



Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais

Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors

Intensidad del dolor en ancianos institucionalizados: comparación entre la escala numérica y los descriptores verbales

Lílian Varanda Pereira¹, Gilberto de Araújo Pereira², Louise Amália de Moura³, Rayanne Rodrigues Fernandes³

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Correlating two unidimensional scales for measurement of self-reported pain intensity for elderly and identifying a preference for one of the scales. **Method:** A study conducted with 101 elderly people living in Nursing Home who reported any pain and reached ≥ 13 the scores on the Mini-Mental State Examination. A Numeric Rating Scale – (NRS) of 11 points and a Verbal Descriptor Scale (VDS) of five points were compared in three evaluations: overall, at rest and during movement. **Results:** Women were more representative (61.4%) and the average age was 77.0 ± 9.1 years. NRS was completed by 94.8% of the elderly while VDS by 100%. The association between the mean scores of NRS with the categories of VDS was significant, indicating convergent validity and a similar metric between the scales. **Conclusion:** Pain measurements among institutionalized elderly can be made by NRS and VDS; however, the preferred scale for the elderly was the VDS, regardless of gender.

DESCRIPTORS

Aged; Scales; Pain Measurement; Health of Institutionalized Elderly.

Autor Correspondente:

Lílian Varanda Pereira
Rua 227 Qd 68, S/N – Setor Leste Universitário
CEP 74605-080 – Goiânia, GO, Brasil
lilianvaranda7@gmail.com

Recebido: 21/10/2014
Aprovado: 02/07/2015

INTRODUÇÃO

A mensuração da dor em idosos constitui-se em desafio para pesquisadores e clínicos⁽¹⁾. Nos grupos populacionais em que a prevalência de comprometimento cognitivo é elevada, como no caso de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)⁽²⁻⁵⁾, a complexidade desse processo pode tomar proporções ainda maiores, mesmo quando os instrumentos de medida são mais simples, dada a dificuldade em abstrair, julgar e entender o significado ou valor de números, desenhos ou palavras. Assim, é importante selecionar o instrumento mais adequado às necessidades da população a ser avaliada.

Entre os instrumentos disponíveis, algumas escalas unidimensionais, elaboradas inicialmente para medir a intensidade da dor em indivíduos mais jovens, têm contribuído com a obtenção de dados acurados sobre a experiência dolorosa na população idosa, como a Escala de Descritores Verbais (EDV) e a Escala Numérica de Dor (EN).

A EDV quantifica a sensação dolorosa por meio de palavras que representam diferentes intensidades subjetivas de dor, como: nenhuma, leve, moderada, forte e pior dor possível⁽⁶⁾. A limitação está no fato das palavras usadas nas categorias não terem o mesmo significado para todas as pessoas⁽⁷⁻⁸⁾. Apesar da possibilidade de alguns pacientes apresentarem dificuldade em utilizá-la por falta de capacidade cognitiva ou introspecção para entender as palavras, essa escala tem sido preferida pelos idosos, mesmo com leve e moderado comprometimento cognitivo⁽⁹⁾.

A EN permite quantificar a dor por meio de números. Possui, geralmente, 11 pontos (0 a 10), em que o ponto 0 (zero) representa nenhuma dor e o ponto 10 (dez), a pior dor possível. Os demais números representam intensidade intermediária de dor⁽¹⁰⁾. A validade das escalas de 0-10 para a mensuração da intensidade da dor é bem documentada pela significativa correlação com outras escalas^(7-8,11-13) e possibilidade de identificar os efeitos esperados mediante tratamento analgésico⁽¹²⁾. Como limitação, aponta-se o fato dos escores atribuídos às diferentes categorias numéricas nem sempre serem uniformes, ou seja, para a categoria leve, frequentemente são utilizados os escores de 1-4, mas alguns pesquisadores incluem o escore cinco ou excluem o escore quatro, assim como para a severa, que inclui escores de 7-10 ou 8-10⁽⁷⁻⁸⁾.

