



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DOR IRRUPTIVA EM CONTEXTO DE DOENÇA ONCOLÓGICA: AVALIAÇÃO
DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS PORTUGUESES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Cuidados Paliativos

Petra Morais Rosado Quintela Chaves Bastos

Lisboa, 2024



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DOR IRRUPTIVA EM CONTEXTO DE DOENÇA ONCOLÓGICA: AVALIAÇÃO
DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS PORTUGUESES**

**BREAKTHROUGH CANCER PAIN: ASSESSING THE KNOWLEDGE OF
PORTUGUESE PHYSICIANS AND NURSES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Cuidados Paliativos

Petra Morais Rosado Quintela Chaves Bastos

Sob a orientação do Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2024

RESUMO

Introdução: A dor irruptiva (“breakthrough pain”) é prevalente em doentes com dor oncológica (40 a 80%) e frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada, estando associada a diminuição da capacidade funcional e impacto negativo na qualidade de vida. O sucesso na abordagem da dor irruptiva oncológica depende de uma adequada avaliação da dor.

Objetivos: Avaliar o nível de conhecimento de médicos e enfermeiros portugueses sobre dor irruptiva oncológica e identificar fatores profissionais influenciadores desse conhecimento.

Metodologia: Estudo observacional, analítico e transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi de conveniência, constituída por 429 participantes, dos quais 242 enfermeiros e 187 médicos. Foi desenvolvido um questionário especificamente para o estudo, em formato digital, constituído por questões sobre dor irruptiva oncológica, dividido em dimensões: Definição, Epidemiologia, Caracterização e Classificação, Avaliação, Tratamento e Monitorização. Foi realizado um pré-teste para avaliar a estrutura e compreensão do questionário. Efetuou-se uma análise univariada através de estatística descritiva e uma análise inferencial para o estudo de associações e correlações entre as variáveis.

Resultados: Obteve-se um total de 69,4% de respostas corretas. As dimensões que evidenciaram scores mais elevados no questionário, foram a Avaliação (82,45%), a Caracterização e Classificação (72,22%), seguida da Monitorização (71,56%) e Epidemiologia (68,65%). Contrariamente, verificou-se menor percentagem de respostas corretas no Tratamento (49,19%) e na Definição (30,8%). Os médicos demonstraram melhores níveis de conhecimento comparativamente aos enfermeiros, sendo que a formação prévia em cuidados paliativos, especialmente a formação intermédia e avançada, bem como a competência em Medicina Paliativa, estiveram associadas a um nível superior de conhecimentos sobre dor irruptiva oncológica. Os profissionais que trabalhavam em contexto de serviço de urgência, internamento, consulta externa e/ou hospital de dia apresentaram melhores resultados. Verificou-se também,

uma correlação entre um maior nível de conhecimento e um menor tempo de exercício profissional.

Conclusões: O estudo destaca um bom nível geral de conhecimento dos médicos e enfermeiros que participaram no estudo. No entanto, existem lacunas, nomeadamente na Definição e no Tratamento da DIO. Sugere-se maior investimento institucional pré-graduado em temas curriculares que abordem dor irruptiva oncológica, bem como o acesso generalizado e facilitado a formação contínua pós-graduada com foco na DIO.

Palavras-chaves: Dor irruptiva oncológica, Cuidados Paliativos, Conhecimentos, Médicos, Enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: Breakthrough pain is prevalent in cancer patients (40-80%), is often underdiagnosed and undertreated, have a negative impact on quality of life and is associated with reduced functional capacity. Successful management of breakthrough cancer pain depends on adequate pain assessment.

Objectives: To evaluate the knowledge of Portuguese physicians and nurses regarding breakthrough cancer pain and to identify professional factors influencing this knowledge.

Methodology: Observational, analytical and cross-sectional study using a quantitative approach, with a convenience sample of 429 participants, including 242 nurses and 187 physicians. An online questionnaire was developed specifically for the study, composed of questions about breakthrough cancer pain, divided into dimensions: Definition, Epidemiology, Characterization and Classification, Assessment, Treatment and Monitoring. A pre-test was conducted to assess the structure and comprehension of the questionnaire. Univariate analysis using descriptive statistics, and an inferential analysis were performed to examine associations and correlations between variables.

Results: A total of 69.4% of correct responses were obtained. The dimensions with the highest scores in the questionnaire were assessment (82.45%), characterization and classification (72.22%), followed by surveillance (71.56%) and epidemiology (68.65%). In contrast, there was a lower percentage of correct answers for treatment (49.19%) and definition (30.8%). Physicians showed better knowledge than nurses, and previous training in palliative care, especially intermediate and advanced training, and competence in palliative care were associated with higher knowledge of breakthrough cancer pain. Professionals working in an emergency, inpatient, outpatient and/or day hospital setting had better results. There was also an association between a higher level of knowledge and a shorter period of professional practice.

Conclusions: The study shows a good general level of knowledge among the participating physicians and nurses. However, there are gaps, particularly in the definition and management of breakthrough cancer pain. Institutional pre-graduate investment in curriculum topics that address cancer pain is suggested, as well as generalized and facilitated access to post-graduate continuing education focused on breakthrough cancer pain.

Key words: Breakthrough cancer pain, Palliative Care, Knowledge, Physicians, Nurses

Para ti Mãe.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Manuel Luís Capelas,
pelo constante apoio ao longo deste trajeto. Por ter tido sempre uma palavra de
motivação e, acima de tudo, pela sua dedicação e excelência ao ensino dos
Cuidados Paliativos.

À querida colega Rita Cunha Ferreira,
pela sua generosidade e por toda a ajuda na revisão do questionário.

Aos meus Filhos e ao meu Marido,
pela compreensão, pelo amor e por me mostrarem todos os dias que não há
impossíveis.

Ao meu Pai e às minhas irmãs,
obrigado por estarem sempre presentes!

Aos meus queridos colegas da ECSCP,
por todo o carinho, motivação e apoio nesta caminhada.

Aos doentes, aos cuidadores e às famílias,
que todos os dias nos ensinam o que significa a superação, e que a cada
encontro nos inspiram e nos motivam a cuidar melhor.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS	X
INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2. METODOLOGIA.....	11
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	11
2.2. OBJETIVOS	11
2.3. VARIÁVEIS.....	11
2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	13
2.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	14
2.6. ANÁLISE DE DADOS	15
2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	17
3. RESULTADOS	18
3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	18
3.1.1. IDADE	18
3.1.2. ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO	18
3.1.3. GRAU ACADÉMICO	20
3.1.4. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	20
3.1.5. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	21
3.1.6. LOCAL E CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	22
3.1.6.1. <i>Local</i>	22
3.1.6.2. <i>Contexto</i>	22
3.2. AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS SOBRE DOR IRRUPTIVA ONCOLÓGICA....	24
3.2.1. GRUPO PROFISSIONAL.....	24
3.2.2. ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO	27
3.2.3. CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	28
3.2.4. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	32
3.2.5. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	33
3.2.6. COMPETÊNCIA EM MEDICINA PALIATIVA E ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA	35
4. DISCUSSÃO	37
5. CONCLUSÃO	45
6. BIBLIOGRAFIA.....	46
7. ANEXOS.....	52
ANEXO 1. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.	53
8. APÊNDICES	55
APÊNDICE 1. QUESTIONÁRIO - DOR IRRUPTIVA EM CONTEXTO DE DOENÇA ONCOLÓGICA.	56
APÊNDICE 2. RESULTADOS DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE DOR IRRUPTIVA EM CONTEXTO DE DOENÇA ONCOLÓGICA.	73
APÊNDICE 3. SCORES MAIS ELEVADOS VS SCORES MAIS BAIXOS POR QUESTÃO INDIVIDUAL DO QUESTIONÁRIO.....	76

APÊNDICE 4. RESPOSTAS CONSIDERADAS CORRETAS AO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE
CONHECIMENTOS SOBRE DOR IRRUPTIVA EM CONTEXTO DE DOENÇA ONCOLÓGICA. 78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Dados estatísticos relativos à Idade da população inquirida (n= 429).....	18
Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos por Especialidade Médica.	19
Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos por Especialidade de Enfermagem.	20
Tabela 4 - Tempo de Exercício Profissional.	21
Tabela 5 - Formação em CP de Médicos e Enfermeiros.	22
Tabela 6 - Contexto do exercício profissional.	23
Tabela 7 – Score de respostas corretas por grupo profissional e dimensões.	26
Tabela 8 – Score de respostas corretas por grupo profissional e por questões.	27
Tabela 9 – Score de respostas corretas por contexto do exercício profissional e frequência da atividade.	30
Tabela 10 – Score de respostas corretas por contexto do exercício profissional e por questões.	31
Tabela 11 - Correlação entre o tempo de exercício profissional e o score de respostas corretas.	32
Tabela 12 - Tempo de exercício profissional por score de respostas corretas e incorretas e por questões.	33
Tabela 13 – Score de respostas corretas por níveis de formação em CP e por questões.	35
Tabela 14 – Score de respostas corretas por competência vs ausência competência em MP e por questões.	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Score de respostas corretas por grupo profissional.....	25
Gráfico 2 - Score de respostas corretas por Especialidades de Enfermagem.	28
Gráfico 3 - Score de respostas corretas por nível de formação em CP.	34
Gráfico 4 – Score total de respostas corretas por competência vs ausência de competência em MP.	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Comparação pareada entre os níveis de formação em CP	34
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AIQ – Amplitude interquartílica

BAT – Breakthrough Pain Assessment Tool

CE – Consulta Externa

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIO – Dor Irruptiva Oncológica

DP – Desvio Padrão

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EMA – European Medicines Agency (antes EMEA)

FDA – Food and Drug Administration

HD – Hospital de Dia

IIQ – Intervalo interquantil

MGF – Medicina Geral e Familiar

MP – Medicina Paliativa

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ROO – Opioides de início de ação rápido

SU – Serviço de Urgência

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

INTRODUÇÃO

A dor irruptiva oncológica (DIO) pode afetar entre 40% a 80% dos doentes com diagnóstico de cancro^{1,2}, comprometendo significativamente a sua qualidade de vida ao interferir no bem-estar físico, psicológico, económico e social²⁻⁴.

Definida como uma exacerbação súbita, intensa e transitória da dor, que surge apesar do controlo adequado da dor basal, é muitas vezes sub-diagnosticada e sub-tratada^{2,5,6}. A sua complexa fisiopatologia impõe desafios na abordagem e no seu tratamento, exigindo dos profissionais de saúde um conhecimento abrangente e atualizado sobre a gestão da DIO, bem como competências diferenciadas para lidar com as suas especificidades.

A gestão eficaz da dor irruptiva é essencial, não apenas por aliviar o desconforto imediato, mas também por contribuir para os objetivos gerais dos Cuidados Paliativos (CP)⁷, preservando a funcionalidade e a qualidade de vida do doente^{8,9}.

Apesar do conceito de dor irruptiva ter sido abordado pela primeira vez há três décadas^{10,11}, só mais recentemente (últimos quinze anos) se evidenciou um crescente interesse por esta temática⁴, com a evolução na compreensão da fisiopatologia, no tratamento^{12,13} e tentativa de consenso da sua definição⁶. Tendo em conta o hiato temporal recente e a noção das dificuldades na translação^a do conhecimento^{14,15}, bem como a ausência de literatura nacional sobre avaliação do nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre DIO, considera-se pertinente o presente estudo.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar o nível de conhecimento sobre dor irruptiva oncológica de médicos e enfermeiros em território nacional, bem como identificar fatores profissionais que influenciam esse conhecimento.

^a "A translação do conhecimento é definida como a síntese, troca e aplicação de conhecimento por partes interessadas em acelerar os benefícios da inovação global e local, fortalecendo os sistemas de saúde e a melhoria da saúde da população."¹⁴

Este estudo faz parte de um projeto promovido pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos com a finalidade de contribuir para a identificação do nível de conhecimento sobre DIO, para que, caso seja necessário, se possam desenvolver intervenções para a promoção do conhecimento e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cuidados Paliativos e Dor Oncológica – Imperativo Ético

Os Cuidados Paliativos são um pilar essencial dos cuidados de saúde modernos, sendo definidos pela Organização Mundial de Saúde como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam doenças potencialmente fatais. Envolvem a prevenção e o alívio do sofrimento através da identificação precoce, de uma avaliação e do tratamento da dor, bem como de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais⁷.

Apesar dos seus conhecidos benefícios, a prestação de CP está repleta de desafios, incluindo o acesso desigual e a compreensão limitada dos seus benefícios por parte da sociedade e dos profissionais de saúde¹⁶. Para além disso, a necessidade de coordenar os cuidados entre diferentes especialidades e níveis de cuidados, acrescenta complexidade à sua prestação. É essencial ultrapassar estes desafios garantindo que os CP estejam acessíveis a todos os doentes, famílias e cuidadores que deles necessitem, independentemente das suas condições económicas ou geográficas².

Em 2017, a “Lancet Commission on PC and Pain Relief” no seu relatório “Alleviating the access abyss in PC and pain relief - an imperative of universal health coverage”, destaca a acessibilidade a CP de qualidade e ao alívio da dor como um Direito Humano, uma prioridade de saúde pública e um imperativo ético¹⁷.

Em todo o mundo, anualmente, 10 milhões de pessoas são diagnosticadas com cancro¹⁸. Embora a dor não seja necessariamente inevitável em todos os doentes oncológicos, é comum e quando presente pode tornar-se um sintoma incapacitante¹⁶.

Uma revisão sistemática da literatura mostra que tanto a prevalência da dor em contexto de doença oncológica, como a sua gravidade diminuíram na última década^{19,20}. O desenvolvimento de novas estratégias de tratamento e uma maior preocupação na avaliação e gestão da dor podem ter contribuído para essa

diminuição, no entanto a prevalência, sobretudo em doentes com cancro metastático e em fases avançadas da doença, continua a ser elevada (44,5%)¹⁹.

Várias razões são apontadas para justificar a ausência de melhoria na prevalência da dor oncológica, sendo as lacunas na formação dos profissionais (conhecimentos e competências), a relutância dos médicos em prescrever fármacos opioides e uma inadequada avaliação da dor, os obstáculos profissionais mais comumente identificados na literatura²¹.

Os estudos publicados sobre o conhecimento teórico, perceção e atitudes práticas dos médicos em relação à gestão da dor crónica oncológica, identificaram como áreas de lacunas a fisiopatologia da dor crónica oncológica (dor neuropática), terapêutica de base para a dor crónica oncológica, doses equianalgésicas, titulação de dose, fármacos adjuvantes, dependência, tolerância e dor irruptiva²¹⁻²³.

1.2. Conceptualização, prevalência e impacto da DIO

A “Dor” é definida pela “International Association on the Study of Pain” como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido²⁴.

A dor irruptiva (nomenclatura anglo-saxónica: “breakthrough pain”; “breakthrough cancer pain”), também denominada dor episódica, transitória, intermitente ou incidental, é frequentemente subdiagnosticada e subtratada^{2,19}. Foi pela primeira vez definida em 1989 por Portenoy e Hagen, como “um aumento transitório da dor para intensidade superior à moderada que ocorre numa linha de base de dor de intensidade moderada ou inferior”¹¹, atualizada pelos mesmos autores em 1990 para “uma exacerbação transitória de dor que ocorre num doente com dor estável, em tratamento crónico com opioides”¹⁰.

Ao longo dos anos, a compreensão sobre a dor irruptiva foi evoluindo e consequentemente a sua definição foi sofrendo modificações, com vários autores a contribuírem para uma tentativa de uniformização da mesma. Parece obter mais consenso a definição proposta pelo Grupo de Trabalho do Comité

Científico da “Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland” como “uma exacerbação transitória de dor que pode ocorrer quer espontaneamente, quer em relação com um fator desencadeante, previsível ou não, num contexto de dor relativamente estável e adequadamente controlada”. Os mesmos autores apoiam a necessidade de se aplicar o algoritmo desenvolvido por Portenoy e colegas²⁵ para o diagnóstico da dor irruptiva oncológica em doentes com dor controlada nos últimos sete dias, propondo uma versão ligeiramente modificada do algoritmo⁶.

Não obstante, a definição de dor irruptiva mantém-se variável na literatura, facto que poderá contribuir para as diferenças encontradas na prevalência da dor irruptiva nos vários estudos²⁶.

A maior parte das publicações referem-se à população oncológica, encontrando-se numa revisão sistemática da literatura, uma prevalência global agrupada de 59,2% em adultos com cancro²⁷. Num estudo multicêntrico realizado em Portugal, observaram-se taxas de prevalência de dor irruptiva de 41,5% em doentes a realizar tratamento com opioides².

Na população pediátrica, os estudos sobre a prevalência estimada da dor irruptiva limitam-se a uma pequena revisão retrospectiva de registos médicos²⁸ e a um estudo referindo que de um total de 27 crianças internadas com doença oncológica, 15 (57%) relataram um ou mais episódios de dor irruptiva nas últimas 24 horas²⁹.

A dor irruptiva é, portanto, frequente em doentes com dor oncológica (40-80%)^{1,2} estando associada a diminuição da capacidade funcional^{8,9} e a um impacto negativo na qualidade de vida^{3,30}.

