

Fatores que influenciam a qualidade de vida em dor neuropática, musculoesquelética e oncológica

Factors that influence the quality of life in neuropathic, musculoskeletal, and oncological pain

Ana Carolina Rodrigues¹, Ana Marcia Rodrigues Cunha², José Eduardo Nogueira Forni³, Lilian Andreia Chessa Dias⁴, Paulo Rafael Condi³, Marielza Regina Ismael Martins⁵

DOI 10.5935/2595-0118.20210011

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A prática clínica no tratamento da dor crônica é frequentemente deficiente ou ineficaz, seja pela subjetividade ou pela presença de fatores potencializadores. As dores crônicas mais comuns são a musculoesquelética, a neuropática e a oncológica. Este estudo teve como objetivo conhecer os aspectos que entremeiam o processo de dor e como tal condição interfere na qualidade de vida.

MÉTODOS: Estudo descritivo, transversal e exploratório que incluiu 44 pacientes, sendo 15 com dor musculoesquelética, 15 com dor oncológica e 14 com dor neuropática. Os dados foram coletados por meio de entrevista específica semiestruturada, autoavaliação e aplicação dos instrumentos: escala analógica visual, *Health-related Quality of Life Questionnaire*, *Morisky and Green Drug Treatment Adherence Test*, *Questionnaire for Diagnosis of Neuropathic Pain*, *Epworth Sleepiness Scale*, *Tampa Kinesiophobia Scale*, *Beck Anxiety Inventory* e *Beck Depression Inventory*.

RESULTADOS: A análise dos dados revelou baixa qualidade de vida para 61,36% dos pacientes, sendo mais grave para os portadores de dor neuropática. A associação da qualidade de vida

com os fatores analisados foi estatisticamente significativa quanto à adesão ao tratamento, nível de dor, sonolência, ansiedade e depressão. Os indivíduos com dor neuropática foram os mais afetados, exceto pela cinesiofobia, que teve maior ocorrência nos indivíduos com dor musculoesquelética.

CONCLUSÃO: Os três tipos de dor diminuem consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes, sendo a redução mais evidente nos portadores de dor neuropática.

Descritores: Dor, Dor crônica, Dor do câncer, Dor musculoesquelética, Qualidade de vida.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The clinical practice of analgesia in chronic pain is often deficient or ineffective, either due to the subjectivity or presence of potentiating factors. The most common chronic pains are musculoskeletal, neuropathic, and oncological. This research aimed at understanding the aspects that intersperse the process of pain and how they interfere in quality of life.

METHODS: Descriptive, cross-sectional, exploratory study with a sample of 44 patients, 15 with musculoskeletal pain, 15 with oncological pain and 14 with neuropathic pain, belonging to the Base Hospital Pain Clinic in São José do Rio Preto/SP. Data were collected through specific semi-structured interviews, self-assessment and application of instruments: visual analog scale, Health-Related Quality of Life Questionnaire, Morisky and Green Drug Treatment Adherence Test, Questionnaire for Diagnosis of Neuropathic Pain, Epworth Sleepiness Scale, Tampa Kinesiophobia Scale, Beck Anxiety Inventory, and Beck Depression Inventory.

RESULTS: The data analysis revealed poor quality of life in 61.36% of the patients, and this situation was even more serious for patients with neuropathic pain. The association between quality of life and the analyzed factors was statistically significant in terms of adherence to treatment, pain levels, sleepiness, anxiety and depression. Individuals with neuropathic pain were more affected, except for kinesiophobia, which had more incidence in individuals with musculoskeletal pain.

CONCLUSION: Data revealed that all types of pain considerably decrease quality of life, and it's more evident in individuals with neuropathic pain.

Keywords: Cancer pain, Chronic pain, Musculoskeletal pain, Pain, Quality of life.

