

DOR®

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 12, Número 2, 2004

Volume monotemático dedicado ao relatório sobre
**A DOR NA POPULAÇÃO PORTUGUESA.
ALGUNS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS (2002)**

Autores: *Sara Rabiais, Paulo Jorge Nogueira, José Marinho Falcão*

Director

José Manuel Castro Lopes

Director Executivo

José Manuel Caseiro

Acessora de Direcção

Ana Regalado

Conselho Científico

António Coimbra

António Palha

Aquiles Gonçalo

Armando Brito e Sá

Cardoso da Silva

Daniel Serrão

(P^º) Feytor Pinto

Gonçalves Ferreira

Helder Camelo

João Duarte

Jorge Tavares

José Luis Portela

José Manuel Castro Lopes

Maia Miguel

Martins da Cunha

Nestor Rodrigues

Robert Martins

Walter Oswald

Zeferino Bastos

Sumário

Editorial	
Essa dor	3
<i>José Manuel Caseiro</i>	
Mensagem do Presidente da APED	4
<i>José Manuel Castro Lopes</i>	
A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002)	6
<i>Sara Rabiais, Paulo Jorge Nogueira, José Marinho Falcão</i>	
Introdução	7
Material e métodos	8
<i>Amostra</i>	8
<i>Colheita de dados</i>	8
<i>Tratamento dos dados e análise estatística</i>	9
Resultados	9
<i>Amostra</i>	9
<i>Frequência dos episódios de dor</i>	10
<i>Duração da dor</i>	18
<i>Intensidade e atitude face à dor</i>	21
<i>Influência da dor nas actividades diárias</i>	24
<i>Dores menstruais</i>	25
<i>Dores Cirúrgicas</i>	25
Discussão e conclusões	27
<i>Amostra</i>	27
<i>O questionário</i>	28
<i>Principais resultados</i>	30
Referências	31
Anexos	32
<i>Anexo 1</i>	32
<i>Anexo 2</i>	34



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista "DOR" considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista "DOR" deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em diskete 3.5" 2HD (1.4 Mb) ou zip 100 Mb, para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail: aped@mail.pt

3. A Revista "DOR" incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista "DOR", bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista "DOR" incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2004 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/00
Ref.: 398AP042



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados nesta revista são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Editorial

Essa dor

José Manuel Caseiro

No passado dia 8 de Junho, reuniu-se a Assembleia Geral da APED, com a finalidade, entre outras, de proceder ao acto eleitoral para o próximo triénio. A única lista candidata era constituída por um elenco renovado da anterior direcção, que muito pugnou para que não surgisse como lista única, o que se compreende, do ponto de vista da vitalidade de uma associação que não teme a controvérsia e a discussão interna dos seus problemas.

Acontece que uma lista única não tem que ser defeito nem constituir problema, principalmente quando se reconhece, na equipa que a constitui, obra feita, prestígio, competência e uma dedicação merecedora do maior agradecimento e aplauso de todos. Não vale a pena relembrar agora tudo o que se conseguiu neste triénio, em que o Prof. Castro Lopes dirigiu os destinos da APED, culminando até com a assumpção de responsabilidades a nível internacional, ao ser eleito para o prestigioso cargo de tesoureiro da EFIC e, mesmo em cima da hora, a criação da Competência em Medicina da Dor pela Ordem dos Médicos.

A “lista única” limita-se, assim, a reproduzir, na “única lista possível”, a vontade activa da Associação em ver continuado o excelente trabalho que tem vindo a ser feito, traduzido nas urnas por uma votação unânime, a que só faltou uma maior participação dos associados que pudesse oferecer mais brilho ao acto e servisse para manifestar presencialmente a nossa gratidão pela disponibilidade que continuam a demonstrar, bem como por tanto e tão qualificado trabalho produzido.

Da minha parte, quero deixar bem expresso o meu agradecimento e os votos de continuação do excelente programa de acção já iniciado.

Poucos dias depois, celebrou-se, pela 6ª vez, o Dia Nacional de Luta contra a Dor, este ano com menos visibilidade que nos anteriores, fruto da ocupação dos media pelos acontecimentos desportivos que têm marcado a vida nacional. Antevendo isso mesmo, também a direcção da APED se dispensou de organizar grandes eventos, embora patrocinando iniciativas que, em vários locais, se geraram.

Numa delas, ocorrida no Centro Regional de Oncologia de Coimbra do IPOFG SA e organizada pela Consulta de Dor, programou-se uma sessão clínica dedicada ao tema da “Dor como 5º Sinal Vital”, onde eu próprio e a Enfª Cristina

Fernandes, do IPO de Lisboa, participámos como oradores.

Nada disto justificaria menção especial neste editorial, não fora o surpreendente entusiasmo com que, no local, toda a celebração do Dia Nacional de Luta Contra a Dor foi efectuada: o anfiteatro estava cheio, o período de diálogo e discussão após as palestras foi muito vivo e participado, o orfeão do IPO de Coimbra actuou durante 40 min no *hall* do Hospital, entretanto decorado com cartazes e trabalhos alusivos à dor e ao “seu” Dia Nacional e, no final, foi servido um *buffet*.

Inserido em todo este contexto, o Enfº Pedro Lopes Pinto, do bloco operatório daquela instituição, surpreendeu-nos, declamando um poema de sua autoria — “Essa dor” — com cuja reprodução me permito terminar, sem qualquer outro comentário, este editorial:

Essa dor, que vai e vem,
em múltiplos despertares,
prolonga a sua viagem,
em momentos díspares.

Lança-se, matando a sua fome,
num movimento que me consome,
nunca está verdadeiramente saciada,
sendo a agonia prolongada.

Deixo-me perder na escuridão,
mergulhando nas trevas,
não há evidente salvação,
para uma qualquer continuação.

Mas eis que surge luz,
com o raiar do dia,
há algo que me seduz,
mais belo que uma poesia.

É uma mão amiga,
que me vem embalar,
É uma mão amiga,
pronta a ajudar.

Por entre olhares e sorrisos,
conversas e confissões,
acho os bálsamos que são precisos,
para acabar com as atribulações.

Surge também a ciência,
em plena ebulição,
lançada numa evolução,
para pôr fim à penitência.

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

A proposta para a criação da Competência em Medicina da Dor foi finalmente aprovada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. Dado que tive conhecimento do facto no dia em que escrevo estas palavras, através de fontes oficiosas que me merecem a maior confiança, desconheço os termos em que se processou a aprovação. Posso, no entanto, afirmar que foi dado mais um grande passo para o reconhecimento da importância do combate à dor no nosso País, e alcançado aquele que constituía indubitavelmente um dos objectivos mais ambiciosos da APED. Sempre acreditei que a razão que nos assistia acabaria por se sobrepor a quaisquer outros interesses (ver edição de Dezembro de 2004 desta página) e congratulo-me por verificar que a estratégia delineada pela direcção da APED acabou por dar o fruto desejado.

Nos termos do artigo 1º do Regulamento Geral dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos, Competência é um “título que reconhece habilitações técnico-profissionais comuns a várias especialidades e que pode ser obtido por qualquer especialista, através de apreciação curricular apropriada, por Comissão para o efeito nomeada pelo Conselho Nacional Executivo”. Por outro lado, o artigo 2º estipula que “Os médicos a quem foi reconhecido título de Competência constituem ‘Comissões de Competência’”, e a alínea d) do artigo 81º dos estatutos da Ordem dos Médicos refere que compete ao Conselho Nacional de Ensino e Educação Médica “Codificar, para efeitos de actividade profissional, a qualificação médica no que se refere aos *curricula minima*, tempo de estágio e idoneidade dos serviços, exames, júris e exercício profissional e parâmetros das diferentes especializações médicas e elaborar os respectivos regulamentos, podendo fazê-lo em colaboração com os colégios de especialidades e as sociedades médicas portuguesas”. Reconheço que não sei se este último artigo se aplica às competências ou apenas às especialidades e subespecialidades, mas seja qual for o mecanismo que conduza à definição dos critérios para a atribuição da Competência em Medicina da Dor, a direcção da APED estará atenta ao desenrolar do processo, disposta a colaborar sempre que para tal for solicitada, pronta para intervir quando julgue necessário, pautando a sua actuação pelo rigor, imparcialidade e transparência. Pessoalmente, creio estar numa posição privilegiada, pois ao

não possuir qualquer título de especialista, e não exercendo actividade clínica, fico automaticamente excluído da possibilidade de obter a competência, o que me confere acrescida independência.

Entretanto, realizou-se, no passado dia 8 de Julho em Lisboa, a Assembleia Geral da APED, que tinha como pontos fundamentais da ordem de trabalhos a aprovação do relatório de actividades e do relatório de contas do ano transacto e a eleição dos órgãos sociais da associação. Infelizmente, estiveram presentes menos de 10% dos associados da APED. Penso que a escassa participação no congresso europeu de anestesia que se realizava no mesmo local, e os afazeres profissionais da maioria dos associados, serão os principais responsáveis pela reduzida participação dos associados, e por isso noticia mais abaixo o que de mais relevante se passou na Assembleia Geral. Acresce que o facto de não terem sido divulgadas com antecedência as listas concorrentes aos órgãos sociais, face à sua inexistência, poderá ter contribuído para que fosse atribuída pouca importância à Assembleia Geral, enquanto a existência de um considerável número de associados com as respectivas quotizações em atraso revela o desinteresse de alguns pelas actividades da APED. Não posso, pois, deixar de referir uma certa mágoa por verificar que o empenho de alguns em prol de todos, ainda que eventualmente seja reconhecido, não é apoiado por acções tão simples como a participação numa Assembleia Geral.

Contrariamente ao voto que aqui expressei na anterior edição da revista, não surgiu qualquer proposta de listas para os órgãos sociais da APED. Assim, a decisão de encabeçar, pela segunda e última vez, uma lista para a direcção da APED, baseou-se na convicção de que, apesar de terem sido atingidos praticamente todos os objectivos a que a direcção cessante se tinha proposto, poderemos ainda contribuir para o fortalecimento da APED e para que esta tenha um papel cada vez mais activo na “promoção do estudo, ensino e divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor”, tal como referido nos seus estatutos (e, como diz o povo, a recusa da criação da competência “estava-me atravessada...”). Quero aqui expressar a minha pública gratidão aos membros da direcção cessante que, por razões diversas, não puderam continuar a exercer funções na nova direcção. O con-

tributo da Prof^ª. Deolinda Lima, Dr. Zeferino Bastos e Enf. Rui Rosado, nas suas respectivas esferas de acção, foi sem dúvida fundamental para muitas das realizações da APED nos últimos 3 anos.

Após a aprovação na Assembleia Geral do relatório de actividades e do relatório de contas referentes ao ano transacto, foram submetidas a votação e aprovadas por unanimidade as seguintes listas para os órgãos sociais da APED:

Direcção:

Presidente – José Manuel Castro Lopes, Faculdade de Medicina do Porto

Vice-presidente – Beatriz Craveiro Lopes, Hospital Garcia de Orta, Almada

Secretária – Isaura Tavares, Faculdade de Medicina do Porto

Tesoureiro – José Romão, Hospital Geral de Santo António, Porto

Vogal – Duarte Correia, Centro Hospitalar do Funchal

Vogal – Ilda Costa, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa

Vogal – Ananda Fernandes, Escola Superior de Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca, Coimbra

Mesa da Assembleia Geral:

Presidente – Nestor Rodrigues

Secretário – José Manuel Caseiro, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa

Vogal – Zeferino Bastos, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto

Conselho Fiscal:

Presidente – Jorge Tavares, Faculdade de Medicina do Porto e Hospital de S. João

Vogal – Carlos Jorge Carvalho, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Vogal – Laurinda Lemos, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Esta será, pois, uma direcção que procurará continuar o trabalho até agora desenvolvido, re-

forçada por 3 novos elementos que seguramente representarão uma mais valia para uma equipa que se quer multidisciplinar e multicêntrica.

Gostaria de salientar a importância do trabalho que a APED tem vindo a desenvolver no seio da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, através da participação naquela comissão de dois elementos da direcção (que passarão a ser 3 na nova direcção) e de um elemento do Conselho Fiscal. Embora o ritmo não seja o que todos desejávamos, alguns objectivos foram já atingidos e estamos próximo de alcançar outros. Por isso, uma das prioridades da acção da direcção da APED nos próximos 3 anos será o reforço da colaboração com aquela comissão, para que os objectivos do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que tem como meta temporal precisamente 2007, sejam alcançados tanto quanto possível. Embora existam alguns indicadores positivos (uma análise preliminar indica que o número de unidades de dor terá aumentado cerca de 40% em relação ao inquérito da Direcção Geral de Saúde realizado em 1999), estamos conscientes que será necessário um empenho muito grande de vários intervenientes para que tudo aquilo que está planeado venha a constituir uma realidade a curto/médio prazo.

Por fim, transcrevo na íntegra uma proposta da direcção cessante, aprovada na Assembleia Geral de 8 de Junho de 2004 por unanimidade e aclamação:

“Tendo em consideração o papel fundamental do Dr. Nestor Rodrigues na criação da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, e a devoção, empenho e inteligência extraordinárias com que conduziu os destinos da Associação enquanto seu primeiro presidente da direcção e fundador e director da revista *Dor*, propomos, ao abrigo do parágrafo 2º do artigo 4º dos estatutos da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, que lhe seja concedido o estatuto de Primeiro Sócio Honorário da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.”

A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002)

Sara Rabiais, Paulo Jorge Nogueira, José Marinho Falcão

Agradecimentos: Os autores agradecem à Dr.^a Teresa Contreiras, coordenadora do instrumento de observação ECOS, pelas diligências que tornaram possível a execução deste trabalho e também, ao Dr. Baltazar Nunes a preciosa ajuda na preparação das bases de dados.

Resumo

O presente estudo foi realizado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde de Dr. Ricardo Jorge. Foi planeado com o fim de melhorar o conhecimento sobre a frequência, a distribuição e algumas consequências das principais formas de dor, na população portuguesa.

Os dados foram colhidos por entrevista telefónica dirigida às famílias portuguesas que constituem a amostra ECOS. O questionário foi preferencialmente dirigido ao “Chefe da família” ou, na ausência deste, ao elemento do agregado com 18 ou mais anos. Foram obtidas respostas válidas de 1.414 indivíduos, o que corresponde a 84,6% dos indivíduos contactados. As entrevistas decorreram de 4 a 26 de Julho de 2002.

Os resultados mostraram que, nos últimos 7 dias anteriores à entrevista, **73,7%** dos inquiridos manifestaram ocorrência de **dor** e que 49,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais de um tipo de dor nesses sete dias.

As dores lombares (51,3%), as dores nos ossos e articulações (45,2%) e as dores de cabeça (34,7%) foram as mais referidas.

O presente trabalho mostra, também, a **multidimensionalidade de alguns tipos de dor**. Por exemplo, a dor de cabeça está simultaneamente associada ao sexo, à idade, ao nível de escolaridade e à Região. Verificou-se, para esta dor, que as mulheres apresentam um risco de dor 4 vezes superior ao dos homens, que os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos têm um risco 3 vezes superior ao dos indivíduos com 75 anos ou mais, que os indivíduos com menor grau de escolaridade mostraram riscos superiores de ter dor de cabeça e que os indivíduos residentes na Região Norte apresentam um risco superior de dor de cabeça relativamente às outras regiões.

Considerando todos os respondentes, nos 7 dias anteriores à entrevista, o **número médio de dias com dor**, na sua globalidade, foi de **4,7 dias para as mulheres** e de **2,8 dias para os homens**. Quando considerados apenas os indivíduos com dor, o número médio de dias com dor, na sua globalidade, foi de 5,8 dias para as mulheres e de 4,8 dias para os homens. Nestas duas situações estes valores mostraram-se significativamente mais elevados nas mulheres.

Verificou-se que, quanto à **intensidade da dor**, mais de metade dos respondentes (**53,3%**) sentiu uma dor **ligeira** e que as **atitudes tomadas** com maior frequência perante a dor foram: **tomar medicamentos receitados anteriormente (35,2%), não fazer nada (33,7%) e consultar um médico (17,3%)**.

