

The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly

O impacto da dor crônica na funcionalidade e qualidade de vida de idosos

Bianca de Oliveira Lemos¹, Ana Marcia Rodrigues da Cunha², Claudia Bernardi Cesarino³, Marielza Regina Ismael Martins⁴

DOI 10.5935/2595-0118.20190042

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pain is one of the most common conditions found by health professionals in elderly and is associated with substantial impairment of reduced mobility, avoidance of activities, depression, sleep impairment and isolation. The objective of this study was to check the impact of chronic pain on the functionality and the quality of life of the elderly.

METHODS: It is a descriptive, cross-sectional and exploratory study with 20 patients attending the Pain Clinic of Hospital de Base de São José do Rio Preto. Twenty patients under the age of 60 were evaluated by the same instruments for comparative data. The instruments used were a semi-structured interview containing questions about sensory aspects, emotional and functional impact, sleep, attitudes and beliefs, coping style, treatment, expectation and objectives, and resources. The World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults questionnaire was used to evaluate the quality of life and, to evaluate the functional capacity of daily life, the OARS, multidimensional functional assessment questionnaire. The pain was assessed by the Brief Pain Inventory.

RESULTS: A significant difference was observed between the domains of sensory abilities, autonomy and intimacy ($p < 0.05$) in which the analyzed group presented worse values than the control, while the latter presented worse value in the domain of death and dying. In addition, there was a statistical difference between the groups in the instrumental activity of daily living and between the intensity of pain.

CONCLUSION: The pain had a negative influence on the quality of life and impact on the functionality of the elderly studied in the Pain Clinic

Keywords: Chronic pain, Health of the elderly, Quality of life.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor crônica é uma das condições mais comuns encontradas pelos profissionais de saúde; e nos idosos está associada à substancial mobilidade reduzida, esquiva de atividades, depressão, comprometimento do sono e isolamento. O objetivo deste estudo foi verificar o impacto da dor crônica na funcionalidade e na qualidade de vida de idosos.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório com amostra de 20 pacientes pertencentes à Clínica da Dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Para os dados comparativos foram avaliados pelos mesmos instrumentos 20 pacientes com idade inferior a 60 anos. Os instrumentos utilizados foram: entrevista semiestruturada contendo questões sobre aspectos sensoriais, impacto emocional, impacto funcional, sono, atitudes e crenças, enfrentamento, tratamento, expectativa e objetivos e recursos. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* e, para avaliar a capacidade funcional da vida diária, a escala de atividades física e instrumental da vida diária "OARS". A dor, por sua vez, foi avaliada pelo Inventário Breve de Dor.

RESULTADOS: Foi observada diferença significativa entre os domínios de habilidades sensoriais, autonomia e intimidade ($p < 0,05$) em que o grupo analisado apresentou piores valores que o controle, enquanto este último grupo apresentou pior valor no domínio de morte e morrer. Além disso, houve diferença estatística entre os grupos na atividade instrumental da vida diária e entre a intensidade da dor.

CONCLUSÃO: A dor acarretou influência negativa na qualidade de vida e afetou a funcionalidade dos idosos pesquisados na clínica da dor.

Descritores: Dor crônica, Qualidade de vida, Saúde do idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um acontecimento inquestionável e que se amplia com o passar dos anos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, estima-se que em 2020 o número de pessoas com idade superior a 60 anos irá superar o número de crianças com até 5 anos e, em 2050, a população com mais de 60 anos chegará a 2 bilhões de indivíduos, que representará um quinto da população do planeta. Nesse sentido, um dos desafios da saúde pública global será enfrentar os problemas relacionados com

Bianca de Oliveira Lemos - <https://orcid.org/0000-0002-8665-734X>;
Ana Maria Rodrigues da Cunha - <https://orcid.org/0000-0001-9503-6337>;
Claudia Bernardi Cesarino - <https://orcid.org/0000-0002-8701-9163>;
Marielza Regina Ismael Martins - <https://orcid.org/0000-0002-1140-7581>.

1. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
2. Hospital de Base de São José do Rio Preto, Departamento de Anestesiologista, Coordenação da Clínica da Dor, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
3. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Enfermagem, Coordenação da Pós-Graduação em Enfermagem, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
4. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Ciências Neurológicas, Clínica da Dor, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Apresentado em 12 de março de 2019.

Aceito para publicação em 20 de maio de 2019.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: Bolsa de Iniciação Científica PIBIC /FAMERP.

Endereço para correspondência:

Avenida Brigadeiro Faria Lima 5416
Departamento de Ciências Neurológicas
15090-000 São José do Rio Preto, SP, Brasil.
E-mail: marielzamartins@famcrp.br

a dor crônica (DC), tendo em vista que é uma das condições mais comuns encontradas em pacientes com idade ≥ 65 anos².

A DC está relacionada com uma incapacidade substancial de mobilidade esquiada de atividade, quedas, depressão e ansiedade, comprometimento do sono e isolamento^{2,3}. Contudo, esses efeitos negativos não se restringem apenas ao paciente, mas também englobam situações que perturbam as relações familiares e sociais, além de alterar os papéis que esses indivíduos se reconhecem na sociedade⁴.

Diante disso, observa-se que a DC vai além de um evento sensorial, pois também compreende elementos afetivos (respostas emocionais à dor), cognitivos (atitudes e crenças sobre a dor), comportamentais (p. ex.: comportamentos manifestados em resposta à dor por pacientes, familiares ou cuidadores), bem como componentes sensoriais (p. ex.: qualidade, localização e padrão temporal)⁵.

As distinções nas pesquisas publicadas em relação à população, aos métodos e às definições, entretanto, dificultam a comparação entre estudos e impossibilita determinar a prevalência definitiva de dor em idosos³. Esse fato cria obstáculos para que os profissionais da área da saúde consigam desenvolver competências para planejar avaliações e programas para gerenciar a DC em pacientes idosos.

Com relação à avaliação do idoso com DC, a literatura fornece pouca informação, visto que é preconizada uma avaliação abrangente com medidas multidimensionais, instrumentos para verificar as atividades de vida diária, coleta de dados de familiares/cuidadores, constatação de atitudes e crenças sobre a dor, revisão de comorbidades e fármacos, entre outras. Nesse contexto, há ainda limitações importantes baseada em evidências².

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da DC na funcionalidade e na qualidade de vida (QV) de idosos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, transversal, exploratório de abordagem quantitativa. A amostra analisada foi de 20 pacientes (grupo teste – GT), maiores de 60 anos. A estimativa de tamanho da amostra considerou um nível de confiança de 95%, erro máximo desejado de três pontos e um desvio padrão médio, estimado em estudo piloto, igual a 12,5 pontos, totalizando uma amostra mínima de 20 indivíduos. Para os dados comparativos foram avaliados pelos mesmos instrumentos 20 pacientes (grupo controle – GC) com idade inferior a 60 anos e que também foram atendidos na Clínica da Dor. Foram excluídos pacientes que não concordaram em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e aqueles com déficits sensoriais e limitantes triados pelo teste MiniMental⁶.

Os instrumentos utilizados foram: entrevista semiestruturada contendo questões sobre aspectos sensoriais, impacto emocional, impacto funcional, sono, atitudes e crenças, enfrentamento, tratamento, expectativa e objetivos e, recursos de apoio, além da obtenção de alguns dados pessoais. Além disso, para avaliar a QV foi utilizado o questionário *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD)⁷, contendo 24 questões divididas em seis domínios, que compreendem habilidade sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e o morrer, e intimidade. Para a avaliação da capacidade funcional da vida diária foi utilizada a Escala de Atividades Física e