É uma causa direta e importante de morbilidade e encontra-se associada a sintomas físicos (impacto nas atividades da vida diária, deambulação, alterações do sono), psicológicos (ansiedade e depressão, baixa autoestima, anedonia, insatisfação com o tratamento), económicos (recurso a consultas médicas e serviços de urgência, internamentos hospitalares, internamentos hospitalares

mais prolongados)^{2,4} e sociais (incapacidade laboral, repercussão na socialização)³.

1.3. Características, Etiologia e Fisiopatologia da DIO

A DIO é caracteristicamente descrita como uma dor súbita e aguda, de elevada intensidade que se distingue claramente da dor de base. A maioria dos episódios atinge o pico de intensidade em poucos minutos (mediana do pico em 3 a 5 minutos), com duração curta, entre 30 a 60 minutos^{2,4,31,32} e desaparecem espontaneamente^{33,34}. A persistência do episódio de dor após 1-2 h sugere que a dor basal não está bem controlada e necessita de titulação³¹.

Com base nestas considerações, a dor irruptiva deve ser considerada como um episódio de dor intenso de início rápido e duração breve, que ocorre em doentes que estão a receber um regime analgésico estável, com dor de base controlada de intensidade ligeira e clinicamente aceitável³¹.

A fisiopatologia subjacente ao aparecimento da dor irruptiva é heterogénea e complexa, podendo depender de estímulos responsáveis por um súbito aumento de impulsos nervosos aferentes, de alterações com origem no sistema somatossensorial, mecanismos de alodínia e hiperalgesia^{35,36}.

Em relação à etiologia, pode ser classificada como nociceptiva (somática ou visceral), neuropática ou mista. Na literatura, regista-se maior prevalência de dor nociceptiva e mista²⁶.

Pode ser considerada idiopática ou espontânea, quando ocorre na ausência de relação com qualquer causa específica e reconhecível, ao passo que a dor incidental pode ser volitiva se for desencadeada por um ato voluntário (por exemplo, andar, carregar pesos, ingestão de alimentos/líquidos e mudanças na posição) ou não volitiva se estiver relacionada com um ato involuntário⁶.

A ocorrência de 3 a 4 episódios de dor irruptiva por dia é geralmente considerado como limite aceitável (sem necessidade de titulação da dose opioide basal), desde que o controlo analgésico se mantenha ao longo do restante dia³¹.

1.4. Diagnóstico e Avaliação da DIO

A maioria das orientações internacionais recomendam que os doentes sejam adequadamente avaliados de forma a garantir que haja distinção entre a dor irruptiva e a dor basal, a dor irruptiva e aquela que ocorre durante a titulação da terapêutica com opioides, e entre a dor irruptiva e a dor associada à “falha de fim de dose”^{b,6,37,38}.

O diário da dor é considerado o método padrão na avaliação das características, duração, gravidade e previsibilidade dos episódios de dor irruptiva no período das 24 horas^{39,40}. Por outro lado, o algoritmo de Davies e colegas⁶ pode ser utilizado para auxiliar no diagnóstico da DIO, baseando-se em três premissas: se o doente apresenta dor basal, se a dor basal está adequadamente controlada e se relatam exacerbações da dor.

Existem ainda, alguns instrumentos específicos para a avaliação e monitorização da DIO^{10,41}, tendo sido recentemente (2021) validada a Versão Portuguesa do “Breakthrough Pain Assessment Tool^{42,43}”, como instrumento breve e fiável, na avaliação das experiências de dor irruptiva em doentes oncológicos⁴⁴.

1.5. Tratamento e Monitorização da DIO

As características da dor irruptiva podem variar entre indivíduos e no mesmo indivíduo ao longo do tempo^{2,10,31}, o que torna a premissa do tratamento individual da dor e com atenção aos pormenores de extrema importância. A compreensão das diferentes apresentações clínicas da DIO possibilita um planeamento personalizado dos cuidados e melhora os resultados globais. O tratamento deve basear-se nas características da dor, na otimização da dor de base, no estado da doença e nas preferências do doente³¹.

Embora tenham sido propostas diferentes intervenções não farmacológicas para controlo da dor irruptiva, a evidência sobre a sua eficácia é escassa^{45–47}.

^b A dor de fim de dose ocorre de forma consistente e antes do horário definido para a administração da próxima dose do fármaco analgésico. Associa-se a níveis de analgesia decrescentes no final do intervalo entre doses, refletindo um desajuste na terapêutica de base.

O tratamento farmacológico requer a utilização de medicação de resgate adequado à complexidade de cada doente e deverá ser selecionado um fármaco com um perfil que se ajuste às características da dor irruptiva^{38,48}. Por isso, as diferentes orientações⁴⁹⁻⁵¹ internacionais convergem em muitos aspetos da abordagem e do tratamento da dor irruptiva oncológica, recomendando os opioides de início de ação rápido^c (ROO) como primeira linha. Os ROO demonstraram ser mais eficazes do que o placebo ou a morfina oral no tratamento da DIO⁵²⁻⁵⁵.

Os únicos fármacos, até à data, aprovados pela FDA e EMEA para o tratamento específico da DIO são as formulações de ação rápida à base de fentanil^d, desde que os doentes já estejam em terapêutica opioide com dose diária estável de pelo menos 60 mg de morfina oral ou equivalente¹³. As formulações de fentanil transmucoso têm alta lipossolubilidade, atravessando facilmente as membranas celulares e a barreira hematoencefálica, possuem elevada potência analgésica e boa tolerabilidade cardiovascular¹². Devido à sua farmacocinética promovem um efeito analgésico rápido (5-15 minutos) e de curta duração (1-2 horas), o que lhes confere um perfil ideal para o tratamento da maioria dos episódios de DIO^{12,56}.

Na literatura, ainda não existe evidência científica, no sentido de estabelecer a relação entre a dose basal de opioide e a dose das formulações de ação rápida de fentanil, pelo que a titulação deverá ser individual para cada formulação e de acordo com a intensidade e características do episódio de DIO^{13,54}.

A adequação da via de administração dos fármacos à condição clínica do doente e ao tipo de dor é de extrema importância. Em situações de compromisso da via oral e mucosas ou quando a situação clínica do doente assim o exige, a administração dos fármacos opioides por via endovenosa ou subcutânea é uma opção. Estas vias permitem um tempo mais curto para o pico do efeito analgésico em comparação com a via oral⁵⁷, adaptando-se ao perfil temporal da DIO.

^c Tradução livre de "Rapid-onset opioids"

^d Fast-acting fentanyl-based formulations (nomenclatura anglo-saxônica)

Em relação à tolerância farmacológica dos ROO, ela é semelhante em todos, e o perfil de efeitos secundários idêntico aos distintos opioides, estando intimamente relacionados com a formulação, via e doses utilizadas^{2,58,59}.

Do ponto de vista clínico, sempre que possível, o doente deve evitar ou tratar os fatores que precipitam os episódios de exacerbação dolorosa, podendo recorrer à administração do fármaco de resgate antes da realização da atividade precipitante^{13,47,60}. A terapêutica preventiva para a dor previsível deve ter uma abordagem personalizada, e exige uma educação específica do doente e da família/cuidador.

Os fármacos opioides são tradicionalmente a base do tratamento, no entanto, também poderá ser desejável a utilização de terapêutica farmacológica adjuvante, e eventual recurso a técnicas ou procedimentos de intervenção, isoladamente ou em associação^{57,61}.

Os fármacos adjuvantes são usados para potenciar a ação analgésica dos opioides, aliviar sintomas associados que agravam a dor, oferecer um efeito analgésico independente em situações específicas, podendo ser utilizados em qualquer degrau da escada analgésica⁶². São especialmente úteis nos episódios de DIO com mecanismo fisiopatológico associado à dor neuropática^{57,61}.

O sucesso no controlo da dor irruptiva oncológica requer uma avaliação multidimensional do doente, uma abordagem multidisciplinar, um planeamento individualizado de tratamento e uma monitorização contínua^{49,63}. A educação sobre a gestão da dor irruptiva é crucial, devendo o doente e família/cuidador serem esclarecidos sobre o controlo eficaz da mesma³⁷. A reavaliação da dor em cada interação e sempre que necessário, torna-se essencial para alcançar os objetivos de conforto e funcionalidade desejados.

1.6. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre DIO – Panorama da literatura.

Em relação aos estudos publicados sobre o conhecimento dos profissionais de saúde no âmbito da DIO, a literatura disponível é escassa.

Foram identificados, a nível internacional, seis estudos⁶⁴⁻⁶⁹ que focam as áreas da avaliação de conhecimentos, atitudes e auto percepção dos profissionais de saúde, nomeadamente nos médicos e enfermeiros.

Relativamente aos três artigos com enfoque na população médica, observaram-se discrepâncias entre a opinião favorável à implementação de orientações sobre DIO e o correspondente nas atitudes práticas⁶⁷, evidência de inadequação de prescrição de fármacos opioides às características da DIO⁶⁴, bem como níveis de conhecimento insuficientes e atitudes desajustadas na abordagem da DIO⁶⁹.

Nos estudos direcionados aos enfermeiros, verificaram-se dificuldades na distinção entre a dor basal e a dor irruptiva⁶⁶, a desadequação entre o nível de dor percebido pelo profissional de saúde em relação ao doente, e as atitudes em conformidade⁶⁵. Um dos estudos demonstrou que as ações formativas melhoraram consideravelmente as atitudes e o nível de conhecimento sobre a abordagem da DIO⁶⁸.

O Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KaSRP) é um instrumento que avalia as atitudes dos profissionais de saúde na gestão da dor, sendo útil para diagnosticar necessidades de formação e avaliar a proficiência de ações formativas, encontrando-se validado para a língua portuguesa na população de enfermagem⁷⁰. Apesar de amplamente utilizado na literatura⁷¹⁻⁷³, não é, no entanto, útil para a avaliação dos conhecimentos sobre dor irruptiva, pois não apresenta itens específicos sobre o tema. Salvaguardando as limitações linguísticas e acessibilidade de artigos da pesquisa bibliográfica, não existem à data, questionários validados que avaliem o conhecimento de médicos ou enfermeiros sobre dor irruptiva.

Deste modo considera-se pertinente a avaliação dos conhecimentos que os profissionais de medicina e enfermagem possuem sobre DIO, para que, caso seja necessário, se possam desenvolver intervenções para a promoção do conhecimento e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2. METODOLOGIA

A presente investigação foi desenhada com o objetivo de responder às seguintes perguntas de investigação:

- 1- Qual o nível de conhecimento sobre dor irruptiva oncológica dos médicos e enfermeiros portugueses?
- 2- Quais são os fatores profissionais associados ao nível de conhecimento sobre dor irruptiva oncológica dos médicos e enfermeiros portugueses?

Para isso, detalha-se em seguida, a metodologia utilizada no estudo.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional, analítico e transversal com abordagem quantitativa.

2.2. OBJETIVOS

- a) Avaliar o nível de conhecimento que os profissionais de medicina e de enfermagem portugueses possuem sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.
- b) Identificar os fatores profissionais influenciadores do conhecimento dos médicos e enfermeiros relativos à abordagem da dor irruptiva.

2.3. VARIÁVEIS

A variável central e dependente do estudo foi o nível de conhecimento sobre dor irruptiva oncológica, quantificado pelas respostas corretas ou incorretas obtidas no questionário.

Foram selecionadas variáveis de caracterização demográfica e profissional.

Em relação à caracterização demográfica, utilizou-se a idade em anos (quantitativa) e o género (nominal).

Para a caracterização profissional utilizou-se o grau académico (licenciatura, pós-graduação, mestrado, doutoramento), o grupo profissional (medicina ou enfermagem), área de especialização médica e de enfermagem (especialista e respetiva especialidade, não especialista), local e contexto do exercício profissional, tempo de exercício profissional em anos, formação em Cuidados

Paliativos, Competência em Medicina Paliativa ou especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Para o local do exercício profissional foram incluídas as divisões territoriais do Serviço Nacional de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira).

Em relação ao contexto do exercício profissional, optou-se pela divisão em Contexto Hospitalar, Comunitário, Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e Outros contextos não especificados nas outras tipologias.

Em relação ao contexto Hospitalar, foram agrupadas as tipologias de Internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia, Serviço de Urgência e Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

A nível Comunitário, englobaram-se as Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Unidades de Cuidados na Comunidade, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e outras estruturas residenciais da comunidade.

Ao nível da RNCCI, excluiu-se a tipologia de ECCI, por se encontrar englobada a nível comunitário e a UCP por estar contemplada isoladamente.

O contexto profissional foi ainda categorizado de acordo com a frequência da atividade profissional nesses locais e classificado como: sempre, muito frequentemente, frequentemente, raramente, nunca.

Para a análise da relação entre variáveis, foram consideradas as seguintes variáveis independentes: o grupo profissional, a área de especialização do profissional, o contexto do exercício profissional e a frequência da atividade clínica, tempo de exercício profissional, formação em Cuidados Paliativos, Competência em Medicina Paliativa ou especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população teórica considerada neste estudo incluiu médicos e enfermeiros em exercício profissional em Portugal, no ano de 2023^e.

Para o processo de participação no estudo, que ocorreu no início do mês de dezembro de 2023, foi solicitado através de correio eletrónico, a divulgação e o convite à participação dos associados das seguintes entidades: Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Sociedade Portuguesa de Oncologia, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Sociedade de Hematologia e Oncologia Pediátrica, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva, Associação de Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos, Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Direção executiva do Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (por inerência ao local de trabalho da investigadora principal).

Obtiveram-se respostas de 3 entidades: a Ordem dos Médicos, a Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que deram parecer positivo para a divulgação, e a Sociedade Portuguesa de Oncologia, que emitiu parecer negativo justificado pelo regulamento interno, que impede a divulgação de estudos externos à organização.

Adicionalmente a este recrutamento, foi solicitado aos colegas de trabalho que divulgassem o estudo por correio eletrónico e partilhassem o link para o questionário através de redes sociais (em grupos de médicos e enfermeiros). Além disso, foi publicitado na página da Ordem dos Médicos um link para o estudo^f.

Os profissionais que aceitaram participar encontraram, na 1^a página do formulário online, o termo de consentimento informado para validar.

^e Médicos (n= 62132) e Enfermeiros (n=83538). Fonte: INE, censos 2021, dados referentes a 2023.

^f <https://ordemdosmedicos.pt/dor-irruptiva-em-contexto-de-doenca-oncologica/>

A dimensão da amostra não foi predefinida, correspondendo à população acessível, composta por profissionais com endereço de correio eletrónico registado nas respetivas Ordens, Sociedades Profissionais e Instituições, Serviços de Saúde.

Considerando a tipologia da amostra, não foram estabelecidos critérios de inclusão.

Responderam ao questionário do estudo 429 profissionais, correspondendo a uma margem de erro da amostra de 4,72%, calculada com um nível de confiança de 95%.

2.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados, foi utilizado um questionário construído especificamente para o presente estudo (Apêndice 1).

A elaboração do questionário envolveu 4 fases. A primeira consistiu na realização de pesquisa bibliográfica direcionada aos conteúdos do documento de Consensos² sobre dor irruptiva, com o intuito de rever os conceitos e procurar possíveis atualizações da literatura.

Tendo por base o documento de Consensos² sobre dor irruptiva, realizou-se a validação parcial e de conteúdo da versão preliminar do questionário (48 perguntas) com um profissional da área médica, detentor de formação avançada e experiência clínica em CP. Doze questões que avaliavam os mesmos conhecimentos foram eliminadas.

Nesta fase, foi também efetuada a reformulação das perguntas, com correção da semântica e conteúdo, bem como reestruturação de onze questões para serem consideradas “incorretas”.

A segunda fase consistiu na aplicação de um pré-teste da versão preliminar do questionário a um grupo de 20 profissionais de saúde (10 médicos e 10 enfermeiros), para avaliação da compreensão do questionário e estrutura do mesmo, tendo sido sugeridas alterações na semântica de 3 perguntas e corrigidas 2 questões por induzir a resposta correta.

A versão corrigida (fase 3) foi revista por um grupo de peritos Médicos e Enfermeiros com formação avançada em CP (n=8).

A versão final do questionário ficou composta por 2 secções (A e B).

A secção A, composta por 10 perguntas de carácter sociodemográfico e profissional e a secção B, pelo questionário de conhecimentos composto por 36 perguntas fechadas: uma pergunta sobre definição de dor irruptiva (Dimensão 1), duas perguntas sobre epidemiologia da dor irruptiva (Dimensão 2), dez perguntas sobre caracterização e classificação da dor irruptiva (Dimensão 3), oito perguntas sobre avaliação da dor irruptiva (Dimensão 4), dez perguntas sobre tratamento da dor irruptiva (domínio 5) e cinco sobre monitorização (Dimensão 6).

O questionário foi elaborado em formato digital através do Microsoft Forms® de preenchimento voluntário e anónimo com todas as perguntas sujeitas a obrigatoriedade de resposta para prosseguir no questionário. Foi utilizada uma escala de Likert de 5 itens (*Discordo totalmente, Discordo, Não concordo/Nem discordo, Concordo, Concordo totalmente*) para as opções de respostas da secção B. A hipótese de resposta “*Não concordo/Nem discordo*” foi interpretada como sinal de desconhecimento sobre o tema.