Nos últimos sete dias anteriores à entrevista, o número médio de dias que os respondentes deixaram de fazer o que faziam habitualmente e faltaram ao trabalho por motivos de dor foi 0,8 dias e 0,2 dias respectivamente.

Das mulheres inquiridas, com idades entre os 18 e os 50 anos, **47%** costumam ter **dores menstruais**. Destas, **36,6%** têm normalmente **dores ligeiras** e, para atenuar a dor **54,7% tomam medicamentos receitados anteriormente**. Das mulheres que manifestaram sentir dores fortes ou muito fortes 23,0% ficam acamadas, 6,6% deixam sempre de fazer o que fazem habitualmente e 5,3% às vezes faltam ao trabalho.

Observou-se também, que **no último ano foram sujeitos a uma intervenção cirúrgica 8,6%** dos indivíduos. Destes **56,2%** teve dores após a cirurgia sendo fortes ou muito fortes 48,5% destas dores.

Introdução

O conceito de dor é difícil de estabelecer. Correntemente é bem aceite a noção de que a dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos. A dor é portanto, um fenómeno complexo, subjectivo e multidimensional difícil de apreender, definir, explicar ou medir.

Aceita-se também que a melhor forma de medir e avaliar a dor consiste na interpretação que o próprio indivíduo, que a sofre, dela faz¹.

Estão particularmente bem estabelecidas e estudadas as etiologias, os mecanismos de produção e de transmissão e as terapêuticas da dor. No entanto, a epidemiologia da dor não é bem conhecida, especialmente em base populacional.

A dor é usualmente fácil de caracterizar: quanto à região, podendo ser somática, visceral ou psicogénica; quanto à duração, podendo neste caso dizer-se aguda, crónica ou do membro fantasma; e quanto à intensidade, dizendo-se ligeira, moderada, intensa ou agónica¹.

Actualmente existem muitos estudos sobre a prevalência da dor, sobretudo estudos em populações concretas, como é o caso dos idosos, dos doentes internados^{2,3}, dos doentes de SIDA⁴, doentes do foro oncológico⁵, etc. A maioria dos estudos foca, no entanto, a dor crónica (dor persistente por mais de 3 meses ou 6 meses), e a dor aguda (geralmente com um ou dois dias de duração).

Por exemplo, em Espanha, a prevalência populacional da dor é elevada sendo registado um valor de 78,6%⁶. Ainda, no mesmo estudo, a prevalência da dor aguda, referindo-se à dor no dia anterior à entrevista, foi 29,6% e a prevalência da dor na semana anterior foi 42,2%.

Na Suécia, em indivíduos dos 25 aos 74 anos de idade, a prevalência da dor há mais de 3 meses foi de 55% e a dor com duração de mais de 6 meses foi de 49%⁷.

Num estudo israelita⁸ a dor aguda, sentida no dia da entrevista, foi 40%, embora a prevalência da dor crónica na população seja apenas de 9,9% (14% nas mulheres e 3% nos homens).

Regra geral, a prevalência da dor é mais elevada nas mulheres do que no homens^{6,8-12}. Por exemplo, em Espanha, a prevalência da dor aguda nas mulheres é de 37,6% e nos homens 20,9%⁶. Por vezes, é referenciada inexistência de diferenças entre homens e mulheres no que respeita a prevalência da dor⁷. Noutros casos é ainda referido que a diferença entre homens e mulheres reside essencialmente nas queixas de dores múltiplas e na dor intensa¹³.

A prevalência da dor aumenta com a idade^{6,8,11,12}, ou pelo menos mostra uma tendência de aumento até aos 60-65 anos e volta a níveis mais baixos em idades posteriores^{7,13}. São, no entanto, referidas prevalências consideravelmente elevadas nos indivíduos mais jovens⁷. Ocorrem referências a algumas excepções, nesta associação com a idade, em algumas dores específicas, das quais são exemplo as dores abdominais e as dores de cabeça (cefaleias)¹⁴.

As dores mais comumente referidas são as dores dos membros inferiores^{6,10}, as dores lombares^{6,7,10,15},

as dores musculoesqueléticas^{16,17}, as cefaleias^{6,10,15,18}, as dores de abdominais¹⁵ e as dores no pescoço/ombros¹³.

A dor acarreta encargos importantes quer ao nível do indivíduo quer ao nível social.

No indivíduo, a dor reflecte-se em níveis de menor ou maior incapacidade de lidar com as actividades regulares de trabalho^{6,9,19}, no desenvolvimento de actividades pessoais, domésticas ou sociais¹⁰.

A perda de capacidade funcional é também referida, afectando cerca de 13% dos indivíduos com dor^{13,20}, a perda de dias de trabalho verifica-se em 10,2% e a total incapacidade para o trabalho em 3,3%¹⁰.

A interferência nas actividades sociais dos indivíduos com dor está próxima dos 25%⁸.

Ao nível social, a dor reflecte-se obviamente na redução da inter-relação dos indivíduos; na produtividade, com a perda de dias de trabalho¹⁰ (4,5 dias/6 meses)²¹, em dias em que o indivíduo trabalha com dor (83,8 dias/6 meses)²¹ e em dias de actividade com eficiência reduzida (16,4 dias/6 meses)²¹; nos custos com cuidados de saúde e nos custos com medicação.

Mais ou menos dois terços dos indivíduos com dor recorrem a medicação^{6,22}. Esta distribui-se de forma não mutuamente exclusiva por medicamentos prescritos (58,4%), medicamentos não prescritos (57,4%) e medicamentos alternativos (15,7% a 20,5%)^{9,23,24}. A automedicação é referida na ordem dos 27% a 29%^{6,9}.

Os indivíduos com dor especializada (médico, especialista hospitalar, enfermeiro, fisioterapeuta e outros terapeutas), especificamente por causa da dor, em percentagens entre os 40% e os 67%^{6,9,19,23}. A procura do clínico geral situa-se em 67,2%, do fisioterapeuta em 25,9% e do terapeuta alternativo em 18,2% dos indivíduos com dor²³.

A literatura refere ainda que a dor está geralmente associada com a idade, o sexo, o nível sócioeconómico, emprego²⁵, a localização e a severidade da dor^{7,25} e ainda com o meio habitacional (rural ou urbano) do indivíduo²⁶.

Um estudo regista, que nos EUA, 1,3 milhões de indivíduos não tomam os medicamentos prescritos por causa do custo, e mais de metade referem problemas de saúde como consequência²⁷.

Note-se ainda, que num estudo australiano que procurou avaliar o estado de saúde de doentes com dor crónica que recorrem a um centro de dor, apenas foi registada uma diminuição global da dor corporal, não ocorrendo alterações noutras dimensões do estado de saúde avaliadas. Quando subdivida a análise por diversos grupos, ocorreram melhorias na dor corporal dos homens, dos pacientes com menos de 65 anos e nos pacientes com dor crónica exceptuando a dor de costas²⁸.

O principal objectivo deste estudo foi estabelecer a prevalência de dor na população portuguesa, num contexto comunitário.

Tratou-se de um estudo transversal que consistiu na aplicação de um inquérito por via telefónica. As entrevistas foram feitas aos membros do painel de famílias ECOS (Em Casa Observamos Saúde) do Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Este painel

de famílias consiste em famílias com telefone da rede fixa portuguesa, que previamente e independentemente deste estudo, foram aleatoriamente seleccionadas e acederam a voluntariamente responder a questões de saúde²⁹.

As questões sobre a dor referiram-se aos sete dias anteriores à entrevista e pretenderam abranger todos os tipos de dor, entre as quais, algumas das mais frequentemente citadas na literatura como mais prevalentes: cefaleia (“dor de cabeça”), dores lombares e dores nos ossos e articulações. Procurou-se que cada indivíduo caracterizasse a dor sentida quanto à duração, à intensidade, à atitude tomada e às alterações nas actividades diárias provocadas por episódios de dor.

Quanto à metodologia utilizada na análise do questionário foi efectuada a análise estatística descritiva univariada e multivariada dos dados.

Material e métodos

O presente estudo constou de um inquérito por entrevista telefónica. O questionário foi aplicado a uma amostra constituída pelo “Chefe da família” ou por qualquer outro indivíduo com 18 ou mais anos, residente nas unidades de alojamento que integram a amostra ECOS.

Amostra

A amostra usada é um instrumento de observação criado pelo ONSA (Observatório Nacional de Saúde) a partir do universo de famílias portuguesas residentes em Portugal Continental, com telefone fixo da rede de assinantes das listas da Portugal Telecom. Trata-se de uma amostra aleatória de unidades de alojamento com telefone, estratificada por Regiões de Saúde, com distribuição homogénea. Um mesmo número de unidades de alojamento em cada região permite obter estimativas a nível regional com precisões equivalentes.

Apesar de ser uma amostra probabilística apenas das famílias com telefone fixo, a amostra ECOS deverá representar, satisfatoriamente, a população portuguesa. A verificação desta representatividade foi feita comparando a composição, por sexo e grupo etário, das famílias ECOS (respondentes) com as estimativas da população continental portuguesa para o ano 2001 (INE) (Quadro 1).

Relativamente ao sexo não se verificaram diferenças significativas. A percentagem de indivíduos do sexo masculino foi na amostra ECOS – 47,8% e nas estimativas da população portuguesa em 2001 – 48,3%. Quanto à idade, a amostra ECOS apresentou diferenças relativamente pequenas em relação à população portuguesa. A percentagem de indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 74 é superior na amostra ECOS. Mesmo quando significativas, as diferenças encontradas entre a amostra ECOS e as estimativas da população (INE) nunca ultrapassaram as 6 unidades percentuais.

Em cada agregado foi apenas inquirido um elemento, o representante. Foi estabelecido que o representante deveria ser o “Chefe da família” ou na sua ausência, um elemento do agregado que tivesse 18 ou mais anos.

Quadro 1. Distribuição percentual dos indivíduos da amostra ECOS (famílias respondentes) e das estimativas da população continental portuguesa para 2001 (INE)

	ECOS %	População 2001 %	P
Sexo			
Masculino	47,8	48,3	0,547*
Feminino	52,2	51,7	
Grupo etário			
18-34 anos	25,8	31,8	0,000 [†]
35-54 anos	35,9	34,0	
55-74 anos	29,9	25,6	
75 e + anos	8,4	8,5	

*Teste exacto de Fisher; [†]Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Obtiveram-se respostas válidas de 1.414 indivíduos o que corresponde a 84,6% das 1.671 famílias contactadas.

Colheita de dados

Variáveis estudadas

Foram recolhidos dados sobre:

- sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação e Região de residência (correspondendo à Região de Saúde);
- número de dias, em sete, com dor de cabeça, dor de dentes, dor de ouvidos, dor de garganta, dor por causa acidental, dores lombares, dor nos ossos e articulações e com outras dores que não estas;
- número de dias, em sete, que deixou de exercer as actividades habituais por motivos de dor;
- dores menstruais: intensidade da dor e atitude perante a mesma;
- dores cirúrgicas: existência e intensidade da dor.

Para os indivíduos que apenas sentiram um único tipo de dor nos últimos sete dias anteriores à entrevista foram recolhidos dados sobre:

- intensidade da dor;
- atitude perante a dor.

Questionário

Para este estudo foi utilizado um questionário composto por 22 perguntas (ver Anexo 2). As primeiras 12 perguntas eram dirigidas a cada elemento do agregado e as restantes, eram apenas dirigidas ao entrevistado. A pergunta 8, sobre as dores menstruais, só foi realizada quando o entrevistado era do sexo feminino e com idade compreendida entre os 18 e os 50 anos.

Método de inquirição

Utilizou-se a metodologia de entrevista telefónica assistida por computador, recorrendo a uma rede de entrevistadores com formação específica para este trabalho.

A todas as famílias seleccionadas foi enviada previamente uma carta a informar sobre o estudo.

Na nota introdutória do inquérito esclareceu-se a natureza e o objectivo do estudo e identificou-se o ONSA como entidade responsável pelo mesmo.

Aceitou-se como respondente qualquer adulto residente de preferência, o "Chefe da família", que pudesse fornecer informações sobre do seu agregado. Caso não se encontrasse nenhum adulto, era agendado outro contacto.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 4 e 26 de Julho de 2002.

Tratamento dos dados e análise estatística

Para efeitos de análise:

A **idade** dos inquiridos foi separada em grupos etários (18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; ≥ 75 anos).

O **nível de escolaridade** foi separado em 5 grupos de escolaridade (Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever; Ensino básico; Preparatório - 9^o ano; Complementar - 12^o ano; Ensino Superior).

Foram consideradas as seguintes **atitudes tomadas** perante a dor: consultar um médico, consultar outro profissional de saúde (enfermeiro e farmacêutico), consultar um profissional de medicina alternativa (técnico naturista ou de acupunctura, endireita, curandeiro, virtuoso, ervanário e outro técnico de saúde), fazer tratamentos caseiros, modificar a alimentação, tomar medicamentos receitados anteriormente, tomar medicamentos indicados por pessoas conhecidas e não ter tomado qualquer atitude.

Do conjunto de questões que constituíram o questionário foram definidos, também para efeitos de análise, 5 grupos temáticos:

1. Dores, nos últimos sete dias anteriores à entrevista (Perguntas 1 e 2);
2. Intensidade e atitude tomada perante a dor sentida nos últimos sete dias anteriores à entrevista (Perguntas 3,5 e 6);
3. Número de dias, em sete, que as actividades diárias foram afectadas por motivos de dor (Pergunta 7);
4. Dores menstruais (Pergunta 8);
5. Dores cirúrgicas (Pergunta 10).

Após a codificação das perguntas que constituíam o questionário, este foi colocado em suporte digital na forma de uma base de dados, tendo sido submetida por fim a um processo de validação da congruência dos dados.

As perguntas 1, 2 e 10 do questionário foram desagregadas por sexo, grupo etário, grupo de escolaridade, ocupação e região.

Foi feita a análise descritiva dos dados, centrada essencialmente em frequências absolutas e relativas para cada um dos níveis de desagregação utilizados, assim como os respectivos intervalos de confiança a 95%.

Para a análise estatística foi utilizado o pacote de software estatístico SPSS 11.1.

Para testar a associação entre variáveis utilizou-se:

- Teste do Qui-quadrado de Pearson;

- Teste exacto de Fisher nas situações de tabelas 2x2 células.

Para avaliar a existência de tendência ao longo de factores ordinais usou-se o teste de Associação Linear x Linear (teste de tendência).

Para testar a diferença de médias entre variáveis utilizou-se o procedimento de análise variância a um factor (ANOVA) recorrendo-se ao teste de Levene para averiguar o pressuposto da homogeneidade das variâncias populacionais.

Na impossibilidade da realização do teste de análise de variância simples utilizaram-se os testes não paramétricos

- Testes de Mann Whitney (nas situações de 2 amostras independentes);
- Teste de Kruskal - Wallis (para mais de 2 amostras independentes).

Para avaliar que factores estavam simultaneamente associados a cada tipo de dor usou-se o procedimento de regressão logística binária. Foram ajustados os efeitos principais de todos os factores considerados, nomeadamente, região, sexo, grupo etário, grupo de escolaridade e ocupação do indivíduo. Assim, são apresentadas estimativas de risco relativo para cada nível de cada factor, representando a estimativa o risco para esse nível após o ajuste para os restantes factores.

Por sua vez, para estudar que factores se associavam simultaneamente com o número de dias com dor foram usados modelos lineares generalizados univariados (Análise de variância multifactorial). Também aqui foram considerados os efeitos principais para todos os factores considerados.

Para todos os testes estatísticos foi estabelecido o nível de significância de 5%.

Para garantir a ocorrência dos pressupostos de alguns testes estatísticos redefiniu-se em certas situações algumas das variáveis (factores) em estudo, nomeadamente, a ocupação e o grupo etário.

A variável ocupação foi, nesses casos, representada pelo o número de indivíduos pertencentes a um de dois grupos:

- população activa (trabalhadores por conta própria e trabalhadores por conta de outrem);
- população não activa (reformados, domésticas(os), desempregados e estudantes).

