

Gabriela Robbe Basilio

**ANÁLISE DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO E  
MENSURAÇÃO DA DOR E SOFRIMENTO EM IDOSOS  
PORTADORES DE DEMÊNCIA**

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG  
2011

Gabriela Robbe Basilio

**ANÁLISE DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA  
DOR E SOFRIMENTO EM IDOSOS PORTADORES DE DEMÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Geriatria e Gerontologia.

Orientador: Profa., Ma.,  
Daniele Sirineu Pereira.

Belo Horizonte  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG  
2011

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos idosos do Brasil que me impellem a procurar aprimoramento profissional visando o próximo.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Daniele Sirineu por toda a orientação e supervisão precisa, e aos meus familiares, em especial minha avó, sempre.

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo que, no Brasil, as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) prevêm, para o ano de 2025, 30 milhões de idosos. Essa faixa etária corresponderá a 10% da população brasileira, levando o país a ocupar a sexta posição entre os países com maior número de idosos do mundo. Visando assegurar maior qualidade de vida à população idosa, é essencial avaliar os fatores de morbidade a que esta população está exposta. Muitas das condições de saúde que se apresentam com o avançar da idade são acompanhadas por dor e sofrimento e, em uma grande parte deles, a dor crônica é a principal queixa e o sintoma mais freqüente nas anamneses, ocorrendo em 25%-50% dos pacientes. A presença da dor pode ser negada por diferentes motivos, como por exemplo: medo dos procedimentos médicos e dos custos gerados, perda da autonomia e possível institucionalização. Além disso, a presença de condições como depressão, seqüela de acidente vascular cerebral e demência podem dificultar a expressão ou, até mesmo, dependendo dos casos, impossibilita a comunicação do quadro doloroso pelo paciente. O objetivo desse trabalho de revisão é analisar as escalas de avaliação e mensuração da dor e sofrimento nos idosos portadores de demência. Foram utilizados artigos entre 1988 e 2009, pesquisados nas bases de dados eletrônicas Medline, PubMed, Lilacs e Cochrane. Foram encontrados nove instrumentos para mensuração de dor em idosos e após a leitura do resumo e dos critérios de inclusão e exclusão, cinco foram selecionados para este estudo. A leitura dos referidos estudos leva à percepção da necessidade de pesquisas complementares para tornarem a mensuração da dor mais precisa. Destaca-se também, nos estudos, a amostragem reduzida, além das dificuldades relacionadas à educação dos profissionais que lidam com os pacientes que não são capazes de comunicar sua dor. Apesar dessas limitações, as ferramentas analisadas são confiáveis e válidas para o tratamento do paciente com dor crônica e para a melhora da sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Instrumentos de mensuração de dor, dor, demência, idoso.

## ABSTRACT

Population aging is a worldwide phenomenon, and in Brazil predictions by the World Health Organization (WHO) foresee 30 million seniors by the year 2025.

This age group corresponds to 10% of the population, bringing the country to occupy the sixth position among the countries with the highest number of elderly people in the world. In order to ensure better quality of life for the elderly population, it is essential to assess the morbidity factors to which this population is exposed. Many health conditions that present with advancing age are accompanied by pain and suffering, and in a large part of them, chronic pain is the main complaint and the most frequent symptom in the case histories, occurring in 25% -50% of patients. The presence of pain may be denied for various reasons, such as: fear of medical procedures and the costs incurred, loss of autonomy and possible institutionalization. Moreover, the presence of conditions such as depression, sequel of stroke and dementia can complicate expression, or even, depending on the case, makes communication of pain by the patient impossible. The aim of this review paper is to analyze the scales of assessment and measurement of pain and suffering in elderly patients with dementia. Articles used are from 1988 to 2009, surveyed in the electronic databases Medline, PubMed, Lilacs and Cochrane. We found nine instruments to measure pain in the elderly and after reading the summary and the criteria for inclusion and exclusion, five were selected for this study. The reading of these studies leads to the perceived need for additional research to make the most accurate measurement of pain. Also stressed in the studies is the reduced sampling as well as difficulties related to the education of professionals dealing with patients who are unable to communicate their pain. Despite these limitations, the tools reviewed are reliable and valid for treatment of patients with chronic pain and to improve their quality of life.