Ana Carolina Rodrigues – <https://orcid.org/0000-0002-0883-5948>;
Ana Marcia Rodrigues Cunha – <https://orcid.org/0000-0001-9503-6337>;
José Eduardo Nogueira Forni – <https://orcid.org/0000-0003-1269-003X>;
Lilian Andreia Chessa Dias – <https://orcid.org/0000-0003-0250-9647>;
Paulo Rafael Condi – <https://orcid.org/0000-0002-2693-5387>;
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 Anestesiologia, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
3. Hospital de Base de São José do Rio Preto, Departamento de Ortopedia, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
4. Hospital de Base de São José do Rio Preto, Serviço Social, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
5. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Ciências Neurológicas, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Apresentado em 13 de julho de 2020.

Aceito para publicação em 11 de janeiro de 2021.

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

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

INTRODUÇÃO

Dor crônica (DC) é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como a persistência de dor por mais de três meses, na ausência de fatores biológicos, associada à combinação de múltiplos eventos agregantes e potencializadores¹. Devido ao aspecto subjetivo e individual, torna a prática clínica da analgesia ineficaz². Os tipos de DC mais comuns são as dores musculoesquelética, neuropática e oncológica^{2,3}.

Estima-se que uma em cada cinco pessoas na população mundial experimente, ao longo da vida, alguma forma de DC e suas limitações nas atividades cotidianas e laborais³, além de alterações no sono, na autoestima, no humor e na depreciação da longevidade^{2,3}. Assim, o impacto da dor cerceia todo o ambiente em que esse indivíduo está inserido, tornando-se um problema de saúde pública.

Estudo⁴ realizado no Brasil no período de 1990 a 2016 estabeleceu uma correlação entre o perfil de morbidade e o impacto na expectativa de vida dos pacientes, bem como evidenciou que as DC não transmissíveis são as principais responsáveis pelo aumento dos anos perdidos na população. A dor estava incorporada a praticamente todas as doenças com morbimortalidade em algum momento do processo.

A dor musculoesquelética crônica é decorrente de alteração estrutural primária ou secundária a lesões somáticas, processo inflamatório ou alterações biomecânicas⁵. A dor oncológica, por sua vez, é relacionada tanto ao câncer quanto ao seu tratamento e, apesar dos avanços terapêuticos^{6,7}, ainda é um desafio aliviar a dor desses pacientes. A dor neuropática é consequência de disfunção ou lesão do sistema nervoso somatossensorial⁸ e relaciona-se intimamente com outros tipos de dor, como a musculoesquelética e a oncológica. Tal associação contribuiu para o inadequado tratamento da dor^{8,9}.

Este estudo teve como objetivo ampliar o conhecimento dos aspectos que entremeiam o processo de dor dos indivíduos, conhecendo quais os fatores modificáveis e qual a melhor forma de tratamento, para proporcionar melhor qualidade de vida (QV) a esses pacientes.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal e exploratório, incluindo 44 pacientes de uma clínica da dor (CD) que possui três frentes de atuação para o tratamento da dor neuropática, oncológica e musculoesquelética. Os pacientes foram subdivididos conforme o tipo de dor e melhor habilidade do corpo clínico.

O cálculo amostral foi baseado no número de pacientes atendidos mensalmente na CD, sendo composto por 15 pacientes com dor musculoesquelética, 15 com dor oncológica e 14 com dor neuropática, que foram incluídos independentemente da idade ou sexo, triados pelo teste cognitivo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e concordantes com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados por meio de entrevista específica semiestruturada composta por questões como nome, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, diagnóstico e fármacos em uso e autoavaliação do Impacto Emocional, Impacto Funcional, Qualidade do Sono, Expectativa do Tratamento e Capacidade de Recursos. Utilizaram-se, ainda, os seguintes instrumentos: escala analógica visual (EAV), *Health-related Quality of Life Questionnaire* (SF12),

Morisky and Green Drug Treatment Adherence Test (MGDTAT), *Questionnaire for Diagnosis of Neuropathic Pain* (DN4), *Epworth Sleepiness Scale* (ESS), *Tampa Kinesiophobia Scale* (TSK), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e *Beck Depression Inventory* (BDI).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (Parecer n° 2.024.585) e realizado no Ambulatório da Clínica da Dor, Hospital de Base de São José do Rio Preto. (FUNFARME/FAMERP).

Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilhas no programa *Microsoft Office Excel* 2019. Para a realização das correlações das variáveis quantitativas, foi utilizado, no programa BioEstat 5.0, o teste Mann-Whitney, pois os dados não são considerados paramétricos. Utilizou-se nível de significância de 5%. Foram realizadas análises descritivas das variáveis qualitativas, com mediana e frequência.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e clínico da amostra apresentou média de idade de 53±11,31 anos, com nível de escolaridade abaixo do ensino médio 59,08%, sexo feminino 61,36% (n=27), estado civil casado 70,46% (n=31), situação laboral ativo 31,81% (n=14) e mediana de intensidade da dor pela EAV de 7 pontos, sendo 54,54% (n=24) com DC e 25% (n=11) com síndrome dolorosa pós-laminectomia. Com relação ao impacto emocional ocasionado pela dor, 88,63% (n=39) descreveram como um sentimento desagradável ou de desaprovção. Com relação ao impacto funcional ocasionado pela dor, 90,90% (n=40) relataram incapacidade para realizar atividades laborais.

Questionados sobre a existência de rede de apoio ou suporte para o tratamento da dor, 45,45% (n=20) negaram a existência. Os suportes elencados foram serviços de reabilitação, grupos de apoio da clínica, atendimento psiquiátrico e psicológico. Desses, 83,33% (n=20) consideraram os serviços relevantes no tratamento da dor, entretanto, apenas 37,50% (n=9) estavam ativos no período da entrevista.

Quanto às expectativas e objetivos do tratamento, 79,54% (n=35) mantinham o acompanhamento para melhorar a dor, ao passo que 11,36% (n=5) desejavam intervenção ou cirurgia e 9,09% (n=4) afirmaram não ter expectativas de melhora.

A maioria, 61,37% (n=27), apresentava má adesão ao tratamento, relatando atrasos e/ou esquecimento na administração, efeitos adversos, falta de entendimento do tratamento ou automedicação. Os fármacos em uso para dor variaram em quantidade, de zero a seis tipos, com mediana de três. Os mais receitados em ordem decrescente foram gabapentina, metadona, amitriptilina, dipirona e codeína.

O DN4 foi positivo em 65,90% (n=29) dos pacientes, sendo 44,82% (n=13) com dor musculoesquelética, 37,93% (n=11) neuropática e 17,29% (n=5) oncológica.

O aspecto QV foi avaliado nos domínios físico e mental. O aspecto físico avaliou a saúde em geral, a capacidade funcional para atividades médias, as dificuldades para desempenhar tais atividades e o quanto a dor interferiu nesse processo, estando abaixo da média de 25 pontos, em 77,27% (n=34). O domínio mental, por sua vez, avaliou como os aspectos emocionais, a saúde mental, a vitalidade e

o aspecto social interferem no desempenho de atividades, revelando que 31,81% (n=14) estavam abaixo da média 25 pontos. A figura 1 apresenta o comparativo entre as médias de cada aspecto para cada tipo de dor.

Em relação ao resultado geral de QV, 61,36% (n=27) estavam abaixo da média 50 pontos com desvio padrão de 19,72. Os valores menores que 50 pontos remetem a pior QV. Na dor musculoesquelética a média foi 40 pontos, a oncológica 50 pontos e a neuropática 37 pontos. A figura 2 mostra as pontuações médias de cada domínio e a pontuação geral para cada especialidade.

Níveis anormais de sonolência, de acordo com a ESS, foram observados em 38,63% (n=17), sendo 41,1% (n=7) portadores de dor musculoesquelética, 35,29% (n=6) oncológica e 23,52% (n=4) neuropática. Quando questionados sobre a autoavaliação da qualidade do sono, 77,27% (n=34) relataram sono de qualidade ruim, sendo comum a expressão “durmo mal mesmo com remédio”.

A avaliação pela TSK mostrou que 40,90% (n=18) apresentaram níveis médios de cinesiofobia. Desses, 44,44% (n=8) eram portadores de dor musculoesquelética, 16,66% (n=3) oncológica e 38,88% (n=7) neuropática. Não ocorreram níveis altos de cinesiofobia.