A variável grupo etário representada pelo número de indivíduos pertencentes aos seguintes grupos etários: 18-34; 35-54; 55-74; 75 ou mais anos.

Resultados

Todas as perguntas foram objecto de análise, tendo-se optado por apresentar em quadros os resultados que pareceram ser mais relevantes e/ou revelaram ter alguma associação estatisticamente significativa. No Anexo 1 encontram-se quadros com as percentagens das diferentes dores, desagregadas por sexo, grupo etário, grupo de escolaridade, ocupação e região.

Amostra

Neste estudo participaram efectivamente 1.414 indivíduos o que corresponde a 84,6% dos indivíduos contactados.

No Quadro 2 apresentam-se as características gerais dos indivíduos inquiridos.

Verificou-se, entre os respondentes, uma predominância do sexo feminino (64,6%). Relativamente à idade uma grande percentagem Acrescentar de indivíduos com mais de 45 anos, 67,9%, uma média de idades de 52,9 anos e um desvio padrão de 16,4 anos. Metade, 50,2%, dos indivíduos pertencem aos grupos com menor nível de escolaridade. Quanto à ocupação os grupos predominantes foram os trabalhadores por conta de outrem (36,8%) e os reformados (28,9%). A distribuição dos indivíduos foi muito semelhante nas diferentes regiões do Continente.

Frequência dos episódios de dor

Quando questionados acerca da ocorrência de dor (dor de cabeça, dor de dentes, dor de ouvidos, dor de garganta, dor por causa accidental, dores lombares e dor nos ossos e articulações), nos últimos sete dias anteriores à entrevista, verificou-se que 73,7% dos respondentes afirmaram ter sentido pelo menos um tipo de dor.

As dores referidas com maior frequência foram as dores lombares (51,3%), as dores nos ossos e articulações (45,2%) e as dores de cabeça (34,7%) (Quadro 3).

Dos indivíduos que manifestaram outras dores, 37,7% tiveram dores abdominais.

Observou-se que 49,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais de um tipo de dor nos sete dias anteriores à entrevista (Quadro 4).

Dor (pelo menos um tipo de dor)

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, grupo etário, grupo de escolaridade e ocupação (Quadro 5). A percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido pelo menos um tipo de dor nos últimos sete dias anteriores à entrevista, foi maior nos indivíduos do sexo feminino (81,7%), nos respondentes com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (81,7%), com o menor grau de escolaridade (85,3%) e domésticas(os) (85,8%). É de salientar que a percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido pelo menos um tipo de dor foi crescente até ao grupo etário dos 55-64 anos voltando a decrescer para os grupos seguintes. Verificou-se também que quanto menor o grau de escolaridade maior a percentagem de indivíduos com dor.

Pela análise multifactorial, verificou-se que os únicos factores que se associavam simultaneamente com o ter "pelo menos um tipo de dor" foram o sexo e o grupo de escolaridade (Quadro 6).

Quadro 2. Características gerais dos indivíduos inquiridos

	n=(1414)	%	% acumulada
Sexo			
Masculino	501	35,4	
Feminino	913	64,6	
Grupo etário			
18 a 24 anos	81	5,8	5,8
25 a 34 anos	116	8,3	14,1
35 a 44 anos	251	18,0	32,1
45 a 54 anos	278	19,9	52,0
55 a 64 anos	291	20,8	72,9
65 a 74 anos	243	17,4	90,3
75 e mais anos	136	9,7	100,0
sem informação	18	1,3	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	184	13,0	13,0
Ensino básico	525	37,2	50,2
Preparatório - 9º ano	298	21,1	71,4
Complementar - 12º ano	196	13,9	85,3
Ensino Superior	208	14,7	100,0
sem informação	3	0,2	
Ocupação			
Trabalhador por conta própria	148	10,5	
Trabalhador por conta de outrem	520	36,8	
Doméstica/o	232	16,4	
Reformado/a	408	28,9	
Desempregado	41	2,9	
Estudante	63	4,5	
sem informação	2	0,1	
Região			
Norte	295	20,9	
Centro	292	20,7	
LVT	290	20,5	
Alentejo	276	19,5	
Algarve	261	18,5	

Assim, após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que:

1. O risco de dor no sexo feminino foi 3 vezes superior ao do sexo masculino.
2. Os indivíduos com menor escolaridade mostraram riscos superiores de ter “pelo menos um tipo de dor”. Um indivíduo que não sabe ler ou apenas sabe ler e escrever apresentava uma probabilidade 2,8 vezes maior de ter “pelo menos um tipo de dor” do que um indivíduo com um nível de escolaridade superior.

“Dor de cabeça”

Observaram-se diferenças com significado estatístico relativamente a todas as variáveis (Quadro 7). A percentagem de inquiridos com dor de cabeça foi maior nos indivíduos do sexo feminino (44,3%), domésticas/os (44,6%), residentes na região Norte (40,6%) e com o menor grau de escolaridade (42,1%). Relativamente à idade, é de salientar que os grupos etários de idades mais elevadas foram os que apresentaram as menores percentagens de indivíduos com dor de cabeça. Observou-se também que a dor de cabeça diminui com o aumento da idade e com a diminuição do grau de escolaridade.

Verificou-se, pela análise multifactorial que quase todos os factores se associaram com o ter sentido “dor de cabeça” (Quadro 8).

Assim, após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que:

1. O risco de dor de cabeça nos indivíduos do sexo feminino foi 3,9 vezes superior ao do sexo masculino;
2. O risco de dor de cabeça diminuía com a idade. Sendo este risco de dor de cabeça nos indivíduos com idades entre os 18 e os 34 anos 3,1 vezes superior ao dos indivíduos com mais de 75 anos;

3. Os indivíduos com menor escolaridade mostraram riscos superiores de ter dor de cabeça. Assim um indivíduo que não sabe ler ou apenas sabe ler e escrever apresentou uma probabilidade 2,5 vezes maior de ter dor de cabeça do que um indivíduo com um nível de escolaridade superior;
4. Os indivíduos da Região Norte apresentaram um risco superior de dor de cabeça relativamente à restantes regiões.

Dor de dentes

Não se verificou associação estatisticamente significativa entre esta dor e qualquer uma das variáveis analisadas (Quadro 9). No entanto é de notar que esta dor diminui com o aumento da idade ($p=0,09$).

Ao usar a análise multifactorial também nenhum factor se mostrou globalmente associado a ter dor de dentes. No entanto, para o factor grupo etário, verificou-se que todos os grupos etários até aos 75 ou mais anos apresentavam riscos superiores de dor de dentes até 10,7 vezes superiores ao risco de dor dos indivíduos com 75 ou mais anos.

Da mesma forma, para o factor grupo de escolaridade verificou-se que os dois primeiros grupos de escolaridade apresentaram um risco de dor de dentes cerca de 3 vezes superior ao dos indivíduos do ensino superior (Quadro 10).

Dor de ouvidos

Observaram-se diferenças com significado estatístico relativamente ao sexo, ao grupo de escolaridade e à ocupação. A percentagem dos indivíduos com “dor de ouvidos” foi maior nos indivíduos do sexo feminino (6,9%), com o menor grau de escolaridade (9,3%) e pertencentes à população não activa (6,9%) (Quadro 11).

Quadro 3. Percentagens dos diferentes tipos de dor manifestadas nos últimos sete dias anteriores à entrevista

Tipos de dor	n	%	IC 95%
Dor (pelo menos um tipo de dor)	1.035	73,7	(71,4;76,0)
Dor de cabeça	488	34,7	(32,2;37,2)
Dor de dentes	77	5,4	(4,2;6,6)
Dor de ouvidos	77	5,4	(4,2;6,6)
Dor de garganta	128	9,1	(7,6;10,6)
Dor por causa accidental	85	6,0	(4,8;7,2)
Dores lombares	722	51,3	(48,7;53,9)
Dor nos ossos e articulações	634	45,2	(42,6;47,8)
Outras dores	75	5,3	(4,1;6,5)

Quadro 4. Distribuição percentual do número de dores sentidas nos últimos sete dias anteriores à entrevista

Número de dores por indivíduo	n	%	IC 95%
Nenhuma dor	379	26,80	(24,5;29,1)
1 dor	335	23,70	(21,5;25,9)
2 dores	334	23,60	(21,4;25,8)
3 dores	237	16,80	(14,9;18,7)
4 ou mais dores	129	9,20	(7,7;10,7)

Quadro 5. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido pelo menos um tipo de dor, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	Dor (pelo menos um tipo de dor)		p
	n	%	
Sexo			
Masculino	291	59,0	<0,001*
Feminino	744	81,7	
Grupo etário			
18 a 24 anos	49	60,5	0,001 [†]
25 a 34 anos	114	69,3	<0,001 [§]
35 a 44 anos	251	67,7	
45 a 54 anos	276	73,6	
55 a 64 anos	290	81,7	
65 a 74 anos	239	77,0	
75 e mais anos	135	73,3	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	157	85,3	<0,001 [†]
Ensino básico	412	79,2	<0,001 [§]
Preparatório - 9º ano	213	71,5	
Complementar - 12º ano	130	67,0	
Ensino Superior	122	59,5	
Ocupação			
Trabalhador por conta própria	96	64,9	<0,001 [†]
Trabalhador por conta de outrem	363	70,3	
Doméstica/o	199	85,8	
Reformado/a	310	77,1	
Desempregado	31	75,6	
Estudante	36	57,1	

*Teste exacto de Fisher; [†]Teste do Qui-quadrado de Pearson; [§]Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Quadro 6. Estimativas de risco relativo de ter "pelo menos um tipo de dor" e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dor (pelo menos um tipo de dor)		p*
		IC 95%		
Sexo				
Masculino	1,000			<0,001
Feminino	3,062	(2,360;3,973)		
Grupo etário				
18 a 34 anos	1,063	(0,601;1,880)		0,159
34 a 54 anos	1,182	(0,707;1,976)		0,833
55 a 74 anos	1,529	(0,962;2,432)		0,523
75 ou mais anos	1,000			0,073
Grupo de escolaridade				
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	2,827	(1,591;5,023)		<0,001
Ensino básico	2,321	(1,560;3,452)		<0,001
Preparatório - 9º ano	1,735	(1,170;2,572)		0,006
Complementar - 12º ano	1,472	(0,958;2,261)		0,078
Ensino Superior	1,000			
Ocupação				
Pertence à população activa	1,000			0,702
Pertence à população não activa	1,062	(0,782;1,441)		
Região				
Norte	1,000			0,549
Centro	0,949	(0,642;1,401)		
LVT	0,984	(0,665;1,457)		
Alentejo	1,102	(0,729;1,666)		
Algarve	0,775	(0,520;1,153)		

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

Quadro 7. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido “dor de cabeça”, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Dor de cabeça %	p
Sexo			
Masculino	85	17,0	<0,001*
Feminino	403	44,3	
Grupo etário			
18 a 24 anos	34	42,0	0,005‡
25 a 34 anos	49	42,6	<0,001§
35 a 44 anos	100	40,0	
45 a 54 anos	86	31,0	
55 a 64 anos	107	36,9	
65 a 74 anos	74	30,7	
75 e mais anos	33	24,3	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	77	42,1	0,020‡
Ensino básico	187	35,8	0,004§
Preparatório - 9º ano	99	33,3	
Complementar - 12º ano	71	36,2	
Ensino Superior	54	26,2	
Ocupação			
Trabalhador por conta própria	39	26,4	0,001‡
Trabalhador por conta de outrem	188	36,3	
Doméstica/o	103	44,6	
Reformado/a	119	29,3	
Desempregado	17	41,5	
Estudante	22	35,5	
Região			
Norte	119	40,6	0,040‡
Centro	104	35,7	
LVT	95	32,8	
Alentejo	97	35,3	
Algarve	73	28,2	

*Teste exacto de Fisher; ‡Teste do Qui-quadrado de Pearson; §Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Pela análise multifactorial verificou-se que o único factor que se associou com a dor de ouvidos foi o sexo. Assim, após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que o risco de dor de ouvidos no sexo feminino foi 2,3 vezes superior ao do sexo masculino (Quadro 12).

Dor de garganta

Relativamente à dor de garganta, verificaram-se diferenças com significado estatístico em relação ao sexo e ao grupo etário. A maior percentagem de inquiridos que referiram esta dor era do sexo feminino (10,8%) e os que apresentaram as menores percentagens foram os indivíduos com 75 ou mais anos (5,9%) (Quadro 13).

Pela análise multifactorial verificou-se que os únicos factores que se associaram com a dor de garganta foram o sexo e o grupo de etário (Quadro 14).

Assim, após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que:

1. O risco de dor para o sexo feminino foi 1,8 vezes superior ao do sexo masculino.
2. Os indivíduos mais novos mostraram riscos superiores de ter dor de garganta. Um indivíduo

com idade compreendida entre 18 e os 34 anos tinha uma probabilidade 2,8 vezes maior de ter dor de garganta do que um indivíduo com mais de 75 anos.

Dor por causa accidental

Para este tipo de dor não se observaram diferenças com significado estatístico em relação a nenhuma das variáveis estudadas (Quadro 15).

Verificou-se, após a análise multifactorial, que o único factor que se associou com a dor por causa accidental foi a ocupação. Assim, após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que o risco de dor por causa accidental nos indivíduos pertencentes à população não activa foi 2 vezes inferior ao dos indivíduos da população activa (Quadro 16).

Dores lombares

Verificaram-se diferenças com significado estatístico relativamente a todas as variáveis, excepto a Região. A percentagem de indivíduos com dores lombares foi maior nos indivíduos do sexo feminino (59,4%), com idade entre os 55 e 64 anos (63,9%), com o

Quadro 8. Estimativas de risco relativo de ter “dor de cabeça” e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dores de cabeça IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		
Feminino	3,878	(2,930;5,132)	<0,001
Grupo etário			
18 a 34 anos	3,146	(1,776;5,574)	0,001
34 a 54 anos	2,043	(1,230;3,393)	<0,001
55 a 74 anos	1,725	(1,091;2,728)	0,006
75 ou mais anos	1,000		0,020
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	2,589	(1,543;4,343)	0,006
Ensino básico	2,028	(1,335;3,081)	<0,001
Preparatório - 9º ano	1,601	(1,050;2,440)	0,001
Complementar - 12º ano	1,694	(1,074;2,671)	0,029
Ensino Superior	1,000		0,023
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		
Pertence à população não activa	0,894	(0,676;1,184)	0,435
Região			
Norte	1,000		0,022
Centro	0,774	(0,541;1,108)	0,161
LVT	0,714	(0,496;1,030)	0,071
Alentejo	0,711	(0,494;1,024)	0,067
Algarve	0,523	(0,358;0,765)	0,001

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

menor grau de escolaridade (67,2%) e domésticas(os) (65,9%). Também se verificou que as dores lombares aumentam até ao grupo etário dos 55 aos 64 anos, diminuindo nos restantes grupos e que, em relação ao grau de escolaridade, estas dores diminuem com o aumento do grau de escolaridade (Quadro 17).

Pela análise multifactorial, verificou-se que os factores que se associaram com as dores lombares fo-

ram o sexo, o grupo etário e o grupo de escolaridade (Quadro 18).