**Keywords:** instruments for measuring pain, pain, dementia, elderly.

# SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2. Metodologia.....	11
3. Resultados.....	12
4. Discussão.....	17
5. Conclusão.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

## 1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo que, no Brasil, as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) prevêm, para o ano de 2025, 30 milhões de idosos. Essa faixa etária corresponderá a 10% da população brasileira, levando o país a ocupar a sexta posição entre os países com maior número de idosos do mundo<sup>1,2</sup>.

A mudança na estrutura etária da população traz conseqüências para os contextos em que o idoso está inserido: família, mercado de trabalho, política econômica, organização e metas do serviço de saúde e sociais. O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em incapacidades<sup>1, 3, 5, 6, 7</sup>.

Visando assegurar maior qualidade de vida à população idosa, é essencial avaliar os fatores de morbidade a que esta população está exposta. Muitas das condições de saúde que se apresentam com o avançar da idade são acompanhadas por dor e sofrimento e, em uma grande parte deles, a dor crônica é a principal queixa e o sintoma mais freqüente nas anamneses, ocorrendo em 25%-50% dos pacientes<sup>7</sup>.

A dor, de acordo com a Associação Internacional de Estudo da Dor, é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende e utiliza este termo a partir de suas experiências anteriores”<sup>8</sup>. A experiência dolorosa torna-se decisiva, uma vez que direciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo. Tal experiência acarreta ainda fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação, náuseas, dificuldades de concentração, agitação, agressividade, entre outros. A impossibilidade de controlar a dor traz sempre sofrimento físico e psíquico<sup>9</sup>.

Esse contexto pode contribuir para o aumento da morbidade entre os idosos<sup>9</sup>. Além disso, outros fatores como a falta de condicionamento físico, alterações da marcha, quedas, processo lento de reabilitação, polifarmácia, disfunção cognitiva e desnutrição



estão entre as muitas condições geriátricas que podem ser agravadas, caso seja realizado um tratamento para a dor inadequado ou nenhum tratamento. Outro ponto a ser considerado é que vários dos medicamentos utilizados para o tratamento da dor podem trazer efeitos adversos tais como instabilidade postural, delírio e quedas<sup>9</sup>.

Com mais frequência, as pessoas idosas tendem a acreditar que a dor faz parte do processo de envelhecimento e que a experiência dolorosa deve ser aceita sem queixas. A presença da dor pode ser negada por diferentes motivos, como por exemplo: medo dos procedimentos médicos e dos custos gerados, perda da autonomia e possível institucionalização<sup>7,8</sup>. Além disso, a presença de condições como depressão, seqüela de acidente vascular cerebral e demência podem dificultar a expressão ou, até mesmo, dependendo dos casos, impossibilita a comunicação do quadro doloroso pelo paciente<sup>7,8,9</sup>.

Eric Cassel (1982) define o sofrimento como “um estado de estresse grave associado aos eventos que ameaçam a integridade de cada pessoa. O sofrimento afeta as pessoas em toda a sua complexidade, agindo nas dimensões social, familiar, física, emocional e espiritual”<sup>10</sup>.

Outro conceito de sofrimento humano no final da vida é definido por “dor total” articulado por Saunders (Saunders e Sykes, 1993). A autora descreve quatro domínios da dor, que, em sua totalidade, constituem o conceito da chamada dor total: dor física (e outros sintomas físicos de desconforto), dor emocional (ansiedade, depressão), dor social (medo da separação, sensação de abandono, luto antecipatório) e dor espiritual. Cassel (1999) completa ainda: “O sofrimento não identificado não poderá ser aliviado”<sup>10</sup>.

