escolaridade

Questionados sobre a sua profissão, 51,8% referiu estar reformado/a, 23,4% eram trabalhadores por conta de outrem, 9,4% trabalhadores por conta própria, 7,5% domésticos/as, 2,1% estudantes e, por último, 5,8% estariam desempregados/as.

Relativamente à frequência de dor, 64,0% (IC 95%: 60,2% - 67,8%) dos inquiridos responderam ter algum tipo de dor, dos quais 57,0% (IC 95%: 53,1% - 60,8%) padeciam de dor crónica - o que corresponde a 89,0% (IC 95%: 85,9% - 92,1%) dos indivíduos com dor.

Tabela 1. Distribuição da amostra não-hospitalar por patologia

Patologia	Amostra não-hospitalar		
	n	%	IC 95%
Lombalgia com ou sem ciatalgia	138	29,5	25,4 - 33,6
Cervicalgia	18	3,8	2,1 - 5,6
Dorsalgia	0	0,0	0
Dores poliarticulares inespecíficas	121	25,9	21,9 - 29,8
Poliartralgias inflamatórias	33	7,1	4,7 - 9,4
Deformação da coluna vertebral	15	3,2	1,6 - 4,8
Osteoporose com ou sem fractura osteoporótica	17	3,6	1,9 - 5,3
Dor nos membros superiores	7	1,5	0,4 - 2,6
Dor nos membros inferiores	50	10,7	7,9 - 13,5
Dor oncológica	6	1,3	0,3 - 2,3
Dor neuropática pós-cirúrgica	5	1,1	0,1 - 2,0
Dor abdominal ou pélvica	9	1,9	0,7 - 3,2
Cefaleias	25	5,3	3,3 - 7,4
Fibromialgia	5	1,1	0,1 - 2,0
Dor neuropática central	1	0,2	0 - 0,6
Dor no membro fantasma	2	0,4	0 - 1,0
Outros	5	1,1	0,1 - 2,0
Dor muscular	1	0,2	0 - 0,6
Dor a nível dos tendões e/ou ligamentos	10	2,1	0,8 - 3,4
Nevralgias	0	0,0	0
Neuropatias periféricas diabéticas ou não	0	0,0	0
Dor isquémica	0	0,0	0
Síndrome Doloroso Regional Complexo	0	0,0	0
Síndrome Doloroso pós-cirurgia da coluna falhada	0	0,0	0

A maioria dos inquiridos (29,5%) refere a lombalgia com ou sem ciatalgia como a patologia etiológica para a sua dor, seguida pelas dores poliarticulares inespecíficas (25,9%) e pela dor nos membros inferiores (10,7%) (Tabela 1).

Referentemente ao uso de TC/A, 46,3% dos pacientes com dor crónica afirmaram ter usado algum tipo de TC/A. Destes a sua preferência incidiu predominantemente pela fisioterapia (43,0%), pela massagem (17,0%) e pela hidroterapia (15,2%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra não-hospitalar por tipo de TC/A usada

Tipo de TC/A	Amostra não-hospitalar		
	n	%	IC 95%
Fisioterapia	99	43,0	36,6 - 49,4
Acupuntura	21	9,1	5,4 - 12,9
Massagem	39	17,0	12,1 - 21,8
Hidroterapia	35	15,2	10,6 - 19,9
TENS	5	2,2	0,3 - 4,1
Hipnose	9	3,9	1,4 - 6,4
Osteopatia	5	2,2	0,3 - 4,1
Reiki	3	1,3	0 - 2,8
Outras	14	6,1	3,0 - 9,2

Quanto ao estado de saúde após o uso destas terapias, 47,9% dos inquiridos indicaram “Melhorou”, 37,0% “Melhorou bastante” e apenas 2,4% indicaram “Piorou” (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra não-hospitalar por resultado da terapia usada

Resultado	Amostra não-hospitalar		
	n	%	IC 95%
Melhorou bastante	61	37,0	29,6 - 44,3
Melhorou	79	47,9	40,3 - 55,5
Sem efeito	21	12,7	7,6 - 17,8
Piorou	4	2,4	0,1 - 4,8
Piorou bastante	0	0,0	0

Dos pacientes que usaram algum tipo de TC/A, 59,4% (IC 95%: 51,9% - 66,9%) foram referenciados (Figura 3), maioritariamente pela Ortopedia (43,9%) e pela Medicina Geral e Familiar (37,8%).

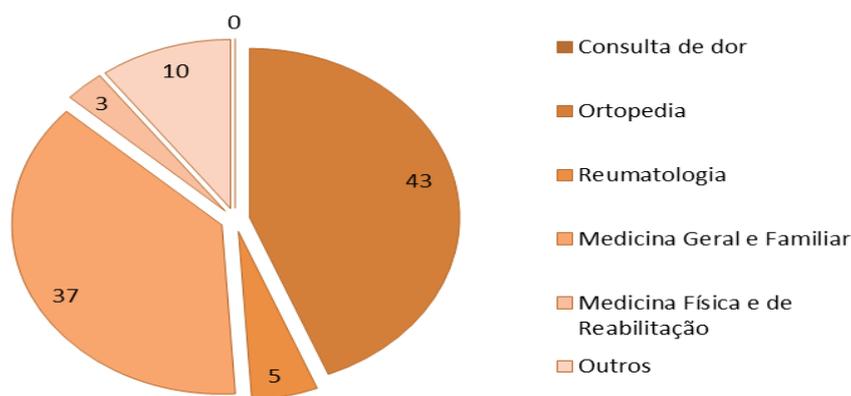


Figura 3. Distribuição da amostra não-hospitalar por referência ao uso de TC/A

1.1.2 Amostra hospitalar das consultas de dor

Foram estudados 216 (N=216) doentes inscritos na consulta de dor do CHCB, 160 (N=160) da consulta de dor do HAL e 277 (N=277) da consulta de dor do HSM, no decorrer do ano de 2011. A média de idades dos utentes da consulta de dor é de 68,4 anos de idade (DP±13,7), 64,9 (DP±15,2) e 68,9 (DP±15,2), respectivamente para o CHCB, HAL e HSM.

A percentagem de dor crónica nestes doentes é de, respectivamente, 95,4%, 99,4% e de 92,1%. O género feminino é o mais predominante em todas as consultas (70,4%, 65,7% e 58,8%, respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da amostra hospitalar por tipo de dor e género

	CHCB (N= 216)			HAL (N= 160)			HSM (N= 277)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Tipo									
Crónica	206	95,4	92,6 - 98,2	159	99,4	98,2 - 100	255	92,1	88,9 - 95,2
Aguda	10	4,6	1,8 - 7,4	1	0,6	0 - 1,8	22	7,9	4,8 - 11,1
Género									
Feminino	152	70,4	64,3 - 76,5	111	65,7	62,2 - 76,5	163	58,8	53,0 - 64,6
Masculino	64	29,6	23,5 - 35,7	49	29,0	23,5 - 37,8	114	41,2	35,4 - 47,0

Relativamente ao CHCB, as patologias maioritariamente frequentes são a lombalgia (20,4%), a dor oncológica (13,2%) e a dor dos membros inferiores (10,4%). No HAL predominam a dor oncológica com 24,7%, seguindo-se as dores poliarticulares inespecíficas com 16,0% e a fibromialgia com 11,1%. Já no HSM, as patologias dominantes referem-se à dor oncológica (25,8%), à lombalgia com ou sem ciatalgia (13,7%) e às dores poliarticulares inespecíficas (12,1%) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da amostra hospitalar por patologia