A última fase consistiu na verificação da funcionalidade e coerência gráfica da versão digital do questionário. Foram detetadas duas situações de desadequado reencaminhamento da resposta para a fase seguinte, tendo sido corrigidas.

2.6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS® versão 29).

Para a análise de dados, sempre com base na avaliação da normalidade das distribuições quantitativas, efetuou-se em primeiro lugar uma análise univariada, através de estatística descritiva (frequência, médias, medianas, percentis, desvio padrão e visualizações gráficas) e posteriormente, no sentido de analisar as di-

ferências dos resultados nas variáveis dependentes (respostas corretas) em função de mudanças nas variáveis independentes (grupo profissional, área de especialização, contexto do exercício profissional, tempo de exercício profissional, formação em Cuidados Paliativos, Competência em Medicina Paliativa, especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa), efetuaram-se correlações entre as variáveis ordinais de interesse (tempo de experiência profissional, nível de formação em CP) com a variável quantitativa número de respostas corretas no questionário, recorrendo a correlações de Spearman.

Procurou-se também identificar diferenças entre grupos recorrendo a análise do Qui-Quadrado, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis quando apropriado, tendo em conta a natureza qualitativa ou quantitativa das variáveis, respetivamente. Foi aplicada a correção de Bonferroni para ajustar os valores de p nos testes de comparação múltipla.

Para a avaliação do “score total do questionário” foi definido que este corresponde ao número total de respostas corretas ao questionário. Para a avaliação dos “scores por dimensões” foi definido o mesmo critério, ou seja, número de repostas corretas em cada dimensão, composta pelos respetivos itens (perguntas) e todas as perguntas tinham a mesma ponderação.

Os resultados do questionário foram avaliados em frequências relativas e classificados em níveis de conhecimento mediante a seguinte escala percentual:

0-49% - Insuficiente nível de conhecimentos;

50-64% - Suficiente nível de conhecimentos;

65-79% - Bom nível de conhecimentos;

80-89% - Muito Bom nível de conhecimentos;

90-100% - Excelente nível de conhecimentos.

A normalidade da amostra foi avaliada através do teste de kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$.

2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os princípios éticos associados à investigação foram respeitados, a participação dos profissionais foi voluntária, tendo sido obtido o consentimento informado livre e esclarecido, e cumprida a garantia de anonimado e confidencialidade. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa (Parecer sobre o projeto nº 282) (Anexo 1).

3. RESULTADOS

De 1 de março a 9 de maio de 2024 foram recolhidos os dados através do questionário, obtendo-se 429 questionários válidos para integrar o estudo.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram no estudo 242 (56,4%) enfermeiros(as) e 187 (43,6%) médicos(as), dos quais 365 (85,1%) do género feminino.

3.1.1. IDADE

Os profissionais apresentaram idades compreendidas entre os 22 e os 73 anos, com uma mediana de idade de 41 anos. O intervalo interquartil (IIQ) foi de [34,49] anos. A idade apresentou uma distribuição não normal (Tabela1).

Tabela 1- Dados estatísticos relativos à Idade da população inquirida (n= 429).

Medida	anos
Mediana	41
Quartil 1	34
Quartil 3	49
Mínimo	22
Máximo	73
Média	41,94
Desvio padrão	10,35

Teste Kolmogorov-Smirnov: KS (429) =0,08, p<0,001

3.1.2. ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

Em relação à área de especialização médica, verificou-se que 77,5% (n=145) dos profissionais inquiridos tinham especialidade, com uma maior representatividade de médicos de Medicina Geral e Familiar (33,1%) seguido da especialidade de Medicina Interna (12,4%), da Oncologia (10,3%), da Anestesiologia e Pediatria (8,3%) e da Medicina Intensiva (5,5%) (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos por Especialidade Médica.

Especialidade* (n=145)	n	%
Medicina Geral e Familiar	48	33,1
Medicina Interna	18	12,4
Oncologia	15	10,3
Anestesiologia	12	8,3
Pediatria	12	8,3
Medicina Intensiva	8	5,5
Cirurgia Geral	4	2,8
Nefrologia	4	2,8
Ginecologia/Obstetrícia	3	2,1
Otorrinolaringologia	3	2,1
Dermatovenerologia	2	1,4
Imuno-hemoterapia	2	1,4
Patologia Clínica	2	1,4
Gastroenterologia	1	0,7
Hematologia	1	0,7
Infeciologia	1	0,7
Medicina Física e Reabilitação	1	0,7
Cardiologia	1	0,7
Cardiologia Pediátrica	1	0,7
Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética	1	0,7
Neurologia	1	0,7
Cirurgia Maxilo-facial	1	0,7
Pneumologia	1	0,7
Radiologia	1	0,7
Saúde Pública	1	0,7

Na área de enfermagem, 50,8% (n=123) dos profissionais apresentavam grau de especialista, sendo a especialidade médico-cirúrgica a mais representada (35,8%), seguida da especialidade de saúde infantil e pediátrica (20,3%), de enfermagem comunitária (18,7%) e de reabilitação (14,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos por Especialidade de Enfermagem.

Especialidade* (n=123)	n	%
Enfermagem Médico-Cirúrgica	44	35,8
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	25	20,3
Enfermagem Comunitária	23	18,7
Enfermagem de Reabilitação	18	14,6
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	11	8,9
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	2	1,6

3.1.3. GRAU ACADÉMICO

Quanto ao grau académico dos profissionais, verificou-se que 50,8% (n=218) apresentavam mestrado, 29,1% (n=125) eram licenciados, 17% (n=73) tinham concluído a pós-Graduação e 3%(n=13) eram doutorados.

3.1.4. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O tempo de exercício profissional dos participantes (n=425)⁹ apresentou uma distribuição não normal avaliada pelo teste de Teste Kolmogorov-Smirnov e registou no geral, um mínimo de 0 anos e máximo de 49 anos, com uma mediana de 16 anos. O IIQ foi de [9,25] anos.

Em relação aos médicos (n=183) verificou-se uma mediana menor no tempo de exercício profissional comparativamente à dos enfermeiros, com mínimo de 0 anos e máximo de 49 anos, uma mediana de 13 anos e um IIQ de [6,20] anos. No caso dos enfermeiros (n=242), um mínimo de 1 ano e máximo de 44 anos, mediana de 18 anos, com um IIQ de [12,28] anos (tabela 4).

⁹ Foram excluídos 4 valores por dados inválidos para integrar o estudo.

Tabela 4 - Tempo de Exercício Profissional.

Medida (anos)	Medicina ^a	Enfermagem ^b
Mediana	13	18
Quartil 1	6	12
Quartil 3	20	28
Mínimo	0	1
Máximo	49	44
Média	15,10	19,55
Desvio padrão	11,05	10,17

a) Teste Kolmogorov-Smirnov: KS (183) =0,116, p<0,001

b) Teste Kolmogorov-Smirnov: KS (242) =0,090, p<0,001

3.1.5. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dos inquiridos, 59,4% dos profissionais que responderam ao questionário, tinham formação em CP (tabela 5).

No grupo de medicina, a maioria (56,7%) apresentava formação em CP. Encontrou-se uma frequência maior de médicos com formação avançada (25,1%), seguido da formação básica (21,9%) e numa menor frequência (9,6%), os médicos com formação intermédia.

No grupo de Enfermagem, também se verificou que a maioria (61,6%) destes profissionais apresentava formação em CP. No entanto, contrariamente ao que se verificou no grupo médico, os enfermeiros apresentaram uma frequência maior (29,8%) de formação básica, seguida de formação avançada (22,7%) e em menor frequência percentual (9,1%), a formação intermédia (Tabela 5).

Em relação à Competência em Medicina Paliativa, verificou-se que 11,8% (n=22) dos médicos apresentava Competência em Medicina Paliativa.

Na área de Enfermagem, constatou-se que 9,9% (n=24) dos enfermeiros, apresentava especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Tabela 5 - Formação em CP de Médicos e Enfermeiros.

Formação em CP (n=255)	Medicina (n=106)	Enfermagem (n=149)	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Básica^a	41 (21,9)	72 (29,8)	113 (26,3)
Intermédia^b	18 (9,6)	22 (9,1)	40 (9,3)
Avançada^c	47 (25,1)	55 (22,7)	102 (23,8)
Sem formação	81 (43,3)	93 (38,4)	174 (40,6)

a) Formação com duração entre 18 e 45 h. Pode ser lecionada através da formação pré-graduada ou do desenvolvimento profissional contínuo. Destinatários: alunos e profissionais de saúde em geral⁷⁴.

b) Formação com duração entre 90 e 180 h. Lecionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. Destinatários: profissionais envolvidos com mais frequência em situações com necessidades paliativas, mas que não têm os CP como foco principal do seu trabalho⁷⁴.

c) Doutoramento/Mestrado/Pós-graduação ≥ 280 h, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade. Lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional. Destinatários: profissionais que exerçam funções em serviços cuja atividade principal é a prestação de CP (doentes com necessidades complexas)⁷⁴.

3.1.6. LOCAL E CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

3.1.6.1. Local

Na distribuição por regiões, a nível nacional, do exercício profissional, a maioria dos profissionais, 74,1% (n=318) exercia a sua atividade na Região de Lisboa e Vale do Tejo, seguido da Região Norte com 11,9% (n=51) e do Alentejo com 4,2% (n=18). Na Região Centro trabalhavam 3,7% (n=16) dos profissionais, na Região Autónoma dos Açores 2,3% (n=10), na Região Autónoma da Madeira 2,1% (n=9) e no Algarve 1,6% (n=7).

3.1.6.2. Contexto

O contexto Hospitalar foi o local onde frequentemente, muito frequentemente ou sempre, a maioria (68,3%) dos profissionais exerciam a sua atividade, com as tipologias agrupadas de internamento, consulta externa e hospital de dia a obter maior frequência (41%), seguido do Serviço de Urgência (14,7%) e da Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (12,6%).

A nível Comunitário, englobando as Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Unidades de Cuidados na Comunidade verificou-se que 14,9% dos profissionais trabalhavam frequentemente, muito frequentemente ou sempre neste contexto, enquanto nas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados

Paliativos, trabalhavam 10,7% dos profissionais. Nas Estruturas Residenciais para Pessoas idosas e outras estruturas residenciais da comunidade, exerciam a sua atividade 6,3% dos profissionais.

Em contexto de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), excluindo as tipologias de ECCI e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) trabalhavam 5,8% dos profissionais que reponderam ao questionário. Nas UCP exerciam atividade 8,9% dos profissionais e em menor percentagem, 5,8 % exerciam funções noutras tipologias da RNCCI.

Identificaram-se ainda 7,2% de profissionais que exerciam a sua atividade noutros contextos diferentes dos acima descritos.

Na tabela 6 encontram-se resumidos os dados estatísticos relativos ao contexto do exercício profissional dos médicos e enfermeiros que participaram no estudo.

Tabela 6 - Contexto do exercício profissional.

Contexto profissional	Medicina	Enfermagem	Total
Hospitalar	n (%)	n (%)	n (%)
INT/CE/HD	71 (38,0)	105 (43,4)	176 (41,0)
SU*	40 (21,4)	23 (9,5)	63 (14,7)
EIHSCP	23 (12,3)	31 (12,8)	54 (12,6)
Comunitário			
USF, UCSP, ECCI, UCC	33 (17,6)	31 (12,8)	64 (14,9)
ECSCP	18 (9,6)	28 (11,6)	46 (10,7)
ERPI	8 (4,3)	19 (7,9)	27 (6,3)
RNCCI			
UCP	10 (5,3)	28 (11,6)	38 (8,9)
Outros RNCCI (exceto UCP e ECCI)	7 (3,7)	18 (7,4)	25 (5,8)
Outros	11 (5,9)	20 (8,3)	31 (7,2)

* $\chi^2(4) = 57,230$, $p < 0,001$

Legenda: **DP**- desvio padrão; **INT**-internamento; **CE**- consulta externa; **EIHSCP**- Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos; **USF**- Unidade de Saúde familiar; **UCSP**- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, **ECCI**-Equipas de Cuidados Continuados Integrados; **UCC**- Unidades de Cuidados na Comunidade; **ECSCP**- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos; **ERPI**- Estruturas Residenciais para Pessoas idosas; **UCP**-Unidades de Cuidados Paliativos; **RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

3.2. AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS SOBRE DOR IRRUPTIVA ONCOLÓGICA

Na globalidade das 36 perguntas sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica, obteve-se um total de 69,4% (n=25) (médicos: 72,2% e enfermeiros: 69,4%) de respostas consideradas corretas ao questionário (Apêndice 2, Quadro 1).

Analisando individualmente as questões, salienta-se que o 1/3 das questões com scores mais elevados (corretas >80%) correspondiam maioritariamente à dimensão 4 (avaliação da dor) enquanto o 1/3 com menor percentagem de respostas corretas (corretas <50%) dizia respeito à dimensão 5 (tratamento) (Apêndice 3, Quadro 2).

Para identificar os fatores profissionais influenciadores do conhecimento dos médicos e enfermeiros relativamente à abordagem da DIO, procurou-se estudar a eventual existência de associação entre o score de respostas corretas ao questionário e as seguintes variáveis: Grupo profissional, Área de especialização, Contexto do exercício profissional, Formação em Cuidados Paliativos, Formação em Medicina Paliativa e Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

3.2.1. GRUPO PROFISSIONAL

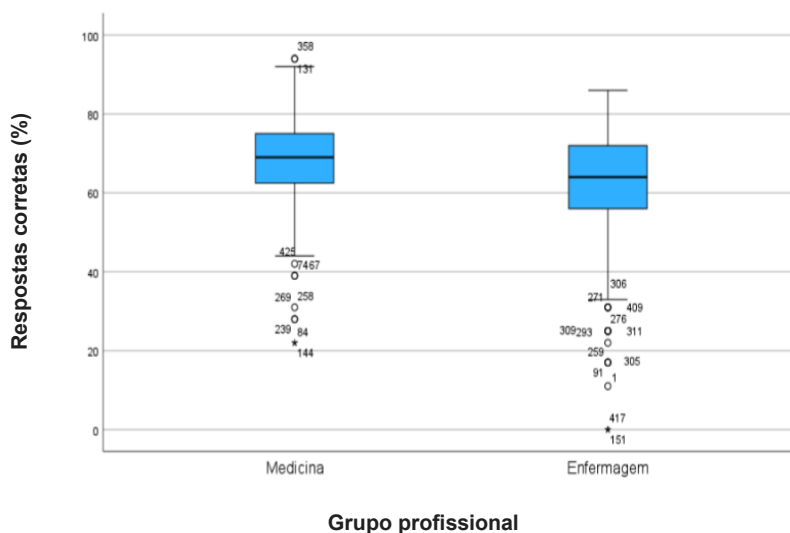
Em relação ao *grupo profissional* (medicina ou enfermagem) verificou-se que as amostras não apresentavam uma distribuição normal^h e constatou-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos ao nível do score de respostas corretas ao questionárioⁱ ($p < 0,001$).

^h (Medicina: KS (187) =0,131, $p < 0,001$; Enfermagem: KS (242) =0,150, $p < 0,001$)

ⁱ (U=16341,5, $p < 0,001$)

Da análise pode-se documentar que os médicos obtiveram no geral, um score de respostas corretas superior comparativamente ao score obtido pelos enfermeiros^j (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Score de respostas corretas por grupo profissional.



Na análise isolada das dimensões, verificou-se que a dimensão 4 - *Avaliação da dor irruptiva* (8 perguntas) apresentou o score mais elevado de respostas corretas, com uma frequência relativa de 82,45%, seguido da dimensão 3 - *Caracterização e Classificação da dor irruptiva* (10 perguntas) com 72,22%. Na dimensão 6 - *Monitorização* (5 perguntas) obtiveram 71,56% de respostas corretas e na dimensão 2 - *Epidemiologia da dor irruptiva* (2 perguntas) 68,65%.

Por outro lado, verificou-se uma menor percentagem de respostas corretas na dimensão 5 - *Tratamento da dor irruptiva* (10 perguntas), com 49,19% e na dimensão 1 - *Definição de dor irruptiva* (1 pergunta) com 30,8%.

^j Médicos (Mediana: 69; AIQ:14) vs Enfermeiros (Mediana: 64; AIQ:16)

Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparação dos 2 grupos profissionais em relação ao score de respostas corretas nas diferentes dimensões, sugerindo uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo médico e de enfermagem.

Em todas as dimensões do questionário, o resultado do score de respostas corretas foi superior no grupo dos médicos em relação ao grupo de enfermagem. Em ambos os grupos profissionais, as temáticas onde se observaram menores scores foram sobre a definição e o tratamento da DIO (tabela 7).

Tabela 7 – Score de respostas corretas por grupo profissional e dimensões.