Instrumental da Vida Diária (OARS)⁸, que analisa a capacidade de realizar as atividades de forma autônoma, com auxílio ou totalmente incapaz, pontuadas de zero a 2, que é escalada de zero a 14 para cada atividade, sendo que quanto menor a pontuação, maior é a dependência do indivíduo. A dor, por sua vez, foi avaliada pelo Inventário Breve de Dor⁹ (IBD). Esse instrumento incluiu 15 itens, subdivididos em duas partes: a primeira avalia a intensidade da dor (8 itens), e a segunda avalia a interferência da dor em aspectos da vida (7 itens): habilidade para caminhar, sono, trabalho, relacionamento com outras pessoas e aproveitamento da vida em uma escala numérica de zero (sem dor) a 10 (pior dor possível).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (parecer nº 2.647.844) e realizado no Ambulatório da Clínica da Dor, Hospital de Base (FUNFARME/FAMERP).

Análise estatística

Todos os participantes (GT e GC) foram submetidos a uma única avaliação e os dados obtidos foram inseridos em planilhas no programa Excel. Toda a análise estatística foi realizada com nível de significância = 0,05. Para a realização das comparações entre ambos os grupos foi utilizado o teste Mann-Whitney, visto que os dados não são paramétricos, e para as correlações foi utilizada a Correlação Linear de Pearson.

RESULTADOS

As características sociodemográficas das amostras estudadas são apresentadas na tabela 1.

Com relação aos aspectos sensoriais no GT, 40% (n=8) relataram diminuição da acuidade visual e 32% (n=6) de perda auditiva. Todos os idosos deste grupo citaram declínio das habilidades físicas e de saúde que impactam emocionalmente suas vidas.

Com relação ao sono, 57,5% (n=11), no GT referiram qualidade do sono ruim, enquanto 33,3% (n=7) do GC relatam o mesmo (p<0,05).

No GT, 65% (n=13) creem que terão sempre a dependência do fármaco e a atitude mais frequente de 55% (n=10) é de que a dor estimula o repouso e a redução das atividades.

Quanto ao enfrentamento, no GT, 20% (n=4) mencionaram a música, 35% (n=7) rezar, 15% (n=3) isolar-se, 10% (n=2) conversar, 10% (n=2) alongar-se e 10% (n=2) distrair-se.

Nos grupos estudados, os diagnósticos apresentados foram DC relacionada a doenças osteoarticulares (n=8), neuropatia diabética (n=6), síndrome dolorosa após acidente vascular encefálico (n=6), polimialgia reumática (n=6), distúrbios musculoesqueléticos (n=8), outros (n=6).

Quanto à análise das variáveis relacionadas com a QV obtida pelo WHOQOL-OLD, as médias para cada domínio e a média geral podem ser observadas na figura 1.

A análise mostrou que houve diferença estatística significativa (p<0,05) entre os domínios de habilidades sensoriais (p=0,002), autonomia (p=0,001) e intimidade (p=0,023) demonstrando que o GT apresentou piores valores que o GC.

O GC mostrou-se com maiores preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer do que o GT, com diferença significativa (p=0,038).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes de ambos os grupos

Variáveis	Grupos	n	Média e DP	%
Idade	GT	20	66,35±6,25	
	GC	20	49,45±7,65	
Sexo	GT	20		Feminino – 30 (n=6)
	GC	20		Feminino – 50 (n=10)
Escolaridade	GT	20		Analfabeto – 5 (n=1)
				Fundamental incompleto – 35 (n=7)
	GC	20		Fundamental completo – 15 (n=3)
				Médio incompleto – 10 (n=2)
	GC	20		Médio completo – 15 (n=3)
				Superior incompleto – 0
	GC	20		Superior completo – 20 (n=4)
				Analfabeto – 0
	GC	20		Fundamental incompleto – 40 (n=8)
				Fundamental completo – 15 (n=3)
	GC	20		Médio incompleto – 10 (n=2)
				Médio completo – 25 (n=5)
	GC	20		Superior incompleto – 5 (n=1)
				Superior completo – 5 (n=1)
Situação laboral	GT	20		Inativo – 95 (n=19)
	GC	20		Inativo – 100 (n=20)

GT = grupo teste; GC = grupo controle.

