Revisão do paper #10773‐35247‐1‐SM

**NOTAS DOS EDITORES**

1. O resumo e o abstract não deverão incluir abreviaturas.

Alterado.

1. O resumo e o abstract deverão reflectir fielmente a estrutura do artigo, pelo que é necessário que incluam um parágrafo independente relativo ao capítulo "Discussão".

Incluído.

1. Adicionalmente aos comentários dos revisores, o artigo poderia ser melhorado e ganhava mais possibilidade de citações se:
2. Fosse redigido em inglês.

Fizemo-lo.

1. Fosse um pouco desenvolvida e referenciada a importância geral de planear os currículos a partir da definição das necessidades (se os autores quiserem eu posso sugerir algumas referências). Com este aperfeiçoamento o artigo ganhava porque deixava de ser só sobre dor, mas também sobre educação médica bem desenvolvida.

Percebemos, porém, o que se pretende é celebrar o ano 2018 da IASP sobre Literacia em dor. Não é objectivo do estudo a educação médica, em geral.

1. Devia procurar-se identificar como é o ensino da DC em outras escolas médicas da europa e USA.

Foi feito.

**REVISOR A**

Análise:

O manuscrito dirige‐se a um problema relevante: o da dor crónica (DC).

Trata‐se de um estudo observacional de inquéritos a indagar da prevalência e do ensino do tratamento pré‐graduado da DC nas Faculdade de Medicina do País.

Formalmente, a sua estrutura é a clássica (IMMRC). O texto é claro.

A amostra é de conveniência com apenas 251 alunos.

Os resultados são relevantes para o tema abordado, demonstrando (como seria de esperar) um défice de ensino desta terapêutica.

Como artigo tem o seu valor, quanto mais não seja para alertar para a problemática da DC.

Não cotejei as referências individuais.

Recomendação:

O artigo poderá ser publicado na AMP, mas com baixa prioridade.

Problemas:

A dimensão e qualidade da amostra põe em causa as conclusões e a sua generalização.

Certo. Tal foi notificado nas limitações do estudo.

A discussão tem de ser concentrada, é muito longa.

Reformulámos.

As tabelas 4 e 5 parecem‐me dispensáveis

Não concordamos, pois parte da discussão anda à volta dos analgésicos opioides e morfinofobia (Tab 4) e a Tab 5 é específica sobre a formação em dor nas Escolas de Medicina. Todavia seguimos o conselho e eliminámos parte da discussão mais repetitiva que incidia sobre estas Tabelas.

O Português tem de ser revisto, algumas das frases estão gramaticalmente mal construídas.

Feito.

**REVISOR B**

* Considera-se  importante conhecer as perspectivas dos estudantes de medicina relativas ao ensino da dor.

1. A metodologia utilizada apresenta algumas fragilidades, nomeadamente uma grande heterogeneidade no número de respondentes por faculdade de Medicina. Embora tratando-se de uma amostra de conveniência, têm um viés importante. Observa-se uma  grande discrepância  na  percentagem de respostas  as diferentes faculdades.

Certo. Tal foi notificado nas limitações do estudo.

1. O número de respondedores é particularmente baixo, nalgumas das faculdades com maior número de inscritos e internos do ano comum, como são os casos da Faculdade de Medicina do Porto e Faculdade de Medicina de Coimbra, o que dificulta tirar conclusões.

Certo. Tal foi notificado nas limitações do estudo.

1. Seria importante perceber por exemplo, como é que as horas de ensino de dor são distribuídas nas diferentes faculdades. São feitos Workshops? PBL… Existe uma cadeira opcional de dor?

Feito, dentro do possível. Como as EM não nos enviaram os programas, por razões diversas, inserimos nos métodos a forma como comparámos as escolas através dos seus sítios electrónicos institucionais.

1. Os alunos nas faculdades que têm maior carga horária / cadeira opcional no âmbito da dor, têm mais número de respostas adequadas?

Tudo parece indicar que sim, mas não pode ser feita inferência sobre tal pois o estudo não teve esse tratamento dos dados, o que é uma limitação. Foi notificada como tal.

1. O inquérito que não foi validado engloba questões que no limite podem não ser consideradas relevantes  por ex: A dor é o 5º sinal. Foi equiparada a sinal vital e apesar de uma percentagem de inquiridos terem respondido afirmativamente, qual a relevância?

Permita-nos com humildade reformular: Se apenas 92% dos alunos finalistas dissesse que a TA e a FC são sinais vitais, não seria relevante? E se 19% dos estudantes dissesse que só avaliaria a TA ou a FC caso o doente parecesse “estranho”? Numa história clínica é mandatório um aluno fazer uma análise do estado de consciência e medir os ditos parâmetros vitais. A dor deve ser incluída como PVital desde 2003 (Circular normativa n9/2003 da DGS). Donde, a questão sobre dor é muito relevante. Permitir saber que 8% dos inquiridos despreza a dor como sinal vital (surpreendente se considerássemos a TA ou FC!) e que 81% não a avalia por rotina. Não o afirmamos no estudo. Mas não será uma consequência da parca educação sobre dor nas Escolas médicas?

1. Algumas das questões do inquérito deveriam ser reformuladas porque o seu enunciado induz a erro : Na  pergunta “Que escalas de hetero-avaliação da dor conhece?”