Dimensões	D1 Definição ¹	D2 Epidemiologia ²	D3 Caracterização e Classificação ³	D4 Avaliação ⁴	D5 Tratamento ⁵	D6 Monitorização ⁶
Medicina (n=187)						
Mediana (%)	0	100	80	77,78	50	100
AIQ (%)	100	50	20	11	30	25
%	37,4	73,8	77,27	85,25	51,7	75,5
Enfermagem (n=242)						
Mediana (%)	0	50	70	77,78	50	75
AIQ (%)	100	50	20	22	20	25
%	25,6	64,7	68,33	80,34	46,51	71,54
Total (n=429)						
Mediana (%)	0	50	80	77,78	50	100
AIQ (%)	100	50	30	22	20	25
%	30,8	68,65	72,22	82,45	49,19	71,56

¹U=19954, p=0,009; ²U= 19387,5, p=0,005; ³U=16454,5, p<0,001; ⁴U=18072,5, p<0,001; ⁵U=19279,5, p=0,008; ⁶U=19626,5, p=0,009

Estudou-se ainda a associação entre o grupo profissional e cada pergunta individual do questionário recorrendo ao teste do Qui-Quadrado. As questões em que a associação foi estatisticamente significativa encontram-se descritas na tabela 8. À semelhança do que se verificou no estudo das dimensões, a percentagem de acerto foi superior no grupo de medicina em comparação com o grupo de enfermagem, em todas as perguntas em que se encontrou significado estatístico.

Tabela 8 – Score de respostas corretas por grupo profissional e por questões.

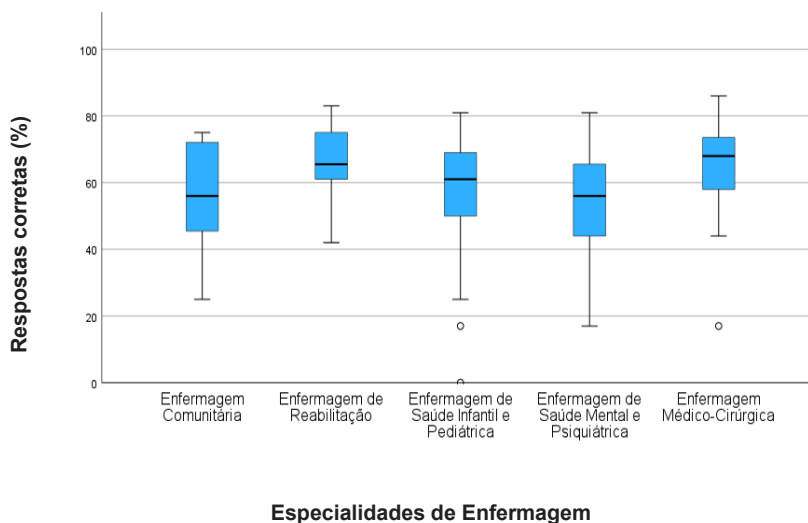
Questões	Medicina (n=187)	Enfermagem (n=242)	Total (n=429)	p
	Respostas certas n (%)	Respostas certas n (%)		
Dimensão 1				
ASS_1	70 (37,4)	62 (25,6)	132 (30,8)	0,011
Dimensão 2				
ASS_2	175 (93,6)	203 (83,9)	378 (88,1)	0,002
Dimensão 3				
ASS_4	149 (79,7)	167 (69,0)	316 (73,7)	0,015
ASS_6	67 (35,8)	60 (24,8)	127 (29,6)	0,014
ASS_9	168 (89,8)	193 (79,8)	361 (84,1)	0,005
ASS_10	157 (84,0)	179 (74,0)	336 (78,3)	0,013
ASS_11	160 (85,6)	168 (69,4)	328 (76,5)	< 0,001
ASS_12	146 (78,1)	149 (61,6)	295 (68,8)	< 0,001
Dimensão 4				
ASS_18	152 (81,3)	175 (72,3)	327 (76,2)	0,039
ASS_20	78 (41,7)	57 (23,6)	135 (31,5)	< 0,001
Dimensão 5				
ASS_23	133 (71,1)	139 (57,4)	272 (63,4)	0,005
ASS_26	165 (88,2)	161 (66,5)	326 (76,0)	< 0,001
Dimensão 6				
ASS_34	150 (80,2)	164 (67,8)	314 (73,2)	0,004
ASS_36	72 (38,5)	63 (26,0)	135 (31,5)	0,006

3.2.2. ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

Na análise da relação entre a *área de especialização* médica e de enfermagem, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para determinar a existência ou não de diferenças no score de respostas corretas quando comparadas as especialidades médicas com maior representatividade na amostra (Anestesiologia, MGF, Medicina Interna, Oncologia e Pediatria) bem como as diferentes especialidades de enfermagem (Comunitária, Reabilitação, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica e a Médico-cirúrgica).

Apenas se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas no score de respostas corretas em função das diferentes especialidades de enfermagem^k (p=0,041) (Gráfico 2). No entanto, no teste post-hoc para comparação pareada das especialidades, utilizando os valores ajustados para a análise dos subgrupos, não foi encontrado significado estatístico, provavelmente condicionado pela pequena dimensão da amostra de cada um dos grupos.

Gráfico 2 - Score de respostas corretas por Especialidades de Enfermagem.



3.2.3. CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

No estudo da relação entre o *contexto do exercício profissional* e o score de respostas corretas ao questionário, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para procurar associação entre as variáveis. Para as comparações, os contextos foram divididos em grupos (Hospitalar, Domiciliário, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e Outros). Em relação ao contexto Hospitalar, este foi subdividido em Serviço de Urgência, Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e agrupado o Internamento, Hospital de Dia e Consulta Externa. No contexto Domiciliário agruparam-se as Unidades de Saúde familiar, as Unidades de Cuidados de Saúde

^k $\chi^2_{kw} (4) = 9,970, p = 0,041$

Personalizados, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. Dentro da RNCCI excluíram-se as UCP e as ECCI por se encontrarem representadas noutros subgrupos. A análise foi realizada entre um contexto em relação aos restantes.

Foram ainda divididos os profissionais que exerciam a sua atividade frequentemente, muito frequentemente ou sempre em cada um dos contextos acima descritos, em oposição aos que exerciam raramente ou nunca.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do score de respostas certas entre os profissionais que trabalhavam frequentemente, muito frequentemente ou sempre em contexto de Serviço de Urgência hospitalar ($p=0,027$) e no Internamento, Consulta Externa e/ou Hospital de Dia ($p=0,004$) face aos que exerciam a sua atividade raramente ou nunca nesses locais.

Em ambos os contextos, os profissionais que trabalhavam frequentemente, muito frequentemente ou sempre, obtiveram scores de respostas corretas superiores, em comparação com os restantes contextos (tabela 9).

Tabela 9 – Score de respostas corretas por contexto do exercício profissional e frequência da atividade.

Contexto profissional	Mediana	AIQ	Media	DP	Mediana	AIQ	Media	DP
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
	Frequentemente / Muito Frequente / Sempre				Raramente / Nunca			
Hospitalar								
INT/CE/HD*	69	14	66,58	13,15	67	16	62,64	15,39
SU*	69	11	68,27	11,31	67	17	63,56	15,03
EIHSCP	69	15	68,65	11,25	67	17	63,62	14,95
Comunitário								
USF, UCSP, ECCI, UCC	64	16	63,59	14,39	67	17	64,37	14,68
ECSCP	69	15	68,00	12,10	67	17	63,80	14,84
ERPI	69	11	67,19	10,14	67	17	64,06	14,87
RNCCI								
UCP	67	12	67,11	11,81	67	17	63,98	14,85
Outros RNCCI (exceto UCP e ECCI)	67	11	68,28	8,28	67	17	64,00	14,90
Outros	69	17	66,71	13,67	67	17	64,06	14,69

* U =25926,5, p=0,004 * U=13539,5, p=0,027

Legenda: **AIQ**- Amplitude Interquartilica; **DP**- Desvio Padrão; **INT**-internamento; **CE**- Consulta Externa; **EIHSCP**- Equipe Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos; **USF**- Unidade de Saúde familiar; **UCSP**- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, **ECCI**- Equipes de Cuidados Continuados Integrados; **UCC**- Unidades de Cuidados na Comunidade; **ECSCP**- Equipes Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos; **ERPI**- Estruturas Residenciais para Pessoas idosas; **UCP**-Unidades de Cuidados Paliativos; **RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Estudou-se também a associação entre o score de respostas corretas de cada questão individual do questionário e o contexto profissional, utilizando o teste de Qui-Quadrado. As questões em que a associação demonstrou ser estatisticamente significativa encontram-se apresentadas na tabela 10.

Tabela 10 – Score de respostas corretas por contexto do exercício profissional e por questões.

Contexto	Hospitalar Frequentemente / Nunca*				Comunitário Frequentemente / Nunca*				RNCCI * Frequentemente / Nunca*		Outros Frequentemente / Nunca*					
	INT/CE/HD n=176 / n=253	SU n=63 / n=366		EIHSCP n=54 / n=375		USF/ECCI n=64 / n=365		ECSCP n=46 / n=383		ERPI n=27 / n=402		n=25 / n=404		n=31 / n=398		
Questões	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	% (n)	p	% (n)	p		
Dimensão 2																
ASS_2	-	-	-	-	-	-	-	-	78,3 / 89,3	0,034	-	-	-	-	-	
Dimensão 3																
ASS_4	69,6 / 79,5	0,026	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ASS_12	-	-	81 / 66,7	0,027	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
AAS_13	42,6 / 31,2	0,019	-	-	51,9 / 33,6	0,010	-	-	54,3 / 33,7	0,009	-	-	60 / 34,4	0,011	-	
Dimensão 4																
ASS_16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80,6 / 92,7	0,031
ASS_18	-	-	-	-	-	-	87,5 / 74,2	0,025	91,3 / 74,4	-	96,3 / 74,9	0,017	96 / 75	0,026	-	-
ASS_20	-	-	-	-	-	-	18,8 / 33,7	0,019	-	-	-	-	-	-	-	-
Dimensão 5																
ASS_23	70,5 / 58,5	0,014	-	-	77,8 / 61,3	0,023	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASS_24	-	-	66,7 / 50	0,020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASS_25	84,7 / 69,6	<0,001	90,5 / 73,2	0,004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASS_29	43,8 / 32,4	0,019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASS_30	-	-	-	-	22,2/10,7	0,024	-	-	26,1 / 10,4	0,005	-	-	-	-	-	-
Dimensão 6																
ASS_33	-	-	-	-	-	-	-	-	60,9 / 76,8	0,021	-	-	-	-	-	-
ASS_34	-	-	84,1 / 71,3	0,044	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Exceto ECCI e UCP

* Frequentemente, Muito Frequente, Sempre/ Raramente e Nunca

3.2.4. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A Correlação de Spearman foi utilizada para avaliar o grau de correlação entre o *tempo de exercício profissional* e o score de respostas corretas, verificando-se uma correlação negativa fraca significativa ($p=0,040$). Apesar de uma correlação fraca podemos admitir que quanto menor o tempo de exercício profissional, maior é o score de respostas corretas (tabela 11).

Na avaliação por dimensões, verificou-se que a dimensão 5 (tratamento da dor irruptiva) ($p=0,007$) é aquela que contribui para a diferença estatística do score total do questionário (tabela 11).

Tabela 11 - Correlação entre o tempo de exercício profissional e o score de respostas corretas.

Tempo do exercício profissional (n=425)	$r_s^{(a)}$	p
Score total do questionário	- 0,100	0,040
Dimensão 1 - Definição	- 0,034	0,483
Dimensão 2 - Epidemiologia	- 0,013	0,789
Dimensão 3 - Classificação	- 0,024	0,626
Dimensão 4 - Avaliação	- 0,086	0,075
Dimensão 5 - Tratamento	- 0,132	0,007
Dimensão 6 - Monitorização	- 0,059	0,227

^(a) Coeficiente de Correlação de Spearman

As questões em que a associação demonstrou ser estatisticamente significativa encontram-se apresentadas na tabela 12.

Tabela 12 - Tempo de exercício profissional por score de respostas corretas e incorretas e por questões.

Tempo de exercício profissional (n=425)	Mediana	AIQ	Mediana	AIQ	U ^(a)	p
	(anos)	(anos)	(anos)	(anos)		
	Respostas certas		Respostas erradas			
Dimensão 3						
ASS_11	15,0	15,0	19,0	20,0	U=13443,0	0,007
ASS_12	15,0	14,0	19,0	19,0	U= 15456,0	0,001
Dimensão 4						
ASS_20	14,0	12,0	17,5	18,0	U= 17059,5	0,033
ASS_21	16,0	17,0	24,0	22,0	U= 3200,5	0,006
Dimensão 5						
ASS_24	15,0	15,0	18,0	17,0	U= 19245,0	0,009
ASS_29	14,0	14,0	18,0	19,0	U= 18610,0	0,038
ASS_34	15,0	16,0	18,0	17,0	U= 15013,5	0,012

^(a) teste de Mann-Whitney

3.2.5. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em relação à *formação em Cuidados Paliativos*, verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o nível de formação em CP e o score de respostas corretas demonstrado no questionário^l ($p < 0,001$). Assim, quanto maior o nível de formação em CP, maior o score de respostas corretas.

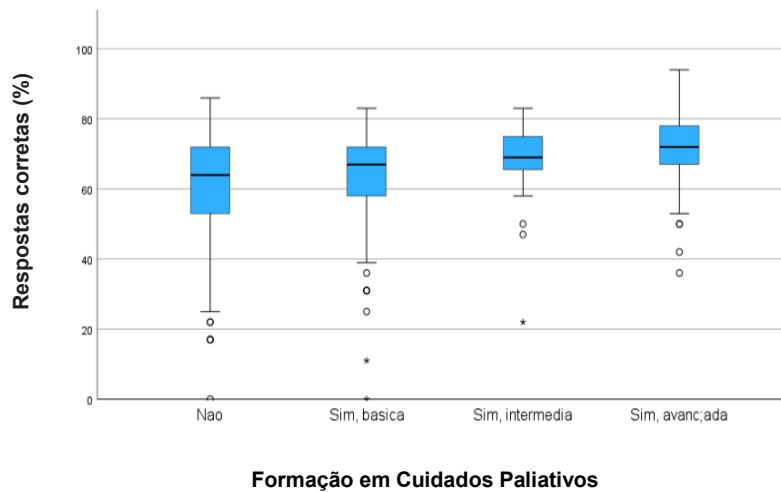
A análise estatística revelou que as amostras seguem uma distribuição não normal^m e que existem diferenças significativas no score de respostas corretas em função dos diferentes níveis de formação em CPⁿ ($p < 0,001$) (gráfico 3).

^l $r_s = 0,324$, $p < 0,001$

^m Sem formação: KS (174) = 0,149, $p < 0,001$; Básica: KS (113) = 0,143, $p < 0,001$; Intermédia: KS (40) = 0,228, $p < 0,001$; Avançada: KS (102) = 0,117, $p = 0,001$

ⁿ $\chi^2_{kw} (3) = 49,328$, $p < 0,001$; Sem formação (mediana: 64; IIQ:19) vs Básica (mediana: 67; IIQ:15) vs Intermédia (mediana: 69; AIQ:10) vs Avançada (mediana: 72; AIQ:11)

Gráfico 3 - Score de respostas corretas por nível de formação em CP.



Na comparação pareada dos níveis de formação, utilizando os valores ajustados para a análise dos subgrupos, houve evidência de diferenças entre os grupos “sem formação vs formação intermédia” ($p=0,001$) e nos grupos “sem formação vs formação avançada” ($p<0,001$). Constatou-se também a existência de diferenças com significado estatístico entre os grupos com “formação básica vs intermédia” ($p<0,045$) e nos grupos “formação básica vs avançada” ($p<0,001$) (Figura 1).

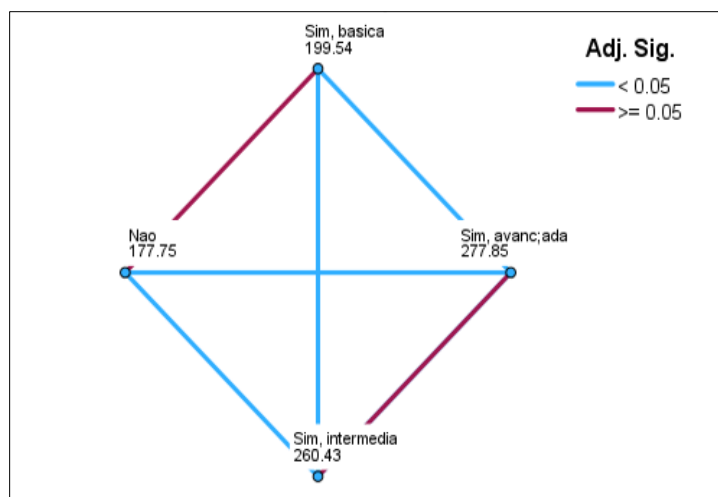


Figura 1 - Comparação pareada entre os níveis de formação em CP.

Nota: Os valores representados na figura correspondem ao “average rank” de cada nível de formação.

As questões em que a associação demonstrou ser estatisticamente significativa encontram-se apresentadas na tabela 13.

Tabela 13 – Score de respostas corretas por níveis de formação em CP e por questões.