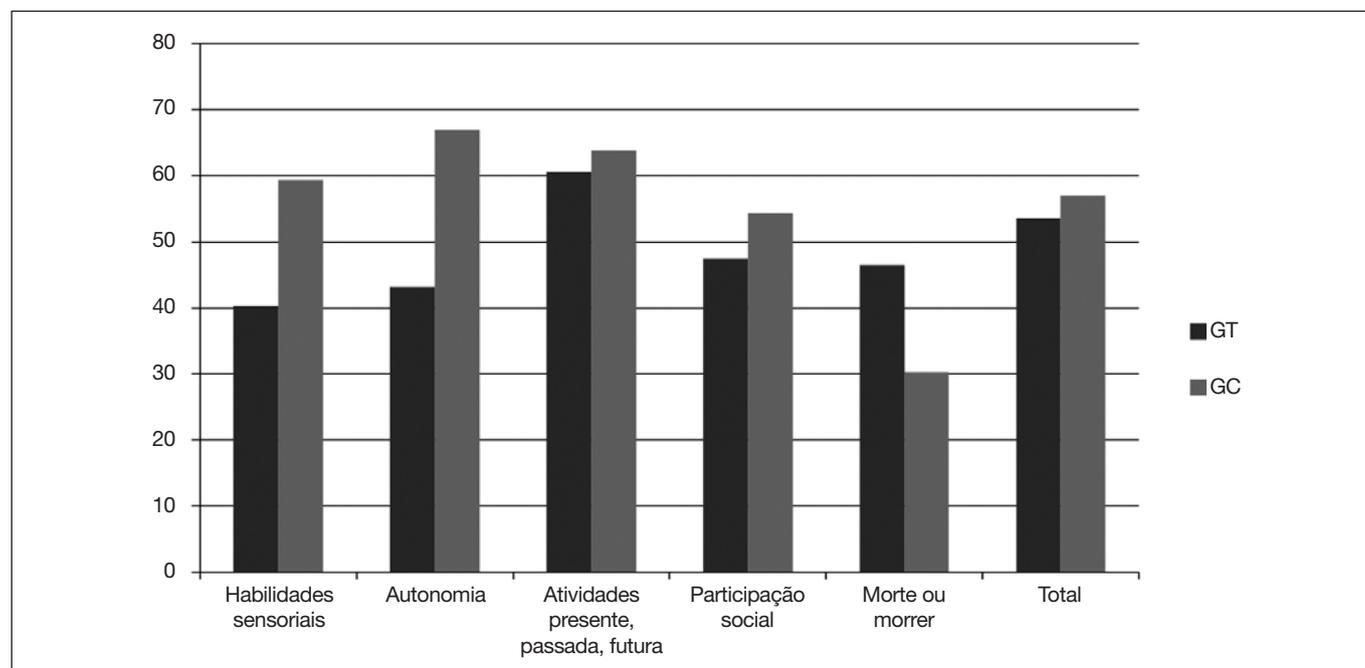


Figura 1. Média dos escores dos domínios relacionados ao questionário de qualidade de vida pelo WHOQOL-OLD em ambos os grupos GT = grupo teste; GC = grupo controle.

Em relação à capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária, obtida pela escala de “OARS”, a média das pontuações pode ser observada na tabela 2. Em relação às atividades instrumentais, 70% (n=14) dos idosos referiram ser incapaz de fazer limpeza e arrumação de casa, enquanto 15% (n=3) alegaram precisar de alguma ajuda e 15% (n=3) realizam a tarefa sem ajuda. Quando questionados sobre as atividades como a de realização de compras, 25% (n=5) se consideraram incapaz de fazê-las, 45% (n=9) necessitam de alguma ajuda e 30% (n=6) realizam sem nenhuma ajuda. Nas avaliações

das atividades do âmbito físico, 70% (n=14) dos idosos revelaram que necessitam de ajuda para se deitar e levantar da cama enquanto 30% (n=6) conseguem fazer sem qualquer ajuda ou apoio.