Os dados relativos à ansiedade e a depressão obtidos por meio dos questionários BAI e BDI foram analisados por um psicólogo. Os resultados mostraram que 31,81% (n=14) apresentavam ansiedade moderada a intensa; desses, 14,28% (n=2) correspondem a pacientes com dor musculoesquelética; 28,57% (n=4) com dor oncológica; e 57,14% (n=8) com dor neuropática. No que se refere à depressão, 15,90% (n=7) apresentavam depressão moderada a grave, dos quais 28,57% (n=2) pertenciam ao grupo de dor musculoesquelética, 28,57% (n=2) oncológica e 42,85% (n=3) neuropática.

Pelo teste de Mann-Whitney, foram analisados fatores dois a dois e considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$. Foram estatisticamente significantes as relações entre intensidade da dor e adesão ao tratamento ($p < 0,0001$), relações QV e intensidade da

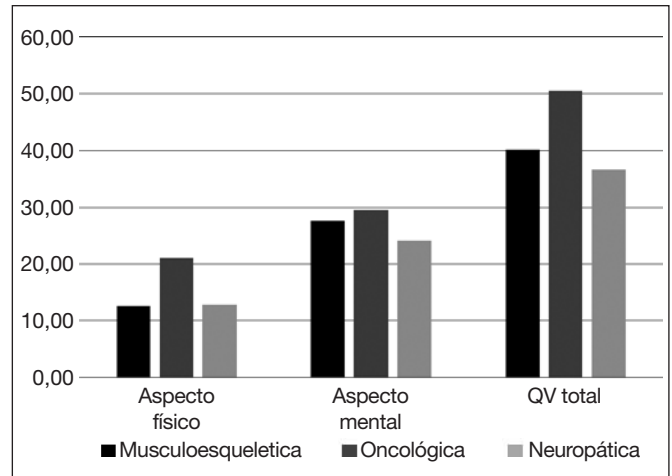


Figura 2. Tipos de dor conforme os domínios relacionados à qualidade de vida pelo SF-12

dor ($p < 0,0001$), QV e adesão ao fármaco ($p < 0,0001$), QV e nível de ansiedade ($p < 0,0001$) e QV e depressão ($p < 0,0001$). Entretanto, não foi significativa a relação entre ansiedade e depressão ($p = 0,7042$), e QV e cinesiofobia ($p = 0,8511$). Os valores de p obtidos pela associação da variável QV e dos outros fatores relacionados são apresentados na tabela 1.

De forma individualizada, houve algumas singularidades em cada tipo de dor. Houve prevalência da dor musculoesquelética no sexo masculino (53%), portadores de síndrome dolorosa pós-laminectomia (73%), DN4 positivo (87%), sonolência anormal (47%) e cinesiofobia (53%). Pacientes com dor neuropática apresentaram mais depressão e ansiedade (86%). Houve prevalência de DC (93%), maior disponibilidade de recurso e efetividade (60%), maior percentual de pacientes ativos (56%), com ensino médio completo (47%) e intensidade média de 4,4 da dor avaliada pela EAV nos portadores de dor oncológica.