A EDV e a EN mostraram-se válidas e fidedignas para medir a intensidade da dor em adultos mais velhos, incluindo aqueles com níveis moderado e leve de comprometimento cognitivo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Mais recentemente, as propriedades psicométricas dessas escalas foram reforçadas em estudo de mensuração da dor em idosos pós-operados com déficit cognitivo leve, sendo consideradas as escalas mais indicadas para medir a intensidade dessa experiência nesse grupo⁽¹⁶⁾. Estudos^(6,15) que compararam diferentes escalas unidimensionais evidenciaram que mesmo os idosos com algum comprometimento cognitivo foram capazes de julgar a dor por meio dessas duas escalas, sendo a EDV⁽⁶⁾ a escala preferida.

No entanto, no Brasil, não foram encontrados estudos que compararam os resultados da mensuração da dor por meio

da EDV e EN entre idosos residentes em ILPI. Estudar as propriedades psicométricas desses instrumentos de medida, bem como a preferência dos idosos por um deles, pode contribuir para a identificação do mais adequado para a medida da intensidade da dor nessa população, permitindo comparação de resultados no meio clínico, contribuição importante, dada a elevada prevalência dessa experiência (60% a 70%) nesse grupo, que pode alcançar 90% quando crônica^(3-4,17). A subavaliação da dor leva grande parte dos idosos ao alívio inadequado^(4,18) e/ou comprometimento na identificação dos fatores de melhora ou piora para suas dores⁽¹⁹⁾, resultando em perdas que comprometem a qualidade de vida^(18,20).

Assim, o presente estudo teve como objetivos: correlacionar duas escalas unidimensionais na mensuração da intensidade da dor autorreferida por idosos institucionalizados e identificar a preferência por uma das escalas.

MÉTODO

Participaram 101 idosos (pessoas com 60 anos ou mais, conforme a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994), residentes em uma das nove ILPI cadastradas no Conselho do Idoso de Goiânia, Goiás, Brasil, que alcançaram escores ≥ 13 no Minixame do Estado Mental⁽²¹⁻²²⁾ e referiram sentir algum tipo de dor. Todos os participantes desconheciam o uso das escalas de medida utilizadas.

Os idosos foram instruídos a medir a intensidade da principal dor sentida, ou seja, aquela que mais incomodava, três vezes: uma medida da intensidade global da dor, e outras duas medidas da intensidade da dor ao repouso e ao movimento.

Para a tarefa de medida foram utilizadas duas escalas unidimensionais (EN e EDV), comumente utilizadas para medir a intensidade da dor em idosos e descritas com adequadas propriedades psicométricas, mesmo quando os participantes apresentam algum grau de comprometimento cognitivo^(14-15,23-24).

1) Escala Numérica de Dor (EN), de 11 pontos, sendo 0 (zero) igual a nenhuma dor e 10 (dez) a pior dor. Os demais números representam intensidades intermediárias de dor (1, 2, 3 e 4= dor leve⁽²⁵⁾; 5 e 6= dor moderada; 7, 8 e 9=dor forte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2) Escala de Descritores Verbais (EDV), de cinco pontos, com descritores indicando quantidades crescentes de dor (nenhuma dor; dor leve; dor moderada; dor forte e pior dor).



Os idosos fizeram julgamentos por meio das duas escalas e o observador anotou os escores e os descritores verbais emparelhados à intensidade da principal dor, em desenho da escala impresso no instrumento de coleta de dados.

Após a medida da intensidade da principal dor, indagou-se aos idosos sobre a preferência por uma das duas escalas,

por meio da pergunta: *Qual escala o senhor(a) mais gostou para medir a intensidade de sua dor?*

Os participantes responderam, ainda, sobre a frequência dos episódios de dor, o tempo de convívio com essa experiência, as situações em que a dor aparecia, os locais de dor, e a ocorrência de dor nos sete dias que antecederam a entrevista. Estes dados foram utilizados na caracterização da principal dor.

ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas foram analisadas a partir da apuração das frequências absoluta e porcentual, e as numéricas a partir das medidas descritivas de centralidade e dispersão. A comparação da EN entre as avaliações, global, repouso e movimento foi feita a partir de ANOVA – medidas repetidas e a comparação da EDV entre as mesmas avaliações foi feita a partir do teste Qui-quadrado. A associação entre as duas escalas (EN e EDV) foi estudada a partir do coeficiente de correlação linear e a partir de ANOVA, considerando as categorias da EDV como fator grupo e a EN como variável dependente. O nível de significância de 5% foi adotado para realização dos testes estatísticos. Utilizou-se o programa Statística V6.0.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás – UFG (398/11), em acordo com os princípios éticos da resolução CNS 196/96. Após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e participação voluntária, todos os idosos assinaram (ou deixaram a marca digital) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dentre os 101 idosos que participaram do estudo, a média de idade foi de 77,6 anos (dp=9,11), com maior representação pelas mulheres (61,4%) e pelos idosos com baixa escolaridade (média=2,7 anos de estudo; dp=4,29). Idosos com 80 anos ou mais representaram 42,6% da amostra e 60,4% tinha algum comprometimento cognitivo, segundo avaliação por meio do Miniexame do Estado Mental.

CARACTERÍSTICAS DA DOR

Verificou-se que 77,6% dos idosos conviviam com dor há seis meses ou mais, 41,0% relataram ter sentido a principal dor ao movimento, 37,9% *continuadamente* e 82,2% nos últimos sete dias.

HABILIDADE PARA MENSURAR A INTENSIDADE DA DOR

Quanto à habilidade (por exemplo: fazer escolha de apenas uma das categorias apresentadas, não fazer julgamentos em categorias não contidas na escala) para julgar a intensidade da dor por meio de cada uma das escalas, verificou-se que 94,8% dos idosos conseguiram fazer julgamentos por meio da EN, e 100% deles por meio da EDV.

Medidas descritivas da intensidade da principal dor (na avaliação global da dor, ao repouso e ao movimento).

A média dos escores de intensidade de dor ao repouso (mensuração pela EN) foi significativamente inferior aos escores atribuídos na avaliação global e ao movimento (Tabela 1).

Tabela 1 – Medidas descritivas dos escores de intensidade da principal dor na avaliação global, ao repouso e ao movimento, obtidos por meio da EM – Goiânia, GO, Brasil, 2012.

AVALIAÇÃO	n*	EN-DOR				
		Média	Mediana	Mínimo	Máximo	DP
Global	92	6,4	5,0	0,0	10,0	2,8
Repouso	95	2,7	0,0	0,0	10,0	3,4
Movimento	90	5,7	6,0	0,0	10,0	3,5

DP: desvio-padrão; (p<0,0001); *seis, nove e onze idosos não responderam à avaliação global, ao repouso e ao movimento, respectivamente.

No julgamento da intensidade da principal dor, por meio da EDV, 48,5% dos idosos referiram nenhuma dor ao repouso, enquanto na avaliação ao movimento a maior frequência foi de dor forte (35,4%). Na avaliação global, a intensidade da principal dor foi julgada como moderada (40,6%). Houve associação significativa entre os escores de intensidade de dor nas três avaliações (Tabela 2).

Tabela 2 – Intensidade da principal dor pela escala EDV na avaliação global da dor, ao repouso e ao movimento – Goiânia, GO, Brasil, 2012.

EDV-Dor	Global		Repouso		Movimento	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nenhuma	1	1,0	48	48,5	16	16,2
Leve	11	10,9	17	17,2	10	10,1
Moderada	41	40,6	17	17,2	23	23,2
Forte	29	28,7	13	13,1	35	35,4
Pior Possível	19	18,8	4	4,0	15	15,2
Total	101	100	99*	100	99*	100

*: Dois idosos não responderam; p<0,0001.

Ao avaliar a correlação entre os escores da EN e EDV, verificaram-se associações moderadas a fortes, positivas e estatisticamente significativas: avaliação global (r=0,75), ao repouso (r=0,92) e ao movimento (r=0,87).

A análise da média dos escores da intensidade da dor mensurada por meio da EN em relação às categorias de intensidade da EDV, na avaliação global, ao repouso e ao movimento, mostrou correlação positiva e significativa, ou seja, maiores escores médios na EN estiveram associados às categorias mais elevadas de intensidade de dor na EDV (Figuras 1-3).