Assim, após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que:

1. O risco de dor lombar no sexo feminino foi 2,6 vezes superior ao do sexo masculino.
2. Os indivíduos com idade compreendidas entre os 55 e os 74 anos tinham um risco de dor lom-

Quadro 9. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido dor de dentes, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Dor de dentes %	p
Sexo			
Masculino	22	4,4	0,221*
Feminino	55	6,0	
Grupo etário			
18 a 34 anos	12	6,1	0,090 [‡]
35 a 54 anos	32	6,0	0,105 [§]
55 a 74 anos	29	5,4	
75 e mais anos	1	0,7	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	10	5,4	0,664 [‡]
Ensino básico	31	5,9	0,277 [§]
Preparatório - 9º ano	19	6,4	
Complementar - 12º ano	10	5,1	
Ensino Superior	7	3,4	

*Teste exacto de Fisher; [‡]Teste do Qui-quadrado de Pearson; [§]Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Quadro 10. Estimativas de risco relativo de ter “dor de dentes” e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dor de dentes IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		
Feminino	1,506	(0,874;2,596)	0,141
Grupo etário			
18 a 34 anos	10,693	(1,277;89,531)	0,188
34 a 54 anos	8,376	(1,070;65,549)	0,029
55 a 74 anos	7,481	(1,003;55,796)	0,043
75 ou mais anos	1,000		0,050
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	3,418	(1,070;10,917)	0,246
Ensino básico	2,907	(1,115;7,577)	0,038
Preparatório - 9º ano	2,423	(0,936;6,267)	0,029
Complementar - 12º ano	1,958	(0,692;5,542)	0,068
Ensino Superior	1,000		0,250
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		
Pertence à população não activa	0,652	(0,373;1,140)	0,133
Região			
Norte	1,000		0,121
Centro	1,082	(0,542;2,160)	0,823
LVT	1,194	(0,594;2,401)	0,619
Alentejo	0,976	(0,477;1,997)	0,946
Algarve	0,308	(0,111;0,854)	0,024

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

bar 1,3 vezes superior ao dos indivíduos com 75 anos ou mais.

3. Os indivíduos com menor escolaridade mostraram riscos superiores de ter dor lombar. Um in-

dividuo que não sabe ler ou apenas sabe ler e escrever apresentava uma probabilidade 3 vezes superior de ter dor lombar que um indivíduo com um nível de escolaridade superior.

Quadro 11. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido dor de ouvidos, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Dor de ouvidos %	p
Sexo			
Masculino	14	2,8	0,001*
Feminino	63	6,9	
Grupo etário			
18 a 34 anos	12	6,1	0,080‡
35 a 54 anos	21	4,0	0,635§
55 a 74 anos	39	7,3	
75 e mais anos	5	3,7	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	17	9,3	0,045‡
Ensino básico	33	6,3	0,007§
Preparatório - 9º ano	11	3,7	
Complementar - 12º ano	9	4,6	
Ensino Superior	7	3,4	
Ocupação			
Pertence à população activa	26	3,9	0,018*
Não pertence à população activa	51	6,9	

*Teste exacto de Fisher; ‡Teste do Qui-quadrado de Pearson; §Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Quadro 12. Estimativas de risco relativo de ter “dor de ouvidos” e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dor de ouvidos IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		
Feminino	2,29	(1,247;4,205)	0,008
Grupo etário			
18 a 34 anos	2,798	(0,839;9,331)	0,182
34 a 54 anos	1,633	(0,550;4,850)	0,094
55 a 74 anos	2,306	(0,877;6,066)	0,377
75 ou mais anos	1,000		0,090
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	2,265	(0,803;6,387)	0,507
Ensino básico	1,761	(0,703;4,412)	0,122
Preparatório - 9º ano	1,127	(0,425;2,992)	0,227
Complementar - 12º ano	1,296	(0,468;3,591)	0,810
Ensino Superior	1,000		0,618
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		
Pertence à população não activa	1,316	(0,748;2,317)	0,341
Região			
Norte	1,000		0,389
Centro	0,889	(0,456;1,734)	0,730
LVT	0,446	(0,197;1,010)	0,053
Alentejo	0,782	(0,395;1,550)	0,481
Algarve	0,706	(0,339;1,467)	0,350

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

Dor nos ossos e articulações

Verificaram-se diferenças com significado estatístico relativamente a todas as variáveis excepto a Região. A percentagem de indivíduos com dor nos ossos e arti-

culações foi maior nos indivíduos do sexo feminino (54,6%), com idade entre os 65 e os 74 anos (60,8%), com o menor grau de escolaridade (75,8%) e domésticas(os) (66,5%). Verificou-se que a dor nos ossos e

Quadro 13. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido dor de garganta, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Dor de garganta %	p
Sexo			
Masculino	30	6,0	0,003*
Feminino	98	10,8	
Grupo etário			
18 a 24 anos	8	9,9	0,023 [‡]
25 a 34 anos	16	13,8	0,117 [§]
35 a 44 anos	24	9,6	
45 a 54 anos	18	6,5	
55 a 64 anos	38	13,1	
65 a 74 anos	16	6,6	
75 e mais anos	8	5,9	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	19	10,4	0,448 [‡]
Ensino básico	49	9,4	0,144 [§]
Preparatório - 9º ano	32	10,7	
Complementar - 12º ano	14	7,1	
Ensino Superior	14	6,7	

*Teste exacto de Fisher; [‡]Teste do Qui-quadrado de Pearson; [§]Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Quadro 14. Estimativas de risco relativo de ter “dor de garganta” e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dor de garganta IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		
Feminino	1,788	(1,154;2,770)	0,009
Grupo etário			
18 a 34 anos	2,755	(1,082;7,016)	0,069
34 a 54 anos	1,443	(0,609;3,420)	0,404
55 a 74 anos	1,780	(0,815;3,887)	0,148
75 ou mais anos	1,000		
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	1,649	(0,722;3,768)	0,415
Ensino básico	1,562	(0,789;3,091)	0,235
Preparatório - 9º ano	1,714	(0,882;3,334)	0,200
Complementar - 12º ano	1,032	(0,474;2,247)	0,112
Ensino Superior	1,000		0,936
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		
Pertence à população não activa	0,952	(0,616;1,470)	0,823
Região			
Norte	1,000		0,377
Centro	0,847	(0,461;1,559)	0,595
LVT	0,922	(0,501;1,694)	0,793
Alentejo	1,415	(0,810;2,473)	0,223
Algarve	1,240	(0,694;2,218)	0,468

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

articulações aumentava com a idade até aos 74 anos e com diminuição do grau de escolaridade (Quadro 19).

Verificou-se, pela análise multifactorial, que todos os factores, excepto a Região, se associaram com o ter dor nos ossos e articulações.

Assim, após o controlo de todas as variáveis, constatou-se que:

1. O risco de dor nos ossos e articulações no sexo feminino foi 3,1 vezes superior ao do sexo masculino.
2. Os indivíduos mais novos mostraram riscos inferiores de ter dor nos ossos e articulações.
3. Os indivíduos com menor escolaridade mostraram riscos superiores de ter dor nos ossos e

Quadro 15. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido dor por quedas, pancadas ou acidentes, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Dor por quedas, pancadas ou acidentes %	p
Sexo			
Masculino	26	5,2	0,352*
Feminino	59	6,5	
Grupo etário			
18 a 34 anos	16	8,1	0,473‡
35 a 54 anos	29	5,5	0,356§
55 a 74 anos	34	6,4	
75 e mais anos	6	4,4	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	14	7,7	0,689‡
Ensino básico	32	6,1	0,318§
Preparatório - 9º ano	19	6,4	
Complementar - 12º ano	8	4,1	
Ensino Superior	12	5,8	

*Teste exacto de Fisher; ‡Teste do Qui-quadrado de Pearson; §Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Quadro 16. Estimativas de risco relativo de ter “dor por quedas pancadas ou acidentes” e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dor por quedas pancadas ou acidentes IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		
Feminino	1,267	(0,775;2,073)	0,345
Grupo etário			
18 a 34 anos	2,061	(0,683;6,217)	0,219
34 a 54 anos	1,035	(0,375;2,857)	0,199
55 a 74 anos	1,353	(0,545;3,355)	0,947
75 ou mais anos	1,000		0,515
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	2,097	(0,820;5,363)	0,354
Ensino básico	1,510	(0,706;3,231)	0,122
Preparatório - 9º ano	1,229	(0,578;2,611)	0,288
Complementar - 12º ano	0,743	(0,294;1,874)	0,592
Ensino Superior	1,000		0,529
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		
Pertence à população não activa	0,505	(0,296;0,862)	0,012
Região			
Norte	1,000		0,804
Centro	1,069	(0,546;2,094)	0,845
LVT	0,971	(0,480;1,965)	0,934
Alentejo	1,184	(0,606;2,314)	0,621
Algarve	0,739	(0,346;1,579)	0,435

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

articulações. Um indivíduo que não sabe ler ou apenas sabe ler e escrever apresentou uma probabilidade 3 vezes maior de ter dor nos ossos e articulações do que um indivíduo com um nível de escolaridade superior.

4. O risco de dor nos ossos e articulações nos indivíduos pertencentes à população não activa foi 1,5 vezes superior ao risco dos indivíduos da população activa (Quadro 20).

Outras dores

Quando a dor verificada foi uma dor diferente das analisadas nos quadros anteriores observaram-se diferenças com significado estatístico relativamente ao sexo. A percentagem dos indivíduos que declararam ter sentido outras dores foi maior nos indivíduos do sexo feminino (6,5%) (Quadro 21).

Pela análise multifactorial verificou-se que o único factor que se associou com as “outras dores” foi o sexo. Assim, após o controlo das restantes variáveis, constatou-se que para o sexo feminino o risco de sentir “outras dores” foi cerca de 2 vezes inferior ao do sexo masculino (Quadro 22).

Para além da existência, ou não, da dor e do número de dores por indivíduo, procurou saber-se o número médio de dias com dor, nos últimos sete anteriores à entrevista.

Duração da dor

No Quadro 23.1 encontram-se registados o número médio de dias com dor de todos os indivíduos inquiridos e, no Quadro 23.2 o número médio de dias com dor dos indivíduos que efectivamente tiveram dor.

Considerando todos os indivíduos, incluindo aqueles que não tiveram qualquer dor, verificou-se que as dores lombares e a dor nos ossos e articulações foram as que apresentaram o maior número médio de dias com dor, 2,98 e 2,78 respectivamente.

Quando considerados apenas os indivíduos que tiveram dor, observou-se que o número médio de dias com dor na sua globalidade foi de 5,55 dias e que as dores nos ossos e articulações (6,15 dias) e as dores lombares (5,80 dias) salientaram-se por apresentarem o maior número médio de dias com dor.

A utilização de análise multivariada permitiu avaliar como o número de dias com dor se associa com os diferentes factores considerados (Quadro 24).

Verificou-se que os tipos de dor: pelo menos uma dor, dor de cabeça, dor por causa acidental, dor lombar e dor nos ossos e articulações associavam-se a múltiplos factores.

Para cada factor, após ajuste para os restantes factores, é possível de estabelecer:

1. **Sexo:** Os indivíduos do sexo masculino apresentaram um número de dias com dor inferior ao do sexo feminino.

Quadro 17. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido dores lombares, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Dores lombares %	p
Sexo			
Masculino	182	36,5	<0,001*
Feminino	540	59,4	
Grupo etário			
18 a 24 anos	18	22,2	<0,001‡
25 a 34 anos	48	41,7	<0,001§
35 a 44 anos	100	40,0	
45 a 54 anos	146	52,9	
55 a 64 anos	186	63,9	
65 a 74 anos	140	57,9	
75 e mais anos	75	55,6	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	123	67,2	<0,001‡
Ensino básico	324	62,1	<0,001§
Preparatório - 9º ano	135	45,3	
Complementar - 12º ano	79	40,3	
Ensino Superior	60	29,1	
Ocupação			
Trabalhador por conta própria	60	40,5	<0,001‡
Trabalhador por conta de outrem	234	45,3	
Doméstica/o	153	65,9	
Reformado/a	244	60,1	
Desempregado	18	43,9	
Estudante	13	20,6	

*Teste exacto de Fisher; ‡Teste do Qui-quadrado de Pearson; §Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Quadro 18. Estimativas de risco relativo de ter dores lombares e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dores lombares IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		<0,001
Feminino	2,559	(2,007;3,264)	
Grupo etário			
18 a 34 anos	0,640	(0,379;1,083)	0,005
34 a 54 anos	0,894	(0,568;1,406)	0,096
55 a 74 anos	1,303	(0,870;1,952)	0,627
75 ou mais anos	1,000		0,200
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	3,020	(1,844;4,946)	<0,001
Ensino básico	3,105	(2,114;4,562)	<0,001
Preparatório - 9º ano	1,879	(1,271;2,778)	0,002
Complementar - 12º ano	1,739	(1,130;2,676)	0,012
Ensino Superior	1,000		
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		0,929
Pertence à população não activa	1,012	(0,773;1,326)	
Região			
Norte	1,000		0,488
Centro	1,106	(0,780;1,568)	0,573
LVT	0,998	(0,701;1,419)	0,989
Alentejo	1,178	(0,823;1,685)	0,370
Algarve	0,854	(0,597;1,224)	0,391

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

Quadro 19. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido dor nos ossos e articulações, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Dor nos ossos e articulações %	p
Sexo			
Masculino	139	28,0	<0,001*
Feminino	495	54,6	
Grupo etário			
18 a 24 anos	7	8,8	<0,001 [‡]
25 a 34 anos	25	21,7	<0,001 [§]
35 a 44 anos	75	29,9	
45 a 54 anos	129	46,6	
55 a 64 anos	165	57,5	
65 a 74 anos	147	61,3	
75 e mais anos	78	57,8	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	138	75,8	<0,001 [‡]
Ensino básico	291	56,2	<0,001 ^c
Preparatório - 9º ano	107	35,9	
Complementar - 12º ano	61	31,4	
Ensino Superior	36	17,3	
Ocupação			
Trabalhador por conta própria	44	29,7	<0,001 [‡]
Trabalhador por conta de outrem	169	32,7	
Doméstica/o	153	66,5	
Reformado/a	243	60,4	
Desempregado	18	43,9	
Estudante	7	11,1	

*Teste exacto de Fisher; [‡]Teste do Qui-quadrado de Pearson; [§]Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

Quadro 20. Estimativas de risco relativo de ter dor nos ossos e articulações e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Dor nos ossos e articulações IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		<0,001
Feminino	3,126	(2,399;4,072)	
Grupo etário			
18 a 34 anos	0,284	(0,157;0,513)	<0,001
34 a 54 anos	0,863	(0,537;1,386)	0,542
55 a 74 anos	1,266	(0,829;1,933)	0,275
75 ou mais anos	1,000		
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	6,358	(3,660;11,046)	<0,001
Ensino básico	3,594	(2,328;5,548)	<0,001
Preparatório - 9º ano	2,340	(1,489;3,680)	<0,001
Complementar - 12º ano	2,331	(1,416;3,839)	0,001
Ensino Superior	1,000		
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		0,002
Pertence à população não activa	1,563	(1,178;2,075)	
Região			
Norte	1,000		0,357
Centro	0,828	(0,568;1,205)	0,324
LVT	0,942	(0,647;1,372)	0,756
Alentejo	0,893	(0,610;1,308)	0,562
Algarve	0,686	(0,466;1,009)	0,055

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

Quadro 21. Percentagem de indivíduos que afirmaram ter sentido outras dores, segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

	n	Outras dores %	p*
Sexo			
Masculino	16	3,2	0,009*
Feminino	59	6,5	
Grupo etário			
18 a 34 anos	13	6,6	0,285 [‡]
35 a 54 anos	23	4,3	0,602 [§]
55 a 74 anos	27	5,1	
75 e mais anos	11	8,1	
Grupo de escolaridade			
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	16	8,7	0,063 [‡]
Ensino básico	31	5,9	0,108 [§]
Preparatório - 9º ano	9	3,0	
Complementar - 12º ano	7	3,6	
Ensino Superior	12	5,8	

*Teste exacto de Fisher; [‡]Teste do Qui-quadrado de Pearson; [§]Teste de Tendência (Associação Linear x Linear).

- Grupo etário:** Observou-se um tendência de aumento de dias com dor com a idade. Note-se que o maior efeito da idade foi observado nas "outras dores".
- Grupo de escolaridade:** Os indivíduos com menor escolaridade revelaram níveis mais elevados de dias com dor.
- Ocupação:** Os indivíduos activos mostraram ter níveis inferiores de dias com dor para "pelo menos um tipo de dor", dores lombares e dor nos ossos e articulações. Pelo contrário, estes mesmos indivíduos mostraram ter níveis mais elevados de dias com dor para a dor de dentes e a dor por causa accidental.
- Região:** a dor de cabeça foi a única dor associada à Região, observando-se níveis superiores de dias com dor de cabeça na região Norte.