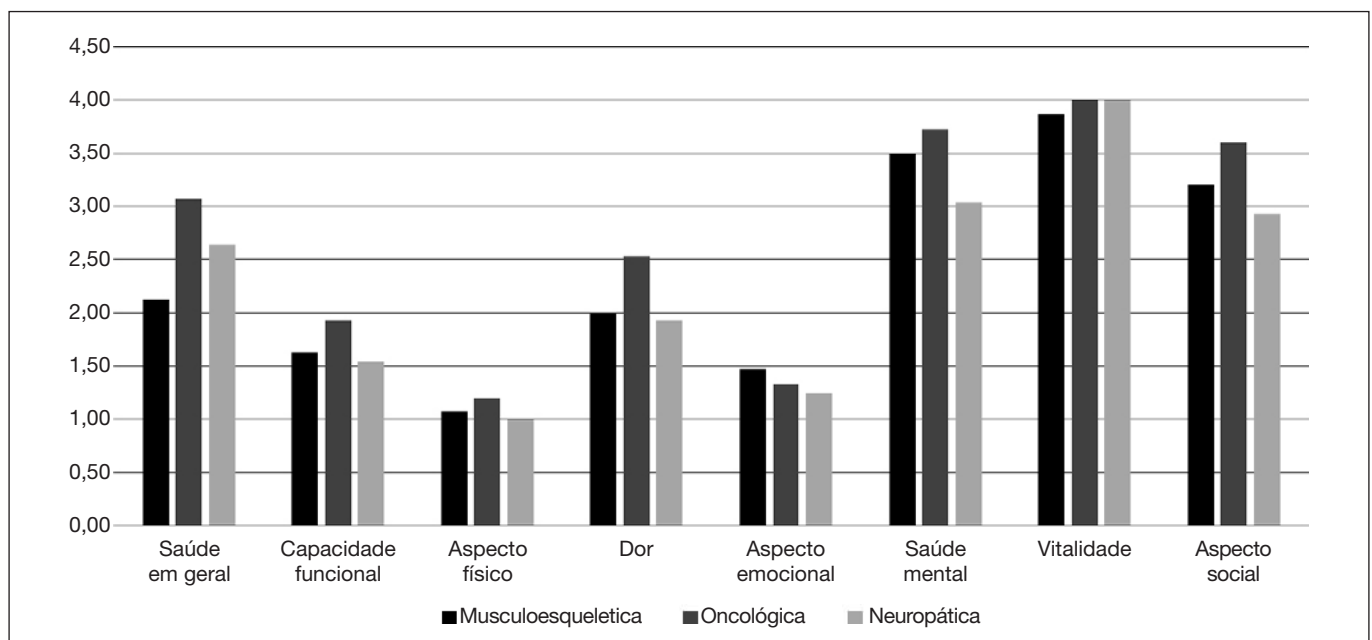


Figura 1. Tipos de dor conforme os domínios de influência da qualidade de vida pelo SF-12

Tabela 1. Análise comparativa entre os fatores com a qualidade de vida

Associação com QV	Musculoesquelética	Oncológica	Neuropática	Geral
Valores de p*				
Intensidade da dor	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Adesão ao tratamento	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Ansiedade	0,0001	<0,0001	0,0596	<0,0001
Depressão	<0,0001	<0,0001	0,0004	<0,0001
Sonolência	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Cinesiofobia	0,7089	0,0890	0,0596	0,8511

*p<0,05 = diferença estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

Os estudos que analisaram os dados sociodemográficos dos portadores de DC em geral apresentam resultados semelhantes aos obtidos nesta investigação com prevalência do sexo feminino (61,36%), faixa etária dos 51 aos 60 anos (36,36%), casados (70,46%), nível de escolaridade abaixo do ensino médio (59,08%), situação laboral inativa (68,19%) e mediana 7 de intensidade da dor^{3,10,11}. Tais características¹² tornam os pacientes mais propensos ao tratamento inadequado da dor. A prevalência do diagnóstico de DC (54,54%) foi maior que a nacional¹³. Cabe salientar que a amostra era proveniente de CD, no entanto, são necessários outros estudos que avaliem de maneira integral todos os aspectos epidemiológicos da DC no Brasil¹⁴.

O impacto emocional pela dor foi relatado por 88,63% dos pacientes como sentimento de desmotivação e tristeza. Tal fenômeno é relacionado principalmente com o impacto funcional relatado como incapacitante por 90,90% dos pacientes. O processo disfuncional potencializa o impacto emocional^{13,15}, evidenciado no desejo autorrelatado pelos pacientes de “melhorar da dor” e/ou “voltar a trabalhar”. Quando se analisa a expectativa em relação ao tratamento, o desejo manifestado pela maioria é a melhora da dor. Esses pacientes, em consequência dos longos períodos de tratamentos ineficientes e desgastantes, almejam que haja apenas a melhora da intensidade da dor para que possam retornar às atividades cotidianas. O processo de aceitação da DC, evidenciado pela revisão¹⁶, contribui para o tratamento, pois o alinhamento entre a perspectiva e a possibilidade é fundamental para o planejamento terapêutico eficiente.