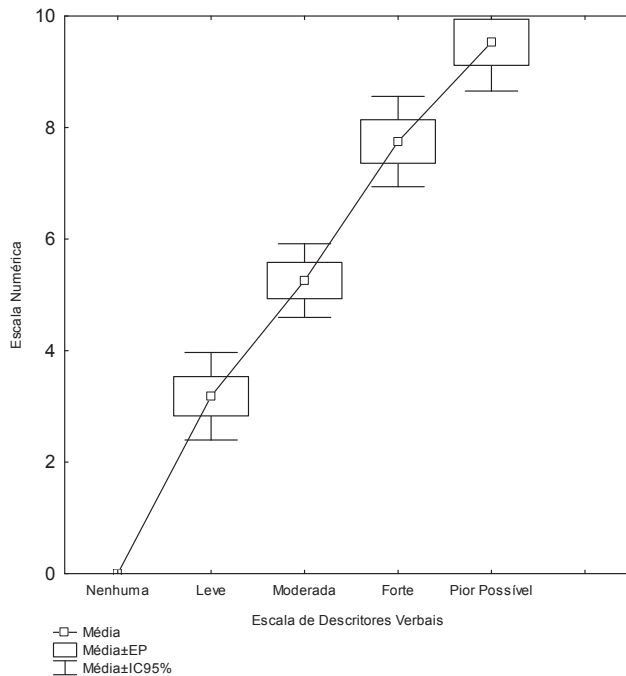


Figura 1 – Escores médios atribuídos à intensidade da dor por meio da EN segundo as categorias da EDV, na avaliação global dessa experiência (F(4;87)=30,0; p<0,0001) – Goiânia, GO, Brasil, 2012.

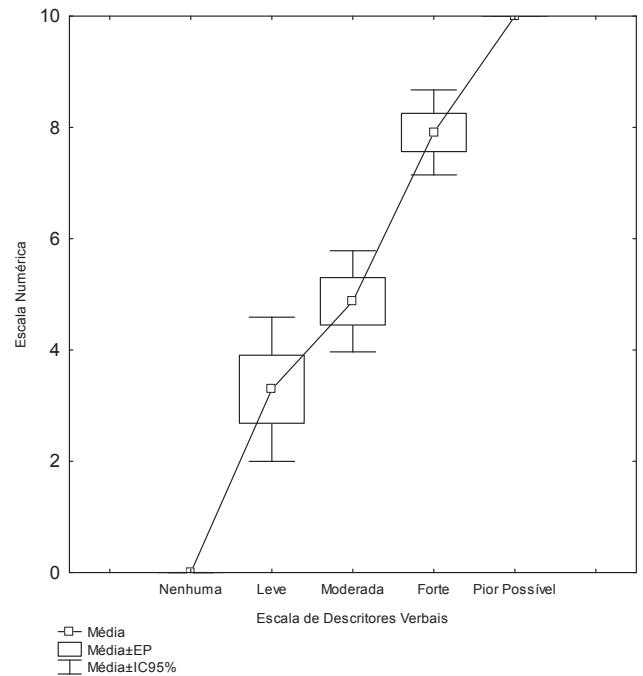


Figura 2 – Escores médios atribuídos à intensidade da dor por meio da EN segundo as categorias da EDV, na avaliação dessa experiência em repouso (F(4;90)=133,1; p<0,0001) – Goiânia, GO, Brasil, 2012.