Patologia	CHCB (N= 216)			HAL (N= 160)			HSM (N= 277)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Lombalgia com ou sem cialgia	57	20,4	15,6 - 25,1	13	8,0	3,8 - 12,2	42	13,7	9,9 - 17,6
Cervicalgia	19	6,8	3,8 - 9,7	5	3,1	0,4 - 5,7	12	3,9	1,7 - 6,1
Dorsalgia	0	0,0	0	3	1,9	0 - 3,9	1	0,3	0 - 1,0
Dores poliarticulares inespecíficas	27	9,6	6,2 - 13,1	26	16,0	10,4 - 21,7	37	12,1	8,4 - 15,7
Poliartralgias inflamatórias	8	2,9	0,9 - 4,8	11	6,8	2,9 - 10,7	3	1,0	0 - 2,1
Deformação da coluna vertebral	3	1,1	0 - 2,3	4	2,5	0,1 - 4,9	9	2,9	1,0 - 4,8
Osteoporose com ou sem fractura osteoporótica	2	0,7	0 - 1,7	2	1,2	0 - 2,9	7	2,3	0,6 - 4,0
Dor nos membros superiores	14	5,0	2,5 - 7,6	2	1,2	0 - 2,9	6	2,0	0,4 - 3,5
Dor nos membros inferiores	29	10,4	6,8 - 13,9	5	3,1	0,4 - 5,7	21	6,9	4,0 - 9,7
Dor oncológica	37	13,2	9,2 - 17,2	40	24,7	18,1 - 31,3	79	25,8	20,9 - 30,7
Dor neuropática pós-cirúrgica	3	1,1	0 - 2,3	6	3,7	0,8 - 6,6	10	3,3	1,3 - 5,3
Dor abdominal ou pélvica	3	1,1	0 - 2,3	1	0,6	0 - 1,8	1	0,3	0 - 1,0
Cefaleias	4	1,4	0 - 2,8	1	0,6	0 - 1,8	3	1,0	0 - 2,1
Fibromialgia	14	5,0	2,4 - 7,6	18	11,1	6,3 - 16,0	7	2,3	0,6 - 4,0
Dor neuropática central	4	1,4	0 - 2,8	3	1,9	0 - 3,9	11	3,6	1,5 - 5,7
Dor no membro fantasma	1	0,4	0 - 1,1	0	0,0	0	4	1,3	0,0 - 2,6
Outros	5	1,8	0,2 - 3,3	7	4,3	1,2 - 7,5	4	1,3	0,0 - 2,6
Dor muscular	1	0,4	0 - 1,1	0	0,0	0	3	1,0	0 - 2,1
Dor a nível dos tendões e/ou ligamentos	4	1,4	0 - 2,8	0	0,0	0	10	3,3	1,3 - 5,3
Nevralgias	13	4,6	2,2 - 7,1	7	4,3	1,2 - 7,5	14	4,6	2,2 - 6,9
Neuropatias periféricas diabéticas ou não	19	6,8	3,8 - 9,7	1	0,6	0 - 1,8	20	6,5	3,8 - 9,3
Dor isquémica	2	0,7	0 - 1,7	4	2,5	0,1 - 4,9	0	0,0	0
Síndrome Doloroso Regional Complexo	7	2,5	0,7 - 4,3	1	0,6	0 - 1,8	0	0,0	0
Síndrome Doloroso pós-cirurgia da coluna falhada	4	1,4	0 - 2,8	2	1,2	0 - 2,9	2	0,7	0 - 1,6

No que concerne ao uso de TC/A, estas terapias foram usadas em 34,6% dos pacientes com dor crónica do CHCB, em 56,0% do mesmo tipo de pacientes no HAL e numa percentagem de 21,7% nos pacientes com dor crónica do HSM. Pelas tabelas 6 e 7, podemos verificar as diferenças quanto ao tipo de terapia usada nas diferentes consultas, sendo que a terapia mais prescrita é a fisioterapia, quer pelo CHCB (65,0%), quer pelo HSM (54,9%), ao passo que, pelo HAL, a acupunctura (36,9%) é a terapia de uso mais frequente.

Tabela 6. Distribuição da amostra hospitalar por tipo de TC/A usada (CHCB e HAL)

Tipo de TC/A	CHCB (N= 216)				HAL (N= 160)			
	n	%(N)	%(Σn)	IC 95%	n	%(N)	%(Σn)	IC 95%
Fisioterapia	65	30,1	65,0	55,7 - 74,3	36	22,5	27,7	20,0- 35,4
Acupunctura	2	0,9	2,0	0 - 4,7	48	30,0	36,9	28,6 - 45,2
Massagem	5	2,3	5,0	0,7 - 9,3	32	20,0	24,6	17,2 - 32,0
Hidroterapia	17	7,9	17,0	9,6 - 24,4	9	5,6	6,9	2,6 - 11,3
TENS	11	5,1	11,0	4,9 - 17,1	0	0,0	0,0	0
Hipnose	0	0,0	0,0	0	5	3,1	3,8	0,5 - 7,2
Osteopatia	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0
Reiki	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0
Outras	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0,0	0

Nota: Alguns pacientes realizaram mais do que uma TC/A.

Tabela 7. Distribuição da amostra hospitalar por tipo de TC/A usada (HSM)

Tipo de TC/A	HSM (N= 277)			
	n	%(N)	%(Σn)	IC 95%
Fisioterapia	39	14,1	54,9	43,4 - 66,5
Acupunctura	4	1,4	5,6	0,3 - 11,0
Massagem	6	2,2	8,5	2,0 - 14,9
Hidroterapia	13	4,7	18,3	9,3 - 27,3
TENS	5	1,8	7,0	1,1 - 13,0
Hipnose	0	0,0	0,0	0
Osteopatia	0	0,0	0,0	0
Reiki	0	0,0	0,0	0
Outras	4	1,4	5,6	0,3 - 11,0

Nota: Alguns pacientes realizaram mais do que uma TC/A.

Em relação aos resultados decorrentes do uso de algum tipo de TC/A, a maioria dos pacientes das 3 consultas (CHCB, HAL e HSM) referiram estar melhorada a sua dor em 64,1%, 82,0% e em 75,7%, respectivamente. Apenas num dos hospitais (HAL), um doente referiu ter piorado o nível de dor com o uso de alguma terapia (1,1%).

Tabela 8. Distribuição da amostra hospitalar por resultado decorrente do uso de TC/A

Resultado	CHCB (N= 39)			HAL (N= 89)			HSM (N= 37)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Melhorou Bastante	2	5,1	0 - 12,1	0	0,0	0	6	16,2	4,3 - 28,1
Melhorou	25	64,1	50,5 - 77,7	73	82,0	74,0 - 90,0	28	75,7	61,9 - 89,5
Sem efeito	12	30,8	20,6 - 41,0	15	16,9	9,1 - 24,6	3	8,1	0 - 16,9
Piorou	0	0,0	0	1	1,1	0 - 3,3	0	0,0	0
Piorou bastante	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0

A tabela que se segue (Tabela 9) mostra a elevada percentagem de referenciação dos doentes desta amostra (94,1%, 94,4% e 81,1%, respectivamente das consultas do CHCB, HAL e HSM), da mesma forma que demonstra que a maioria desta referenciação parte da própria consulta de dor. No entanto, surgem, igualmente, algumas especialidades que assumem o papel de referenciador ao uso das TA/C, como sejam a Ortopedia (8,3% - CHCB) e a Medicina Geral e Familiar (12,5% - HAL).

Tabela 9. Distribuição da amostra hospitalar por referenciação e por especialidade referenciada

Referenciação	CHCB (N=51)			HAL (N=89)			HSM (N=53)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sim	48	94,1	87,7 - 100	84	94,4	89,6 - 99,2	43	81,1	70,6 - 91,7
Não	3	5,9	0 - 12,3	5	5,6	0,8 - 10,4	10	18,9	8,3 - 29,4
Especialidade	(N=48)			(N=80)			(N=43)		
Consulta de dor	38	79,2	67,7 - 90,7	66	82,5	74,2 - 90,8	37	86,0	75,7 - 96,4
Ortopedia	4	8,3	0,5 - 16,2	2	2,5	0 - 5,9	2	4,7	0 - 10,9
Reumatologia	0	0,0	0	1	1,3	0 - 3,7	0	0,0	0
Medicina Geral e Familiar	0	0,0	0	10	12,5	5,3 - 19,7	0	0,0	0
Medicina Física e de Reabilitação	0	0,0	0	0	0,0	0	2	4,7	0 - 10,9
Outras	6	12,5	3,1 - 21,9	1	1,3	0 - 3,7	2	4,7	0 - 10,9

2. Inferências estatísticas

2.1 Avaliar se existe alguma relação entre o uso específico de uma TC/A com o resultado decorrente do uso da mesma terapia

Tabela 10. Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra hospitalar do CHCB)

	CHCB				
	(N= 65)				
	OD *	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Fisioterapia	4,90	2, 57 - 9,39	0,98	0,13 - 7,22	0,987
Acupuntura	1,00 [†]		1,21 [†]	1,09 - 1,35 [†]	0,518
Massagem	4,00	0,45 - 35,79	0,80	0,25 - 2,59	0,848
Hidroterapia	2,40	0,85 - 6,81	0,36	0,14 - 0,92	0,115
TENS	4,50	0,97 - 20,83	0,90	0,36 - 2,26	0,902
Hipnose	***	***	***	***	***
Osteopatia	***	***	***	***	***
Reiki	***	***	***	***	***
Outras	***	***	***	***	***

* OD Melhorar fazendo TC/A / Não melhorar fazendo TC/A

** OR Fazer TC/A / Não fazer TC/A

*** n=0

[†] Proporção melhorar fazendo TC/A; razão melhorar fazendo TC/A / melhorar não fazendo TC/A; IC 95%

p (Qui-quadrado)

Tabela 11. Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra hospitalar do HAL)

	HAL				
	(N= 36)				
	OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Fisioterapia	2,00	1,0 - 4,0	0,16	0,06 - 0,47	0,002
Acupuntura	11,00	3,95 - 30,61	4,55	2,34 - 8,84	0,010
Massagem	15,00	3,58 - 62,77	4,88	2,50 - 9,53	0,031
Hidroterapia	1,00†		1,25†	1,12 - 1,39†	0,139
TENS	***	***	***	***	***
Hipnose	1,00†		1,24†	1,11 - 1,37†	0,281
Osteopatia	***	***	***	***	***
Reiki	***	***	***	***	***
Outras	***	***	***	***	***