Uma vez que para a maioria das dores se verificaram diferenças, entre sexos, do número de dias com dor, considerou-se importante conhecer e analisar, por sexo, a distribuição do número médio de dias com dor.

Analisou-se se o número médio de dias com dor, em sete dias, diferia entre sexos em duas situações: a primeira - considerando todos os indivíduos inquiridos e a segunda - considerando apenas os indivíduos que tiveram dor.

Pode afirmar-se que na primeira situação, para a dor em geral (pelo menos um tipo de dor), verificou-se que o número médio de dias com dor foi significativamente superior nos indivíduos do sexo feminino (Quadro 25.1). Verificou-se ainda que, excepto para a dor de dentes e a dor por causa accidental, os indivíduos do sexo feminino tiveram um número de dias com dor significativamente superiores ao número de dias com dor dos indivíduos do sexo masculino. Em relação à segunda situação (Quadro 25.2) verificou-se que as mulheres tiveram um número de dias com dor significativamente superior quando considerado

pelo menos um tipo de dor e, especificamente para as dores: de cabeça, por causa accidental, lombares e a dor nos ossos e articulações.

Intensidade e atitude face à dor

Para analisar, em termos populacionais, a intensidade da dor sentida e a atitude tomada para a atenuar questionou-se cada indivíduo quanto à última dor - a única dor sentida ou, no caso de mais de uma em simultâneo, a dor que os indivíduos souberam identificar como última ou mais intensa (perguntas 3, 5 e 6). No entanto, verificou-se que muitos dos indivíduos que manifestaram ter mais do que uma dor escolheram como "última dor" não a última dor sentida mas, a mais intensa. Deste modo as percentagens relativas à intensidade da dor e as atitudes tomadas (por vezes quanto maior é a intensidade da dor mais variadas são as atitudes tomadas) acabavam por ser influenciadas por esta escolha. Assim, para que a escolha da dor mais intensa não influenciasse os resultados, optou-se por considerar neste capítulo os indivíduos que tiveram apenas um único tipo dor nos últimos sete dias anteriores à entrevista ou seja, 335 (23,7%) dos indivíduos inquiridos.

No Quadro 26 encontram-se as percentagens dos diferentes tipo únicos de dores observadas nos sete dias anteriores à entrevista. Evidenciaram-se como único tipo de dor: as dores lombares (35,0%), as dores de cabeça (27,2%) e as dores nos ossos e articulações (20,5%).

Considerando apenas os resultados relativos ao único tipo de dor, procurou saber-se qual a intensidade da dor sentida (ligeira, moderada, forte ou muito forte) e qual a atitude tomada perante esta.

Os quadros 27 e 28 dizem respeito à intensidade e à atitude tomada perante o único tipo de dor na sua globalidade.

Verificou-se que mais de metade dos respondentes (53,3%) sentiu uma dor ligeira e que as atitudes to-

Quadro 22. Estimativas de risco relativo de ter “outras dores” e os intervalos de confiança obtidos por análise de regressão multifactorial (regressão logística)

	OR	Outras dores IC 95%	p*
Sexo			
Masculino	1,000		
Feminino	0,535	(0,299;0,957)	0,035
Grupo etário			
18 a 34 anos	0,743	(0,270;2,048)	0,158
34 a 54 anos	1,522	(0,629;3,684)	0,566
55 a 74 anos	1,658	(0,782;3,513)	0,352
75 ou mais anos	1,000		0,187
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	0,569	(0,221;1,468)	0,116
Ensino básico	0,777	(0,350;1,724)	0,244
Preparatório - 9º ano	1,873	(0,766;4,579)	0,535
Complementar - 12º ano	1,646	(0,627;4,326)	0,169
Ensino Superior	1,000		0,312
Ocupação			
Pertence à população activa	1,000		
Pertence à população não activa	1,151	(0,645;2,053)	0,634
Região			
Norte	1,000		0,523
Centro	0,554	(0,247;1,240)	0,151
LVT	0,499	(0,222;1,123)	0,093
Alentejo	0,552	(0,245;1,240)	0,150
Algarve	0,618	(0,264;1,449)	0,269

*p refere-se ao teste de significância do parâmetro de cada um dos níveis em cada factor (H₀:OR=1, hipótese de não associação).

Quadro 23.1. Número médio de dias com dor, nos últimos sete dias anteriores à entrevista, para a totalidade dos indivíduos inquiridos

Dores	Média	Dias com dor em 7 IC 95%	Desvio padrão
Dor (pelo menos um tipo de dor)	4,00	(3,84;4,16)	3,15
Dor de cabeça	1,48	(1,35;1,61)	2,54
Dor de dentes	0,21	(0,16;0,26)	1,03
Dor de ouvidos	0,23	(0,17;0,29)	1,11
Dor de garganta	0,33	(0,26;0,40)	1,25
Dor por causa accidental	0,28	(0,21;0,35)	1,27
Dores lombares	2,98	(2,81;3,15)	3,26
Dor nos ossos e articulações	2,78	(2,61;2,95)	3,30
Outra dor	0,26	(0,20;0,32)	1,23

Quadro 23.2. Número médio de dias com dor nos últimos sete dias anteriores à entrevista, em indivíduos com dor

Dores	Média	Dias com dor em indivíduos com dor IC 95%	Desvio padrão
Dor (pelo menos uma dor)	5,55	(5,41;5,69)	2,28
Dor de cabeça	4,28	(4,05;4,51)	2,57
Dor de dentes	3,82	(3,28;4,36)	2,41
Dor de ouvidos	4,13	(3,56;4,70)	2,55
Dor de garganta	3,60	(3,20;4,00)	2,30
Dor por causa accidental	4,61	(4,04;5,18)	2,66
Dores lombares	5,80	(5,65;5,95)	2,08
Dor nos ossos e articulações	6,15	(6,01;6,29)	1,84
Outra dor	5,08	(4,52;5,64)	2,39

Dores	Sexo p*	Grupo etário p*	Grupo escolaridade p*	Ocupação p*	Região p*
Dor (pelo menos uma dor)	<0,001	<0,001	<0,001	0,016	0,094
Dor de cabeça	<0,001	0,105	<0,001	0,809	0,003
Dor de dentes	0,107	0,343	0,104	0,023	0,207
Dor de ouvidos	0,027	0,415	0,095	0,654	0,553
Dor de garganta	0,023	0,280	0,107	0,812	0,226
Dor por causa accidental	0,050	0,382	0,027	0,002	0,791
Dores lombares	<0,001	<0,001	<0,001	0,066	0,261
Dor nos ossos e articulações	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,129
Outras dores	0,335	<0,001	0,253	0,602	0,615

*Análise de variância multifactorial (modelo linear generalizado).

madras com maior frequência perante a dor foram: tomar medicamentos receitados anteriormente (35,2%), não fazer nada (33,7%) e consultar um médico (17,3%).

Quando as diferentes atitudes foram desagregadas pelas diversas intensidades de dor, verificou-se que, para todas as atitudes excepto para as atitudes “não fez nada” e “fez tratamentos caseiros”, quanto maior era a intensidade da dor maior era a percentagem de indivíduos que tomavam a respectiva atitude (Quadro 29).

Seriam as percentagens relativas à intensidade da dor e às atitudes perante esta semelhantes nos diferentes tipos únicos de dor sentidos?

Para responder a esta pergunta, analisou-se para cada tipo de dor: a intensidade da dor e a atitude tomada perante esta.

“Dor de cabeça”

Quando a única dor foi dor de cabeça, observou-se que cerca de metade dos inquiridos referiu ter sentido uma dor ligeira (50,5%). A atitude mais frequente foi tomar medicamentos receitados anteriormente (52,7%) (Quadros 30 e 31).

Dor de dentes

Dos indivíduos que manifestaram como único tipo de dor, dor de dentes, mais de metade, 61,5%, con-

sideraram-na ligeira. Consultar o médico foi a principal atitude tomada para atenuar a dor (38,5%) (Quadros 32 e 33).

Dor de garganta

Dos inquiridos que manifestaram como único tipo de dor, dor de garganta, 76,5% tiveram dores ligeiras. As principais atitudes tomadas foram tomar medicamentos receitados anteriormente e fazer tratamentos caseiros (Quadros 34 e 35).

Dor por causa accidental

Relativamente a esta dor, 30,8% dos indivíduos que a manifestaram consideraram-na forte ou muito forte. A atitude mais frequentemente tomada foi tomar medicamentos receitados anteriormente (38,5%) (Quadros 36 e 37).

Dores lombares

Dos inquiridos que manifestaram ter dor lombar, 59,0% manifestaram sentir uma dor ligeira. A principal atitude perante esta dor foi “não fazer nada”, 42,7%. Apesar de apresentar pequenas percentagens, foi nesta dor que a consulta a um profissional das medicinas alternativas foi mais evidente, 6,8% (Quadros 38 e 39).

Dias de dor em 7	n	Sexo Masculino			Sexo Feminino			p*	p [§]	
		Média	Desvio padrão	IC 95%	n	Média	Desvio padrão			IC 95%
Dor (pelo menos uma dor)	501	2,76	3,06	(2,49;3,03)	913	4,69	2,99	(4,49;4,89)	0,000	0,000
Dor de cabeça	499	0,56	1,57	(0,42;0,70)	909	1,99	2,81	(1,81;2,17)	0,000 [†]	0,000
Dor de dentes	501	0,14	0,85	(0,07;0,21)	913	0,24	1,12	(0,17;0,31)	0,083 [†]	0,180
Dor de ouvidos	501	0,11	0,76	(0,04;0,18)	912	0,29	1,26	(0,21;0,37)	0,003 [†]	0,001
Dor de garganta	501	0,19	0,95	(0,11;0,27)	910	0,40	1,38	(0,31;0,49)	0,003 [†]	0,002
Dor por causa accidental	501	0,19	1,00	(0,10;0,28)	911	0,33	1,40	(0,24;0,42)	0,044 [†]	0,294
Dores lombares	499	1,83	2,84	(1,58;2,08)	909	3,61	3,31	(3,39;3,83)	0,000 [†]	0,000
Dor nos ossos e articulações	495	1,52	2,71	(1,28;1,76)	907	3,47	3,39	(3,25;3,69)	0,000 [†]	0,000
Outra dor	501	0,16	0,98	(0,07;0,25)	909	0,31	1,35	(0,22;0,40)	0,026 [†]	0,018

p refere-se à comparação entre sexos; *ANOVA a 1 factor (†não existe homogeneidade das variâncias);
[§]Teste Mann-Whitney.

Quadro 25.2. Comparação por sexo do número médio de dias com dor, em indivíduos com dor

Dias de dor em 7, em indivíduos com dores	Sexo Masculino				Sexo Feminino				p*	p [§]
	n	Média	Desvio padrão	IC 95%	n	Média	Desvio padrão	IC 95%		
Dor (pelo menos uma dor)	286	4,83	2,52	(4,54;5,12)	734	5,82	2,11	(5,67;5,97)	0,000 [‡]	0,000
Dor cabeça	85	3,27	2,39	(2,76;3,78)	403	4,50	2,56	(4,25;4,75)	0,000 [‡]	0,000
Dor de dentes	22	3,27	2,51	(2,22;4,32)	55	4,04	2,36	(3,42;4,66)	0,211	0,123
Dor de ouvidos	14	3,79	2,69	(2,38;5,20)	63	4,21	2,53	(3,59;4,83)	0,579	0,481
Dor de garganta	30	3,23	2,3	(2,41;4,05)	98	3,71	2,31	(3,25;4,17)	0,319	0,178
Dor por causa acidental	26	3,58	2,72	(2,53;4,63)	59	5,07	2,52	(4,43;5,71)	0,016	0,015
Dores lombares	182	5,02	2,46	(4,66;5,38)	540	6,07	1,86	(5,91;6,23)	0,000 [‡]	0,000
Dor dos ossos e articulações	139	5,40	2,27	(5,02;5,78)	495	6,36	1,65	(6,21;6,51)	0,000 [‡]	0,000
Outras dores	16	4,94	2,57	(3,68;6,20)	55	5,13	2,37	(4,50;5,76)	0,783	0,669

p - refere-se à comparação entre sexos; * - ANOVA a 1 factor (‡ não existe homogeneidade das variâncias);
[§]Teste Mann-Whitney.

Quadro 26. Distribuição percentual dos diferentes únicos tipos de dor sentidos nos últimos sete dias anteriores à entrevista

Único tipo de dor	n	%	IC 95%
Dor de cabeça	91	27,2	(22,4;32,0)
Dor de dentes	13	3,9	(1,8;6,0)
Dor de ouvidos	1	0,3	(0,0;0,9)
Dor de garganta	17	5,1	(2,7;7,5)
Dor por causa acidental	13	3,9	(1,8;6,0)
Dores lombares	117	35,0	(29,9;40,1)
Dor de ossos e articulações	68	20,5	(16,2;24,8)
Outras dores	15	4,5	(2,3;6,7)

Dores nos ossos e articulações

Para os respondentes que sentiram como única dor, dor nos ossos e articulações, 43,3% consideraram-na moderada. A atitude tomada com mais frequência perante esta dor foi tomar medicamento receitados anteriormente, 36,8% (Quadros 40 e 41).

Quadro 27. Percentagens das diferentes intensidades da dor

Intensidade da dor	n	%	IC 95%
Ligeira	178	53,3	(47,9;58,7)
Moderada	99	29,6	(24,7;34,5)
Forte ou muito forte	57	17,1	(13,1;21,1)

Outras dores

Dos respondentes que manifestaram outras dores, a maioria, 53,3%, consideraram-nas ligeiras. A atitude tomada mais vezes perante estas dores foi consultar um médico (33,3%) (Quadro 42 e 43).

Influência da dor nas actividades diárias

Por vezes a dor impede, em parte ou por completo, que as actividades diárias (em casa, no trabalho, na escola ou nos tempos livres) sejam realizadas da melhor maneira, por isso, procurou saber-se qual o número de dias, em sete, que os indivíduos deixaram de fazer o que faziam habitualmente e/ou faltaram ao trabalho por motivos de dor.

No Quadro 44 pode observar-se o número médio de dias em sete que os indivíduos deixaram de fazer

Quadro 28. Percentagens das diferentes atitudes perante a dor

Atitude perante a dor	n	%	IC 95%
Consultou um médico	58	17,3	(13,2;21,4)
Consultou outro profissional de saúde	14	4,2	(2,1;6,3)
Consultou um profissional de medicina alternativas	14	4,2	(2,1;6,3)
Fez tratamentos caseiros	27	8,1	(5,2;11,0)
Modificou a alimentação	15	4,5	(2,3;6,7)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	118	35,2	(30,1;40,3)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	5	1,5	(0,2;2,8)
Não fez nada	113	33,7	(28,6;38,8)

Quadro 29. Percentagem das diferentes atitudes tomadas segundo a intensidade de dor sentida

Atitude perante a dor	Dor ligeira			Dor moderada			Dor forte ou muito forte		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Consultou um médico	21	11,8	(7,1;16,5)	15	15,2	(8,1;22,3)	21	36,8	(24,3;49,3)
Consultou outro profissional de saúde	5	2,8	(0,4;5,2)	4	4,0	(0,1;7,9)	5	8,8	(1,4;16,2)
Consultou um profissional das medicinas alternativas	5	2,8	(0,4;5,2)	5	5,1	(0,8;9,4)	4	7,0	(0,4;13,6)
Fez tratamentos caseiros	16	9,0	(4,8;13,2)	7	7,1	(2,0;12,2)	4	7,0	(0,4;13,6)
Modificou a alimentação	3	1,7	(0,0;3,6)	6	6,1	(1,4;10,8)	6	10,5	(2,5;18,5)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	43	24,2	(17,9;30,5)	41	41,4	(31,7;51,1)	33	57,9	(45,1;70,7)
Tomou medicamentos indicados por pessoas conhecidas	1	0,6	(0,0;1,7)	1	1,0	(0,0;3,0)	3	5,3	(0,0;11,1)
Não fez nada	76	42,7	(35,4;50,0)	30	30,3	(21,2;39,4)	7	12,3	(3,8;20,8)

Quadro 30. Percentagens das diferentes intensidades da dor de cabeça

Intensidade da dor de cabeça	n	%	IC 95%
Ligeira	46	50,5	(40,2;60,8)
Moderada	26	28,6	(19,3;37,9)
Forte ou muito forte	19	20,9	(12,5;29,3)

Quadro 32. Percentagens das diferentes intensidades da dor de dentes

Intensidade da dor de dentes	n	%	IC 95%
Ligeira	8	61,5	(35,0;88,0)
Moderada	3	23,1	(0,2;46,0)
Forte ou muito forte	2	15,4	(0,0;35,0)

o que faziam habitualmente e/ou faltaram ao trabalho por motivos de dor bem como, as suas estimativas para 6 meses e um ano.