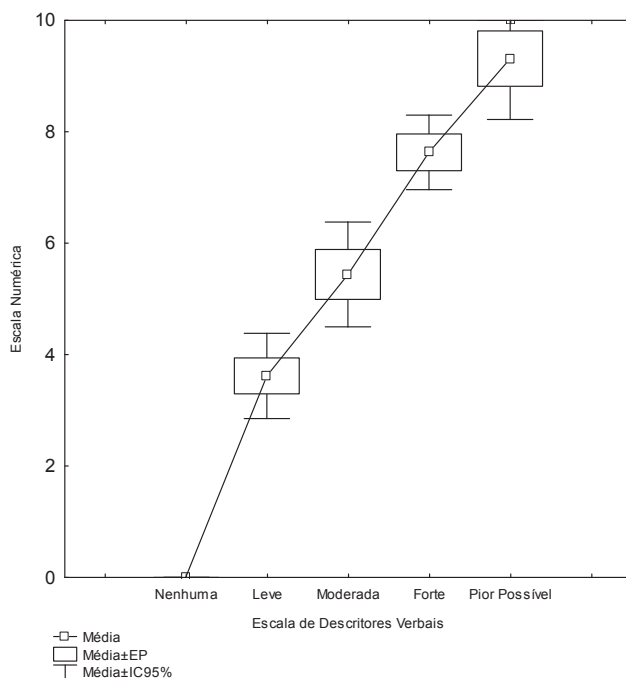


Figura 3 – Escores médios atribuídos à intensidade da principal dor, ao movimento, por meio da EN segundo as categorias da EDV (F(4;85)=75,5; p<0,0001) – Goiânia, GO, Brasil, 2012.

PREFERÊNCIA POR UMA DAS ESCALAS

Entre os 101 idosos, 93,1% selecionaram uma das duas escalas como a de preferência para medir a intensidade de sua dor. Destes, 58,5% preferiram a EDV e 41,5% a EN. Não houve associação significativa entre preferência por uma das escalas com sexo.

DISCUSSÃO

Os idosos que vivem em ILPI referiram dor continuamente, mais intensa ao movimento, e com episódios nos sete dias que antecederam a data da entrevista. E, embora houvesse elevada frequência de algum grau de comprometimento cognitivo e baixa ou nenhuma escolaridade entre eles, a grande maioria foi capaz de julgar a intensidade da principal dor por meio da EN e EDV, como também apontam os achados de outros estudos^(6-7,14-16,22-24,26). Isso fortalece a possibilidade de utilização de tais instrumentos para mensuração da intensidade da dor nessa população, contribuição desejada para o processo de avaliação da experiência dolorosa e respeito ao idoso como agente ativo nesse processo.

A participação do idoso no processo de avaliação da dor contribui na remoção de obstáculos que ainda impedem o adequado manejo dessa experiência nessa população, como concepções errôneas sobre a dor fazer parte do processo de envelhecimento e, portanto, ser inevitável⁽³⁻⁴⁾, ou o fato de idosos deixarem de informar ativamente sua dor por impossibilidade de mensurá-la, dada a dificuldade atribuída à tarefa de medida⁽¹⁾. Contribuição adicional, está na redução de subestimação do impacto negativo da experiência dolorosa nessa população⁽⁴⁾.

Ademais, o uso de instrumentos de medida da dor como uma rotina do serviço, desde o início da institucionalização do idoso, pode ajudar a refinar a comunicação entre quem sente e quem trata a dor, aproximando clínicos, cuidadores e pesquisadores da real situação das queixas algícas, e reduzir julgamentos com base em pressupostos próprios sobre a dor do outro, influenciando a tomada de decisão no momento da escolha da terapêutica analgésica mais adequada.

Enfermeiros, erroneamente, podem restringir a mensuração da intensidade da dor em idosos com comprometimento cognitivo leve e moderado por julgarem-nos incapazes de relatar a intensidade de sua dor⁽²⁷⁾.

Apontamos a educação permanente, efetiva e inovadora como estratégia para melhoria no manejo da dor em idosos institucionalizados, necessidade reconhecida por cuidadores⁽²⁸⁾ e fundamental para acréscimo de experiência profissional na rotina de avaliação da dor crônica⁽²⁹⁾. Um teste piloto para implantação de um programa integrado de manejo da experiência dolorosa para cuidadores e residentes mostrou melhoria do conhecimento e das atitudes dos profissionais de enfermagem no tratamento da dor e aumento da satisfação dos idosos⁽³⁰⁾.

Os escores resultantes do julgamento da intensidade da dor por meio das duas escalas estiveram associados significativamente, apontando semelhança no julgamento da intensidade da dor em ambas, e a possibilidade de utilizá-las na tarefa de medida da dor em idosos institucionalizados, ficando a escolha por uma delas dependente do critério do observador e do idoso. Tal achado corrobora os estudos^(6,8) que encontraram correlação positiva e significativa entre os escores de intensidade de dor obtidos por meio da EN e EDV ($r=0,74$ e $0,87$).