* OD Melhorar fazendo TC/A / Não melhorar fazendo TC/A

** OR Fazer TC/A / Não fazer TC/A

*** n=0

† Proporção melhorar fazendo TC/A; razão melhorar fazendo TC/A / melhorar não fazendo TC/A; IC 95% p (Qui-quadrado)

Tabela 12. Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra hospitalar do HSM)

	HSM				
	(N= 26)				
	OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	P
Fisioterapia	7,70	2,30 - 25,53			0,240
Acupuntura	3,00	0,31 - 28,84	0,12	0,02 - 0,75	0,074
Massagem	1,00†		1,06†	0,99 - 1,14†	0,533
Hidroterapia	1,00†		1,08†	0,99 - 1,17†	0,322
TENS	1,00†		1,06†	0,99 - 1,14†	0,573
Hipnose	***	***	***	***	***
Osteopatia	***	***	***	***	***
Reiki	***	***	***	***	***
Outras	1,00†		1,06†	0,99 - 1,14†	0,618

* OD Melhorar fazendo TC/A / Não melhorar fazendo TC/A

** OR Fazer TC/A / Não fazer TC/A

*** n=0

† Proporção melhorar fazendo TC/A; razão melhorar fazendo TC/A / melhorar não fazendo TC/A; IC 95% p (Qui-quadrado)

Tabela 13. Inferência estatística da relação entre o uso específico de uma terapia e o resultado subsequente (Amostra não-hospitalar)

	Amostra não-hospitalar				
	(N= 165)				
	OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Fisioterapia	3,95	2,42 - 6,45	0,32	0,13 - 0,80	0,027
Acupunctura	6,00	1,77 - 20,37	1,08	0,58 - 2,03	0,906
Massagem	12,00	3,70 - 38,97	2,54	1,48 - 4,36	0,137
Hidroterapia	10,67	3,27 - 34,83	2,17	1,25 - 3,78	0,221
TENS	1,00†		1,19†	1,11 - 1,27†	0,337
Hipnose	8,00	1,00 - 63,96	1,45	0,64 - 3,30	0,728
Osteopatia	1,00†		1,19†	1,11 - 1,27†	0,337
Reiki	2,00	0,18 - 22,06	0,35	0,08 - 1,49	0,375
Outras	6,00	1,34 - 26,81	1,07	0,53 - 2,17	0,933

* OD Melhorar fazendo TC/A / Não melhorar fazendo TC/A

** OR Fazer TC/A / Não fazer TC/A

*** n=0

† Proporção melhorar fazendo TC/A; razão melhorar fazendo TC/A / melhorar não fazendo TC/A; IC 95% p (Qui-quadrado)

Através das tabelas 10 a 13, é possível inferir que:

- . O uso de fisioterapia está associado a uma melhoria clínica 4 vezes superior a um pior resultado ($p_{\chi^2}=0,027$; amostra não hospitalar);
- . Fazer acupunctura está associado a uma melhoria clínica 5 vezes superior a não fazer a mesma terapia ($p_{\chi^2}=0,01$; HAL);
- . O uso de massagem provoca 5 vezes mais melhorias comparando com o não efectuar a mesma terapia ($p_{\chi^2}=0,031$; HAL).

2.2 Avaliar se existe alguma relação entre determinada patologia com o resultado consequente ao uso de uma TC/A

Pela análise da tabela que se segue (Tabela 14), observa-se que:

- . Para a amostra hospitalar, a lombalgia com ou sem ciatalgia responde 15,0 vezes melhor às TC/A ($p_{\chi^2}=0,000$); a deformação da coluna vertebral apresenta 4,3 vezes melhores resultados ($p_{\chi^2}=0,010$), a dor oncológica está igualmente associada a uma melhoria clínica com o uso de TC/A, esta na ordem de 77 vezes melhores resultados ($p_{\chi^2}=0,014$) e por sua vez, a categoria de “outras patologias” associa-se a uma melhoria de 4,3 vezes relativamente aos piores resultados ($p_{\chi^2}=0,010$).

. Para a amostra não-hospitalar as patologias associadas a melhores respostas após o uso de TC/A foram a lombalgia com ou sem cialgia (OD=11,6;p_{χ²}=0,000); a fibromialgia (OD=1,5;p_{χ²}=0,004) e a dor do membro fantasma (OD=1,0;p_{χ²}= 0,017).

Tabela 14. Inferência estatística da relação entre cada tipo de patologia e o resultado subsequente após uso de TC/A

Patologia	Amostra hospitalar				Amostra não-hospitalar			
	N	OD *	IC 95%	p	n	OD*	IC 95%	p
Lombalgia com ou sem cialgia	112	15,0	6,98 - 32,24	0,000	138	11,6	6,24 - 21,4	0,000
Cervicalgia	36	17,0	4,08 - 70,76	0,869	18	8,0	1,84 - 34,79	0,483
Dorsalgia	4	1,00†	1,03 - 1,07†	0,646	0	**	**	**
Dores poliarticulares inespecíficas	90	11,9	5,48 - 25,64	0,186	121	9,1	5,00 - 16,49	0,125
Poliartralgias inflamatórias	22	21,0	2,82 - 100	0,925	33	15,5	3,71 - 64,77	0,820
Deformação da coluna vertebral	16	4,3	1,23 - 15,21	0,010	15	6,5	1,47 - 28,80	0,328
Osteoporose com ou sem fractura osteoporótica	11	1,00†	1,03 - 1,07†	0,444	17	16,0	2,12 - 100	0,850
Dor nos membros superiores	22	21,0	2,82 - 100	0,925	7	1,00†	1,05 - 1,11†	0,463
Dor nos membros inferiores	55	10,0	3,99 - 25,08	0,142	50	15,7	4,88 - 50,33	0,756
Dor oncológica	156	77,0	19,09 - 100	0,014	6	1,00†	1,05 - 1,11†	0,497
Dor neuropática pós-cirúrgica	19	1,00†	1,03 - 1,07†	0,314	5	1,00†	1,05 - 1,11†	0,536
Dor abdominal ou pélvica	5	1,00†	1,03 - 1,07†	0,607	9	1,00†	1,05 - 1,11†	0,404
Cefaleias	8	1,00†	1,03 - 1,07†	0,515	25	1,00†	1,05 - 1,12†	0,154
Fibromialgia	39	18,5	4,46 - 76,76	0,964	5	1,5	0,25 - 8,98	0,004
Dor neuropática central	18	17,0	2,26 - 100	0,910	1	1,00†	1,05 - 1,11†	0,783
Dor no membro fantasma	5	1,00†	1,03 - 1,07†	0,607	2	1,0	0,06 - 15,99	0,017
Outros	16	4,3	1,23 - 15,21	0,010	5	1,00†	1,05 - 1,11†	0,536
Dor muscular	4	1,00†	1,04 - 1,07†	0,646	1	1,00†	1,05 - 1,11†	0,783
Dor a nível dos tendões e/ou ligamentos	14	13,0	1,70 - 99,38	0,706	10	1,00†	1,05 - 1,11†	0,378
Nevralgias	34	1,00†	1,04 - 1,08†	0,170	0	**	**	**
Neuropatias periféricas diabéticas ou não	40	39,0	5,36 - 100	0,457	0	**	**	**
Dor isquémica	6	1,00†	1,04 - 1,07†	0,573	0	**	**	**
Síndrome Doloroso Regional Complexo	8	1,00†	1,03 - 1,07†	0,515	0	**	**	**
Síndrome Doloroso pós-cirurgia da coluna falhada	8	7,0	0,86 - 56,90	0,325	0	**	**	**

* OD Melhorar e ter a patologia em questão/ Não melhorar e ter a patologia em questão

** n=0

† Proporção melhorar tendo a patologia em questão; razão entre melhorar tendo a patologia em questão / melhorar não tendo a patologia em questão; IC 95% p(Qui-quadrado)

2.3 Avaliar a relação entre género e o uso de TC/A

Ao analisar a tabela 15, deduz-se que, na amostra hospitalar, o sexo feminino está associado a uma maior utilização das TC/A (OR=2,83; $p_{\chi^2}=0,000$). Referentemente à amostra não-hospitalar (Tabela 16), esta associação é, de igual forma, positiva a favor de um maior uso no sexo feminino (OR=1,28), contudo não apresenta significado estatístico ($p_{\chi^2}=0,373$).