A complexidade do paciente com DC vai além do modelo biomédico tradicional, englobando também o processo de sensibilização central (SC) gerado pela constante exposição à dor. Ao tratar a SC de maneira única ou em curto prazo, o índice de falha terapêutica é alto, como é observado na prática. Os fármacos mais usados para analgesia foram gabapentina, metadona, amitriptilina, dipirona e codeína^{17,18}, os quais agem centralmente na modulação da SC em resposta à dor. Embora os fármacos utilizados auxiliem no tratamento clínico desses pacientes, a interação neuropsíquica da SC necessita tratamento multiprofissional capaz de dessensibilizar o indivíduo¹⁹. Além disso, os efeitos adversos dos fármacos especialmente quando são usados vários simultaneamente, devido a outras comorbidades associadas, pioram a adesão ao tratamento²⁰ que, de forma intencional ou não, desencadeia atitudes como alteração do horário, da dose ou abdicar total dos fármacos prescritos²¹. A falta de participação ativa do paciente no tratamento também foi abordada e criticada

em outros estudos, tendo em vista que, para melhores resultados, é imprescindível o papel ativo do paciente no plano terapêutico²².

De forma semelhante, apesar de 83,33% considerarem o tratamento não farmacológico importante e significativo no controle da dor, 62,50% não eram aderentes. Para a inatividade, foram relacionados, principalmente, os fatores falta de recurso financeiro e distância entre a residência e o local da atividade. Naqueles que estão ativos com tratamentos não farmacológicos, houve menor intensidade de dor, maior adesão ao tratamento farmacológico^{23,24} e melhor QV. Tal resultado reforça o valor e a efetividade da terapia farmacológica associada com o multiprofissional^{19,25}.

A prevalência de sonolência anormal foi maior nos sujeitos com dor musculoesquelética, contudo, ao contrário do que foi proposto pelo estudo²⁶, a associação da hipersonia com esse tipo de dor não resultou em piora de humor. De maneira oposta a outro estudo²⁴, apesar do autorrelato da qualidade do sono ser considerado ruim por 77,27% dos pacientes, não se correlacionou com a intensidade da dor mencionada pelo paciente. O sono foi considerado como não reparador ou insuficiente, o que sugere maior suscetibilidade e menor controle do processo doloroso^{27,28}.

O impacto do domínio físico foi significativamente negativo na avaliação da QV²⁹, sendo mais relevante nas dores musculoesquelética e neuropática. Em ambas, a cinesiofobia, mesmo em nível médio, também foi predominante e independente da intensidade de dor. Essa interseção de fatores explica os menores níveis de atividade física, a pouca adesão às terapias não farmacológicas, a maior quantidade de fármacos e, conseqüentemente, menor nível de QV^{30,31}.

Segundo os resultados obtidos, os pacientes apresentaram sinais leves de ansiedade em 68,19% e de depressão em 84,10%. O estudo³² mostrou que a persistência dessas emoções negativas, mesmo em níveis leves, é associada com a cronificação da dor em consequência de alterações neuroanatômicas e modulação das vias corticolímbicas. Tal resultado correlaciona-se com outro estudo³³ que investigou como essa predisposição é intensificada pela má adaptação evolutiva do organismo diante dos fatores estressantes do cotidiano. Embora a associação entre ansiedade e depressão não tenha sido significativa para o impacto da QV dos pacientes com DC, a necessidade do acompanhamento emocional, mesmo em níveis leves, é consolidada pelo estudo³⁴, cujos resultados reforçaram a inter-relação desses fatores com a DC. Estes são componentes de grande importância, não apenas para aqueles que pioram a dor, mas principalmente para aqueles que interferem nos limites toleráveis da dor³⁵.

Os pacientes que apresentaram os menores valores de QV foram os portadores de dor neuropática. Isso se deve ao processo de somatização de comorbidades^{10,36}. Tal associação corrobora com a dificuldade de tratamento desses pacientes, tornando-os mais suscetíveis a procedimentos invasivos para controle da dor, ainda que apresentem pequena taxa de sucesso³⁷. Esses indivíduos também apresentam maior prevalência de ansiedade e depressão quando comparados com os outros pacientes.