Embora as propriedades psicométricas de um instrumento de medida sejam indicadores fundamentais para a seleção do melhor instrumento para a tarefa, utilizar os preferidos pelas pessoas que serão avaliadas adiciona qualidade ao processo. No presente estudo, a maioria dos idosos fez uma escolha e a EDV foi a escala preferida, corroborando os achados de outros estudos^(8,23-24). Defende-se o fato das palavras serem familiares aos sujeitos, por utilizarem-nas cotidianamente, o que contribui para a obtenção de resultados mais satisfatórios quando tais escalas são utilizadas em grupos com baixa escolaridade⁽²³⁾.

Adicionado a isto, a EDV foi considerada a escala que melhor discrimina intensidades crescentes de dor induzida por estímulos térmicos⁽⁶⁾. Quando comparada à EN, houve relação entre as categorias das duas escalas⁽²⁾, entretanto, os autores apontaram outros aspectos que devem ser avaliados ao se comparar instrumentos de medida antes de afirmar que uma escala é superior à outra, como o número de dimensões que permitem avaliar. Embora as escalas unidimensionais sejam válidas e fidedignas, a busca por escalas multidimensionais, que permitem avaliações mais abrangentes da dor é desejada.

Outro achado deste estudo foi que homens e mulheres preferiram a EDV para mensurar a sua dor. Há posições controversas sobre a preferência por uma escala segundo o sexo. Alguns estudos^(6,31) não encontraram associação significativa entre essas variáveis, enquanto outro⁽⁹⁾ mostrou que idosos do sexo feminino preferiram a EDV com maior frequência ($p=0,041$). Idosos do sexo masculino foram significativamente mais propensos a preferir a EN quando comparada à EDV ($p=0,02$)⁽⁷⁾.

Estudo experimental, conduzido com estudantes portugueses, de ambos os sexos, que receberam estímulos dolorosos (Teste Pressor ao Frio) de diferentes intensidades,

reforçou a validade e a sensibilidade da EDV e EN. A EN foi a escala que permitiu detectar diferenças nos julgamentos feitos por homens e mulheres⁽¹²⁾. Investigações sobre a sensibilidade dessas escalas frente à dor clínica na população idosa brasileira são necessárias.

Os escores de intensidade de dor nas três avaliações associaram-se significativamente, apontando influência do movimento na magnitude da intensidade da dor sentida pelos idosos. Outros estudos também evidenciaram aumento nos escores médios da intensidade da dor ao movimento em idosos institucionalizados, sem comprometimento cognitivo⁽³²⁻³³⁾ e com comprometimento cognitivo⁽³³⁾, e também correlação positiva e significativa entre relato de dor com a mobilidade e as atividades de vida diária desempenhadas pelo idoso residente em ILPI⁽¹⁷⁾. Maior intensidade de dor ao movimento pode limitar a participação do idoso em atividades de reabilitação oferecidas pelas instituições de longa permanência e resultar em isolamento social⁽²⁰⁾, adicionado a isso, indica que a avaliação da dor apenas na posição estática pode levar à subestimação dessa experiência⁽³³⁾.

Recentes estudos conduzidos com idosos institucionalizados⁽¹⁹⁾ e da comunidade⁽³⁴⁾ evidenciaram que a dor crônica é referida com maior frequência nos membros inferiores, podendo gerar comprometimento na realização de atividades que exigem deslocamento. Tal achado desperta nossa atenção para o adequado preparo das equipes que trabalham nas ILPI no que se refere à implementação de estratégias que garantam a avaliação da dor desde o início da institucionalização, realizada ao repouso e ao movimento com vistas a prevenir prejuízos e sofrimento pelo subtratamento dessa experiência⁽³⁵⁾, especialmente de idosos que não tem registros de avaliação da dor nas instituições e daqueles com demência, por apresentarem probabilidades significativamente menores de receber analgésicos⁽⁵⁾.

Neste sentido, a inclusão da mensuração da intensidade da dor no momento da avaliação da capacidade funcional é conduta esperada de profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro e de sua equipe.

Os resultados do estudo são válidos, e apontam a necessidade de novas investigações, com amostras mais heterogêneas (ex.: hospitais gerais e geriátricos e *home care*), para confirmação das propriedades psicométricas das escalas.