Formação CP	Básica (n=113)	Intermédia (n=40)	Avançada (n=102)	Sem Formação (n=174)	
Questões	corretas n (%)	corretas n (%)	corretas n (%)	corretas n (%)	p
Dimensão 1					
ASS_1	34 (30,1)	11 (27,5)	59 (57,8)	28 (16,1)	< 0,001
Dimensão 3					
ASS_4	81 (71,7)	38 (90,0)	95 (93,1)	54 (59,8)	< 0,001
ASS_7	101 (89,4)	40 (100)	100 (98,0)	148 (85,1)	0,001
ASS_8	102 (90,3)	39 (97,5)	99 (97,1)	150 (86,2)	0,009
ASS_10	82 (71,7)	34 (85,0)	94 (92,2)	127 (73,0)	0,001
ASS_11	80 (70,8)	34 (85,0)	98 (87,3)	125 (71,8)	0,006
ASS_12	72 (63,7)	31 (77,5)	83 (81,4)	101 (62,6)	0,004
ASS_13	33 (29,2)	18 (45,0)	63 (61,8)	40 (23,0)	< 0,001
Dimensão 4					
ASS_18	82 (72,6)	36 (90,0)	86 (84,3)	123 (70,7)	0,009
ASS_20	35 (31,0)	14 (35,0)	46 (45,1)	40 (23,0)	0,002
Dimensão 5					
ASS_22	36 (31,9)	18 (45)	45 (44,1)	31 (17,8)	< 0,001
ASS_23	69 (61,1)	33 (82,5)	92 (90,2)	78 (44,8)	< 0,001
ASS_30	9 (8,0)	4 (10,0)	24 (23,5)	15 (8,6)	0,001
ASS_31	37 (32,7)	23 (57,5)	45 (44,1)	71 (40,8)	0,044
Dimensão 6					
ASS_36	28 (24,8)	18 (45,0)	43 (42,2)	46 (26,4)	0,004

3.2.6. COMPETÊNCIA EM MEDICINA PALIATIVA e ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

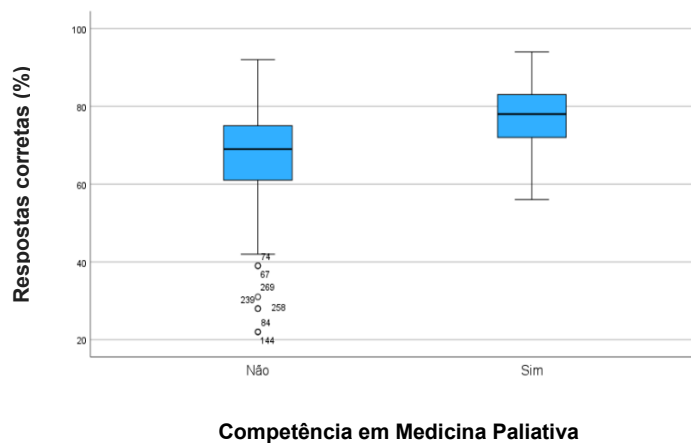
Constatou-se haver diferença significativa^o (p=0,001) no estudo da associação entre os inquiridos que tinham a Competência em Medicina Paliativa^p e a percentagem de respostas certas em comparação com a ausência de Competência

^o U=2604,500, p=0,001

^p Competência em MP (mediana: 78; AIQ:13) vs Ausência de competência em MP (mediana:69; AIQ:14)

(gráfico 4). O mesmo não se verificou para os inquiridos com a Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Gráfico 4 – Score total de respostas corretas por competência vs ausência de competência em MP.



As questões em que a associação demonstrou ser estatisticamente significativa encontram-se apresentadas na tabela 14.

Tabela 14 – Score de respostas corretas por competência vs ausência competência em MP e por questões.

Questões	Competência em MP	Sem Competência em MP	p
	(n=22) corretas n (%)	(n=165) corretas n (%)	
Dimensão 3			
ASS_4	22 (100)	127 (77,0)	0,020
Dimensão 4			
ASS_20	14 (63,6)	64 (38,8)	0,037
Dimensão 5			
ASS_22	14 (63,6)	49 (29,7)	0,002
ASS_23	20 (90,9)	113 (68,5)	0,042
ASS_30	11 (40,9)	13 (7,9)	< 0,001
Dimensão 6			
ASS_36	13 (59,1)	59 (35,8)	0,039

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimentos que os profissionais de medicina e de enfermagem portugueses possuem sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica, bem como identificar os fatores profissionais influenciadores desse conhecimento.

No âmbito destes objetivos e temática, a literatura nacional é inexistente e a internacional é escassa e difere nos objetivos e na metodologia de estudo^{65,67,69,75}.

4.1. Limitações do estudo

Os resultados e as conclusões deverão ser enquadrados nas limitações do estudo. Primeiramente, a pesquisa bibliográfica restringiu-se a artigos em língua portuguesa, espanhola e inglesa, não tendo sido possível aferir se todos os estudos relevantes para o enquadramento teórico, para a discussão e conclusão foram incluídos neste estudo.

Em relação às características da amostra, o facto de esta ser de conveniência pode introduzir viés de seleção, com possibilidade de os profissionais interessados no tema serem os mais participativos.

O questionário foi construído especificamente para o presente estudo e apesar das várias fases de revisão e pré-teste, não foi testada a confiabilidade do mesmo, nem foi submetido a metodologia de validação como instrumento de medição. Para além disso, o instrumento de recolha de dados foi elaborado com questões que avaliam conceitos teóricos, não tendo sido incluídas perguntas que avaliassem as atitudes na prática clínica. A dificuldade em divulgar amplamente o questionário representou outra limitação significativa, pois reduziu o alcance e a diversidade da amostra.

Por último, como o questionário foi elaborado em formato digital, poderá eventualmente, ter excluído os profissionais que têm menos familiaridade com tecnologias.

4.2. Características sociodemográficas da amostra

A margem de erro^q da amostra em estudo foi de 4,72%, valor calculado com um nível de confiança de 95%.

Observou-se que o género feminino foi predominante (85,1%), o que se enquadra na tendência dos dados observados na população nacional (Médicas: 57,8%, Enfermeiras: 82,7%)^r.

A Região de Lisboa e Vale do Tejo foi o local de exercício profissional com maior representatividade da amostra (74,1%), seguido da Região Norte (11,9%), Alentejo (4,2%), Centro (3,7%), Açores (2,3%), Madeira (2,1%) e Algarve (1,6%). De referir que a nível nacional^s, a distribuição é idêntica nos Açores (2,3%), aproximada na Madeira (2,8%), Alentejo (3,6%), superior na Região Norte (35,6%), Centro (18,4%) e Algarve (3,4%), enquanto na Região de Lisboa e Vale do Tejo é menor (33,9%).

Em relação à especialização médica e de enfermagem, verificou-se no estudo, em comparação com a realidade nacional^t, uma representatividade substancialmente superior das especialidades de oncologia (10,3%vs1,2%), de medicina intensiva (5,5% vs 1,5%), MGF (33,1% vs 22,9%) e medicina interna (12,4% vs 8,8%) enquanto em anestesiologia (8,3% vs 6%) e pediatria (8,3% vs 6,2%) contactou-se uma diferença menor. Na área de enfermagem, também foi evidente uma maior representatividade, com enfoque na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (35,8% vs 21,6%), saúde infantil e pediátrica (20,3% vs 13,2%) e comunitária (18,7% vs 14,7%).

4.3. Avaliação do conhecimento sobre DIO

O estudo destaca um Bom nível geral de conhecimento (69,4%) dos médicos e enfermeiros que participaram no estudo, não obstante de se ter inferido menores níveis de conhecimento nas dimensões do tratamento e definição da DIO.

^q A margem de erro foi calculada com base na população alvo, (médicos: n=62132; Enfermeiros: n=83538). Fonte: INE, censos 2021, dados referentes a 2023.

^r Fonte: INE, censos 2021, dados referentes a 2023.

^s Fonte: INE, censos 2021, dados referentes a 2023.

^t Fonte: INE, censos 2021, dados referentes a 2022; Ordem dos Enfermeiros, anuário estatístico 2022.

Refletindo, em primeiro lugar sobre a globalidade dos resultados, identificou-se um nível de conhecimento dentro do expectável, tendo em conta que a maioria (59,4%) dos profissionais que participou no estudo apresentava formação em CP, sobretudo de nível intermédio e avançado (33,1%). As especialidades médicas e de enfermagem com maior representatividade (MGF, Medicina Interna, Oncologia, Anestesiologia, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Comunitária) são também, aquelas onde existe elevada probabilidade de englobarem os profissionais responsáveis pelo tratamento de doentes com DIO e, por isso, com maior prática clínica e responsabilidade em adquirir e atualizar os conhecimentos nesta área.

Em relação aos resultados sobre os fatores profissionais influenciadores do conhecimento, e no que diz respeito à análise isolada das dimensões, evidenciou-se um nível Muito Bom na dimensão *Avaliação* (82,45%), e um nível Bom na *Caracterização e Classificação* (72,22%) e *Monitorização* (71,56%) da DIO, com o grupo de medicina a obter resultados superiores em relação ao grupo de enfermagem.

Nestas dimensões, a maioria das questões partilha conceitos gerais e transversais à abordagem global da dor, verificando-se nesses itens uma percentagem elevada de respostas certas em ambos os grupos profissionais, com enfoque na questão ASS_14 (impacto da qualidade de vida e funcionalidade da pessoa), sugerindo conhecimentos consolidados nos conceitos teóricos gerais destas três dimensões.

Importa, contudo, destacar que as questões que obtiveram um nível menor de respostas consideradas corretas nestas dimensões, abordam conceitos mais específicos, nomeadamente, duração dos episódios de dor irruptiva (ASS_6), dor de "fim de dose" (ASS_13), monitorização de doses de resgate analgésico (ASS_20) e instrumento validado para avaliação e monitorização da DIO (ASS_36). Constatou-se que os profissionais com formação avançada e competência em MP apresentaram melhores resultados, no entanto, com desempenho apenas de nível suficiente. Em relação à questão ASS_13 ("A dor associada à "falha de fim de dose" é um subtipo de dor irruptiva.") poderá ter suscitado dúvidas, na medida

em que apesar da maioria dos artigos referir que a dor associada à “falha de fim de dose” não deverá ser classificada como um subtipo de dor irruptiva, mas sim como um desajuste na terapêutica analgésica de base, encontramos referência na literatura a sugerir o oposto^{26,36}. Na pergunta ASS_36 (“Não existem instrumentos validados para a avaliação das experiências de dor irruptiva em doentes oncológicos.”) a percentagem de acerto foi muito baixa no geral (31,5%), com exceção dos profissionais com formação avançada em CP (61,8%). O facto de a escala Breakthrough Pain Assessment Tool ter sido validada recentemente (2021) para a língua portuguesa⁴⁴ poderá ter influenciado o score de respostas certas, tendo em conta a questão temporal.

No geral, os resultados positivos nestas dimensões podem ser o reflexo do crescimento da investigação sobre dor em todo o mundo, com uma base de evidências sólida, bem como a tradução da aposta na formação pré e pós-graduada na área da dor⁷⁶, impulsionada pela DGS, quando a equiparou ao 5º sinal vital^{77,78}. Teria sido eventualmente útil, para melhor compreensão dos resultados, caraterizar os profissionais com formação avançada em Medicina da Dor.

Pelo contrário, nas dimensões da *Definição* (30,8%) e do *tratamento* (49,19%) da DIO, os resultados demonstraram no geral, um conhecimento insuficiente, em ambos os grupos profissionais.

Na questão ASS_1 (*Definição*), só cerca de 1/3 dos médicos e 1 em cada 4 enfermeiros responderam corretamente à questão. Isso sugere que a grande maioria dos participantes não compreende o conceito de DIO. A compreensão inadequada da definição pode ter impacto negativo na prática clínica, com consequente ausência ou atraso no diagnóstico e tratamento adequadamente dirigido. Apesar do grupo médico ter obtido maior percentagem de respostas corretas (37,4%) em relação ao grupo de enfermagem (25,6%), situa-se muito aquém do desejável. De realçar, que apesar disso, mais de metade (57,8%) dos profissionais com formação avançada em CP conheciam a definição de Dor Iruptiva. Não sendo, no entanto, um resultado que se possa considerar suficiente para este subgrupo de profissionais, em virtude do seu grau de

diferenciação académico e expectável elevado nível de conhecimentos sobre esta temática.

Estes resultados podem dever-se à ausência de uma definição globalmente consensual⁶ e à falha de consistência na utilização do termo “dor irruptiva” por razões linguísticas e de conceito, na literatura médica e na prática clínica.

Na dimensão do *Tratamento da DIO*, observaram-se menores níveis de conhecimento teórico nos inquiridos, com destaque para o grupo de enfermagem (46,51%) comparativamente aos médicos (51,7%). Sendo expectáveis estes resultados, considerando que o perfil de competências de cada grupo profissional é distinto, sobretudo nas áreas do diagnóstico e tratamento.

À semelhança do verificado anteriormente, também nesta dimensão, os níveis de conhecimento dos profissionais com formação intermédia/avançada em CP demonstraram um nível superior, no geral, e especificamente nas questões (ASS_22; ASS_23; ASS_30; ASS_31), assim como nos médicos com Competência em Medicina Paliativa (ASS_22; ASS_23; ASS_30). No entanto, importa mencionar que algumas questões, mostraram scores abaixo do esperado (ASS_28; ASS_30). Tendo em conta as especificidades do tratamento da DIO, com necessidade de adequar o tipo de formulação dos fármacos opioides (especialmente os de início de ação rápida) às características dos episódios de DIO, a aplicação dos princípios gerais da abordagem do tratamento com opioides na dor cónica nem sempre se aplica a estes casos³¹.

A literatura internacional nesta área é escassa, mas alguns estudos também evidenciaram lacunas no conhecimento da definição de DIO entre enfermeiros de oncologia e médicos de CP⁷⁹, e sobre o diagnóstico, avaliação e tratamento da DIO entre médicos de MGF a prestar CP⁶⁹.

Existem, contudo, conceitos gerais que parecem estar consolidados nos dois grupos profissionais, nomeadamente a importância da adequação do tipo de formulação dos fármacos opioides às características da dor (ASS_23; ASS_25; ASS_26), a noção da dificuldade da titulação das dosagens farmacológicas para a DIO (ASS_24), e a importância do uso de adjuvantes no tratamento (ASS_27).

As especialidades médicas e de enfermagem mais representadas na amostra, não mostraram entre elas, diferenças significativas no nível de conhecimentos sobre DIO.

Contrariamente, na avaliação do tempo de exercício profissional, encontrou-se uma correlação negativa, que sugere maior nível de conhecimentos teóricos, quanto menor o tempo de exercício profissional, tendo a dimensão do *Tratamento* contribuído para essa correlação significativa.

Estes resultados podem ser reflexo da influência do crescente investimento na formação em CP e medicina da dor, nas áreas médica e de enfermagem. Na última década, a introdução de unidades curriculares de CP no ensino pré-graduado médico, de cariz opcional ou obrigatório, poderá ter impulsionado os conhecimentos nesta área⁸⁰. Embora haja essa crescente inclusão nas faculdades, quer de medicina quer de enfermagem, ainda parece estar aquém do desejável, com a formação mais aprofundada a depender de cursos complementares ou especialização.

O contexto do exercício profissional também demonstrou ser relevante, com os profissionais que exerciam frequentemente, muito frequentemente ou sempre a sua atividade em contexto hospitalar, nomeadamente em SU, Internamento/CE/HD e EIHSCP a apresentar níveis significativamente mais elevados de conhecimento sobretudo na dimensão do *tratamento* e especificamente nestas questões (ASS_23; ASS_24; ASS_25; ASS_29; ASS_30). Importa perceber que em contexto hospitalar, o mesmo profissional, geralmente distribui o tempo da sua atividade por diferentes valências. Existe também uma convergência de profissionais nestes contextos, que por inerência à sua especialidade (oncologia, medicina interna, EIHSCP, medicina de urgência) tem mais experiência no tratamento de doentes com DIO, o que poderá contribuir para a diferença verificada nos níveis de conhecimentos.

Na prática clínica, a abordagem e tratamento da DIO reveste-se de grande complexidade inerente à sua natureza por vezes imprevisível, de grande intensidade e com elevado impacto na qualidade de vida dos doentes e

cuidadores. O sucesso do tratamento inicia-se com a consciencialização de que esta requer uma marcha diagnóstica própria, uma abordagem específica multidimensional e um tratamento integrativo. As pessoas que sofrem com DIO estão “em todo o lado” na rede de cuidados. Não cabe apenas aos especialistas de oncologia, de medicina da dor ou de medicina paliativa, saber identificar, diagnosticar, tratar e monitorizar estes doentes. O enfermeiro tem um papel preponderante na identificação e monitorização dos fenómenos de DIO, devendo fazer parte integrante de uma equipa multidisciplinar que favoreça as oportunidades de tratamento adequado a cada caso. Os médicos também devem privilegiar o trabalho em rede, promovendo o diagnóstico atempado da DIO e facilitando a referenciação destes doentes para os níveis apropriados de cuidados, minimizando o sofrimento evitável.

Apesar de todos os avanços documentados na literatura, e evidentes esforços na tentativa de uniformizar conceitos, a clarificação de uma definição de dor irruptiva internacionalmente aceite é altamente desejável.