Quando se perguntou se já tiveram problemas em conseguir chegar a tempo ao banheiro, 70% (n=14) apontaram que sim e 30% (n=6) apontaram que não.

Na tabela 3, pode ser observada a média dos dados obtidos para os diversos parâmetros na avaliação do nível de dor entre os grupos pelo Inventário Breve da Dor (IBD).

Tabela 2. Média das pontuações da escala de atividade física e instrumental da vida diária de OARS

Domínios	Grupos	n	Média e DP	Valor de p
Atividade instrumental de vida diária	GT	20	8,65±2,98	0,045*
	GC	20	10,8±2,71	
Atividade física da vida diária	GT	20	11,5±1,53	0,481
	GC	20	11,7±1,81	

GT = grupo teste; GC = grupo controle; *p<0,05 = diferença estatisticamente significativa (teste Mann-Whitney); OARS = escala de atividades física e instrumental da vida diária.

Tabela 3. Análise dos dados do Inventário Breve da Dor

Parâmetros	GT Média e DP (n=20)	GC Média e DP (n=20)	Valor de p
Intensidade da dor	9,1±1,23	8,6±2,26	0,048*
Interferência da dor em atividades em geral			
Humor	6,2±3,50	7,85±1,76	0,250
Habilidade de caminhar	7,2±3,60	7,15±3,33	0,942
Trabalho	8,8±2,44	9,3±1,79	0,662
Relacionamento com outras pessoas	6,1±3,40	5,45±3,13	0,490
Sono	7,6±2,95	7,9±1,65	0,653
Habilidade de apreciar a vida	7,2±2,90	6,5±3,05	0,430

GT = grupo teste; GC = grupo controle; *p<0,05 = diferença estatisticamente significativa (teste Mann-Whitney).

Por meio da Correlação de Spearman foram realizadas comparações entre os dados de QV com os dados das atividades instrumentais das escalas de dor e das interferências que a dor ocasiona nas atividades dos idosos. Tendo como parâmetro p<0,05, pode-se observar que houve diferenças significativas quando analisada a QV com atividade instrumental de vida diária (AIVD) (R=0,4861) e atividade física da vida diária (AFVD) (R=0,4946). Quanto à correlação dor *versus* QV resultou em diferença estatística significativa apenas a de intensidade fraca (r=0,5863). Quando correlacionadas a dor intensa e moderada não se observou correlações significativas (r=0,3351 e -0,2143, respectivamente).

Em relação à interferência que a dor possui na QV, em alguns aspectos houve significância nos âmbitos de atividade geral (R=-0,5955), trabalho (R=-0,6486) e relacionamento pessoal (R=-0,6455).

Nos demais aspectos: humor, habilidade de caminhar, sono e habilidade de apreciar a vida, não foram encontradas correlações. Outra correspondência observada quando analisada foi a QV com o local de dor dos pacientes (R=-0,4549).

DISCUSSÃO

Observou-se na amostra que houve predomínio do sexo masculino (70%). Esse fato pode estar relacionado com uma desvalorização do autocuidado e da saúde¹⁰. Quanto à escolaridade dos idosos, 20% (n=4) possuíam nível superior completo, o que permitiu observar que, assim como no estudo de Miranda e Banhato¹¹, houve aumento da população idosa com maior conhecimento acadêmico¹². Entretanto, neste estudo pode-se observar que mesmo com melhor

escolaridade, a DC teve grande influência negativa na QV da população estudada.

Ao analisar os dados de QV dos idosos pelo questionário WHO-QOL-OLD, observou-se que houve diferenças estatísticas nos domínios de habilidade sensorial, autonomia, intimidade e morte e morrer, sendo este último mais prevalente no GC.