Uma das hipóteses enunciadas é a escala Glasgow que não é  utilizada para avaliar a dor. O IBD não é utilizado universalmente por todos os médicos , mesmo por aqueles  que trabalham nas unidades de dor crónica. A escala doloplus é muito pouco utilizada. Há um enunciado excessivo de ferramentas, omitindo-se algumas com maior relevância actualmente, e que devem ser utilizadas por rotina.

Fizemo-lo. De facto, a resposta era livre e o que apresentamos são escalas nomeadas pelos alunos e internos. Aparecem as relatadas por eles; infelizmente algumas são totalmente inadequadas. Realçámos estes factos nas Tabelas, sempre que a resposta era livre.

1. Existe um número excessivo de tabelas cujos resultados já são expressos no texto.

Tentámos cortar a duplicação excessiva.

1. Considero que este manuscrito não deve ser publicado na AMP nestas circunstâncias

Esperamos que com estas alterações possa reconsiderar.

**REVISOR C**

* Título do artigo é claro e informativo
* Resumo está bem estruturado e descreve o conteúdo do documento submetido
* A introdução está bem dimensionada e aborda os principais pontos do tema a tratar. Os objectivos estão claramente enunciados.
* Os métodos são adequados aos objectivos e encontram-se descritos de forma competente. Contudo tendo sido utilizado um questionário “feito de raiz” os autores deveriam ter determinado pelo menos a validade de conteúdo.
* Foram atendidas as questões éticas.
* Os resultados estão apresentados de forma coerente e analisados com rigor, sendo além disso acompanhados por tabelas que ajudam à compreensão dos mesmos e que estão devidamente referidas no texto e bem construídas.
* A discussão é explicativa e fundamentada.
* As conclusões resumem de forma adequada o estudo e acentuam a necessidade que foi explorada.
* São identificadas as limitações mais relevantes do estudo que se prendem com a dimensão da amostra, que não pode ser tida como significativa do universo relacionado, e por esta razão é difícil extrapolar os resultados.
* Abreviaturas estão identificadas
* Referências bibliográficas de acordo com as normas da AMP
* O estudo tem o mérito de chamar a atenção e de alguma forma apresentar sugestões sobre um tema muito importante para a prática médica e cujo ensino está aquém do desejado.
* Manuscrito bem organizado. Existem alguns pontos que devem ser clarificados e que se encontram devidamente identificados no manuscrito original.

“Não há consenso na literatura em relação ao factor tempo, mas >3 meses é consensual”. Contradição….mudar a última parte da frase: >3…

Reformulámos.

“A educação médica, em última análise, deve assegurar que os doentes que realmente necessitem deste tipo de analgésicos, depois de ponderadas as suas indicações, tenham um acesso facilitado à sua prescrição”.21,22 Não concordo com esta formulação; reformular esta frase. A educação médica deve assegurar?

Concordamos que a frase era confusa e foi eliminada.

“Considerações sobre o ensino sobre dor”. Melhorar este “título”

Reformulámos.

“Os EM que fazem uma aprendizagem online têm melhor desempenho do que aqueles que têm apenas um ensino presencial”.25,29,33,35 - Explicar melhor o que quer dizer

Reformulámos.

“A aprendizagem liderada por EM versus a liderada pelo professor traz vantagens ao criar oportunidades para melhorar as aptidões necessárias para a gestão eficaz da dor, incluindo a resolução de problemas, aprendizagem partilhada, trabalho em equipa, conceitos errados e apreciação crítica”.31 É importante esclarecer melhor a ideia contida, e fundamentar bem. tenho dúvidas de que a aprendizagem por pares que não estão devidamente preparados para o tema, como tem sido afirmado ao longo do texto, possa ter vantagens.

Fomos ler o original (#31) e, de facto, não é esclarecedor. Eliminámos.

**REVISOR D**

Seria importante estar no resumo o ano em que foi feita a colheita de dados, dado que recentemente foi introduzido nos currículos médicos o ensino dos CP (e como tal da dor crónica também)

Assim fizemos.

Sugere-se outra designação pois que no Algarve a instituição de ensino de Medicina não é atualmente uma faculdade de medicina; sugere-se instituições de ensino da medicina (IEM) ou Escolas Médicas (EM), designação usada a nível internacional…embora a sua abreviatura vá colidir com a abreviatura de estudantes de medicina (EM)

Assim fizemos. Usámos: MS – Medical Schools. Ademais usámos: MEDS- medical students e FMS – final year medical students

Tipo de estudo – Não concordo e recomendo a revisão deste aspeto – embora não esteja disponível o questionário para observação pelos revisores, não nos parece tratar-se de um estudo qualitativo, mas sim quantitativo. Num estudo qualitativo existem apenas perguntas abertas e os resultados são apresentados sob a forma de pareceres e textos escritos (frases como resposta às perguntas)

Alterámos.

Colheita de dados - Pensamos ser pertinente nesta fase referir que – não foram colhidos dados pessoais dos entrevistados e que os registos dos dados foram protegidos de que forma?????

Reformulámos.

Operacionalização - Números inferiores a 10, devem ser referidos por extenso – oito

Alterámos.

Acordo ortográfico ?

Alterámos.

anatomo-fisiológicos - Acento no á

Alterámos.

**Nota Final dos Autores**

Tendo em conta todas as sugestões dos Editores e Revisores passámos de 3830 palavras (português) para 3660 palavras (inglês), apesar de termos incluído uma nova seção sobre o ensino da dor em Portugal na discussão.

Ficámos com 250/249 palavras no abstract/resumo.