Neste estudo, a identificação dos fatores profissionais que influenciaram positivamente os conhecimentos sobre DIO, reforça a necessidade de investimento individual e das equipas na formação intermédia/avançada em CP, principalmente naqueles que contactam frequentemente com doentes com DIO, com especial enfoque no diagnóstico e especificidades da terapêutica farmacológica. Para isso é crucial que se mantenha e promova o acesso generalizado e acessível à formação contínua, com foco na constante atualização de conhecimentos, através da formação pós-graduada, especialmente nos profissionais com maior tempo de exercício profissional. Propõe-se também, um maior investimento institucional pré-graduado em temas curriculares que abordem a DIO.

Dentro das equipas e instituições, sugere-se fomentar, através de protocolos de atuação, a inclusão de instrumentos de auxílio no diagnóstico da DIO, nomeadamente o algoritmo de Davies modificado⁶, bem como o recurso à versão portuguesa da escala BAT⁴⁴ para a avaliação e monitorização.

Propõe-se, para um estudo futuro, a inclusão de questões no questionário que avaliem as atitudes práticas dos profissionais, além do conhecimento teórico, pois isso poderá fornecer uma visão mais completa sobre possíveis lacunas na aplicação dos conhecimentos à prática assistencial.

5. CONCLUSÃO

Este é o primeiro estudo nacional que avalia os conhecimentos de médicos e enfermeiros sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

Constatou-se um bom nível geral de conhecimentos entre os médicos e enfermeiros que participaram no estudo, apesar de se ter verificado um nível insuficiente nas dimensões da definição e do tratamento da DIO.

Destaca-se um nível muito bom de conhecimentos na dimensão da Avaliação da DIO, e um bom nível nas dimensões da Caracterização e Classificação bem como na Monitorização da DIO.

Os médicos demonstraram níveis de conhecimento mais elevados em todo o questionário em comparação com os enfermeiros, sendo que a formação prévia em Cuidados Paliativos, especialmente a formação intermédia e avançada, bem como a Competência em Medicina Paliativa, estiveram associadas a um nível superior de conhecimentos sobre DIO.

Os profissionais que trabalhavam em contexto de SU, Internamento, Consulta Externa e/ou Hospital de Dia apresentaram melhores resultados no questionário, constatando-se também uma correlação entre um maior nível de conhecimento e um menor tempo de exercício profissional.

A gestão eficaz da DIO é crucial, e um dever ético, permitindo o controlo sintomático e a redução da morbilidade associada, contribuindo para os objetivos gerais dos CP, envolvendo a prevenção e o alívio do sofrimento, mantendo a funcionalidade e a qualidade de vida do doente. Sugere-se maior investimento institucional pré-graduado em temas curriculares que abordem dor irruptiva oncológica, bem como o acesso generalizado e facilitado a formação continua pós-graduada com foco na DIO.

Apesar de não ser possível inferir para a população nacional, tendo em consideração as várias limitações do estudo, os resultados obtidos talvez representem a melhor perceção disponível sobre este tema em Portugal.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, Cherny N, Kaasa S, Nauck F, et al. Episodic (breakthrough) pain: Consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. *Cancer*. 2002 Feb 1;94(3):832–9.
2. Capelas ML, Monteiro C, Simões C, Ferreira C, Pires C, Pereira C. Dor irruptiva: consenso. 2 ed. Laboratórios Angelini. 2018;1–40.
3. Webber K, Davies AN, Cowie MR. Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2011 Dec 22;19(12):2041–6.
4. Caraceni A, Davies A, Poulain P, Cortés-Funes H, Panchal S, Fanelli G. S-29 Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients With Cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013;11(1).
5. Herrero C, Batista N, Fernández N, Álvarez Y, Gómez A, Casado D, et al. Breakthrough cancer pain: review and calls to action to improve its management. Vol. 22, *Clin Transl Oncol*. Springer; 2020. p. 1216–26.
6. Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. Vol. 13, *Eur J Pain*. 2009. p. 331–8.
7. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
8. Laird BJA, Walley J, Murray GD, Clausen E, Colvin LA, Fallon MT. Characterization of cancer-induced bone pain: an exploratory study. *Support Care Cancer*. 2011 Sep 1;19(9):1393–401.
9. Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK, Ashby MA, Hawson G, et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. *Palliat Med*. 2004;18(3):177–83.
10. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*. 1990 Jun;41(3):273–81.
11. Portenoy R, Hagen N. Breakthrough pain: definition and management. *Oncology (Williston Park)*. 1989 Aug;3(8):25–9.
12. Álamo C, Arnáez CZ, Matanza CN, Torres LM. Fentanilo: una molécula y múltiples formulaciones galénicas de trascendencia clínica en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2017 Jul 1;24(4):188–200.
13. McWilliams K, Fallon M. Fast-acting fentanyl preparations and pain management. *QJM*. 2013 Oct 1;106(10):887–90.
14. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.

15. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *J R Soc Med.* 2011;104(12):510–20.
16. Abu-Odah H, Molassiotis A, Liu J. Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- And middle-income countries: A systematic review of reviews. *BMC Palliat Care.* 2020 Apr 22;19(1).
17. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Vol. 391, *The Lancet.* Lancet Publishing Group; 2018. p. 1391–454.
18. IASP. Cancer Pain “Raising Awareness, Improving Treatment, Growing Support” [Internet]. [cited 2023 May 24]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/cancer-pain/>
19. Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Vol. 15, *Cancers.* MDPI; 2023.
20. Evenepoel M, Haenen V, De Baerdemaecker T, Meeus M, Devoogdt N, Dams L, et al. Pain Prevalence During Cancer Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2022 Mar 1;63(3):e317–35.
21. Kwon JH. Overcoming barriers in cancer pain management. *J Clin Oncol.* 2014;32:1727–33.
22. Gallagher R, Hawley P, Yeomans W. A survey of cancer pain management knowledge and attitudes of British Columbian physicians. *Pain Res Manag.* 2004;9(4):188–94.
23. Kasasbeh MAM, McCabe C, Payne S. Cancer-related pain management: A review of knowledge and attitudes of healthcare professionals. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2017 Nov 1;26(6).
24. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020 Sep 1;161(9):1976–82.
25. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain.* 1999 May 1;81(1):129–34.
26. Greenfield K, Schoth DE, Hain R, Bailey S, Mott C, Rajapakse D, et al. A rapid systematic review of breakthrough pain definitions and descriptions. *Br J Pain.* 2024 Jun 1;18(3):215–26.
27. Deandrea S, Corli O, Consonni D, Villani W, Greco MT, Apolone G. Prevalence of breakthrough cancer pain: A systematic review and a pooled analysis of published literature. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(1):57–76.
28. Oostendorp LJM, Rajapakse D, Kelly P, Crocker J, Dinsdale A, Fraser L, et al. Documentation of breakthrough pain in narrative clinical records of children with

- life-limiting conditions: Feasibility of a retrospective review. *J Child Health Care*. 2019 Dec 1;23(4):564–78.
29. Friedrichsdorf S, Postier A. Management of breakthrough pain in children with cancer. *J Pain Res*. 2014 Mar;117.
 30. Hun Kang J, Koh SJ, Yeon Oh S, Bum Kim R, Hoon Shin S, Lee YG, et al. Interference with daily functioning by breakthrough pain in patients with cancer. *Support Care Cancer*. 2020;28:5177–83.
 31. Mercadante S. Once again... breakthrough cancer pain: an updated overview. *J Anesth Analg Crit Care*. 2023 Dec 1;3(1).
 32. Cuomo A. Fentanyl in cancer pain management: avoiding hasty judgments and discerning its potential benefits. *Drugs Context*. 2023;12.
 33. Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, Porta-Sales J, Likar R, Weismayr W, et al. Breakthrough Cancer Pain: An Observational Study of 1000 European Oncology Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Nov;46(5):619–28.
 34. Mercadante S, Marchetti P, Cuomo A, Caraceni A, Mediati R, Vellucci R, et al. Factors Influencing the Clinical Presentation of Breakthrough Pain in Cancer Patients. *Cancers (Basel)*. 2018 Jun 1;10(6):175.
 35. Zucco F, Bonezzi C, Fornasari D. Breakthrough Cancer Pain (BTcP): a Synthesis of Taxonomy, Pathogenesis, Therapy, and Good Clinical Practice in Adult Patients in Italy. *Adv Ther*. 2014 Jul 9;31(7):657–82.
 36. Nugraha ID, Widyadharma IP. Breakthrough Cancer Pain. *International Journal of Research and Review*. 2023 Jan 12;10(1):344–51.
 37. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 Aug;17(8):977–1007.
 38. Zeppetella G. Breakthrough Pain in Cancer Patients. *Clin Oncol*. 2011 Aug;23(6):393–8.
 39. Haugen DF, Hjermstad MJ, Hagen N, Caraceni A, Kaasa S. Assessment and classification of cancer breakthrough pain: A systematic literature review. *Pain*. 2010 Jun;149(3):476–82.
 40. Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sánchez-de la Rosa R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol*. 2016 Nov 8;18(11):1088–97.
 41. Sperlinga R, Campagna S, Berruti A, Laciura P, Ginosa I, Paoletti S, et al. Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool: A validation multicentre study in cancer patients with breakthrough pain. *Eur J Pain*. 2015 Aug 1;19(7):881–8.
 42. Webber K, Davies AN, Zeppetella G, Cowie MR. Development and validation of the breakthrough pain assessment tool (BAT) in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Oct 1;48(4):619–31.

43. Bernardes SF, Matos M, Mourão S, Vauclair CM. Cultural adaptation and psychometric validation of the Portuguese breakthrough pain assessment tool with cancer patients. *Scand J Pain*. 2021 Oct 1;21(4):688–95.
44. Bernardes SF, Osório De Matos M, Sofia S, Mourão M, Vauclair M. The Portuguese Version of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT-Pt). 2021; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/355484652>
45. Pautex S, Vogt-Ferrier N, Zulian GB. Breakthrough Pain in Elderly Patients with Cancer: Treatment Options. *Drugs Aging*. 2014 Jun 10;31(6):405–11.
46. Buchanan A, Davies A, Geerling J. Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *Int J Palliat Nurs*. 2014 Mar;20(3):126–9.
47. Mercadante S. Non pharmacological interventions and non-fentanyl pharmacological treatments for breakthrough cancer pain: A systematic and critical review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2018 Feb;122:60–3.
48. Davies A, Zeppetella G, Andersen S, Damkier A, Vejlgard T, Nauck F, et al. Multi-centre European study of breakthrough cancer pain: Pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. *Eur J Pain*. 2011 Aug 13;15(7):756–63.
49. Cuomo A, Boutis A, Colonese F, Nocerino D. High-rate breakthrough cancer pain and tumour characteristics – literature review and case series. *Drugs Context*. 2023 Mar 10;12:1–13.
50. Davies AN, Elsner F, Filbet MJ, Porta-Sales J, Ripamonti C, Santini D, et al. Breakthrough cancer pain (BTcP) management: a review of international and national guidelines. *BMJ Support Palliat Care*. 2018 Sep;8(3):241–9.
51. Suresh N V., Harris J, Chorath K, Rizvi A, Rizvi F, Acosta P, et al. Clinical Practice Guidelines in the Management of Breakthrough Cancer Pain: A Systematic Review using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) Instrument. *Pain Manag Nurs*. 2022 Aug 1;23(4):411–7.
52. Bossi P, Escobar Y, Pea F. Rapid-Onset Opioids for Management of Breakthrough Cancer Pain: Considerations for Daily Practice. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2022 May 26;3.
53. Jandhyala R, Fullarton JR, Bennett MI. Efficacy of Rapid-Onset Oral Fentanyl Formulations vs. Oral Morphine for Cancer-Related Breakthrough Pain: A Meta-Analysis of Comparative Trials. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Oct;46(4):573–80.
54. Transmucosal Immediate Release Fentanyl (TIRF) medicines [Internet]. U.S. Food and Drug Administration. 2023 [cited 2023 Jun 15]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/information-drug-class/transmucosal-immediate-release-fentanyl-tirf-medicines>
55. European Medicines Agency. Effentora: EPAR - Medicine overview [Internet]. Amsterdam: European Medicines Agency. 2023 [cited 2023 Jun 15]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/effentora>

56. Doulton B. Pharmacologic management of adult breakthrough cancer pain. *Can Fam Physician*. 2014 Dec;60(12):1111–4, e585-9.
57. Soares LG, Chan VW. The rationale for a multimodal approach in the management of breakthrough cancer pain: A review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007 Oct;24(5):430–9.
58. Smith HS. Rapid onset opioids in palliative medicine. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2012;1(1):45–52. Available from: www.amepc.org/apm
59. Morgan MM, Christie MJ. Themed Issue: Translational Neuropharmacology-Using Appropriate Animal Models to Guide Clinical Drug Development Analysis of opioid efficacy, tolerance, addiction and dependence from cell culture to human. *Br J Pharmacol*. 2011;1322–34.
60. Mestdagh F, Steyaert A, Lavand’homme P. Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *Curr Oncol*. 2023 Jul 18;30(7):6838–58.
61. Auret K, Schug SA. Pain management for the cancer patient - Current practice and future developments. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2013;27(4):545–61.
62. Jacox R, Carr D, Payne R. New Clinical-Practice Guidelines for the Management of Pain in Patients with Cancer. *N Engl J Med Overseas Ed*. 1994 Mar 3;330:651–5.
63. Tuca Rodríguez A, Viejo M, Maradey P, Canal-Sotelo J, Mancilla P, Rivero S, et al. Impact of individualized management of breakthrough cancer pain on quality of life in advanced cancer patients: CAVIDIOPAL study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2021 Feb 3;4799–807. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06006-1>
64. Mercadante S, Villari P, Casuccio A. An Italian survey on the attitudes in treating breakthrough cancer pain in hospice. *Support Care Cancer*. 2011 Jul;19(7):979–83.
65. Rustøen T, Geerling JI, Pappa T, Rundström C, Weisse I, Williams SC, et al. A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices. *Eur J Oncol Nurs*. 2013 Feb;17(1):95–100.
66. Wengström Y, Rundström C, Geerling J, Pappa T, Weisse I, Williams SC, et al. The management of breakthrough cancer pain - educational needs a European nursing survey. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014 Jan;23(1):121–8.
67. López R, Camps Herrero C, Khosravi-Shahi P, Guillem Porta V, Carrato Mena A, Garcia-Foncillas J, et al. Oncologist’s knowledge and implementation of guidelines for breakthrough cancer pain in Spain: CONOCE study. *Clin Transl Oncol*. 2018;20(5):613–8.
68. Kwok CYL, Chan DNS, So WKW. Effect of a theory-driven educational intervention on the level of knowledge, attitudes, and assessment practices regarding breakthrough cancer pain (BTCP) management among medical nurses in Hong Kong. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Jun 1;52:1–12.
69. Yu Y, Zhang P, Chen D, Jiang SF. Knowledge and practice of the management of breakthrough cancer pain among general practitioners providing palliative care in Shanghai, China: A cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2023 Sep 28;13(9):1–7.

70. Batalha L, Ferreira A, Ribeiro A, Raposo C, Dias D, Santos J, et al. Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa do instrumento “knowledge and attitudes survey regarding pain” (kasrp). *OncoNews*. 2022 Sep 23;(38):30–9.
71. Ortiz MI, Cuevas-Suárez CE, Cariño-Cortés R, Navarrete-Hernández J de J, González-Montiel CA. Nurses knowledge and attitude regarding pain: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2022 Aug 1;63.
72. Yu Z, Li W, Shangguan X, Cai Y, Gao Q, Wang X, et al. Knowledge, Practices, and Perceived Barriers in Cancer Pain Management at Oncology Units: A Cross-Sectional Survey of Medical Staff in China. *J Pain Res*. 2022;15:159–69.
73. Raposo C, Oliveira A, Santos J, Ribeiro A, Santos C, Freitas J, et al. Survey do workgroup dor da AEOP: Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros perante a dor. *Revista Onco.news* [Internet]. 2016;8–12. Available from: <https://onco.news/index.php/journal/article/view/104/122>
74. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS. 2017 [cited 2023 May 8]; Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
75. Villegas Estévez F, López Alarcón MD, Alonso Babarro A, Olay Gayoso L, de Castro J, Lería-Gelabert M, et al. Breakthrough cancer pain treatment in Spain: physicians’ perception of current opioids utilization and prescription. *Curr Med Res Opin*. 2020;36(8).
76. Programa Nacional de Controlo da Dor [Internet]. Available from: www.iasp-pain.org.
77. Centro Nacional de Observação em Dor. Implementação da Dor como 5º Sinal Vital nos Hospitais Portugueses Relatório Final [Internet]. 2010 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Implementacao-da-Dor-como-5%C2%BA-Sinal-Vital-nos-Hospitais-Portugueses.pdf>
78. Afonso Henriques AD, na C. Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa Assunto: Programa Nacional de Controlo da Dor N.º:11/DSCS/DPCD DATA:18/06/08 Para: Todos os Serviços do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Available from: www.efic.org/declarationonpain.html
79. Greenfield K, Schoth DE, Hain R, Bailey S, Mott C, Rajapakse D, et al. A rapid systematic review of breakthrough pain definitions and descriptions. *Br J Pain*. 2024 Jun 1;18(3):215–26.
80. Portugal. Resolução da Assembleia da República n.º 5/2017, de 4 de janeiro. Recomenda ao Governo o reforço da formação em cuidados paliativos em Portugal. [cited 2024 May 16]; Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/5-2017-105679762>

7. ANEXOS

ANEXO 1. Parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa.