No âmbito da autonomia e intimidade, com o passar da idade, as pessoas tendem a necessitar de maior ajuda, seja de familiares ou de cuidadores. Nesse sentido, as formas imperativas tendem a se sobressair, não sobrando espaço para a negociação com os desejos que os idosos possuem, ou seja, a liberdade de tomar decisões sobre a sua vida acaba se tornando cada mais reduzidas¹³, podendo ocasionar, até mesmo, uma perda de autoestima¹⁴. Isso acarreta que o grupo social de maior idade apresente piores resultados, como observado na pesquisa, quando comparado com uma população adulta jovem. Além disso, a diferença entre os grupos quanto à habilidade sensorial pode ter correspondência com a regressão dos sentidos com o passar da idade, sendo a perda auditiva e visual as mais mencionadas¹⁵.

Cavazzana et al.¹⁶ relataram que o funcionamento sensorial prejudicado afeta a QV das pessoas idosas ao influenciar o modo como experimentam o ambiente e reagem a estímulos e limitam as atividades sociais - fatos que podem levar ao isolamento e à depressão.

Por outro lado, os grupos abaixo de 60 anos apresentaram maior preocupação em relação ao domínio de morte e morrer. Esse fato pode estar relacionado à ocorrência do grupo de 35 a 60 anos apresentar maiores índices de ansiedade e depressão que prejudicam a QV¹⁷. Diante disso, pode-se pressupor que esses aspectos emocionais e de saúde emocional têm grande influência nesse tipo de pensamento.

Um estudo recente¹⁸ referiu que pacientes adultos jovens e adultos, com doenças hematológicas e DC, experimentaram sofrimento psicológico, vivendo com incerteza futura em relação à sua cura e medo da morte, afetando assim negativamente a QV. Assim, neste estudo, os autores sugeriram a necessidade de intervenções psicológicas específicas para a idade, planejadas para lidar com esse medo.

Ao analisar a QV total, pode-se observar diferença estatística entre os grupos analisados (p=0,008), visto que a média geral do questionário do GT foi de 53,55 enquanto do GC foi 56,98. Logo, percebeu-se que houve uma transformação nas condições sociais, psicológicas e físicas dos idosos com o passar da idade, prejudicando, assim, o seu bem-estar.

Ferretti et al.¹⁹ referiram que a dor interfere na percepção que cada pessoa tem de sua vida e, devido a esse fato, requer ações adequadas visando o bem-estar e controle, a redução das queixas dolorosas para melhorar a capacidade funcional, a QV e desenvolver estratégias preventivas que ajudem a melhorar a saúde desses indivíduos¹⁸.

Na avaliação de "OARS", obteve-se diferença entre os grupos na AIVD. Tal informação está de acordo com outra pesquisa¹⁹, pois as atividades avaliadas, tais como ir a lugares distantes que exigem tomar condução ou, fazer compras, exigem uma grande integridade física e cognitiva. Concluiu-se então que, a perda progressiva dessa integridade acarreta maior necessidade de ajuda ou até mesmo desinteresse em realizar algumas tarefas.

Contudo, a dor também acaba sendo um parâmetro para a avaliação da QV dos idosos, pois muitas vezes estimula situações incomodas e limitantes²⁰. Assim, a análise da intensidade de dor acaba sendo fundamental para averiguar a sua influência no modo de vida do paciente.