CONCLUSÃO

Idosos com algum grau de comprometimento cognitivo e baixa ou nenhuma escolaridade podem relatar a intensidade da sua dor por meio de escalas unidimensionais como a EDV e a EN. A correlação entre as escalas foi positiva, significativa e moderada-forte nos três momentos de avaliação, apontando validade convergente. Independentemente do sexo, a EDV foi a escala preferida pelos idosos.

Mensurar a intensidade da dor por meio de escalas válidas e fidedignas é passo fundamental para a avaliação da experiência dolorosa, e esse processo deve ser realizado ao repouso e ao movimento e, embora, avaliações mais abrangentes sejam desejadas, tornar a dor *visível*, por meio da medida de sua intensidade, contribui para o alívio adequado dessa experiência.

RESUMO

Objetivo: Correlacionar duas escalas unidimensionais de mensuração da intensidade da dor autorreferida por idosos e identificar a preferência por uma das escalas. **Método:** Estudo conduzido com 101 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos que referiram algum tipo de dor e alcançaram escores ≥ 13 no Miniexame do Estado Mental. A Escala Numérica (EN) de 11 pontos e a Escala de Descritores Verbais (EDV), de cinco pontos foram comparadas em três avaliações: global, ao repouso e ao movimento. **Resultados:** As mulheres foram as mais representadas (61,4%) e a média de idade igual a $77,0 \pm 9,1$ anos. A EN foi preenchida por 94,8% dos idosos e a EDV por 100%. A associação entre os escores médios da EN com as categorias da EDV foi significativa, apontando validade convergente e métrica semelhante entre as escalas. **Conclusão:** A mensuração da dor em idosos institucionalizados pode ser feita por meio da EN e da EDV, no entanto, a escala preferida pelos idosos foi a EDV, independentemente do sexo.

DESCRITORES

Idoso; Escalas; Medição da Dor; Saúde do Idoso Institucionalizado.

RESUMEN

Objetivo: Correlacionar dos escalas unidimensionales de mensuración de la intensidad del dolor autorreferido por ancianos e identificar la preferencia por una de las escalas. **Método:** Estudio conducido con 101 ancianos residentes en Instituciones de Larga Estancia para Ancianos que relataron algún tipo de dolor y alcanzaron puntajes 13 en la Mini Prueba del Estado Mental. La Escala Numérica (EN) de 11 puntos y la Escala de Descriptores Verbales (EDV), de cinco puntos, fueron comparadas en tres evaluaciones: global, al reposo y al movimiento. **Resultados:** Las mujeres fueron las más representadas (61,4%) y el promedio de edad igual que $77,0 \pm 9,1$ años. La EN fue rellena por el 94,8% de las personas mayores y la EDV por el 100%. La asociación entre los puntajes medios de la EN y las categorías de la EDV fue significativa, señalando validez convergente y métrica semejante entre las escalas. **Conclusión:** La medición del dolor en personas mayores institucionalizadas puede hacerse mediante la EN y la EDV. Sin embargo, la escala preferida por los ancianos fue la EDV, independientemente del sexo.

DESCRIPTORES

Anciano; Escalas; Dimensión del Dolor; Salud del Anciano Institucionalizado.