Parecer sobre o projeto nº 282
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

<p>Projeto de Investigação Na reunião do dia 19 julho de 2023 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os novos elementos submetidos pela investigadora principal. Após apreciação, redige o seguinte parecer.</p>
<p>Título: Dor irruptiva em contexto de doença oncológica: avaliação do conhecimento de médicos e enfermeiros portugueses</p>
<p>Investigador Principal: Petra Morais Rosado Quintela Chaves Bastos Orientador: Manuel Luís Vila Capelas Equipa de Investigação: Rita Fontes de Carvalho da Cunha Ferreira</p>
<p>Resumo: Projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da UCP Financiamento: Sem financiamento descrito. Resumo do projeto considerando os documentos fornecidos pela investigadora: Enquadramento: <i>“A dor irruptiva (“breakthrough pain”), também chamada dor episódica, transitória, intermitente ou incidental, é frequentemente subdiagnosticada e sub-tratada. Foi pela primeira vez definida em 1990 por Portenoy como “uma exacerbação transitória de dor que ocorre num doente com dor estável, em tratamento crónico com opioides”. Parece obter mais consenso a definição de dor irruptiva como “uma exacerbação transitória de dor que pode ocorrer quer espontaneamente, quer em relação a um fator desencadeante, previsível ou não, num contexto de dor relativamente estável e adequadamente controlada”. A dor irruptiva é frequente em doentes com dor oncológica (40 a 80 %) estando associada a diminuição da capacidade funcional.³ Tem impacto negativo na qualidade de vida. Causa importante morbilidade, quer por si mesma, quer por estar relacionada com problemas físicos (impacto na deambulação, alterações da qualidade do sono e insónia), psicológicos (diminuição da alegria de viver, insatisfação com o tratamento, diminuição da autoestima, ansiedade e depressão), económicos (recurso a consultas médicas e serviços de urgência, internamentos hospitalares e internamentos hospitalares mais prolongados)^{1,5} e sociais (incapacidade para o trabalho e isolamento social). O sucesso da abordagem da dor irruptiva depende de uma adequada avaliação da dor. Deste modo considera-se pertinente a avaliação dos conhecimentos que os profissionais de medicina e enfermagem possuem a este nível, para que, caso seja necessário, se possam desenvolver intervenções para a promoção do conhecimento e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.”</i> Objetivos: <i>“(1) Avaliar o nível de conhecimento que os profissionais de medicina e de enfermagem portugueses possuem sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.(2) Identificar os fatores sociodemográficos e profissionais influenciadores do conhecimento dos médicos e enfermeiros relativos à abordagem da dor irruptiva.”</i> Tipo de estudo: Estudo observacional, analítico e transversal com abordagem quantitativa, do tipo “survey” Locais: <i>“Não haverá local específico para o desenvolvimento do estudo, uma vez que este usará um questionário online a ser distribuído através da Ordem dos Médicos e respetivas Sociedades e Ordem dos Enfermeiros, abrangendo o território nacional continental e ilhas.”</i> Amostra: <i>Profissionais de Medicina e Enfermagem inscritos nas respetivas Ordens Profissionais. Será realizado um convite via correio eletrónico, a ser enviado pelas Ordens Profissionais e Sociedades a convidar à participação. A amostra inicial coincidirá com a população acessível (profissionais com endereço de correio eletrónico registado na sua Ordem Profissional). Os que aceitarem participar, encontrarão na 1ª página do formulário online, o termo de consentimento informado para ratificar.</i> Envolvimento de pessoas vulneráveis: Não Instrumentos métricos: <i>“Formulário de caracterização sociodemográfica e profissional; instrumento de avaliação de conhecimento com conjunto de asserções cuja resposta será efetuada com recurso a escala de Likert de 5 itens. O questionário encontra-se em anexo, no documento intitulado “Questionário dor irruptiva.pdf”.</i> Procedimentos: <i>“Após a aprovação do referido estudo pela CES-UCP será solicitado à Ordem dos Médicos e respetivas Sociedades e Ordem dos Enfermeiros, a divulgação do mesmo junto dos seus membros, através de</i></p>

1



mensagem enviada por correio eletrónico, onde constará a explicação em que consiste o estudo, os objetivos e procedimentos. A recolha de dados será realizada através de plataforma online "Microsoft Forms" licenciado pela UCP, cujos resultados são guardados em nuvem da responsabilidade da UCP, cuja hiperligação para acesso constará na mensagem de correio eletrónico enviada pelas Ordens Profissionais."

Potenciais riscos/incómodos e benefícios: O único incómodo será o tempo dispendido para resposta ao questionário. Benefícios indiretos relacionados com identificação de necessidades formativas.

Consentimento: E-consent

Garantia de confidencialidade: *Nenhum dado que permita identificar o profissional será questionado, assim como todas as respostas serão apenas conhecidas pela equipa de investigadores. O relatório a apresentar também não fará nenhuma menção a quaisquer fatores que possam identificar os profissionais, nem os locais de prestação de cuidados. Os dados serão recolhidos através de plataforma online, descarregados para o computador do investigador principal. Após a receção dos dados, estes serão guardados no computador pessoal do investigador principal e no computador institucional do orientador (também coordenador do Observatório) em ficheiros encriptados por palavra-chave complexa (conjugação de caracteres alfanuméricos e especiais) à qual apenas os próprios terão acesso e guardada pelos próprios em equipamento pessoal devidamente encriptado. A restante equipa de investigação apenas acederá aos dados agregados e processados estatisticamente. Nenhum dado será partilhado com qualquer outra entidade externa à equipa de investigação. Toda a informação será mantida sob custódia do investigador principal com eliminação total da informação até ao limite de 2 anos após a aprovação para publicação em revista científica do artigo relativo ao estudo.*

Documentos Entregues

Formulário de submissão de projeto de investigação
Protocolo do Projeto de Investigação e questionário a aplicar
Cronograma de realização do estudo
Modelo de Consentimento Informado
Declaração da Não necessidade de avaliação de impacto sobre a proteção de dados
Declaração de confidencialidade de dados
Declarações de conflito de interesses
CV da investigadora principal, do orientador e da equipa de investigação

Estiveram presentes na reunião nº 49 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas
Doutor Jerónimo Santos Trigo
Doutor Pedro Garcia Marques
Dr. Eugénio Fonseca
Doutora Ana Mineiro Zaky
Mestre Ivone Gaspar

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 19 de julho de 2023, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, Emitir Parecer Favorável, com o compromisso de envio das autorizações das Ordem dos Médicos e respetivas Sociedades e Ordem dos Enfermeiros.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

19/07/2023

8. APÊNDICES

APÊNDICE 1. Questionário - Dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

APÊNDICE 2. Resultados das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

APÊNDICE 3. Scores mais elevados vs scores mais baixos por questão individual do questionário.

APÊNDICE 4. Respostas consideradas corretas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

APÊNDICE 1. Questionário - Dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

Dor irruptiva em contexto de doença oncológica

Caro Participante,

No âmbito do projeto de investigação destinado à elaboração da dissertação de mestrado, integrado no Observatório Português dos Cuidados Palliativos (OPCP) da Universidade Católica Portuguesa, gostaria de solicitar a sua colaboração para responder ao questionário sobre o estudo intitulado:

"Dor irruptiva em contexto de doença oncológica: avaliação do conhecimento de médicos e enfermeiros portugueses", que tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento que os profissionais de medicina e de enfermagem portugueses possuem sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

Neste sentido, o questionário engloba a caracterização sociodemográfica e profissional, seguido de perguntas sobre definição, epidemiologia, classificação e características, avaliação, terapêutica e monitorização da dor irruptiva.

Este estudo realiza-se junto dos profissionais de Enfermagem e Medicina inscritos em Ordens/Associações.

O preenchimento terá uma duração média prevista de 10 minutos. A sua participação é voluntária.

As suas respostas serão anónimas e confidenciais, não sendo possível identificá-lo através da base de dados obtida.

Somente os investigadores deste estudo terão acesso às suas respostas. Os dados recolhidos serão mantidos apenas no computador do investigador e no computador institucional do orientador (também diretor do OPCP) protegidos através de password complexa.

Caso opte por parar de preencher o inquérito antes da sua conclusão, os dados inseridos não serão utilizados.

Não existe qualquer compensação ou custo associado ao preenchimento do presente inquérito.

O potencial incómodo previsto será o tempo disponibilizado por si para o preenchimento do formulário online.

Para os participantes do estudo não trará benefícios de imediato. Poderá suscitar o interesse por adquirir ou aprofundar os conhecimentos na área da dor irruptiva. É expectável a identificação de necessidades formativas nesta área, conduzindo a oportunidades de melhoria da qualidade do desempenho.

Os dados recolhidos serão usados apenas para a finalidade do estudo e serão guardados até 1 ano após a publicação do trabalho. O processo de eliminação garantirá a efetiva eliminação dos dados recolhidos. Todos os resultados serão apresentados e divulgados de forma anonimizada.

Este projeto foi submetido à apreciação da CES-UCP que emitiu parecer favorável. Os resultados serão divulgados sob a forma de dissertação de mestrado e artigo.

Estamos ao dispor para qualquer esclarecimento e informação adicional.

Muito obrigada pela sua participação e colaboração!

Contacto dos investigadores: Pedro Chaves (pchaves@ucp.pt); Manuel Luís Capelas (luiscapelas@ucp.pt; 918110522)

Data Protection Officer - UCP: Dra. Frederica Campos de Carvalho

Contacto telefónico: +351 217214179 E-mail: compliance@ucp.pt

Consentimento Informado - Participante

Ao dizer em "aceito participar neste estudo" está a confirmar o seguinte:

- O(A) Sr. (a) declara ter lido e compreendido toda esta secção, bem como todas as informações que lhe foram fornecidas pelo investigador e ter tido oportunidade de esclarecer potenciais dúvidas com o mesmo;
- Foi-lhe garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências; da mesma forma, se assim o entender de todos os dados até à data recolhidos serem totalmente eliminados;
- Aceita participar voluntariamente no estudo e permite a utilização dos dados recolhidos, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que lhes são dadas pelos investigadores;
- Leu e compreendeu todas as informações aqui constantes e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- O(A) Sr. (a) recebeu, se solicitado, um exemplar em suporte digital do modelo do termo de consentimento com o qual aqui está a concordar.

1. Aceito participar neste estudo *

Sim

Não

Neste caso não será reencaminhado para o questionário. Muito obrigado pelo tempo dispendido.

2. Já preencheu este questionário previamente?

Não

Sim

Neste caso não será reencaminhado para o questionário. Muito obrigado pelo tempo dispendido.

A. Caracterização Sociodemográfica e Profissional

3. Idade (anos) *

4. Género *

- Feminino
- Masculino

5. Grau Académico *

- Licenciatura
- Pós graduação
- Mestrado
- Doutoramento

6. Profissão *

- Médico sem especialidade
- Médico com especialidade
- Enfermeiro sem especialidade
- Enfermeiro com especialidade

7. Qual a especialidade? *

- Anatomia Patológica
- Anestesiologia
- Angiologia e Cirurgia vascular
- Cardiologia
- Cardiologia Pediátrica
- Cirurgia Cardíaca
- Cirurgia Cardiotorácica
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Maxilo-facial
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética
- Cirurgia torácica
- Dermatovenereologia
- Infeciologia
- Endocrinologia e Nutrição
- Estomatologia
- Farmacologia Clínica
- Gastroenterologia
- Genética Médica
- Ginecologia/Obstetrícia
- Hematologia
- Imunoiergologia
- Imuno-hemoterapia
- Medicina Desportiva
- Medicina do Trabalho
- Medicina Física e Reabilitação
- Medicina Geral e Familiar
- Medicina Intensiva
- Medicina Interna
- Medicina Legal

- Medicina Nuclear
- Medicina Tropical
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Neurorradiologia
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Patologia Clínica
- Pediatria
- Pneumologia
- Psiquiatria
- Psiquiatria da Infância e Adolescência
- Radiologia
- Radioncologia
- Reumatologia
- Saúde Pública
- Urologia

8. Qual a especialidade? *

- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

9. Tem formação em cuidados paliativos?

- Não
- Sim, básica
- Sim, intermédia
- Sim, avançada

10. Tem competência em Medicina Paliativa ou Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa ? *

- Sim
- Não

A. Caracterização Sociodemográfica e Profissional (continuação)

11. Tempo de exercício profissional *

12. Indique a região na qual exerce a maior parte da sua atividade profissional *

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira

13. Em que contexto e frequência trabalha com doentes oncológicos que apresentam dor irruptiva? *

	Nunca	Raramente	frequentemente	Muito
Hospitalar (internamento/consulta/hospital dia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Serviço urgência hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
UCSP, USF, ECCI, UCC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Equipa intrahospitalar de suporte em cuidados paliativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
RNCCI (exceto ECCI e UCP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ERPI e outras estruturas residenciais da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

B. Questionário

Para cada uma das afirmações seguintes, selecione a opção que melhor exprime a sua opinião.

14. A dor irruptiva pode ser definida como uma exacerbação transitória de dor num contexto de dor basal inadequadamente controlada. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

15. A dor irruptiva é frequente em doentes com dor oncológica. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

16. Na população oncológica, 1 em cada 2 doentes, apresenta dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

17. O início da dor irruptiva é súbito (3 a 5 minutos). *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

18. A dor irruptiva pode variar em duração e intensidade na mesma pessoa e entre episódios. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

19. A dor irruptiva tem normalmente uma duração entre 30 e 60 minutos. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

20. A intensidade da dor irruptiva é geralmente baixa. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

21. A dor irruptiva pode ter vários episódios por dia. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

22. Quanto à sua etiologia, a dor irruptiva pode ser nociceptiva, neuropática ou mista. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

23. A dor irruptiva pode ser idiopática (espontânea) *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

24. A dor irruptiva pode ser incidental: volitiva (desencadeada por um ato voluntário, ex. caminhar), não volitiva e relacionada com procedimentos. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

25. As características da dor irruptiva mantêm-se ao longo da evolução da doença. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

26. A dor associada a "falha de fim de dose" é um subtipo de dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

27. É fundamental determinar o impacto da dor irruptiva na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

28. A avaliação da dor irruptiva pode permitir determinar a sua etiologia e corrigir as suas possíveis causas. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

29. Um dos objetivos da avaliação da dor irruptiva é diferenciá-la da dor basal. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

30. A optimização do controlo da dor basal pode reduzir a frequência, intensidade e duração dos episódios da dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

31. O diário da dor é considerado o método padrão de avaliação da dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

32. Para cada episódio de dor irruptiva, o diário da dor deve contemplar: data e hora, duração, intensidade, dose de analgésico de resgate administrada, tempo e grau de alívio da dor e efeitos secundários. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

33. Sempre que o doente fizer pelo menos uma dose de resgate analgésico, para alívio da dor irruptiva, deve alertar a equipa de saúde que o segue. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

34. Para o controlo adequado da dor irruptiva é fundamental que se avalie a relação entre a dor irruptiva e o horário dos analgésicos, os fatores precipitantes, os fatores de agravamento e de alívio. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

35. As intervenções não farmacológicas são consideradas medidas muito eficazes no controlo da dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

36. A administração de fármacos opioides de libertação retardada é indicado para o tratamento da dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

37. O tratamento da dor irruptiva pode ser ineficaz pela dificuldade na titulação de dosagens para este tipo de dor. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

38. A decisão do uso específico de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva deve basear-se nas características da dor. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

39. O tempo de início de ação do fármaco analgésico para o controlo da dor irruptiva, condiciona a prescrição do mesmo. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

40. O uso de adjuvantes analgésicos pode ser benéfico nos doentes com dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

41. O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva pode ser considerado de 1ª linha, independentemente da dose de opioide utilizada para a analgesia basal. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

42. O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva não condiciona tolerância opioide. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

43. A dose de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva deverá ser estabelecida em função da dose diária equivalente de morfina. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

44. No tratamento da dor irruptiva, a hiperalgesia induzida por opioides de ação rápida é uma consequência da utilização inadequada dos mesmos. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

45. A monitorização do doente com dor irruptiva, tem como objetivos determinar a eficácia e a tolerabilidade do tratamento, bem como avaliar a alteração da natureza da dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

46. A avaliação do grau de satisfação dos cuidadores com a terapêutica instituída é essencial na monitorização do doente com dor irruptiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

47. Os efeitos adversos da terapêutica instituída para a dor irruptiva estão muito relacionados com a formulação, via de administração e doses utilizadas. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

48. A validação do conhecimento relativo à dor irruptiva, transmitida pelo profissional de saúde ao doente, deve fazer parte da monitorização. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

49. Não existem instrumentos validados para a avaliação das experiências de dor irruptiva em doentes oncológicos. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo / Nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