O sofrimento, na maioria das vezes, é analisado como estando inteiramente ligado a dor e a outros sintomas desagradáveis<sup>10</sup>. CHAPMAN E GRAVIN (1999) afirmam que “a dor persistente induz a um sofrimento porque altera aquilo que a pessoa é, limitando-a nas suas atividades e relações, modificando de forma negativa a sua visão do futuro”. Podemos considerar esse sofrimento como uma resposta às perdas. A perda de um estado de conforto, de uma existência livre de dor, da saúde, da dignidade, da mobilidade, de um futuro idealizado, a perda de um ente querido e da própria identidade

(MORSE,2001). Alguns autores, assim como Cassel, afirmam que nem toda dor leva a um sofrimento e vice e versa<sup>10</sup>. A dor e o sofrimento se reforçam mutuamente: uma dor muito forte e persistente pode influir em todas as dimensões do sofrimento, e, inversamente, a ansiedade, a depressão, a solidão ou o sentimento do não-sentido podem acentuar a dor<sup>10</sup>.

A demência apresenta-se como uma das maiores causas de morbidade entre os idosos com prevalência variando entre 2% e 25% em idosos com 65 anos ou mais. É uma síndrome que se caracteriza pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. Para seu diagnóstico são necessários o comprometimento da memória e, ao menos, um de outros distúrbios como: praxia, agnosia e afasia. Tal declínio interfere nas atividades de vida diária e, portanto, na autonomia do indivíduo<sup>11</sup>.

A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência no idoso, com apresentação clínica e patológica bem definidas, afetando pelo menos 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos<sup>11</sup>. É comum os pacientes com doença de Alzheimer apresentarem alterações na percepção da dor, uma vez que as regiões corticais e subcorticais do cérebro são afetadas, gerando limitações cognitivas e afetivas<sup>12,13</sup>. O córtex somatossensorial juntamente com os núcleos talâmicos geralmente não são afetados e por isso o componente sensorio-discriminativo da percepção da dor estará preservado, embora distorções das sensações associadas à disfunção parietal possam ocorrer<sup>14</sup>. Porém, emoções associadas com a experiência da dor podem ser claramente influenciadas por alterações decorrentes da DA<sup>14</sup>. A perda neuronal no córtex pré-frontal e nas estruturas límbicas tem implicações óbvias para as reações motivacionais, sensoriais e afetivas relacionadas à dor. Indiferença à dor, desinibição e preservação das respostas emocionais são todas possíveis num contexto de uma desordem cognitiva global, mas variável<sup>13,14</sup>. Estudos demonstraram que há uma dissociação na percepção da dor na DA, sendo que, enquanto o limiar da dor está inalterado, a tolerância à dor aumenta de acordo com a severidade da doença<sup>13</sup>.

A avaliação da dor e sofrimento de forma mais detalhada e completa possível é muito importante para uma intervenção terapêutica adequada e, freqüentemente, baseia-se em

relatos e na auto-percepção do indivíduo. A maneira pela qual um indivíduo relata a dor está relacionada com inúmeros fatores: sexo, idade, personalidade, herança étnica/cultural, necessidades comportamentais e experiências dolorosas pregressas<sup>11,12</sup>. Em virtude dos vários fatores envolvidos no processo algico, a avaliação da dor deve ser realizada de maneira sistemática e objetiva e por uma equipe multiprofissional<sup>6,9</sup>. Na tentativa de documentar de forma mais objetiva a dor e o sofrimento dos pacientes com comprometimento cognitivo, foram desenvolvidos protocolos de avaliação, que são utilizados em pesquisas e na prática clínica ambulatorial.

A dor, por ser uma experiência subjetiva e por sofrer a influência de diversos fatores, incluindo ambientais, emocionais, comportamentais e sociais, constitui um sintoma difícil de ser avaliado<sup>14</sup>. Nesse contexto, tornam-se necessários instrumentos de avaliação e mensuração da dor em indivíduos com comprometimento do estado cognitivo, uma vez que os mesmos não conseguem relatar a própria dor<sup>14</sup>. O fato de a dor estar associada à idade também prejudica o processo de tratamento de dores crônicas e mesmo agudas<sup>9</sup>. O objetivo desse trabalho de revisão, portanto, é analisar as escalas de avaliação e mensuração da dor e sofrimento nos idosos portadores de demência.