Tabela 15. Inferência estatística da relação entre o género dos inquiridos e o uso de TC/A (Amostra hospitalar)

		Amostra hospitalar				
		(N= 654)				
		OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Género	Feminino	0,74	0,61 - 0,90	2,83	2,28 - 3,50	0,000
	Masculino	0,26	0,19 - 0,36			

* OD género e uso de TC/A / género e não uso de TC/A

** OR Feminino/Masculino

p (Qui-quadrado)

Tabela 16. Inferência estatística da relação entre o género dos inquiridos e o uso de TC/A (Amostra não-hospitalar)

		Amostra não-hospitalar				
		(N= 625)				
		OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Género	Feminino	1,42	0,86 - 2,35	1,28	0,89 - 1,85	0,373
	Masculino	1,11	0,88 - 1,39			

* OD género e uso de TC/A / género e não uso de TC/A

** OR Feminino/Masculino

p (Qui-quadrado)

2.4 Avaliar a possível associação entre o género e os resultados subsequentes ao uso de TC/A

Tabela 17. Inferência estatística da relação entre o género dos inquiridos e o resultado após uso de TC/A (Amostra hospitalar)

		Amostra Hospitalar				
		(N= 654)				
		OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Género	Feminino	27,38	13,52 - 55,43	1,56	1,01 - 2,40	0,286
	Masculino	17,57	11,54 - 26,74			

* OD Melhorar, tendo feito TC/A, e ter o género em questão / Não melhorar, tendo feito TC/A, e ter o género em questão

** OR Feminino/Masculino, p (Qui-quadrado)

Tabela 18. Inferência estatística da relação entre o género dos inquiridos e o resultado após uso de TC/A (Amostra não-hospitalar)

		Amostra não-hospitalar				
		(N= 625)				
		OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Género	Feminino	55	17,56 - 100	2,79	1,78 - 4,36	0,086
	Masculino	19,73	12,85 - 30,28			

* OD Melhorar, tendo feito TC/A, e ter o género em questão / Não melhorar, tendo feito TC/A, e ter o género em questão

** OR Feminino/Masculino
p (Qui-quadrado)

Referentemente a uma possível associação entre o género e o resultado proveniente do uso de alguma TC/A (Tabelas 17 e 18) observaram-se, para ambas as amostras, relações positivas em ambos os géneros face a uma melhoria clínica e uma relação positiva de melhor resultado no sexo feminino ($p_{\chi^2} > 0,05$).

2.5 Avaliar a relação entre a idade e o uso de TC/A

Visualizando a tabela (Tabela 19) e os gráficos seguintes (Figura 4) é possível inferir que os utilizadores das TC/A são tendencialmente mais novos ($p_{Mw}=0,000$).

Tabela 19. Dependência do uso de TC/A com a variável idade

	TC/A		P
	Sim	Não	
	\bar{x}	\tilde{x}	
Idade	62,1	63,0	0,000

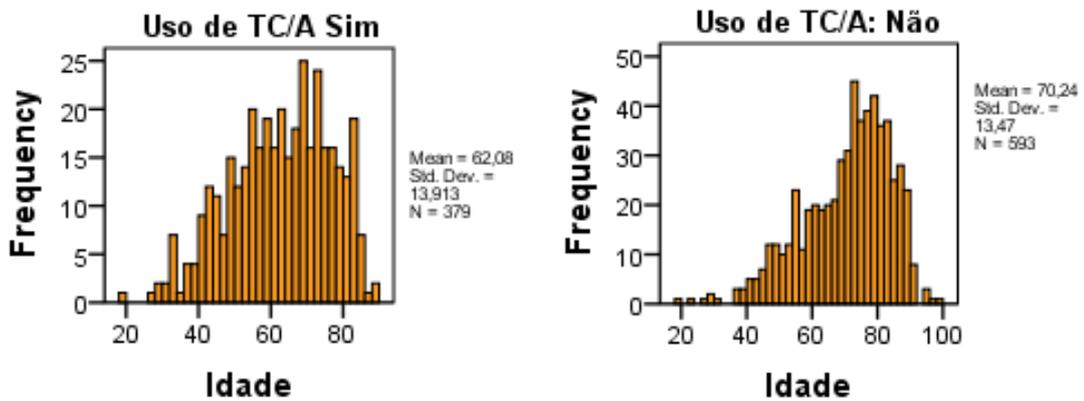


Figura 4. Dependência do uso de TC/A com a variável idade (Histograma)

2.6 Avaliar a relação entre a idade e o resultado subsequente ao uso de uma TC/A

Tabela 20. Inferência estatística da relação entre a idade dos inquiridos e o resultado consequente ao uso de TC/A

	Resultado								P
	Piorou		Sem efeito		Melhorou		Melhorou Bastante		
	\bar{x}	\tilde{x}	\bar{x}	\tilde{x}	\bar{x}	\tilde{x}	\bar{x}	\tilde{x}	
Idade	63,2	65,0	65,8	68,5	62,0	63,0	59,2	60,0	0,089

Através da informação supracitada (Tabela 20), não é possível verificar uma associação significativa entre a idade e o resultado consequente ao uso de uma TC/A ($p_{KW} = 0,089$).

2.7 Avaliar a relação entre a referência para o uso de TC/A com o resultado proveniente do uso da mesma.

Pela análise da tabela 21, observamos que, na amostra hospitalar, os inquiridos, sendo referenciados, melhoraram 3 vezes mais. Quanto à amostra não-hospitalar, constatou-se que os inquiridos referenciados apresentam melhores resultados, no entanto, quando comparados com os inquiridos não referenciados esta melhoria clínica não é superior ($OR=0,31; p_{\chi^2}=0,023$).

Tabela 21. Inferência estatística da relação entre a referência ao uso de TC/A e o respectivo resultado do uso da mesma terapia

	Amostra Hospitalar (N= 175)					Amostra não-hospitalar (N= 98)				
	OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p	OD*	IC 95%	OR**	IC 95%	p
Referênciação	6, 61	4,26 - 10,25	2,54	1,04 - 6,24	0,093	3,9	2,39 - 6,37	0,31	0,13 - 0,78	0,023

* OD Melhorar, tendo feito TC/A, e tendo sido referenciado / Não melhorar, tendo feito TC/A, e tendo sido referenciado

** OR Referênciação/Não referênciação

p (Qui-quadrado)

2.8 Avaliar a relação entre o grau de escolaridade e o uso de TC/A

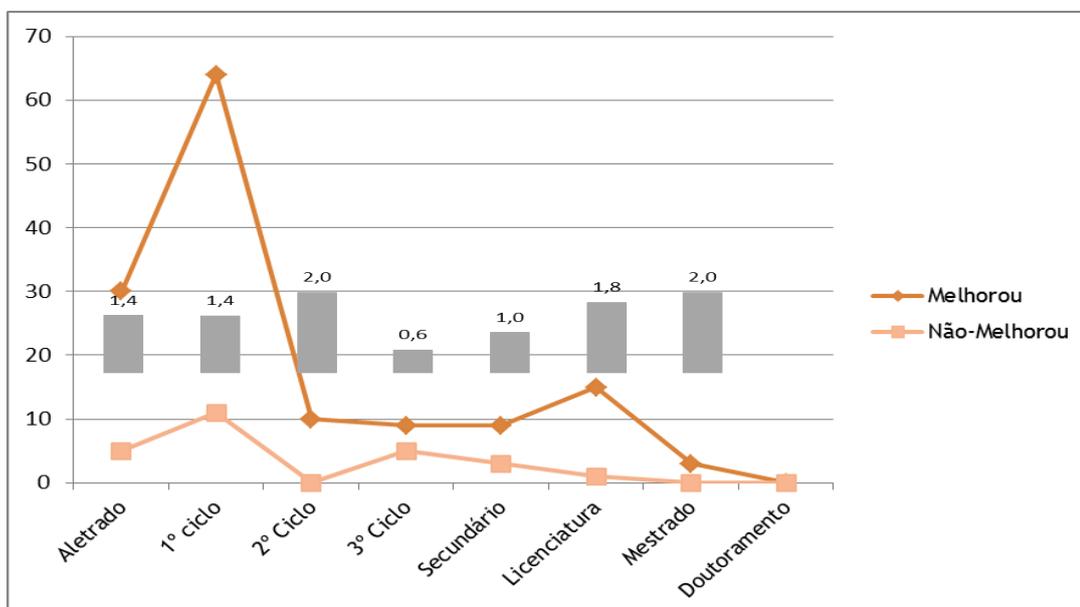


Figura 5. Dependência do uso de TC/A com o grau de escolaridade

Observando a figura 5, evidencia-se um aumento do uso de TC/A com o aumento do grau de escolaridade, nomeadamente a para os níveis de licenciatura e mestrado ($p_{\chi^2}=0,000$).