Verificou-se que em sete dias, o número médio de faltas ao trabalho e o número médio de dias que os indivíduos deixaram de fazer o que faziam habitualmente não chegou a um dia. Relativamente às estimativas para seis meses e um ano observou-se que quer no número médio de dias que os indivíduos deixaram de fazer o que fazem habitualmente, quer no número médio de faltas ao trabalho apresentam valores ligeiramente superiores aos resultados verificados noutra estudos²¹. Apresentando na primeira situação uma média de 20,54 dias em seis meses e 41,19 dias por um ano. Na segunda situação as estimativas foram de 6,24 dias e 12,51 dias respectivamente.

Dores menstruais

Para o estudo das dores menstruais foram apenas inquiridas as mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos.

Das 366 mulheres inquiridas, 47,0% costumam ter dores menstruais.

De todas as mulheres que afirmaram ter dores menstruais, 36,6% consideram essas dores ligeiras e 35,5% dores fortes ou muito fortes (Quadro 45).

A principal atitude perante a dor menstrual foi tomar medicamentos receitados anteriormente (54,7%) seguida de não fazer nada (19,8%) (Quadros 46 e 47).

Observou-se que de todas as mulheres que costumam sentir dores fortes ou muito fortes:

- 94,7% nunca falta ao trabalho;
- 64,5% nunca deixa de fazer o faz habitualmente;
- 77,0% nunca fica acamada.

Dores Cirúrgicas

De todos os respondentes observou-se que 8,6% (122) referiram ter sido sujeitos a uma intervenção cirúrgica no último ano.

Verificou-se se o facto de ter sido sujeito a uma intervenção cirúrgica estava associado a alguma das variáveis estudadas. Apenas se observaram diferen-

Quadro 31. Percentagens das diferentes atitudes tomadas perante a dor de cabeça

Atitude perante a dor de cabeça	n	%	IC 95%
Consultou um médico	9	9,9	(3,8;16,0)
Consultou outro profissional de saúde	2	2,2	(0,0;5,2)
Consultou um profissional de medicinas alternativas	1	1,1	(0,0;3,2)
Fez tratamentos caseiros	6	6,6	(1,5;11,7)
Modificou a alimentação	2	2,2	(0,0;5,2)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	48	52,7	(42,4;63,0)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	3	3,3	(0,0;7,0)
Não fez nada	25	27,5	(18,3;36,7)

Quadro 33. Percentagens das diferentes atitudes perante a dor de dentes			
Atitude perante a dor de dentes	n	%	IC 95%
Consultou um médico	5	38,5	(12,0;65,0)
Consultou outro profissional de saúde	1	7,7	(0,0;22,2)
Consultou um profissional de medicina alternativas	—	—	—
Fez tratamentos caseiros	2	15,4	(0,0;35,0)
Modificou a alimentação	1	7,7	(0,0;22,2)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	4	30,8	(5,7;55,9)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	—	—	—
Não fez nada	3	23,1	(0,2;46,0)

Quadro 34. Percentagens das diferentes intensidades da dor de garganta			
Intensidade da dor de garganta	n	%	IC 95%
Ligeira	13	76,5	(56,3;96,7)
Moderada	3	17,6	(0,0;35,7)
Forte ou muito forte	1	5,9	(0,0;17,1)

Quadro 38. Percentagens das diferentes intensidades da dor lombar			
Intensidade da dor lombar	n	%	IC 95%
Ligeira	69	59,0	(50,1;67,9)
Moderada	34	29,1	(20,9;37,3)
Forte ou muito forte	14	12,0	(6,1;17,9)

Quadro 35. Percentagens das diferentes atitudes perante a dor de garganta			
Atitude perante a dor de garganta	n	%	IC 95%
Consultou um médico	1	5,9	(0,0;17,1)
Consultou outro profissional de saúde	2	11,8	(0,0;27,1)
Consultou um profissional de medicina alternativas	0	—	—
Fez tratamentos caseiros	6	35,3	(12,6;58,0)
Modificou a alimentação	1	5,9	(0,0;17,1)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	6	35,3	(12,6;58,0)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	1	5,9	(0,0;17,1)
Não fez nada	5	29,4	(7,7;51,1)

Quadro 36. Percentagens das diferentes intensidades da dor por quedas, pancadas ou acidentes			
Intensidade da dor por quedas pancadas ou acidentes	n	%	IC 95%
Ligeira	6	46,2	(19,1;73,3)
Moderada	3	23,1	(0,2;46,0)
Forte ou muito forte	4	30,8	(5,7;55,9)

Quadro 37. Percentagens das diferentes atitudes perante a dor por quedas, pancadas, ou acidentes			
Atitude perante a dor por quedas pancadas ou acidentes	n	%	IC 95%
Consultou um médico	3	23,1	(0,2;46,0)
Consultou outro profissional de saúde	4	30,8	(5,7;55,9)
Consultou um profissional de medicina alternativas	0	—	—
Fez tratamentos caseiros	3	23,1	(0,2;46,0)
Modificou a alimentação	1	7,7	(0,0;22,2)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	5	38,5	(12,0;65,0)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	0	—	—
Não fez nada	3	23,1	(0,2;46,0)

ças com significado estatístico relativamente à ocupação. A percentagem dos indivíduos com dor sujeitos a uma intervenção cirúrgica foi maior nos indivíduos que pertencem à população não activa (10,1%) (Quadro 48).

Dos indivíduos que foram sujeitos a uma intervenção cirúrgica mais de metade, 56,2%, teve dores após a mesma.

Analisou-se também se o facto de ter sentido dores após a cirurgia estava associado a alguma das variáveis estudadas. Verificaram-se diferenças com significado estatístico relativamente ao grupo etário e ao grau de escolaridade. O grupo etário que apresentou a maior percentagem de indivíduos com dores após a cirurgia foi o grupo dos indivíduos com idades entre os 18 e os 34 anos (88,9%). Relativamente ao grau de escolaridade, foi o grupo de respondentes com o maior nível de escolaridade o que apresentou a maior percentagem, 78,9% (Quadro 49).

Quanto à intensidade da dor após a intervenção cirúrgica, 27,3%, dos respondentes sentiram dores fortes ou muito fortes (Quadro 50).

Relativamente à intensidade da dor após a intervenção cirúrgica verificaram-se diferenças significativas relativamente ao grupo etário. A maioria, 63,2%, dos indivíduos com mais de 65 anos não sentiram qualquer dor após a cirurgia e, pelo contrário, os in-

Quadro 39. Percentagens diferentes atitudes perante a dor lombar

Atitude perante a dor lombar	n	%	IC 95%
Consultou um médico	19	16,2	(9,5;22,9)
Consultou outro profissional de saúde	2	1,7	(0,0;4,0)
Consultou um profissional de medicina alternativas	8	6,8	(2,2;11,4)
Fez tratamentos caseiros	5	4,3	(0,6;8,0)
Modificou a alimentação	4	3,4	(0,1;6,7)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	26	22,2	(14,7;29,7)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	0	–	–
Não fez nada	50	42,7	(33,7;51,7)

Quadro 40. Percentagens das diferentes intensidades da dor nos ossos e articulações

Intensidade da dor nos ossos e articulações	n	%	IC 95%
Ligeira	27	40,3	(28,6;52,0)
Moderada	29	43,3	(31,4;55,2)
Forte ou muito forte	11	16,4	(7,5;25,3)

divíduos mais jovens foram os que apresentaram as percentagens mais elevadas que para a dores ligeiras ou moderadas (50,0%) quer para as dores fortes ou muito fortes (38,9%) (Quadro 51).

Discussão e conclusões

Amostra

A amostra ECOS, sendo uma amostra probabilística das famílias portuguesas com telefone de rede fixa, não pode colher dados sobre famílias que não dispõem de telefone fixo ou que tenham números confidenciais. Assim, as conclusões não podem ser extrapoladas directamente para esses dois segmentos da população. No entanto, a amostra utilizada parece representar satisfatoriamente a população portuguesa. A composição das famílias ECOS (respondentes) não apresenta grandes diferenças quando comparada com as estimativas da população continental portuguesa de 2001 (INE). Relativamente ao sexo não se verificaram diferenças significativas. A percentagem de indivíduos do sexo masculino: ECOS – 47,8%; INE

Quadro 42. Percentagens das diferentes intensidades das outras dores

Intensidade das outras dores	n	%	IC 95%
Ligeira	8	53,3	(28,1;78,5)
Moderada	1	6,7	(0,0;19,4)
Forte ou muito forte	6	40,0	(15,2;64,8)

Quadro 43. Percentagens das diferentes atitudes perante outras dores

Atitude perante as outras dores	n	%	IC 95%
Consultou um médico	5	33,3	(9,4;57,2)
Consultou outro profissional de saúde	1	6,7	(0,0;19,4)
Consultou um profissional de medicina alternativas	1	6,7	(0,0;19,4)
Fez tratamentos caseiros	2	13,3	(0,0;30,5)
Modificou a alimentação	2	13,3	(0,0;30,5)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	4	26,7	(4,3;49,1)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	1	6,7	(0,0;19,4)
Não fez nada	4	26,7	(4,3;49,1)

Quadro 44. Número médio de dias em sete que os indivíduos deixaram de fazer o que faziam habitualmente e/ou faltaram ao trabalho por motivos de dor e as suas estimativas para seis meses e um ano

	7 dias	6 meses	1 ano
Número médio de dias que deixou de fazer o que fazia habitualmente por causa da dor	0,79	20,54	41,19
Número médio de dias que teve de faltar ao trabalho por causa da dor	0,24	6,24	12,51

– 48,3%. Quanto à idade, a amostra ECOS apresentou diferenças relativamente pequenas em relação à população portuguesa. A percentagem de indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 74 é superior na amostra ECOS.

Mesmo quando significativas, as diferenças encontradas entre a amostra ECOS e as estimativas da

Quadro 41. Percentagens das diferentes atitudes perante as dor nos ossos e articulações

Atitude perante a dor nos ossos e articulações	n	%	IC 95%
Consultou um médico	16	23,5	(13,4;33,6)
Consultou outro profissional de saúde	2	2,9	(0,0;6,9)
Consultou um profissional de medicina alternativas	4	5,9	(0,3;11,5)
Fez tratamentos caseiros	3	4,4	(0,0;9,3)
Modificou a alimentação	4	5,9	(0,3;11,5)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	25	36,8	(25,3;48,3)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	0	–	–
Não fez nada	22	32,4	(21,3;43,5)

Quadro 45. Percentagens das intensidades de dor menstrual			
Intensidade da dor menstrual	n	%	IC 95%
Ligeira	63	36,6	(29,4;43,8)
Moderada	48	27,9	(21,2;34,6)
Forte ou muito forte	61	35,5	(28,3;42,7)

população (INE) nunca ultrapassaram as 6 unidades percentuais.

Neste trabalho optou-se pela não ponderação da amostra por regiões, o que seria natural pois a amostra ECOS é estratificada por regiões de forma a garantir estimativas regionais fiáveis. Esta decisão assentou essencialmente, no facto da distribuição das dores por região não diferirem entre si e do resultado global obtido/estimado. A única dor que apresentou pequenas diferenças regionais foi a "dor de cabeça", facto que é devidamente apresentado e explorado na secção dos resultados.

A dimensão da amostra parece ser adequada para o estudo dos tipos de dor mais comuns. No entanto, para o estudo das dores menos comuns (dor de dentes, dor de garganta, dor de ouvidos, etc.) terá, eventualmente, de ser feito um estudo com uma dimensão superior, sobretudo se o objectivo for avaliar quais os principais factores que multivariadamente a elas se associam.

Apesar de se ter avaliado a dor de forma multifactorial e de se terem verificado algumas associações simultâneas entre a dor e os diferentes factores considerados, existem outros factores que não foram

considerados e que também poderiam estar associados, individualmente ou simultaneamente, à dor. Por exemplo, o nível sócio económico e o estado emocional dos indivíduos. No entanto, os resultados obtidos confirmam a complexidade da dor. Os diferentes tipos de dor diferem, ou pelo menos parecem diferir, entre si na sua associação com os factores considerados ao longo deste estudo. Evidencia-se assim, para alguns tipos de dor, uma multidimensionalidade muitas vezes referida mas, raramente demonstrada.

O questionário

O questionário revelou-se simples de aplicar, sendo baixas as percentagens de não resposta, (15,4%). Verificou-se que algumas perguntas precisariam de ser reformuladas e melhor definidas algumas das variáveis.

A pergunta sobre a "dor de cabeça" tinha um potencial viés, dado não ser uma expressão inequívoca em português. No entanto, os inquiridos estavam devidamente informados e conscientes de que se tratava de um inquérito sobre saúde e as suas respostas pareceram referir-se apenas à dor física.

Segundo os resultados publicados de estudos sobre a dor, as dores abdominais são dores tão comuns como a dor de cabeça^{14,15,28} no entanto, neste estudo estas dores não apresentaram percentagens muito elevadas (2,0%). Possivelmente, se esta dor tivesse sido questionada directamente, estas percentagens seriam superiores (dos indivíduos que tiveram "outra dor" nos últimos 7 dias anteriores à entrevista, 37,7% manifestou ter sentido dores abdominais).