Os portadores de dor oncológica apresentaram maior nível de escolaridade, disponibilidade de recursos e efetividade, maior adesão ao tratamento não farmacológico^{12,23} e menor intensidade de dor. Dessa forma, com menos fatores que potencializam a dor, obtiveram QV maior do que os demais. O estudo¹² também apresentou prevalência do sexo feminino, contudo, a análise dos dados desta pesquisa revelou menor frequência e intensidade de dor neuropática do que os resultados obtidos naquele trabalho. Essa diferença talvez se deva ao fato de aqueles pacientes estarem ativos no tratamento do câncer, o que pode intensificar o processo de dor.

A prevalência de pacientes com diagnóstico de síndrome dolorosa pós-laminectomia (73%), como dor musculoesquelética, deve-se à atividade dinâmica da clínica que subdivide os pacientes conforme o tipo de dor e melhor atuação do corpo clínico.

Os componentes que influenciam a QV dos pacientes englobam domínios não apenas físicos, mas também biológicos, psicológicos e sociológicos. São imprescindíveis o conhecimento e a adesão do paciente na construção do seu processo de tratamento. Faz-se necessário que a equipe clínica não apenas ressalte a importância, mas também esclareça de maneira objetiva quais benefícios podem ser obtidos com a boa adesão ao tratamento. O tratamento coerente da dor proporciona maior tolerabilidade ao tratamento proposto e, consequentemente, melhor QV.

A amostra limitada impossibilitou análises e correlações mais detalhadas para generalização na população em geral. No entanto, os resultados deste estudo podem contribuir para o entendimento multidirecional na modulação da dor e sugerir o tratamento clínico com potencial reversivo para melhorar a QV por meio de intervenções comportamentais e multidisciplinares. São necessários outros estudos que possam analisar de maneira mais ampla como atuam esses e outros fatores no processo de dor.

CONCLUSÃO

Houve redução considerável da QV dos pacientes, mais evidente nos indivíduos com dor neuropática. O aspecto físico provocou grande impacto e evidencia a importância da reabilitação física para esses pacientes. Os fatores que interferiram na QV revelaram a necessidade de construir um plano terapêutico em que sejam consideradas a expectativa e a necessidade individual do paciente frente a sua dor.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Ana Carolina Rodrigues

Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização

Ana Marcia Rodrigues Cunha

Investigação, Metodologia

José Eduardo Nogueira Forni

Investigação, Metodologia

Lilian Andreia Chessa Dias

Investigação, Metodologia

Paulo Rafael Condi

Investigação, Metodologia

Marielza Regina Ismael Martins

Aquisição de financiamento, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização

REFERÊNCIAS

- Slattery BW, O'Connor LL, Haugh S, Barrett K, Francis K, Dwyer CP, et al. Investigating the effectiveness of an online acceptance and commitment therapy (ACT) intervention versus a waiting list control condition on pain interference and quality of life in adults with chronic pain and multimorbidity: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019;9(5):e012671.
- 2020 Ano mundial para a Prevenção da Dor – Internacional Association of the Study of Pain (IASP). Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear>.
- Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2):e273-e283.
- Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2018. *Lancet*. 2018;392(10149):760-75.
- Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain*. 2019;160(1):77-82.
- Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*. 2019;160(1):38-44.
- Barbosa IM, Vendas DS, Oliveira LM, Sampaio DV, Milhome AG. Pain in onco-hematologic patients and its association with analgesia. *Rev Dor*. 2016;17(3):178-82.
- Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. 2019;160(1):53-9.
- Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17002.
- Pereira FG, França MH, Paiva MCA, Andrade LH, Viana MC. Prevalence and clinical profile of chronic pain and its association with mental disorders. *Rev Saude Publica*. 2017;17:51-96.
- Majedi H, Amini MH, Yousefshahi F, et al. Predicting factors of pain duration in patients with chronic pain: a large population-based study. *Anesth Pain Med*. 2020;10(1):e95776.
- Majedi H, Dehghani SS, Soleman-Jahi S, et al. Assessment of factors predicting inadequate pain management in chronic pain patients. *Anesth Pain Med*. 2019;9(6):e97229.
- de Souza JB, Grossmann E, Perissinoti DMN, et al. Prevalence of chronic pain, treatment, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. *Pain Res Manag*. 2017;2017:4643830.
- Vasconcelos FH, Araújo GC. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *BrJP*. 2018;1(2):176-179.
- Dutra FCMS, Costa LC, Sampaio RF. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioter Pesqui*. 2016;23(1):98-104.
- Geurts JW, Willems PC, Lockwood C, et al. Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: A systematic review. *Health Expect*. 2017 Dec;20(6):1201-1217.
- Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, Arroz AS, Tolle TR, Phillips T, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD007938.
- Ferreira KS, Speciali JG. Epidemiologia da dor crônica no consultório de um neurologista especialista em dor. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2015;73(7):582-5.
- Nijs J, Leyen L, Vanlauwe J, et al. Treatment of central sensitization in patients with chronic pain: time for change? *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(16):1961-1970.
- Timmerman L, Stronks DL, Groeneweg JG, Huygen FJ. Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016;60(4):416-31.
- Sampaio R, Azevedo LF, Dias CC, Castro Lopes JM. Non-adherence to pharmacotherapy: a prospective multicentre study about its incidence and its causes perceived by chronic pain patients. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:321-32.
- Souza JB, Carqueja CL, Baptista AF. Reabilitação física no tratamento de dor neuropática. *Rev Dor*. 2016;17(1):85-90.
- Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: why and when. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(1):120-30.

24. Tonial LF, Stechman Neto J, Hummig W. Dor crônica relacionada à qualidade do sono. *Einstein*. 2014;12(2):159-63.
25. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;87(Pt B):168-82.
26. Hirotsu C, Frange C, Hirata PH, Cremaschi RC, Coelho FM, Andersen ML, et al. Sleepiness comorbid to musculoskeletal pain is associated with worse quality of life and mood symptoms in a general population sample. *Sleep Sci*. 2019;12(2):79-87.
27. Simpson NS, Scott-Sutherland J, Gautam S, Sethna N, Haack M. Chronic exposure to insufficient sleep alters processes of pain habituation and sensitization. *Pain*. 2018;159(1):33-40.
28. de la Vega R, Racine M, Castarlenas E, Solé E, Roy R, Jensen MP, et al. The role of sleep quality and fatigue on the benefits of an interdisciplinary treatment for adults with chronic pain. *Pain Pract*. 2019;19(4):354-62.
29. Campolina AG, Lopez RVM, Nardi EP, Ferraz MB. Quality of life in a sample of Brazilian adults using the generic SF-12 questionnaire. *Rev Assoc Med Bras* 1992. 2018;64(3):234-42.
30. Uluğ N, Yakut Y, Alemdaroglu İ, Yılmaz Ö. Comparison of pain, kinesiophobia and quality of life in patients with low back and neck pain. *J PhysTherSci*. 2016;28(2):665-70.
31. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019;53(9):554-9.
32. Vachon-Preseau E, Tétreault P, Petre B, et al. Corticolimbic anatomical characteristics predetermine risk for chronic pain. *Brain*. 2016;139:1958-1970.
33. Nesse RM, Schulkin J. An evolutionary medicine perspective on pain and its disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2019;374(1785):20190288.
34. Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, et al. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *J Psychosom Res*. 2015;78(1):64-70.
35. Edge R, Mills R, Tennant A, Diggle PJ, Young CA. Do pain, anxiety and depression influence quality of life for people with amyotrophic lateral sclerosis/motor neuron disease? A national study reconciling previous conflicting literature. *J Neurol*. 2020;267(3):607-15.
36. Khammissa RAG, Ballyram R, Fourie J, Bouckaert M, Lemmer J, Feller L. Selected pathobiological features and principles of pharmacological pain management. *J Int-Med Res*. 2020;48(5):300060520903653.
37. Oliveira Jr. JO, Corrêa CF, Ferreira JA. Tratamento invasivo para o controle da dor neuropática. *Rev Dor*. 2016;17(1):98-106.