A população de maior idade apresenta maior intensidade de dor^{21,22}, que é observada no estudo, já que a média de dor do grupo dos acima de 60 anos se enquadra nas dores de nota máxima, enquanto, o GC, abaixo de 60 anos, enquadra-se nas dores moderadas, que são mais fracas se comparadas com a anterior. Além dessa alta escala de dor, pode-se observar que os idosos apresentam um tempo médio de dor muito grande (8,75±4,59 anos), fazendo com que o índice de pacientes com DC seja muito elevado, assim como em outros estudos^{21,23}. A ausência de diferença estatística entre a interferência da dor para diversas atividades entre os grupos é decorrente de que dor tende a ser limitante para qualquer pessoa²⁴. Ou seja, independentemente da idade, a dor tem interferência negativa na realização de tarefas, como andar, se relacionar, trabalhar, entre outros. Dessa forma, é necessária a avaliação dos componentes físicos, psicológicos, história pessoal, aspectos sociais, crenças para que todos os profissionais entendam como o indivíduo percebe sua dor e se adapta a ela.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo pode-se inferir que a DC teve influência negativa na QV da população idosa e afeta a funcionalidade e a autonomia desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. "Ageing well" must be global priority. *Cent Eur J Public Health*. 2014;22(4):265.
2. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ*. 2015;13(3):532-8.
3. Cornally N, McCarthy G. Persistent pain: the help-seeking behavior, attitudes, and beliefs of older adults living in the community. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(4):206-17.
4. Marini AM, Martins M, Forni JE, Araujo Filho GM. Papéis ocupacionais e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica. *Ciência em Movimento - Reabilitação e Saúde*. 2017;38(19):119-26.
5. Moris G, Wood L, Fernández-Torrón R, González-Coraspe JA, Turner C, Hilton-Jones, et al. Chronic pain has a strong impact on quality of life in facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Muscle Nerve*. 2018;57(3):380-7.
6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
7. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):785-91.
8. Fillenbaum GG, Smyer MA. The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *J Gerontol*. 1981;36(4):428-34.
9. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer*. 2010;19(4):505-11.
10. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciê Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
11. Miranda LC, Banhato EF. Quality of life in elderly people: the influence of the participation in groups. *Psicol Pesq*. 2008;2(1):69-80.
12. Dawalibi NW, Goulart RM, Prearo LC. [Factors related to the quality of life of the elderly in programs for senior citizens]. *Ciê Saude Colet*. 2014;19(8):3505-12. Portuguese.
13. Sanchez MA. Dependency and its implication to lost autonomy: study of the old age representations from a Geriatrics Ambulatory Unit. *Textos Envelhecimento*. 2000;3(3):35-54.
14. Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estud Psicol*. 2009;26(3):297-304.
15. Nunes VM, Menezes RM, Alchieri JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sciences* Maringá. 2010;32(2):119-26.
16. Cavazzana A, Röhrborn A, Garthus-Niegel S, Larsson M, Hummel T, Croy I. Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202969.
17. Almeida FC, Castilho AC, Cesarino CB, Ribeiro RC, Martins MR. Correlação entre dor neuropática e qualidade de vida. *BrJP*. 2018;1(4):349-53.
18. Hlubocky FJ, Muffly LS, Gomez JX, Breitenbach K, Cella D, McNeer JL, et al. Death anxiety, psychological distress, and quality of life (QOL) in adolescent and young adult (AYA) cancer patients with hematologic malignancies in early survivorship. *J Clin Oncol*. 2016;34(14 Suppl):10073-10073.
19. Ferretti F, Castanha AC, Padoan ER, Lutinski J, Silva MR. Quality of life in the elderly with and without chronic pain. *BrJP*. 2018;1(2):111-5.
20. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis WJ, Rocha S, Brito A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):933-9.
21. Dellaroza MS, Pimenta CA, Duarte YA, Lebrão ML. [Chronic pain among elderly residents in São Paulo: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study)]. *Cad Saude Publica*. 2013;29(2):325-34. Portuguese.
22. Pereira LV, de Vasconcelos PP, Souza LA, Pereira Gde A, Nakatani AY, Bachion MM. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):662-9. English, Portuguese, Spanish.
23. Circular Normativa. A Dor como 5º sinal vital. Registro sistemático da intensidade da Dor; Nº 09/DGCG – 2003
24. Garbi Mde O, Hortense P, Gomez RR, da Silva Tde C, Castanha AC, Sousa FA. Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):569-75. English, Portuguese, Spanish.