2.9 Avaliar a relação entre o grau de escolaridade e o resultado após uso de TC/A

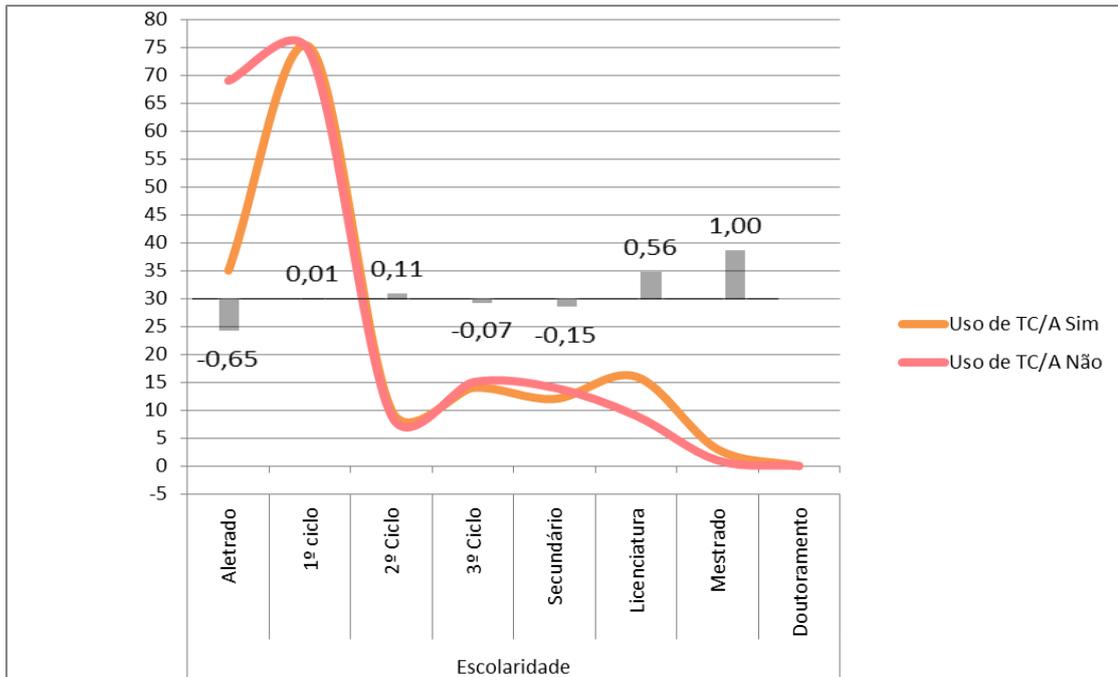


Figura 6. Dependência do resultado, após uso de TC/A, com o grau de escolaridade

Pela observação da figura 6, é nos possível inferir uma melhoria de resultados à medida que o grau de escolaridade aumenta, nomeadamente desde os níveis de secundário até mestrado ($p_{\chi^2}=0,000$).

Discussão

O nosso estudo verificou que a prevalência de dor crónica, na população da Beira Interior, é de 56,96% (IC 95%: 53,1% - 60,8%). Valor este superior àquele relatado por Breivik (19), em 2006, numa pesquisa alargada a 15 países europeus e a Israel, explorando, entre outras coisas, a prevalência da dor crónica severa-moderada em adultos, tendo obtido como resultado o valor de 19%. Contudo, tal como é discutido no estudo em questão, existe uma heterogeneidade de valores em diversos estudos semelhantes, devido às diferentes metodologias de estudo, à heterogeneidade das populações e, principalmente, devido aos critérios escolhidos para a definição de dor crónica, nomeadamente sobre a intensidade, duração e frequência de dor e grau de incapacidade produzida pela mesma. Já anteriormente, em 2003, a IASP havia lançado um *Clinical Update* (2) sobre a mesma problemática, comparando os diversos estudos existentes na altura, estimando, desta forma, um intervalo de 10,1% - 55,2% no que concerne à prevalência de dor crónica. Alves *et al* (20), relativamente à região do Porto, estimou a prevalência da dor crónica em 33,3%, valor este igualmente inferior ao que obtivemos, contudo atribuímos esta diferença à forma de recolha de informação (inquéritos por carta e não por telefone), bem como à divergência de regiões estudadas (litoral e o interior).

Relativamente à frequência das patologias que condicionam a dor crónica encontramos diferenças importantes entre a amostra não-hospitalar e a amostra hospitalar. Facto este que é facilmente compreendido pela principal distinção entre estas duas amostras, a referenciação. À partida os pacientes inscritos numa consulta de dor terão patologias de maior gravidade, maior complexidade de tratamento ou resistência a tratamentos já efectuados. Por outro lado, na amostra não-hospitalar esta frequência é obtida principalmente à custa de sintomas e não de patologias em si, a não ser que o paciente já tenha procurado ajuda médica nesse sentido. Não encontramos estudos acerca da frequência de patologias nas consultas de dor, no entanto, relativamente à amostra não-hospitalar, a maior prevalência da lombalgia e das dores poliarticulares é consonante com outros estudos (20, 21).

A frequência de uso das TC/A tem sido cada vez mais estudada em diversos países (6, 8, 22-25), apesar de não existirem estudos relativamente a Portugal. No nosso estudo, a taxa de uso, na amostra não-hospitalar, foi de 46,3%, valor este dentro do que foi encontrado anteriormente. Para as amostras hospitalares, a frequência de uso de TC/A foi distinta entre as três consultas dos três hospitais. Diferença esta que é possível associar aos distintos recursos que cada hospital tem ao seu dispor. Por outro lado, *Stefanie Joos* (26), num estudo onde questionou vários médicos sobre o papel das TC/A, referiu “a autenticidade do médico e a sua própria crença no sucesso da terapia” como um indicador problemático relativamente à

prescrição de TC/A. No mesmo estudo, a maioria dos especialistas refere como critérios de uso “ a existência de evidência e a preferência do paciente”, contudo optam pela “integração das TC/A como uma oportunidade de providenciar um cuidado de saúde com menor nível de efeitos secundários e numa abordagem mais preventiva, à medida que, de igual forma, envolvem activamente os pacientes na discussão e decisão do seu tratamento, conduzindo a melhores resultados”. Neste sentido é por nós reforçado o facto de que a referenciação de grande parte dos pacientes para o uso deste tipo de terapias acontece após falência do tratamento médico instituído e não na prevenção da própria cronicidade da dor. Algo que contradiz o que está bem fomentado pela literatura actual, ou seja, que o tratamento precoce e eficaz da dor aguda é um dos aspectos fulcrais à quebra da sua progressão até dor crónica, diminuindo a prevalência desta última(27).

Encontrámos algumas características sociodemográficas predictoras do uso de TC/A, assim os utilizadores são, maioritariamente, mulheres, jovens e com maior grau de escolaridade.

O género feminino como sendo o género mais utilitário deste tipo de terapias é um dado já bem conhecido da literatura (8, 24, 28). As razões apontadas para esta diferença parecem prender-se pelo facto de as mulheres expressarem mais as suas necessidades (24) e por estarem mais receptivas a esta modalidade terapêutica (28).

No que concerne aos mais jovens serem os maiores usuários das TC/A, é, igualmente, um dado bastante documentado (7, 24, 28). Na verdade, tal como no género feminino, a maior abertura a abordagens diferentes das convencionais parece estar na base desta evidência.

O maior grau de escolaridade, por sua vez, afigura-se estar associado a uma maior informação quer sobre as patologias, quer sobre o tratamento disponível, aliado ao facto de existir uma provável melhor comunicação entre o especialistas/praticante de TC/A e o utente (5, 7, 8, 23, 25, 28, 29).

Observamos, igualmente, através do nosso estudo, excelentes resultados consequentes ao uso de algum tipo de TC/A, quer na amostra hospitalar, quer na amostra não-hospitalar. O que nos indica que, independentemente do mecanismo inerente à terapia, os utilizadores sentiram melhoras no seu estado de saúde. *Nguyen et al*, num estudo recente (2010) e bastante abrangente, investigou o uso das TC/A e a sua relação com o estado de saúde percebido pelo próprio e com a melhoria da saúde ao longo do tempo, tendo concluído que os pacientes, que tinham usado TC/A no decorrer desse ano, “reportavam que o seu nível de saúde era melhor - excelente, relativamente ao ano anterior” (8). Referentemente a estes resultados, surgiu-nos a curiosidade de saber se existiam associações específicas entre algumas variáveis e a qualidade dos resultados obtidos através do uso de alguma das TC/A. Neste sentido, fomos averiguar a possibilidade de existência de alguma relação entre o uso de uma determinada terapia e o seu resultado, verificando se alguma destas TC/A estariam, especificamente, associadas a melhores resultados.

Deste modo e, tal como documentado na literatura (6, 9, 10), observámos que a fisioterapia está associada a 4 vezes melhores resultados. Citando *Hush et al*, numa meta-análise que envolvia inúmeros estudos sobre a satisfação relativa ao uso de fisioterapia, foi descrito, numa escala de 1 a 5, o grau de satisfação relativo ao estado de saúde como sendo de 4,44 (9).