APÊNDICE 2. Resultados das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

Quadro 1 - Resultados das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

Questões	Médicos (n=187)	Enfermeiros (n=242)	Total (n=429)	Valor <i>P</i>
	Respostas certas n (%)	Respostas certas n (%)	Respostas certas n (%)	
Dimensão 1: Definição de dor irruptiva				
ASS_1 - A dor irruptiva pode ser definida como uma exacerbação transitória de dor num contexto de dor basal inadequadamente controlada.	70 (37,4)	62 (25,6)	132 (30,8)	0,011
Dimensão 2: Epidemiologia				
ASS_2 - A dor irruptiva é frequente em doentes com dor oncológica.	175 (93,6)	203 (83,9)	378 (88,1)	0,002
ASS_3 - Na população oncológica, 1 em cada 2 doentes, apresenta dor irruptiva.	101 (54)	110 (45,5)	211 (49,2)	0,081
Dimensão 3: Classificação e caracterização				
ASS_4 - O início da dor irruptiva é súbito (3 a 5 minutos).	149 (79,7)	167 (69)	316 (73,7)	0,015
ASS_5 - A dor irruptiva pode variar em duração e intensidade na mesma pessoa e entre episódios.	178 (95,2)	224 (92,6)	402 (93,7)	0,319
ASS_6 - A dor irruptiva tem normalmente uma duração entre 30 e 60 minutos.	67(35,8)	60 (24,8)	127 (29,6)	0,014
ASS_7 - A intensidade da dor irruptiva é geralmente baixa.	173 (92,5)	216 (89,3)	389 (90,7)	0,315
ASS_8 - A dor irruptiva pode ter vários episódios por dia.	174 (93)	216 (89,3)	390 (90,9)	0,236
ASS_9 - Quanto à sua etiologia, a dor irruptiva pode ser nociceptiva, neuropática ou mista.	168 (89,8)	193 (79,8)	361 (84,1)	0,005
ASS_10 - A dor irruptiva pode ser idiopática (espontânea)	157 (84)	179 (74)	336 (78,3)	0,013
ASS_11 - A dor irruptiva pode ser incidental: volitiva (desencadeada por um ato voluntário, ex. caminhar), não volitiva e relacionada com procedimentos.	160 (85,6)	168 (69,4)	328 (76,5)	<0,001
ASS_12 - As características da dor irruptiva mantêm-se ao longo da evolução da doença.	146 (78,1)	149 (61,6)	295 (68,8)	<0,001
ASS_13 - A dor associada a "falha de fim de dose" é um subtipo de dor irruptiva.	73 (39)	81 (33,5)	154 (35,9)	0,264
Dimensão 4: Avaliação da dor				
ASS_14 - É fundamental determinar o impacto da dor irruptiva na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.	186 (99,5)	240 (99,2)	426 (99,3)	1,000
ASS_15 - A avaliação da dor irruptiva pode permitir determinar a sua etiologia e corrigir as suas possíveis causas.	169 (90,4)	214 (88,4)	383 (89,3)	0,534

ASS_16 - Um dos objetivos da avaliação da dor irruptiva é diferenciá-la da dor basal.	177 (94,7)	217 (89,7)	394 (91,8)	0,075
ASS_17 - A otimização do controlo da dor basal pode reduzir a frequência, intensidade e duração dos episódios da dor irruptiva.	157 (84)	201 (83,1)	358 (83,4)	0,896
ASS_18 - O diário da dor é considerado o método padrão de avaliação da dor irruptiva.	152 (81,3)	175 (72,3)	327 (76,2)	0,039
ASS_19 - Para cada episódio de dor irruptiva, o diário da dor deve contemplar: data e hora, duração, intensidade, dose de analgésico de resgate administrada, tempo e grau de alívio da dor e efeitos secundários.	178 (95,2)	225 (93)	403 (93,9)	0,417
ASS_20 - Sempre que o doente fizer pelo menos uma dose de resgate analgésico, para alívio da dor irruptiva, deve alertar a equipa de saúde que o segue.	78 (41,7)	57 (23,6)	135 (31,5)	<0,001
ASS_21 - Para o controlo adequado da dor irruptiva é fundamental que se avalie a relação entre a dor irruptiva e o horário dos analgésicos, os fatores precipitantes, os fatores de agravamento e de alívio.	178 (95,2)	226 (93,4)	404 (94,2)	0,535
Dimensão 5: Tratamento				
ASS_22 - As intervenções não farmacológicas são consideradas medidas muito eficazes no controlo da dor irruptiva.	63 (33,7)	67 (27,7)	130 (30,3)	0,204
ASS_23 - A administração de fármacos opioides de libertação retardada é indicada para o tratamento da dor irruptiva.	133 (71,1)	139 (57,4)	272 (63,4)	0,005
ASS_24 - O tratamento da dor irruptiva pode ser ineficaz pela dificuldade na titulação de dosagens para este tipo de dor.	101 (54)	124 (51,2)	225 (52,4)	0,626
ASS_25 - A decisão do uso específico de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva deve basear-se nas características da dor.	141 (75,4)	184 (76)	325 (75,8)	0,910
ASS_26 - O tempo de início de ação do fármaco analgésico para o controlo da dor irruptiva, condiciona a prescrição do mesmo.	165 (88,2)	161 (66,5)	326 (76)	<0,001
ASS_27 - O uso de adjuvantes analgésicos pode ser benéfico nos doentes com dor irruptiva.	152 (81,3)	185 (76,4)	337 (78,6)	0,238
ASS_28 - O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva pode ser considerado de 1ª linha, independentemente da dose de opioide utilizada para a analgesia basal.	52 (27,8)	56 (23,1)	108 (25,2)	0,313
ASS_29 - O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva não condiciona tolerância opioide.	77 (41,2)	82 (33,9)	159 (37,1)	0,131
ASS_30 - A dose de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva deverá ser estabelecida em função da dose diária equivalente de morfina.	22 (11,8)	30 (12,4)	52 (12,1)	0,882
ASS_31 - No tratamento da dor irruptiva, a hiperalgesia induzida por opioides de ação rápida é uma consequência da utilização inadequada dos mesmos.	78 (41,7)	98 (40,5)	176 (41)	0,843
Dimensão 6: Monitorização				
ASS_32 - A monitorização do doente com dor irruptiva, tem como objetivos determinar a eficácia e a tolerabilidade do tratamento, bem como avaliar a alteração da natureza da dor irruptiva.	165 (88,2)	205 (84,7)	370 (86,2)	0,324
	147 (78,6)	175 (72,3)	322 (75,1)	0,145

ASS_33 - A avaliação do grau de satisfação dos cuidadores com a terapêutica instituída é essencial na monitorização do doente com dor irruptiva.	150 (80,2)	164 (67,8)	314 (73,2)	0,004
ASS_34 - Os efeitos adversos da terapêutica instituída para a dor irruptiva estão muito relacionados com a formulação, via de administração e doses utilizadas.	172 (92)	222 (91,7)	394 (91,8)	1,000
ASS_35 - A validação do conhecimento relativo à dor irruptiva, transmitida pelo profissional de saúde ao doente, deve fazer parte da monitorização.	72 (38,5)	63 (26)	135 (31,5)	0,006
ASS_36 - Não existem instrumentos validados para a avaliação das experiências de dor irruptiva em doentes oncológicos.				

APÊNDICE 3. Scores mais elevados vs scores mais baixos por questão individual do questionário.

Quadro 2 - Scores mais elevados vs scores mais baixos por questão individual do questionário.

Questões com scores mais elevados	Médicos (n=187)	Enfermeiros (n=242)	Total (n=429)	Valor <i>P</i>
	Respostas certas n (%)	Respostas certas n (%)	Respostas certas n (%)	
Dimensão 2: Epidemiologia				
ASS_2 - A dor irruptiva é frequente em doentes com dor oncológica.	175 (93,6)	203 (83,9)	378 (88,1)	0,002
Dimensão 3: Classificação e caracterização				
ASS_5 - A dor irruptiva pode variar em duração e intensidade na mesma pessoa e entre episódios.	178 (95,2)	224 (92,6)	402 (93,7)	0,319
ASS_7 - A intensidade da dor irruptiva é geralmente baixa.	173 (92,5)	216 (89,3)	389 (90,7)	0,315
ASS_8 - A dor irruptiva pode ter vários episódios por dia.	174 (93)	216 (89,3)	390 (90,9)	0,236
ASS_9 - Quanto à sua etiologia, a dor irruptiva pode ser nociceptiva, neuropática ou mista.	168 (89,8)	193 (79,8)	361 (84,1)	0,005
Dimensão 4: Avaliação da dor				
ASS_14 - É fundamental determinar o impacto da dor irruptiva na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.	186 (99,5)	240 (99,2)	426 (99,3)	1,000
ASS_15 - A avaliação da dor irruptiva pode permitir determinar a sua etiologia e corrigir as suas possíveis causas.	169 (90,4)	214 (88,4)	383 (89,3)	0,534
ASS_16 - Um dos objetivos da avaliação da dor irruptiva é diferenciá-la da dor basal.	177 (94,7)	217 (89,7)	394 (91,8)	0,075
ASS_17 - A otimização do controlo da dor basal pode reduzir a frequência, intensidade e duração dos episódios da dor irruptiva.	157 (84)	201 (83,1)	358 (83,4)	0,896
ASS_19 - Para cada episódio de dor irruptiva, o diário da dor deve contemplar: data e hora, duração, intensidade, dose de analgésico de resgate administrada, tempo e grau de alívio da dor e efeitos secundários.	178 (95,2)	225 (93)	403 (93,9)	0,417
ASS_21 - Para o controlo adequado da dor irruptiva é fundamental que se avalie a relação entre a dor irruptiva e o horário dos analgésicos, os fatores precipitantes, os fatores de agravamento e de alívio.	178 (95,2)	226 (93,4)	404 (94,2)	0,535
Dimensão 6: Monitorização				
ASS_32 - A monitorização do doente com dor irruptiva, tem como objetivos determinar a eficácia e a tolerabilidade do tratamento, bem como avaliar a alteração da natureza da dor irruptiva.	165 (88,2)	205 (84,7)	370 (86,2)	0,324
ASS_35 - A validação do conhecimento relativo à dor irruptiva, transmitida pelo profissional de saúde ao doente, deve fazer parte da monitorização.	172 (92)	222 (91,7)	394 (91,8)	1,000

Questões com scores mais baixos	Médicos (n=187)	Enfermeiros (n=242)	Total (n=429)	Valor P
	Respostas certas n (%)	Respostas certas n (%)	Respostas certas n (%)	
Dimensão 1: Definição de dor irruptiva ASS_1 - A dor irruptiva pode ser definida como uma exacerbação transitória de dor num contexto de dor basal inadequadamente controlada	70 (37,4)	62 (25,6)	132 (30,8)	0,011
Dimensão 3: Classificação e caracterização ASS_6 - A dor irruptiva tem normalmente uma duração entre 30 e 60 minutos. ASS_13 - A dor associada a "falha de fim de dose" é um subtipo de dor irruptiva.	67(35,8) 73 (39)	60 (24,8) 81 (33,5)	127 (29,6) 154 (35,9)	0,014 0,264
Dimensão 4: Avaliação da dor ASS_20 - Sempre que o doente fizer pelo menos uma dose de resgate analgésico, para alívio da dor irruptiva, deve alertar a equipa de saúde que o segue.	78 (41,7)	57 (23,6)	135 (31,5)	<0,001
Dimensão 5: Tratamento ASS_22 - As intervenções não farmacológicas são consideradas medidas muito eficazes no controlo da dor irruptiva. ASS_28 - O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva pode ser considerado de 1ª linha, independentemente da dose de opioide utilizada para a analgesia basal. ASS_29 - O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva não condiciona tolerância opioide. ASS_30 - A dose de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva deverá ser estabelecida em função da dose diária equivalente de morfina. ASS_31 - No tratamento da dor irruptiva, a hiperalgesia induzida por opioides de ação rápida é uma consequência da utilização inadequada dos mesmos.	63 (33,7) 52 (27,8) 77 (41,2) 22 (11,8) 78 (41,7)	67 (27,7) 56 (23,1) 82 (33,9) 30 (12,4) 98 (40,5)	130 (30,3) 108 (25,2) 159 (37,1) 52 (12,1) 176 (41)	0,204 0,313 0,131 0,882 0,843
Dimensão 6: Monitorização ASS_36 - Não existem instrumentos validados para a avaliação das experiências de dor irruptiva em doentes oncológicos.	72 (38,5)	63 (26)	135 (31,5)	0,006

APÊNDICE 4. Respostas consideradas corretas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

Quadro 3 - Respostas consideradas corretas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre dor irruptiva em contexto de doença oncológica.

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo / Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
ASS_1- A dor irruptiva pode ser definida como uma exacerbação transitória de dor num contexto de dor basal inadequadamente controlada.	x	x			
ASS_2- A dor irruptiva é frequente em doentes com dor oncológica.				x	x
ASS_3- Na população oncológica, 1 em cada 2 doentes, apresenta dor irruptiva.				x	x
ASS_4- O início da dor irruptiva é súbito (3 a 5 minutos).				x	x
ASS_5- A dor irruptiva pode variar em duração e intensidade na mesma pessoa e entre episódios.				x	x
ASS_6- A dor irruptiva tem normalmente uma duração entre 30 e 60 minutos.				x	x
ASS_7- A intensidade da dor irruptiva é geralmente baixa.	x	x			
ASS_8- A dor irruptiva pode ter vários episódios por dia.				x	x
ASS_9- Quanto à sua etiologia, a dor irruptiva pode ser nociceptiva, neuropática ou mista.				x	x
ASS_10- A dor irruptiva pode ser idiopática (espontânea)				x	x
ASS_11- A dor irruptiva pode ser incidental: volitiva (desencadeada por um ato voluntário, ex. caminhar), não volitiva e relacionada com procedimentos.				x	x
ASS_12- As características da dor irruptiva mantêm-se ao longo da evolução da doença.	x	x			
ASS_13- A dor associada a "falha de fim de dose" é um subtipo de dor irruptiva.	x	x			
ASS_14- É fundamental determinar o impacto da dor irruptiva na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.				x	x
ASS_15- A avaliação da dor irruptiva pode permitir determinar a sua etiologia e corrigir as suas possíveis causas.				x	x
ASS_16- Um dos objetivos da avaliação da dor irruptiva é diferenciá-la da dor basal.				x	x
ASS_17- A otimização do controlo da dor basal pode reduzir a frequência, intensidade e duração dos episódios da dor irruptiva.				x	x

ASS_18- O diário da dor é considerado o método padrão de avaliação da dor irruptiva.				x	x
ASS_19- Para cada episódio de dor irruptiva, o diário da dor deve contemplar: data e hora, duração, intensidade, dose de analgésico de resgate administrada, tempo e grau de alívio da dor e efeitos secundários.				x	x
ASS_20- Sempre que o doente fizer pelo menos uma dose de resgate analgésico, para alívio da dor irruptiva, deve alertar a equipa de saúde que o segue.	x	x			
ASS_21- Para o controlo adequado da dor irruptiva é fundamental que se avalie a relação entre a dor irruptiva e o horário dos analgésicos, os fatores precipitantes, os fatores de agravamento e de alívio.				x	x
ASS_22- As intervenções não farmacológicas são consideradas medidas muito eficazes no controlo da dor irruptiva.	x	x			
ASS_23- A administração de fármacos opioides de libertação retardada é indicada para o tratamento da dor irruptiva.	x	x			
ASS_24- O tratamento da dor irruptiva pode ser ineficaz pela dificuldade na titulação de dosagens para este tipo de dor.				x	x
ASS_25- A decisão do uso específico de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva deve basear-se nas características da dor.				x	x
ASS_26- O tempo de início de ação do fármaco analgésico para o controlo da dor irruptiva, condiciona a prescrição do mesmo.				x	x
ASS_27- O uso de adjuvantes analgésicos pode ser benéfico nos doentes com dor irruptiva.				x	x
ASS_28- O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva pode ser considerado de 1ª linha, independentemente da dose de opioide utilizada para a analgesia basal.	x	x			
ASS_29- O uso de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva não condiciona tolerância opioide.	x	x			
ASS_30- A dose de opioides de ação rápida para o tratamento da dor irruptiva deverá ser estabelecida em função da dose diária equivalente de morfina.	x	x			
ASS_31- No tratamento da dor irruptiva, a hiperalgesia induzida por opioides de ação rápida é uma consequência da utilização inadequada dos mesmos.				x	x
ASS_32- A monitorização do doente com dor irruptiva, tem como objetivos determinar a eficácia e a tolerabilidade do tratamento, bem como avaliar a alteração da natureza da dor irruptiva.				x	x
ASS_33- A avaliação do grau de satisfação dos cuidadores com a terapêutica instituída é essencial na monitorização do doente com dor irruptiva.				x	x
ASS_34- Os efeitos adversos da terapêutica instituída para a dor irruptiva estão muito relacionados com a formulação, via de administração e doses utilizadas.				x	x

ASS_35- A validação do conhecimento relativo à dor irruptiva, transmitida pelo profissional de saúde ao doente, deve fazer parte da monitorização.				x	x
ASS_36- Não existem instrumentos validados para a avaliação das experiências de dor irruptiva em doentes oncológicos.	x	x			