É provável, que intervenções cirúrgicas sejam acontecimentos marcantes – quer positivamente pela

Quadro 46. Percentagens das diferentes atitudes perante a dor menstrual			
Atitude perante a dor menstrual	n	%	IC 95%
Consultou um médico	27	15,7	(10,3;21,1)
Consultou outro profissional de saúde	7	4,1	(1,1;7,1)
Consultou um profissional das medicinas alternativas	5	2,9	(0,4;5,4)
Fez tratamentos caseiros	18	10,5	(5,9;15,1)
Modificou a alimentação	17	9,9	(5,4;14,4)
Tomou medicamentos receitados anteriormente	94	54,7	(47,3;62,1)
Tomou medicamentos sugeridos por pessoas conhecidas	4	2,3	(0,1;4,5)
Não fez nada	34	19,8	(13,8;25,8)

Quadro 47. Percentagem de mulheres com dores menstruais fortes ou muito fortes que falta ao trabalho, deixa de fazer alguma coisa que faz habitualmente e que fica acamada				
		n	%	IC 95%
Falta ao trabalho?	Às vezes	2	5,3	(0,0;12,4)
	Nunca	36	94,7	(87,6;1,0)
Deixa de fazer alguma coisa que faz habitualmente?	Sempre	4	6,6	(0,4;12,8)
	Às vezes	18	29,5	(18,1;40,9)
	Nunca	39	63,9	(51,8;76,0)
Fica acamada?	Às vezes	14	23,0	(12,4;33,6)
	Nunca	47	77,0	(66,4;87,6)

Quadro 48. Percentagem de inquiridos que foram sujeitos a uma intervenção cirúrgica segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

Indivíduos que último ano foram sujeitos a uma intervenção cirúrgica			
	n	%	p
Sexo			
Masculino	41	8,2	0,693*
Feminino	81	8,9	
Grupo etário			
18 a 34 anos	18	9,1	0,064‡
35 a 54 anos	36	6,8	
55 a 74 anos	47	8,8	
75 e mais anos	19	14,0	
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	24	13,0	0,211‡
Ensino básico	42	8,0	
Preparatório - 9º ano	21	7,0	
Complementar - 12º ano	16	8,2	
Ensino superior	19	9,1	
Ocupação			
Pertence à população activa	47	7,0	0,046‡
Pertence à população não activa	75	10,1	
Região			
Norte	28	9,5	0,235‡
Centro	32	11,0	
LVT	27	9,3	
Alentejo	19	6,9	
Algarve	16	6,1	

*Teste exacto de Fisher; ‡Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Quadro 49. Percentagem de inquiridos que tiveram dores após a intervenção cirúrgica segundo o sexo, o grupo etário, o grupo de escolaridade, a ocupação e a região

Indivíduos que tiveram dor após a intervenção cirúrgica			
	n	%	p
Total	68	56,2	
Sexo			
Masculino	22	53,7	0,703*
Feminino	46	57,5	
Grupo etário			
18 a 34 anos	16	88,9	0,011‡
35 a 54 anos	20	57,1	
55 a 74 anos	24	51,1	
75 e mais anos	7	36,8	
Grupo de escolaridade			
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	15	65,2	0,031‡
Ensino básico	17	40,5	
Preparatório - 9º ano	10	47,6	
Complementar - 12º ano	11	68,8	
Ensino superior	15	78,9	
Ocupação			
Pertence à população activa	31	66,0	0,094*
Pertence à população não activa	37	50,0	
Região			
Norte	19	67,9	0,676‡
Centro	17	53,1	
LVT	15	55,6	
Alentejo	10	52,6	
Algarve	7	46,7	

*Teste exacto de Fisher; ‡Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Quadro 50. Ocorrência de dor após a intervenção cirúrgica (%)			
Intensidade da dor após a intervenção cirúrgica	n	%	IC 95%
Sem dor	53	43,8	(35,0;52,6)
Ligeiras ou moderadas	35	28,9	(20,8;37,0)
Fortes ou muito fortes	33	27,3	(19,4;35,2)

melhoria de vida do indivíduo, quer negativamente pelo eventual frustrar de expectativas ou pelo acontecimento doloroso em si – estando, desta forma, mais presentes na memória dos indivíduos que a elas estiverem sujeitos do que a verdadeira realidade temporal. Deste modo, a percentagem de indivíduos que afirmou ter sido sujeito a uma intervenção cirúrgica no último ano (pergunta 10) pode estar sujeita a um viés de memória.

Principais resultados

Da análise das dores mais comuns nos últimos sete dias anteriores à entrevista, salientam-se os seguintes resultados:

- **73,7%** dos indivíduos **manifestou ter tido pelo menos um episódio de dor;**

- **49,6%** dos indivíduos manifestaram ter sentido **mais de um tipo de dor;**
- As **dores mais frequentes** foram: as **dores lombares (51,3%)**, as **dores nos ossos e articulações (45,2%)** e as **dores de cabeça (34,7%)**.

Quanto à **dimensionalidade** de alguns tipos de **dor**, tomemos o exemplo da dor lombar (dor mais frequente – 51,3%). Esta dor está simultaneamente associada ao sexo, à idade e ao nível de escolaridade. Verificou-se que:

- O risco de dor lombar nas mulheres foi 2,5 vezes superior ao dos homens;
- Os indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 74 anos tiveram um risco de dor lombar 1,3 vezes superior ao dos indivíduos com 75 ou mais anos;
- Os indivíduos com menores níveis de escolaridade mostraram riscos superiores de ter dor lombar.

Quanto à **duração da dor** é de salientar que:

- O número médio de dias com dor, em indivíduos com dor, foi de 5,6 dias;
- O número médio de dias com dor é significativamente superior nos respondentes do sexo feminino quando considerados todos os respondentes (4,7 dias) ou apenas os que manifestaram dor (5,8 dias).

	Intensidade da dor após a intervenção cirúrgica						p
	Sem dor		Ligeira ou moderadas		Forte ou muito forte		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	19	46,3	14	34,1	8	19,5	0,360*
Feminino	34	42,5	21	26,3	25	31,3	
Grupo etário							
18 a 34 anos	2	11,1	9	50,0	7	38,9	0,012*
34 a 54 anos	15	42,9	9	25,7	11	31,4	
55 a 74 anos	23	48,9	16	34,0	8	17,0	
75 e mais anos	12	63,2	1	5,3	6	31,6	
Grupo de escolaridade							
Não sabe/sabe apenas ler e escrever	8	34,8	6	26,1	9	39,1	0,111*
Ensino básico	25	59,5	11	26,2	6	14,3	
Preparatório - 9º ano	11	52,4	6	28,6	4	19,0	
Complementar - 12º ano	5	31,3	5	31,3	6	37,5	
Ensino superior	4	21,1	7	36,8	8	42,1	
Ocupação							
Pertence à população activa	16	34,0	14	29,8	17	36,2	0,141*
Pertence à população não activa	37	50,0	21	28,4	16	21,6	
Região							
Norte	9	32,1	9	32,1	10	35,7	0,805*
Centro	15	46,9	10	31,3	7	21,9	
LVT	12	44,4	6	22,2	9	33,3	
Alentejo	9	47,4	5	26,3	5	26,3	
Algarve	8	53,3	5	33,3	2	13,3	

*Teste do Qui-quadrado de Pearson.; p-refere-se à comparação entre grupos definidos pelos níveis de cada factor.

Relativamente às pessoas que tiveram um único tipo de dor, nos últimos sete dias anteriores à entrevista, destacam-se os seguintes resultados:

- 23,7% dos indivíduos inquiridos tiveram uma única dor;
- As dores lombares (35,0%), dores de cabeça (27,2%) e as dores nos ossos e articulações (20,5%) foram as referidas com maior frequência;
- Na intensidade da dor, considerada na sua globalidade, 53,3% dos respondentes referiu sentir uma dor ligeira;
- As principais atitudes tomadas perante a dor foram: "Tomar medicamentos receitados anteriormente" (35,2%), "Não fazer nada" (33,7%) e "Consultar o médico" (17,3%).

O número médio de dias, em sete, que os indivíduos deixaram de fazer o que faziam habitualmente e/ou faltaram ao trabalho por motivos de dor, não chegou, em nenhuma das situações, a um dia.

Em relação às **dores menstruais**:

- 47,0% das mulheres inquiridas têm dores menstruais destas, a maior percentagem, 36,6%, consideram-nas ligeiras;
- Para tratar estas dores, 54,7% toma medicamentos receitados anteriormente;
- De todas as mulheres que manifestaram ter dores fortes ou muito fortes 94,7% nunca falta ao trabalho, 64,5% nunca deixa de fazer o que fazia habitualmente e 77,0% nunca fica acamada.

Quanto às dores cirúrgicas, no último ano, sobressaem desta análise os seguintes resultados:

- 8,6% dos indivíduos foram sujeitos a uma intervenção cirúrgica;
- destes, 56,2% teve dores após a cirurgia;
- dos que tiveram dores, 27,3% tiveram dores fortes ou muito fortes.

Os resultados aqui apresentados não são facilmente comparáveis com outros estudos. Enquanto neste estudo tivemos em conta apenas a dor sentida em sete dias, na maioria dos estudos já realizados, este período é normalmente de 6 meses. No entanto, verificou-se que tal como nos restantes estudos, as dores as dores lombares, as dores de cabeça, e as dores nos ossos e articulações são as mais comuns e que a prevalência de dor é superior nas mulheres e nos indivíduos mais velhos⁶⁻¹². Relativamente às dores cabeça, outros estudos também referem que a prevalência desta dor é superior nas mulheres e nos jovens^{28,29}. E, quanto ao número médio de faltas ao trabalho, verificou-se que as estimativas para seis meses são, para a nossa população, ligeiramente superiores às apresentadas noutros estudos²¹.

Referências

1. Santos, CMO; Brites, PCC. (2003) Doentes Idoso de dor: perspectiva de enfermagem. *Geriatria*, 152:24-36
2. Valero J, Palacios P, Vazquez-Barro A, Lopez-Suso E, Carpintero D. (1995). Study of prevalence of pain at the Juan Canalejo Hospital in La Coruna. *An Med Interna*;12(12):584-8 [Article in Spanish]

3. Abbott FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ, Johnston CC, Edgar L, Jeans ME. (1992). The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain*; 50(1):15-28
4. McCormack JP, Li R, Zarowny D, Singer J. (1993). Adequate treatment of pain in ambulatory HIV patients. *Clin J Pain*; 9(4):279-83.
5. Ehde DM, Jensen MP, Engel JM, Turner JA, Hoffman AJ, Cardenas DD. (2003) Chronic pain secondary to disability: a review. *Clin J Pain*;19(1):3-17.
6. Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segu JL. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*; 6(2):133-40
7. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain*; 9(3):174-82.
8. Buskila D, Abramov G, Biton A, Neumann L. (2000). The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *J Rheumatol*; 27(6):1521-5
9. Bassols A, Bosch F, Banos JE. (2002). How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*;23(4):318-28
10. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. (1999). An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*; 83(1):9-16
11. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. (2001). The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*;18(3):292-9
12. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*;89(2-3):127-34.
13. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. (1996). The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain*; 67(1):29-34.
14. Astin M, Lawton D, Hirst M. (1996). The prevalence of pain in a disabled population. *Soc Sci Med*;42(11):1457-64
15. Adelman AM, Revicki DA, Magaziner J, Hebel R. (1995). Abdominal pain in an HMO. *Fam Med*;27(5):321-5
16. Picavet HS, Schouten JS. (2003). Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain*; 102(1-2):167-78.
17. Cardiel MH, Rojas-Serrano J. (2002). Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol*; 20(5):617-24.
18. Newacheck PW, Stein RE, Bauman L, Hung YY; Research Consortium on Children With Chronic Conditions. (2003). Disparities in the prevalence of disability between black and white children. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 157(3):244-8.
19. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, Halonen P, Takala J. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*;89(2-3):175-80
20. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*;89(2-3):127-34
21. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. (2003). Chronic pain, work performance and litigation. *Pain*; 103(1-2):41-7.
22. Blyth FM, March LM, Cousins MJ. (2003). Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *Med J Aust*; 21;179(2):84-7.
23. Haetzman M, Elliott AM, Smith BH, Hannaford P, Chambers WA. (2003). Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. *Fam Pract*; 20(2):147-54.
24. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Schersten B. (1999). Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health*; 53(8):503-9.
25. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. (2000). The epidemiology of chronic pain in the community [comment]. *Lancet*; 15;355(9199):233-4.
26. Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol*;20(4):710-3
27. Kennedy J, Erb C. (2002). Prescription noncompliance due to cost among adults with disabilities in the United States. *Am J Public Health*; 92(7):1120-4.
28. James FR, Large RG, Bushnell JA, Wells JE. (1991). Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain*;44(3):279-83 R
29. Contreiras T, Nunes B, Branco MJ (2003). Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia. ONSA, INSA. (disponível no site do ONSA http://www.onsa.pt/conteu/estudos/est_ecptos.html).
30. Bassols A, Bosch F, Campillo M. (2002). An epidemiologic study of headache and its treatment in the general population of Catalonia, Spain. *Pain*; 34(10):901-8.

Anexos

Anexo 1

Tabelas com as distribuição percentual dos indivíduos por cada um dos tipos de dor, desagregados por sexo, grupo etário, grupo de escolaridade, ocupação e região.

Tabela 1. Distribuição percentual dos indivíduos por "dor", desagregada por sexo, grupo etário, grupo de escolaridade, ocupação e região

	Dor (pelo menos um tipo de dor)			Dor de cabeça			Dor de dentes		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Sexo									
Masculino	493	59,0	(54,7;63,3)	499	17,0	(13,7;20,3)	501	4,4	(2,6;6,2)
Feminino	911	81,7	(79,2;84,2)	909	44,3	(41,1;47,5)	913	6,0	(4,5;7,5)
Grupo etário									
18 a 24 anos	81	60,5	(49,9;71,1)	81	42,0	(31,3;52,7)	81	6,2	(0,9;11,5)
25 a 34 anos	114	69,3	(60,8;77,8)	115	42,6	(33,6;51,6)	116	6,0	(1,7;10,3)
35 a 44 anos	251	67,7	(61,9;73,5)	250	40,0	(33,9;46,1)	251	4,4	(1,9;6,9)
45 a 54 anos	276	73,6	(68,4;78,8)	277	31,0	(25,6;36,4)	278	7,6	(4,5;10,7)
55 a 64 anos	290	81,7	(77,2;86,2)	290	36,9	(31,3;42,5)	291	6,5	(3,7;9,3)
65 a 74 anos	239	77,0	(71,7;82,3)	241	30,7	(24,9;36,5)	243	4,1	(1,6;6,6)
75 e mais anos	135	73,3	(65,8;80,8)	136	24,3	(17,1;31,5)	136	0,7	(0,0;2,1)
Grupo de escolaridade									
Não sabe ler/sabe apenas ler e escrever	184	85,3	(80,2;90,4)	183	42,1	(34,9;49,3)	184	5,4	(2,1;8,7)
Ensino básico	520	79,2	(75,7;82,7)	523	35,8	(31,7;39,9)	525	5,9	(3,9;7,9)
Preparatório - 9º ano	298	71,5	(66,4;76,6)	297	33,3	(27,9;38,7)	298	6,4	(3,6;9,2)
Complementar - 12º ano	194	67,0	(60,4;73,6)	196	36,2	(29,5;42,9)	196	5,1	(2,0;8,2)
Ensino Superior	205	59,5	(52,8;66,2)	206	26,2	(20,2;32,2)	208	3,4	(0,9;5,9)
Ocupação									
Trabalhador por conta própria	148	64,9	(57,2;72,6)	148	26,4	(19,3;33,5)	148	3,4	(0,5;6,3)
Trabalhador por conta de outrem	516	70,3	(66,4;74,2)	518	36,3	(32,2;40,4)	520	7,5	(5,2;9,8)
Doméstica/o	232	85,8	(81,3;90,3)	231	44,6	(38,2;51,0)	232	5,6	(2,6;8,6)
Reformado/a	402	77,1	(73,0;81,2)	406	29,3	(24,9;33,7)	408	3,7	(1,9;5,5)
Desempregado	41	75,6	(62,5;88,7)	41	41,5	(26,4;56,6)	41	7,3	(0,0;15,3)
Estudante	63	57,1	(44,9;69,3)	62	35,5	(23,6;47,4)	63	3,2	(0,0;7,5)
Região									
Norte	293	73,4	(68,3;78,5)	293	40,6	(35,0;46,2)	295	5,8	(3,1;8,5)
Centro	291	73,2	(68,1;78,3)	291	35,7	(30,2;41,2)	292	6,5	(3,7;9,3)
LVT	289	73,7	(68,6;78,8)	290	32,8	(27,4;38,2)	290	6,6	(3,7;9,5)
Alentejo	273	78,0	(73,1;82,9)	275	35,3	(29,7;40,9)	276	6,2	(3,4;9,0)
Algarve	258	70,2	(64,6;75,8)	259	28,2	(22,7;33,7)	261	1,9	(0,2;3,6)

Tabela 2. Distribuição percentual dos indivíduos por "dor", desagregada por sexo, grupo etário, grupo de escolaridade, ocupação e região

	Dor de ouvidos ou acidentes			Dor de garganta			Dor por quedas, pancadas		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Sexo									
Masculino	501	2,8	(1,4;4,2)	501	6,0	(3,9;8,1)	501	5,2	(3,3;7,1)
Feminino	912	6,9	(5,3;8,5)	910	10,8	(8,8;12,8)	911	6,5	(4,9;8,1)
Grupo etário									
18 a 24 anos	81	4,9	(0,2;9,6)	81	9,9	(3,4;16,4)	81	9,9	(3,4;16,4)
25 a 34 anos	116	6,9	(2,3;11,5)	116	13,8	(7,5;20,1)	116	6,9	(2,3;11,5)
35 a 44 anos	251	3,2	(1,0;5,4)	251	9,6	(6,0;13,2)	251	4,8	(2,2;7,4)
45 a 54 anos	278	4,7	(2,2;7,2)	278	6,5	(3,6;9,4)	278	6,1	(3,3;8,9)
55 a 64 anos	290	8,3	(5,1;11,5)	289	13,1	(9,2;17,0)	289	5,5	(2,9;8,1)
65 a 74 anos	243	6,2	(3,2;9,2)	242	6,6	(3,5;9,7)	243	7,4	(4,1;10,7)
75 e mais anos	136	3,7	(0,5;6,9)	136	5,9	(1,9;9,9)	136	4,4	(1,0;7,8)