Conseguimos, igualmente, inferir razões de 5 vezes melhores resultados tendo feito acupunctura e/ou massagem relativamente ao não fazer alguma destas terapias. A acupunctura é, de facto, uma das TC/A melhor estudadas no meio científico, existindo variadíssimos estudos mostrando a sua aplicação em diversas áreas médicas, nomeadamente no que concerne à dor, bem como comprovando a sua eficácia (11-14). É, contudo, por vezes difícil comparar resultados de estudo para estudo e desenhar uma evidência que englobe a eficácia num todo cumulativo, principalmente devido à heterogeneidade dos mesmos (diferentes técnicas de acupunctura usadas, existência ou não de grupos de controlo, diferentes variáveis analisadas). No entanto, é também fomentado que a utilização da acupunctura complementarmente ao tratamento farmacológico para o controlo da dor, além de estar associada a uma melhor qualidade de vida, é uma terapia custo-efectiva (15). Relativamente à massagem, a sua aplicabilidade está mais estudada e estabelecida no contexto da lombalgia. E, neste sentido, comprova-se que a massagem, comparativamente a terapias inertes (*sham treatment*), é superior na aquisição de melhorias clínicas a nível da dor do paciente e, portanto, na sua capacidade funcional a curto e a longo prazo (11, 30). Além disso, num contexto extraordinariamente diferente, como o pós-operatório de pacientes oncológicos, a massagem e a acupunctura, em adição ao tratamento usual, provaram diminuir a dor e o humor depressivo destes pacientes (31).

Outra associação que procuramos analisar retratava a possibilidade de alguma patologia apresentar, especificamente, melhores resultados com o uso de alguma terapia. Assim, evidenciámos que, patologias como a lombalgia com ou sem ciatalgia, a fibromialgia, a dor do membro fantasma, a dor oncológica e a categoria de “outras patologias” apresentavam melhorias significativamente válidas. Na verdade, não encontramos estudos que medissem este tipo de associação, todavia encontramos algumas evidências de uso particular de TC/A nas patologias em questão.

Referentemente à lombalgia, a literatura actual (7, 11) é consistente no facto do uso de TC/A ser mais efectivo do que o não tratamento, contudo a comparação de efectividades entre as TC/A e a terapêutica convencional tende a ser similar. Ainda assim, esta evidência é suficiente para algumas TC/A, nomeadamente a terapia manipulativa da coluna, estarem inseridas em *guidelines* para o controlo da lombalgia crónica (11).

As terapias referidas com maior sucesso terapêutico no âmbito do tratamento da fibromialgia são, de facto, as terapias não-farmacológicas, como o exercício e as TC/A. Muitas delas são úteis para que os pacientes aprendam a lidar com a sua doença, permitindo reduzir a severidade da sintomatologia (16). *Sprott et al* (13) estudaram especificamente o uso da acupunctura na fibromialgia, medindo objectivamente a dor antes e depois do uso da terapia.

Deste estudo comprovaram que o uso da acupuntura está associado a uma diminuição dos níveis de dor e dos pontos dolorosos, que se acompanha de uma diminuição dos níveis de serotonina plaquetares e de um aumento da mesma serotonina e da substância P no plasma, sugerindo, deste modo, o envolvimento do uso desta terapia nas concentrações de factores moduladores da dor.

A surpresa surge, contudo, quando observámos uma melhoria clínica com o uso de TC/A na patologia oncológica na ordem de 77 vezes melhores resultados. Uma vez que, habitualmente, o tratamento dos doentes oncológicos passa pela maior agressividade de tratamento farmacológico disponível para combater a dor, restando para algumas excepções o uso à complementaridade com TC/A, na tentativa de ampliação da sua qualidade de vida. Contudo, apesar do número reduzido de inquiridos a efectuar estas terapias, os resultados confirmam excelentes perspectivas. Algo que acreditamos estar associado a todo um cariz emocional especial que envolve este tipo de pacientes: pequenas melhorias são, frequentemente, relatadas com elevada satisfação e agradecimento. Segundo uma publicação da NCCAM (32), “os doentes oncológicos que usam este tipo de terapias não têm expectativas relativamente à cura da sua doença. Pelo contrário, esperam melhorar o seu sistema imunitário, aliviar a dor e gerir efeitos secundários experienciados devido à doença e ao tratamento da mesma”. Contrariamente à frequência de uso de TC/A que encontramos nos doentes oncológicos das amostras analisadas, um estudo efectuado na Turquia, no Instituto de Oncologia Universitário de Istambul, relatou uma taxa de uso de TC/A na ordem dos 71,5% dos pacientes (33), embora não tenham encontrado significâncias estatísticas que comprovassem eficácia decorrente do mesmo uso. Um dado não menos interessante ocorre na maior frequência de uso de TC/A na população de pacientes sobreviventes a uma patologia oncológica relativamente à população geral, indicando potenciais benefícios a nível do sistema imunitário e na diminuição da dor (17). Melhor estudado está, especificamente, o papel da acupuntura no controlo dos efeitos adversos da quimioterapia, sendo evidenciado um benefício substancial nas náuseas e vómitos decorrentes após a terapêutica (12).

Do mesmo modo que evidenciámos factores preditores de adesão ao uso de TC/A, encontramos factores sociodemográficos associados a melhores resultados após o uso das mesmas terapias. Assim observámos que as características encontradas com maior frequência nos utilizadores de TC/A são as mesmas que encontramos como associadas a melhores resultados, ou seja, mulheres, jovens e com maior grau de escolaridade.

Ainda que sem significado estatístico, observámos nas nossas amostras que os inquiridos com idade menor tinham tido melhores resultados, nomeadamente na categoria de “melhorou bastante” ($\bar{x} = 60$). Hush et al, em 2011, fizeram uma revisão sistemática da literatura na tentativa de determinar o grau de satisfação dos usuários relativamente à fisioterapia (9). No mesmo estudo foram propostas algumas variáveis relacionadas com a satisfação dos pacientes como a idade mais avançada, contrariamente ao que encontramos nos nossos resultados. Na verdade, parece-nos válido entender que, do mesmo modo que a maior abertura a este tipo

de terapias influencia um maior uso de TC/A por parte dos mais jovens, seja também esta a razão de maior satisfação neste grupo etário, pois o sucesso da terapia passa igualmente pela confiança e entendimento de todo o processo terapêutico.

Referentemente, ainda, ao estudo de *Hush et al*, as mulheres surgem como o género associado a maior satisfação após uso de TC/A (9). Algo que, ainda que sem significado estatístico, conseguimos corroborar pela observação das amostras por nós estudadas através de um ganho de cerca de 1,56 - 2,79 vezes melhores resultados. Neste contexto, é, igualmente, explicado no estudo em questão (9) que esta diferença de resultados no género dos usuários está na base da existência de diferentes determinantes de satisfação entre os mesmos, nomeadamente no que diz respeito às características do terapeuta, ao seu conhecimento, profissionalismo, atitude empática, comunicação efectiva e a todo o processo de tratamento (duração e frequência de tratamentos, existência de um apropriado *follow-up*, continuidade do cuidado e o modo como o paciente foi envolvido na decisão terapêutica). Por outro lado as próprias diferenças genéticas, psicológicas e socioculturais entre os géneros são um forte componente que molda não só a percepção de dor, como também a própria resposta ao tratamento.

No que concerne à influência do grau de escolaridade na eficácia das TC/A não encontramos qualquer estudo que tenha proposto alguma associação entre estas variáveis. No entanto, conseguimos inferir, neste estudo, que um maior grau de escolaridade está associado a melhorias clínicas após o uso de TC/A. Sucesso este, que relacionamos com a maior informação e conhecimento sobre as terapias, bem como pela comunicação utente-terapeuta mais efectiva, factores já determinantes para a maior frequência de uso TC/A neste grupo.

Por último, avaliámos uma possível relação entre a referenciação médica para o uso de TC/A e o resultado daí decorrente. Na amostra hospitalar, indubitavelmente, esta relação foi no sentido de 3 vezes melhores resultados nos doentes que tinham sido referenciados pelo seu especialista (sem significado estatístico). No entanto, com alguma surpresa, na amostra não-hospitalar, ainda que os pacientes referenciados tenham tido melhores resultados, comparativamente aos não referenciados esta melhoria clínica não foi superior, ou seja, não encontrámos benefício clínico na referenciação nestes doentes. Algo que tentamos explicar pelo facto de que, à partida, os pacientes inscritos nas consultas de dor apresentam patologias de maior gravidade ou de maior resistência ao tratamento “convencional”. Assim, na nossa amostra não-hospitalar estariam alguns doentes com patologias dolorosas que não justificassem a consulta ao seu especialista, recorrendo directamente às TC/A para o alívio da sua dor. Num estudo, efectuado em Israel, tentou-se esclarecer as opiniões/attitudes dos pacientes, especialistas e terapeutas sobre as TC/A (34), tendo-se concluído que eram os pacientes que suportavam a decisão de efectuar TC/A e que os mesmos esperavam que os seus médicos fossem mais activos na prescrição deste tipo de terapias. Já os especialistas achavam que os pacientes preferiam que estes fossem apenas ouvintes passivos aquando a abordagem de uso de TC/A. Discrepância esta já evidenciada por *Katz et al* (35), o qual

referia que “apesar do aumento significativo de uso de TC/A nas últimas décadas, menos de 40% dos usuários divulgam tal informação ao seu especialista”, revelando uma ruptura importante entre as preferências dos próprios doentes e a sua vontade de as partilhar junto do seu médico. Esta comunicação deficiente estaria na base de alguma insatisfação em relação à medicina convencional.