REFERÊNCIAS

1. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(4):209-23.
2. Edelen MO, Saliba D. Correspondence of verbal descriptor and numeric rating scales for pain intensity: an item response theory calibration. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010;65(7):778-85.
3. van Herk R, Boerlage AA, van Dijk M, Baar FP, Tibboel D, Wit R. Pain management in Dutch nursing homes leaves much to be desired. *Pain Manag Nurs*. 2009;10(1):32-9.
4. Boerlage AA, van Dijk M, Stronks DL, Wit R, van der Rijt CC. Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *Eur J Pain*. 2008;12(7):910-6.
5. Barreto PS, Lapeyre-Mestre M, Vellas B, Rolland Y. Potential underuse of analgesics for recognized pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Pain*. 2013;154(11):2427-31.
6. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain*. 2004;20(4):207-19.
7. Jones KR, Fink R, Hutt E, Vojir C, Pepper GA, Scott-Cawiezell J, et al. Measuring Pain Intensity in Nursing Home Residents. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(6):519-27.
8. Jones KR, Vojir CP, Hutt E, Fink R. Determining mild, moderate, and severe pain equivalency across pain-intensity tools in nursing home residents. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44(2):305-14.
9. Peters ML, Patijn J, Lame I. Pain assessment in younger and older pain patients: psychometric properties and patient preference of five commonly used measures of pain intensity. *Pain Med*. 2007;8(7):601-10.
10. Gallasch CH, Alexandre NMC. The measurement of musculoskeletal pain intensity: a comparison of four methods. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(2):260-5.
11. Douglas ME, Randleman ML, DeLane AM, Palmer GA. Determining pain scale preference in a veteran population experiencing chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(3):625-31.
12. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*. 2011;152(10):2399-404.
13. Sayin YY, Akyolcu N. Comparison of pain scale preferences and pain intensity according to pain scales among Turkish Patients: a descriptive study. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):156-64.
14. Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(9):1079-85.
15. Taylor LJ, Herr K. Pain intensity assessment: a comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African American older adults. *Pain Manag Nurs*. 2003;4(2):87-95.
16. Zhou Y, Petpichetchian W, Kitrungrote L. Psychometric properties of pain intensity scales comparing among postoperative adult patients, elderly patients without and with mild cognitive impairment in China. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(4):449-57.

17. Tse MM, Wan VT, Vong SK. Health-related profile and quality of life among nursing home residents: does pain matter? *Pain Manag Nurs.* 2013;14(4):e173-84.
18. Zanicchi M, Maero B, Nicola E, Martinelli E, Luppino A, Gonella M, et al. Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL). *Arch Gerontol Geriatr.* 2008;47(1):121-8.
19. Barbosa MH, Bolina AF, Tavares JL, Cordeiro AL, Luiz RB, Oliveira KF. Sociodemographic and health factors associated with chronic pain in institutionalized elderly. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(6):1009-16.
20. Stein WM. Pain in the nursing home. *Clin Geriatr Med.* 2001;17(3):575-94.
21. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
22. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(3-B):777-81.
23. Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27(3):196-205.
24. Taylor LJ, Harris J, Epps CD, Herr K. Psychometric evaluation of selected pain intensity scales for use with cognitively impaired and cognitively intact older adults. *Rehabil Nurs.* 2005;30(2):55-61.
25. Jensen MP, Smith DG, Ehde DM, Robinsin LR. Pain site and the effects of amputation pain: further clarification of the meaning of mild, moderate, and severe pain. *Pain.* 2001;91(3):317-22.
26. Lukas A, Niederecker T, Günther I, Mayer B, Nikolaus T. Self- and proxy report for the assessment of pain in patients with and without cognitive impairment: experiences gained in a geriatric hospital. *Z Gerontol Geriatr.* 2013;46(3):214-21.
27. Monroe TB, Misra SK, Habermann RC, Dietrich MS, Cowan RL, Simmons SF. Pain reports and pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(3):541-8.
28. Tousignant-Lafamme Y, Tousignant M, Lussier D, Lebel P, Savoie M, Lalonde L, et al. Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain Res Manag.* 2012;17(5):341-6.
29. Dziechciarz M, Balicka-Adamik L, Filip R. The problem of pain in old age. *Ann Agric Environ Med.* 2013;(n.spe 1):35-8.
30. Tse MM, Ho SS. Pain management for older persons living in nursing homes: a pilot study. *Pain Manag Nurs.* 2013;14(2):e10-21.
31. Ware LJ, Epps CD, Herr K, Packard A. Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in older minority adults. *Pain Manag Nurs.* 2006;7(3):117-25.
32. Hager K, Brockopp D. The use of a chronic pain diary in older people. *Br J Nurs.* 2009;18(8):490, 492-4.
33. Horgas AL, Elliott AF, Marsiske M. Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *Am Geriatr Soc.* 2009;57(1):126-32.
34. Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LA, Pereira GA, 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.
35. Lukas A, Mayer B, Fialová D, Topinkova E, Gindin J, Onder G, et al. Treatment of pain in European nursing homes: results from the Services and Health for Elderly in Long TERM Care (SHELTER) study. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(11):821-31.

Apoio Financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo n. 486569/2011-0.