Tabela 2. (Continuação)

	Dor de ouvidos ou acidentes			Dor de garganta			Dor por quedas, pancadas		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Grupo de escolaridade									
Não sabe ler/sabe									
apenas ler e escrever	183	9,3	(5,1;13,5)	183	10,4	(6,0;14,8)	183	7,7	(3,8;11,6)
Ensino básico	525	6,3	(4,2;8,4)	523	9,4	(6,9;11,9)	524	6,1	(4,1;8,1)
Preparatório - 9º ano	298	3,7	(1,6;5,8)	298	10,7	(7,2;14,2)	298	6,4	(3,6;9,2)
Complementar - 12º ano	196	4,6	(1,7;7,5)	196	7,1	(3,5;10,7)	196	4,1	(1,3;6,9)
Ensino Superior	208	3,4	(0,9;5,9)	208	6,7	(3,3;10,1)	208	5,8	(2,6;9,0)
Ocupação									
Trabalhador									
por conta própria	148	2,7	(0,1;5,3)	148	5,4	(1,8;9,0)	148	11,5	(6,4;16,6)
Trabalhador									
por conta de outrem	520	4,2	(2,5;5,9)	519	9,6	(7,1;12,1)	520	6,0	(4,0;8,0)
Doméstica/o	231	6,1	(3,0;9,2)	232	10,3	(6,4;14,2)	231	3,9	(1,4;6,4)
Reformado/a	408	7,4	(4,9;9,9)	406	7,9	(5,3;10,5)	407	5,4	(3,2;7,6)
Desempregado	41	7,3	(0,0;15,3)	41	14,6	(3,8;25,4)	41	2,4	(0,0;7,1)
Estudante	63	6,3	(0,3;12,3)	63	12,7	(4,5;20,9)	63	7,9	(1,2;14,6)
Região									
Norte	294	6,8	(3,9;9,7)	295	8,5	(5,3;11,7)	294	6,1	(3,4;8,8)
Centro	292	6,2	(3,4;9,0)	290	7,2	(4,2;10,2)	292	6,5	(3,7;9,3)
LVT	290	3,1	(1,1;5,1)	289	7,6	(4,5;10,7)	289	5,5	(2,9;8,1)
Alentejo	276	6,2	(3,4;9,0)	276	12,0	(8,2;15,8)	276	7,2	(4,2;10,2)
Algarve	261	5,0	(2,4;7,6)	261	10,3	(6,6;14,0)	261	4,6	(2,1;7,1)

Tabela 3. Distribuição percentual dos indivíduos por "dor", desagregada por sexo, grupo etário, grupo de escolaridade, ocupação e região

	Dores lombares			Dores nos ossos e articulações			Outras dores		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Sexo									
Masculino	499	36,5	(32,3;40,7)	496	28,0	(24,0;32,0)	501	3,2	(1,7;4,7)
Feminino	909	59,4	(56,2;62,6)	907	54,6	(51,4;57,8)	913	6,5	(4,9;8,1)
Grupo etário									
18 a 24 anos	81	22,2	(13,1;31,3)	80	8,8	(2,6;15,0)	81	6,2	(0,9;11,5)
25 a 34 anos	115	41,7	(32,7;50,7)	115	21,7	(14,2;29,2)	116	6,9	(2,3;11,5)
35 a 44 anos	250	40,0	(33,9;46,1)	251	29,9	(24,2;35,6)	251	4,4	(1,9;6,9)
45 a 54 anos	276	52,9	(47,0;58,8)	277	46,6	(40,7;52,5)	278	4,3	(1,9;6,7)
55 a 64 anos	291	63,9	(58,4;69,4)	287	57,5	(51,8;63,2)	291	5,8	(3,1;8,5)
65 a 74 anos	242	57,9	(51,7;64,1)	240	61,3	(55,1;67,5)	243	4,1	(1,6;6,6)
75 e mais anos	135	55,6	(47,2;64,0)	135	57,8	(49,5;66,1)	136	8,1	(3,5;12,7)
Grupo de escolaridade									
Não sabe ler/sabe									
apenas ler e escrever	183	67,2	(60,4;74,0)	182	75,8	(69,6;82,0)	184	8,7	(4,6;12,8)
Ensino básico	522	62,1	(57,9;66,3)	518	56,2	(51,9;60,5)	525	5,9	(3,9;7,9)
Preparatório - 9º ano	298	45,3	(39,6;51,0)	298	35,9	(30,5;41,3)	298	3,0	(1,1;4,9)
Complementar - 12º ano	196	40,3	(33,4;47,2)	194	31,4	(24,9;37,9)	196	3,6	(1,0;6,2)
Ensino Superior	206	29,1	(22,9;35,3)	208	17,3	(12,2;22,4)	208	5,8	(2,6;9,0)
Ocupação									
Trabalhador									
por conta própria	148	40,5	(32,6;48,4)	148	29,7	(22,3;37,1)	148	3,4	(0,5;6,3)
Trabalhador									
por conta de outrem	516	45,3	(41,0;49,6)	517	32,7	(28,7;36,7)	520	5,0	(3,1;6,9)
Doméstica/o	232	65,9	(59,8;72,0)	230	66,5	(60,4;72,6)	232	6,5	(3,3;9,7)
Reformado/a	406	60,1	(55,3;64,9)	402	60,4	(55,6;65,2)	408	5,6	(3,4;7,8)
Desempregado	41	43,9	(28,7;59,1)	41	43,9	(28,7;59,1)	41	4,9	(0,0;11,5)
Estudante	63	20,6	(10,6;30,6)	63	11,1	(3,3;18,9)	63	6,3	(0,3;12,3)
Região									
Norte	293	48,8	(43,1;54,5)	293	45,4	(39,7;51,1)	295	3,4	(1,3;5,5)
Centro	292	52,4	(46,7;58,1)	290	43,1	(37,4;48,8)	292	5,8	(3,1;8,5)
LVT	289	49,8	(44,0;55,6)	290	45,9	(40,2;51,6)	290	5,9	(3,2;8,6)
Alentejo	274	57,3	(51,4;63,2)	273	50,5	(44,6;56,4)	276	6,2	(3,4;9,0)
Algarve	260	48,1	(42,0;54,2)	257	40,9	(34,9;46,9)	261	5,4	(2,7;8,1)

Questionário

P0.1 - Recebeu uma carta há poucos dias, dando-lhe notícia do nosso contacto para mais um inquérito ECOS – Em Casa Observamos Saúde?

- | | | |
|--------------|-----------------------|---|
| Sim | <input type="radio"/> | 1 |
| Não | <input type="radio"/> | 2 |
| Não sabe | <input type="radio"/> | 9 |
| Não responde | <input type="radio"/> | 8 |

A ajuda que lhe pedimos é muito simples, mas é muito importante:

P0.2 - Deseja participar?

- | | | |
|-----|-----------------------|----------|
| Sim | <input type="radio"/> | 1 → P1 |
| Não | <input type="radio"/> | 2 → P0.2 |

P0.3 - Se recusa participar, quais são os seus motivos:

- | | | |
|--|-----------------------|---|
| Não está informado/não recebeu a carta | <input type="radio"/> | 1 |
| Não está interessado | <input type="radio"/> | 2 |
| Não acha importante | <input type="radio"/> | 3 |
| Tem receios sobre a utilização/confidencialidade dos dados | <input type="radio"/> | 4 |
| Desconfia | <input type="radio"/> | 5 |
| Não sabe | <input type="radio"/> | 9 |
| Não responde | <input type="radio"/> | 8 |

P0.3.1 – Outro motivo _____

Se aceita participar:

Agora e para que possamos ter resultados melhores gostávamos de lhe fazer um pequeno questionário para a actualização dos dados que temos sobre o seu agregado.

P1 Quantas pessoas vivem em sua casa?

Recolha para cada membro da família, incluindo aquele que está a responder, os seguintes dados (de P2 a P9)

Questionário de Caracterização individual (QcaractrizaãõPessoa)

P2.Nome? _____

P3. Sexo

- Masculino 1
 Feminino 2

P4. Data de nascimento? ___/___/___ (dd/mm/aaaa)

P5. Estudos completados?

- Não sabe ler nem escrever 1
 Só sabe ler e escrever 2
 Frequenta o ensino básico 3
 Ensino básico 4ª classe 4
 Ensino médio 6º ano 5
 9º ano 6
 Ensino complementar 10º/11º 7
 12º ano 8
 Frequenta o ensino superior 9
 Ensino superior 10
 Não sabe 99
 Não responde 98

P6. O que faz actualmente?

- É trabalhador por conta própria 1
 É trabalhador por conta de outrem 2
 É domestica/o 3
 É reformada/o 4
 É desempregada/o 5
 É estudante 6
 Não sabe 99
 Não responde 98

P7. Diga-me qual a sua profissão? _____
 (Não sabe – 99; Não responde – 98)

P8. Diga se tem:

	1 – sim, 2 – não, 9 – não sabe, 8 – não responde
P7.1 Asma	
P7.2 Bronquite asmática	
P7.3 Doenças reumáticas	
P7.4 Tensão alta	
P7.5 Diabetes	

P9. Que grau de parentesco tem cada elemento do agregado com o entrevistado?

- Entrevistado 1
 Cônjuge 2
 Filho/a 3
 Mãe/sogra 4
 Pai/sogro 5
 Outros familiares 6
 Outros não familiares 7
 Não sabe 9
 Não responde 8

P10. O local onde vive é?

- Casa isolada 1
 Lugar 2
 Aldeia 3
 Vila 4
 Cidade 5
 Outro 6
 Não sabe 9
 Não responde 8

P11. Quanta assoalhadas tem a sua casa? _____
 (99 - Não sabe; 98 – Não responde)

P12. E quantas casas de banho tem? _____
 (99 - Não sabe; 98 – Não responde)

Questionário sobre a Dor

1. Nos últimos 7 dias, ou seja desde a(o) passada(o) _____ (dia da semana em relação ao qual se completam 7 dias no dia da entrevista) quantos dias teve:

	(registe zero dias , se não teve) 99 – não sabe, 98 – não responde
1.1. dor de cabeça ?	d.
1.2 e de dentes ?	d.
1.3 e dor de ouvidos?	d.
1.4 dor de garganta ?	d.
1.5 e dores provocadas por quedas, pancadas ou acidentes?	d.
1.6 e dores lombares (costas, coluna, cruzeiros)?	d.
1.7 e dores dos osso e das articulações?	d.

2. Ainda durante estes 7 dias teve alguma outra dor ?

- Sim 1 → 2.1
 Não 2 → 3
 Não sabe 9
 Não responde 8

2.1 Que dor foi essa ? (indique até dois tipos de dor)

Nº	Descrição da dor:	Desde a(o) passada(o) (dia referido no início, inclusive) durante quantos dias teve essa dor ?
1	_____	_____ dias
2	_____	_____ dias
		99 – não sabe, 98 – não responde, 97 – não aplicável

Se (P1.1=0 e P1.2=0 e P1.3=0 e P1.4=0 e P1.5=0 e P1.6=0 e P2=0 e (P2=2 ou P2=8 ou P2=9)

Então se for mulher com idade >018 e <= 50 **pergunta P8**

Senão P9

Se **só** referiu 1 tipo de dor faça as perguntas 5 e seguintes.

Se referiu **mais do que 1 tipo** de dor pergunte:

3. Das dores mencionadas, qual foi a última que teve ?

Se teve, ou tem, mais de uma dor em simultâneo, referir-se à mais forte ou mais intensa.

(apresentar listagem dos itens de 1.1. a 3.1 que tenham valores superiores a zero e diferentes de 999 ou 998).

Lista de dores que teve nos últimos 7 dias	Seleccionar
Dor 1	
Dor 2	
...	
Dor n	

indique por extenso e registe o nº correspondente

 99 – não sabe, 98 – não responde, 97 – não aplicável

4. Há quanto tempo tem essa dor? (dias) ou
 (meses) ou
 (anos)
 99 – não sabe, 98 – não responde, 97 – não aplicável

5. Nos últimos 7 dias, essa dor era:

- Ligeira 1
- Moderada 2
- Fortes ou muito forte 3
- Não sabe 9
- Não responde 8

6. O que fez para tratar essa dor (última dor) ?

(1 – sim, 2 – não, 9 – não sabe, 8 – não responde, 7 – não aplicável)

- 6.1 Tomou medicamentos receitados anteriormente _____
- 6.2 Fez tratamentos caseiros (chás, ervas ou outros) _____
- 6.3 Modificou a alimentação _____
- 6.4 Foi ao endireita, curandeiro, virtuoso, ervanário _____
- 6.5 Recorreu a medicamentos que já conhecia _____
- 6.6 Recorreu a medicamentos indicados por pessoas conhecidas _____
- 6.7 Consultou um enfermeiro _____
- 6.8 Consultou um farmacêutico _____
- 6.9 Consultou um técnico naturista ou de acupuntura _____
- 6.10 Consultou um médico _____
- 6.11 Consultou outro técnico de saúde _____
- 6.12 Nada _____

7. Durante estes 7 dias, desde a passada(o) _____, quantos dias teve de:

7.1 deixar de fazer alguma coisa que habitualmente fazia, seja em casa, no trabalho ou nos tempos livres, por causa da dor ? (inclui consultas, análises, radiografias, tratamentos, etc.)

____ d. 0 –se não , 99 – não sabe, 98 – não responde, 97 – não aplicável

7.2 Ainda durante esses últimos 7 dias, quantos teve de faltar ao trabalho ____ d.

0 –se não ,99 – não sabe, 98 – não responde, 97 – não aplicável

Se for mulher com idade compreendidas entre 18 e 50 anos

8.Habitualmente costuma ter dores de período ou menstruação?

- Sim 1 → 8.1
- Não 2
- Não sabe 9
- Não responde 8

8.1 Se sim, essas dores costumam ser:

- Ligeira 1
- Moderada 2
- Fortes ou muito forte 3
- Não sabe 9
- Não responde 8

8.2 O que costuma fazer para atenuar essa dor?

(1 – sim, 2 – não, 9 – não sabe, 8 – não responde, 7 – não aplicável)

- 8.1 Tomou medicamentos receitados anteriormente _____
- 8.2 Fez tratamentos caseiros (chás, ervas ou outros) _____
- 8.3 Modificou a alimentação _____
- 8.4 Foi ao endireita, curandeiro, virtuoso, ervanário _____
- 8.5 Recorreu a medicamentos que já conhecia _____
- 8.6 Recorreu a medicamentos indicados por pessoas conhecidas _____
- 8.7 Consultou um enfermeiro _____
- 8.8 Consultou um farmacêutico _____
- 8.9 Consultou um técnico naturista ou de acupunctura _____
- 8.10 Consultou um médico _____
- 8.11 Consultou outro técnico de saúde _____
- 8.12 Nada _____

Perguntar a todos

9. No último ano, quantos dias faltou ao trabalho/escola por episódios de dor?

____ d.

000 – se não, 999 – não sabe, 998 – não responde, 997 – não aplicável

10. No último ano, foi operado/sujeito a alguma pequena intervenção cirúrgica?

- Sim 1 → 10.1
- Não 2 → fim
- Não sabe 9 → fim
- Não responde 8 → fim

10.1 Se sim, teve dores a seguir à operação?

- Sim 1 → 10.2
- Não 2 → fim
- Não sabe 9 → fim
- Não responde 8 → fim

10.2 Essas dores foram:

- Ligeiras 1
- Moderadas 2
- Fortes ou muito fortes 3
- Não sabe 9
- Não responde 8