As reticências no sentido da prescrição médica ao uso de TC/A são, frequentemente, argumentadas pela falta de evidência na eficácia com o uso das mesmas. Contudo “é inválido o pretexto de que a medicina convencional é infalível apoiada pela evidência científica, desmentindo, assim, a evidência como um factor discriminador confiável” (35). Outra das razões apontadas para a não referenciação a este tipo de terapias é a sua “não evidência robusta em ensaios clínicos controlados e randomizados, padrão de ouro actual na eficácia clínica”. Contudo tais limitações “são igualmente evidentes na medicina convencional, mas frequentemente, ignoradas por eficácias aparentes e/ou estabelecidas” (35).

Consensual começa a ser a integração de TC/A na medicina convencional (26), com o propósito pelo qual são mesmo apelidadas de complementares. Algo a que se tem dado o nome de Medicina Integrativa, termo este introduzido pela primeira vez em 1990 referindo-se a uma fusão, por vários meios e níveis, da medicina convencional e algumas terapias da medicina complementar e alternativa. Deste modo, a medicina integrativa conseguiria “oferecer uma oportunidade de combinar o melhor de ambas as práticas médicas, produzindo resultados, em termos de sintomatologia, estado funcional, satisfação e, provavelmente, custo-efectividade” (35).

Limitações

Na realização deste estudo surgiram algumas limitações que, eventualmente, possam ter condicionado os resultados por nós obtidos, nomeadamente:

- . Tipo de estudo - O facto de ser um estudo transversal não permite perceber se as variáveis estudadas se alteram ou não ao longo do tempo;

- . Recolha de dados - Na recolha da amostra não-hospitalar, os inquéritos telefónicos enviam os resultados, na medida, em que grande parte dos indivíduos que atende o telefone está de uma ou outra forma limitado a este espaço físico, seja por doença, idade mais avançada ou desemprego. Ainda nesta amostra, tal como referi anteriormente, a maioria dos inquiridos refere apenas sintomas dolorosos e não a sua etiologia patológica. Algo que pode ter restringido a frequência de etiologias da dor crónica. Relativamente aos dados da amostra hospitalar encontrámos restrições na obtenção de algumas informações, muito devido a um inapropriado registo das consultas (dados omissos ou incompletos). Além do mais, e para ambas as amostras, muitos inquiridos podem não ter expressado informações verídicas, nomeadamente no que concerne ao uso de TC/A e que tipo de TC/A, ficando este valor subestimado (35);

. Comparação de resultados - É difícil comparar o nosso estudo com outros já existentes, dado a diferença de metodologias, divergência de critérios utilizados na definição de dor crónica e diferentes populações estudadas.

Considerações finais

Os resultados deste estudo vieram mostrar que a prevalência de dor crónica na região da Beira Interior é de 57%. As patologias etiológicas de dor mais frequentes são a “lombalgia com ou sem ciatalgia”, as “dores poliarticulares inespecíficas” e as “dores dos membros inferiores”.

A frequência de uso de TC/A nesta população é de 46,3%, sendo que as terapias mais utilizadas são a fisioterapia, a massagem e a hidroterapia. Após o uso das mesmas as melhorias foram significativas (37,0% melhoraram bastante e 47,9% melhoraram). Contudo, apenas 59,4% foram referenciados pelo seu especialista.

As patologias mais frequentes nos utentes inscritos nas consultas de dor são: lombalgia com ou sem ciatalgia, dor oncológica, dor dos membros inferiores, dores poliarticulares inespecíficas e fibromialgia.

A frequência de uso de TC/A depende do hospital referenciador, contudo esta varia entre 21,7% - 56%, sendo que as terapias mais prescritas são a fisioterapia e a acupunctura. Nestes doentes os resultados são igualmente animadores (64,1% - 75,7% melhoraram).

Encontramos como características sociodemográficas predictoras de maior adesão ao uso de TC/A: género feminino, idade mais jovem e maior grau de escolaridade.

A fisioterapia, a acupunctura e a massagem demonstraram melhoria clinicamente significativa. As patologias que mais beneficiaram com as TC/A foram a lombalgia com ou sem ciatalgia, a deformação da coluna vertebral, “outras patologias”, a dor do membro fantasma, a fibromialgia e a dor oncológica.

A qualidade dos resultados está, igualmente, associada a um maior grau de escolaridade, todavia a questão da referenciação não demonstrou ser um factor predictor de melhoria clínica.

Desta forma e cada vez mais, faz sentido falar-se de uma medicina integrativa, que alia o melhor da terapêutica convencional com a complementaridade de terapias associadas a um excelente nível de satisfação.

Linhas de investigação futuras

Na sequência deste trabalho de investigação e dada a precaridade de investigações idênticas em Portugal, seria pertinente executar um estudo de maior amplitude que traduzisse um significado estatístico superior, permitindo a inferência de conclusões mais consistentes.

Vários factores de “ruído” foram relatados ao longo desta investigação e poderiam, futuramente, ser controlados, para obtermos resultados mais robustos.

Num estudo posterior seria interessante caracterizar melhor a variável “dor”, utilizando critérios mais específicos de medição: utilização de escalas de intensidade da dor e de qualidade de vida, determinação bioquímica de concentrações de factores moduladores da dor (por exemplo a serotonina e/ou a substância P) e verificação de incapacidades funcionais. De igual modo, dado a conjuntura económica do momento, talvez fosse apropriado fazer um estudo económico da dor crónica e do uso das TC/A, nomeadamente ao que diz respeito aos custos indirectos (custos associados às perdas de produção, por “presentismo” ou por ausência ao trabalho) e aos custos directos (custos farmacológicos, custos de internamento, custos de ambulatório).

Referências bibliográficas

1. Castro-Lopes J, Saramago P, Romão J, Paiva M. Pain Proposal-A Dor Crónica em Portugal. Consultado em. 2011;24.
2. Christa Harstall MO. How Prevalent is Chronic Pain? . Clinical Updates: International Association for the study of pain [serial on the Internet]. 2003; Volume XI: Available from: <http://www.iasppain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&CONTENTID=7594&SECTION=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm>.
3. EFIC. EFIC's Declaration on Pain. Available from: <http://www.efic.org/index.asp?sub=724B97A2EjBu1C>.
4. NCCAM. What Is Complementary and Alternative Medicine? : National Center for Complementary and Alternative Medicine Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>.
5. Eisenberg DM DR, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA. 1998;280(18):1569-75.
6. Ossendorf A, Schulte E, Hermann K, Hagmeister H, Schenk M, Kopf A, et al. Use of complementary medicine in patients with chronic pain. European Journal of Integrative Medicine. 2009;1(2):93-8.
7. Foltz V, St Pierre Y, Rozenberg S, Rossignol M, Bourgeois P, Joseph L, et al. Use of complementary and alternative therapies by patients with self-reported chronic back pain: a nationwide survey in Canada. Joint Bone Spine. 2005;72(6):571-7.
8. Nguyen LT, Davis RB, Kaptchuk TJ, Phillips RS. Use of Complementary and Alternative Medicine and Self-rated Health Status: Results from a National Survey. Journal of general internal medicine. 2011;26(4):399-404.
9. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. Phys Ther. 2011 Jan;91(1):25-36.
10. Fritz Julie M, Hunter Stephen J, Tracy Diane M, Brennan Gerard P. Utilization and Clinical Outcomes of Outpatient Physical Therapy for Medicare Beneficiaries With Musculoskeletal Conditions. American Physical Therapy Association. 2011;91(3):330-45.
11. Van Tulder MW, Furlan AD, Gagnier JJ. Complementary and alternative therapies for low back pain. Best practice & research clinical rheumatology. 2005;19(4):639-54.
12. Lu W, editor. Acupuncture for side effects of chemoradiation therapy in cancer patients. Seminars in Oncology Nursing; 2005: Elsevier.
13. Sprott H, Franke S, Kluge H, Hein G. Pain treatment of fibromyalgia by acupuncture. Rheumatology international. 1998;18(1):35-6.

14. Zeltzer LK, Tsao JCI, Stelling C, Powers M, Levy S, Waterhouse M. A phase I study on the feasibility and acceptability of an acupuncture/hypnosis intervention for chronic pediatric pain. *Journal of pain and symptom management*. 2002;24(4):437-46.
15. Willich SN, Reinhold T, Selim D, Jena S, Brinkhaus B, Witt CM. Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain. *Pain*. 2006;125(1):107-13.
16. Crofford L, Appleton B. Complementary and alternative therapies for fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*. 2001;3(2):147-56.
17. Mao JJ, Palmer CS, Healy KE, Desai K, Amsterdam J. Complementary and alternative medicine use among cancer survivors: a population-based study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2011;5(1):8-17.
18. de Oliveira AG. *Bioestatística, epidemiologia e investigação*: Lidel; 2009.
19. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-333.
20. Alves S, Bento J, Fernandes A, Leite S, Moreira A, Mota A, et al. Prevalence of Chronic Pain in general population within Oporto area.
21. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an internet-based survey. *The Journal of Pain*. 2010;11(11):1230-9.
22. Konvicka JJ, Meyer TA, McDavid AJ, Roberson CR. Complementary/alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2008;23(1):17-23.
23. Ndao-Brumblay SK, Green CR. Predictors of complementary and alternative medicine use in chronic pain patients. *Pain Medicine*. 2010;11(1):16-24.
24. Artus M, Croft P, Lewis M. The use of CAM and conventional treatments among primary care consulters with chronic musculoskeletal pain. *BMC family practice*. 2007;8(1):26.
25. Rosenberg EI, Genao I, Chen I, Mechaber AJ, Wood JA, Faselis CJ, et al. Complementary and alternative medicine use by primary care patients with chronic pain. *Pain Medicine*. 2008;9(8):1065-72.
26. Joos S, Musselmann B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany-A focus group study of GPs. *BMC health services research*. 2008;8(1):127.
27. Reuben SS, Buvanendran A. Preventing the development of chronic pain after orthopaedic surgery with preventive multimodal analgesic techniques. *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)*. 2007;89(6):1343-58.
28. Haetzman M, Elliott A, Smith B, Hannaford P, Chambers W. Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. *Family practice*. 2003;20(2):147-54.
29. Upchurch DM, Chyu L, Greendale GA, Utts J, Bair YA, Zhang G, et al. Complementary and alternative medicine use among American women: findings from The National Health Interview Survey, 2002. *Journal of women's health*. 2007;16(1):102-13.

30. Furlan A, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008;4.
31. Mehling WE, Jacobs B, Acree M, Wilson L, Bostrom A, West J, et al. Symptom management with massage and acupuncture in postoperative cancer patients: a randomized controlled trial. Journal of pain and symptom management. 2007;33(3):258-66.
32. NCCAM. Cancer and Complementary: Health Practices: Available from: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Get_The_Facts_Cancer_and_CHP_03-09-2012.
33. Can G, Erol O, Aydiner A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. European Journal of Oncology Nursing. 2009;13(4):287-94.
34. Ben-Arye E, Frenkel M. Referring to complementary and alternative medicine-A possible tool for implementation. Complementary Therapies in Medicine. 2008;16(6):325-30.
35. Katz David L, Ather A. PREVENTIVE MEDICINE, INTEGRATIVE MEDICINE & THE HEALTH OF THE PUBLIC. 2009.

Anexos

Anexo 1



Universidade da Beira Interior
Faculdade Ciências da Saúde
Mestrado Integrado em Medicina

Questionário:

“ Uso das terapias alternativas/complementares no controlo da dor crónica na região da Beira Interior ”

CAPÍTULO I

1. Sente algum tipo de dor?:

Sim Não

2. Há quanto tempo tem esse tipo de dor?:

< 3 meses > 3 meses

3. Que patologia induz essa dor?:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Cefaleia | <input type="checkbox"/> |
| Lombalgia | <input type="checkbox"/> |
| Cervicalgia | <input type="checkbox"/> |
| Neuropatia | <input type="checkbox"/> |
| Artrite Reumatóide | <input type="checkbox"/> |
| Osteoartrite | <input type="checkbox"/> |
| Lesão Traumática | <input type="checkbox"/> |
| Reabilitação pós-cirúrgica | <input type="checkbox"/> |
| Outra | <input type="checkbox"/> |

Qual?

4. Alguma vez usou alguma terapia complementar/alternativa?:

Sim Não

5. Qual/Quais?:

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Meditação | <input type="checkbox"/> | Massagem | <input type="checkbox"/> |
| Acupunctura | <input type="checkbox"/> | Técnicas de Relaxamento | <input type="checkbox"/> |
| Hipnose | <input type="checkbox"/> | Fisioterapia | <input type="checkbox"/> |
| Hidroterapia | <input type="checkbox"/> | TENS | <input type="checkbox"/> |
| Ervas Medicinais | <input type="checkbox"/> | Reiki | <input type="checkbox"/> |
| Outra | <input type="checkbox"/> | | |

Qual?

6. Qual o resultado após a(s) terapia(s)?:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Melhorou bastante | <input type="checkbox"/> |
| Melhorou | <input type="checkbox"/> |
| Sem efeito | <input type="checkbox"/> |
| Piorou | <input type="checkbox"/> |
| Piorou bastante | <input type="checkbox"/> |

7. Foi referenciado por algum especialista para efectuar a(s) terapia(s)?:

Sim Não

Se *sim*, qual a Especialidade?

CAPÍTULO II

1. Idade?:

2. Sexo?:

Feminino Masculino

3. Localidade?:

4. Grau de escolaridade?:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1º Ciclo (antiga 4ª classe) | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo (6º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo ou equivalente (9º ano) | <input type="checkbox"/> |
| Secundário ou equivalente (12º ano) | <input type="checkbox"/> |
| Bacharelato/Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| Doutoramento | <input type="checkbox"/> |

5. Profissão?:

- Estudante
- Doméstico(a)
- Desempregado(a)
- Reformado(a)
- Trabalhador(a) por conta de outrem
- Trabalhador(a) por conta própria

Muito obrigada pela disponibilidade!

Joana Cardoso

Anexo 2

Covilhã, Junho de 2011

Exmo. Sr. Dr. Fernando Monteiro Girão

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Sousa Martins

ASSUNTO: Requerimento para aplicação do Protocolo de Tese de Mestrado

Eu, Telma Joana Bernardino Cardoso, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que, no âmbito da minha Tese de Mestrado intitulada "Uso das terapias alternativas/complementares no controlo da dor crónica na região da Beira Interior" e sob orientação da Dra. Isabel Duque (MD, Anestesiologista, Serviço de Anestesiologia, Responsável pela Consulta da Dor do Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, Assistente convidada pela Faculdade Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior), autorize a aplicação do Protocolo de Tese de Mestrado (enviado em anexo) e, por conseguinte, o desenvolvimento das actividades a ele inerentes na Consulta da Dor do Hospital Sousa Martins .

Consciente da minha responsabilidade, e como aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina pela Universidade da Beira Interior, garanto que o Segredo e Sigilo Médico serão cumpridos.

Grata pela atenção dispensada.

Subcrevo-me com os meus melhores cumprimentos,

Telma Joana Bernardino Cardoso

A Crim. de Eiza
voto de a dpa
06/07/2011

Telma Joana Cardoso
Mestrado Integrado em Medicina – Faculdade Ciências da Saúde – UBI
a19982@fcsaude.ubi.pt | 964868051

U. L. S. Guarda, E.P.E.
Acta n.º 30 de 20/07/2011

U. L. S. Guarda 03/06/11 14:30:09

Anexo 3



Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE

Ofício: Telma Joana Bernardino Cardoso

Assunto: Preenchimento de questionário presencial, referente a um do Estudo retrospectivo transversal no âmbito da Tese de Mestrado intitulada "Uso das terapias alternativas/complementares no controlo da dor crónica na região da Beira Interior" aos pacientes com dor crónica, inscritos na consulta da Dor do CHCB, HAL e HSM

Requerente: Telma Joana Bernardino Cardoso – Aluna do 5º ano de mestrado integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior

Título: Estudo intitulado "Uso das terapias alternativas/complementares no controlo da dor crónica na região da Beira Interior (de investigação)"

Objectivo: Estudar a prevalência da dor crónica na população da Beira Interior. Avaliar a frequência do uso das TAC na população com dor crónica da região da Beira Interior, explicar a distribuição das TAC por patologia, sexo, idade, grau de escolaridade e profissão, determinar a existência ou não de referência para o uso das mesmas terapias, apreciar a adequação das TAC utilizadas às patologias referidas.

Serviço onde decorre o Estudo: ULS de Castelo Branco (Hospital Amato Lusitano),

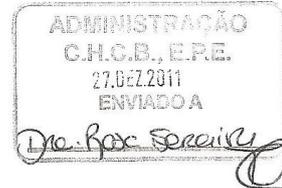
Data do pedido: Ofício datado no HAL em 01 de Junho de 2011

A Comissão de Ética do HAL, concorda com o referida recolha de dados, desde que sejam respeitados todos os parâmetros éticos.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 17 de Novembro de 2011

A Comissão de Ética

Anexo 4



Parecer:	Despacho: <u>OA</u> <i>autorizado</i> 27.02.2011 <i>[Signature]</i>
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº57/2011-"Uso das terapias alternativas / complementares no controlo da dor crónica na região da Beira Interior"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 103/2011
DE: Núcleo de Investigação	Data 15/12/2011
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Telma Joana Bernardino Cardoso, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização do projecto de investigação subordinado ao tema: "Uso das terapias alternativas / complementares no controlo da dor crónica na região da Beira Interior", a realizar no Departamento de Medicina deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº53 /2011, emitido pela Comissão de Ética</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>psrociis</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p><i>Rosa Saraiva</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	