## **2. Metodologia**

Para essa revisão crítica de literatura foram utilizados artigos entre 1988 e 2010, pesquisados nas bases de dados eletrônicas Medline, PubMed, Lilacs e Cochrane. Como estratégia de busca, utilizou-se os seguintes termos: “escalas de dor”, ”dor”, ”sofrimento”, “idoso”, ”Doença de Alzheimer”, ”distúrbios cognitivos”, ”demência”. Termos estes rastreados também em inglês. Foram encontrados nove instrumentos para mensuração de dor em idosos e após a leitura do resumo e dos critérios de inclusão e exclusão, cinco foram selecionados para este estudo.

Como critérios de inclusão preconizaram-se estudos que analisaram a dor e sofrimento em idosos com alterações cognitivas, dentre eles idosos portadores de demência de Alzheimer.

Estudos que tinham como critério de exclusão idosos com cognição comprometida foram excluídos deste trabalho.

### 3. Resultados

Os resultados serão apresentados no quadro 01 a seguir:

Quadro 01: Análise dos estudos realizados para a avaliação e mensuração da dor e sofrimento em idosos com demência

<b>AUTOR/Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Instrumento utilizado para avaliação e mensuração da dor e sofrimento</b>	<b>Amostra/Protocolo utilizados</b>	<b>Resultados</b>
<b>The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)</b>  <i>Karen S. Feldt</i>	Verificar a aplicabilidade da The Checklist of Nonverbal Pain Indicators em idosos incapazes de utilizarem escalas que demandam respostas tais como sim/não em relação a dores após se submeterem a uma cirurgia de quadril. Determinar se há diferenças de comportamento em idosos hospitalizados com cognição comprometida e idosos com cognição preservada, utilizando a escala.	Estudo transversal, observacional	The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)	88 pacientes com fratura de quadril, com idade acima de 65 anos; mulheres (86% da amostra) e homens. Pacientes com cognição comprometida foram definidos com a pontuação de 23 ou menos na escala Mini-Mental. 53 idosos comprometidos cognitivamente e 35 com cognição intacta foram incluídos na pesquisa.	Não houve diferenças significantes entre os dois grupos com relação aos indícios de dor analisados (inquietação, reclamações verbais, vocalizações não-verbais e enrijecimento muscular). Individualmente, pacientes com cognição preservada apresentaram menos sinais de dor em repouso e em movimentos que os demais com cognição comprometida.

Quadro 01: Análise dos estudos realizados para a avaliação da dor e sofrimento em idosos com demência (continuação)

<b>AUTOR/Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Instrumento utilizado para avaliação e mensuração da dor e sofrimento</b>	<b>Amostra/Protocolo utilizados</b>	<b>Resultados</b>
<b>Assessment and Treatment of Discomfort for People with Late-Stage Dementia</b>  <i>Kovach et al.</i>	Avaliar o desconforto em pessoas com demência que não podem descrever sua dor ou desconforto emocional verbalmente utilizando o protocolo The Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) Tratar a dor de forma mais precisa e minuciosa. Reduzir o uso inadequado de medicamentos para uso eventual.	Ensaio Clínico	Assessment of Discomfort in Dementia (ADD)	1ª fase: Palestras e conferências que educaram profissionais para avaliarem a dor em idosos com cognição afetada. 2ª fase: Consistiu em um projeto piloto de avaliação e tratamento de dor e desconforto emocional em 104 idosos (média de idade de 85 anos) com cognição comprometida, residentes em 32 clínicas para tratamento prolongado.	Aumento do uso de medicamentos analgésicos de uso constante e também ao aumento de intervenções não farmacológicas O protocolo não está relacionado ao uso de medicamentos psicotrópicos ou analgésicos de uso eventual.

Quadro 01: Análise dos estudos realizados para a avaliação da dor e sofrimento em idosos com demência (continuação).

AUTOR/Título	Objetivos	Tipo de estudo	Instrumento utilizado para avaliação da dor e sofrimento	Amostra/Protocolo utilizados	Resultados
<b>Measuring the suffering of end-stage dementia: reliability and validity of the Mini-Suffering State Examination</b>  <i>Aminoff et al.</i>	Avaliar a confiabilidade interobservador e a validade de um ensaio clínico projetado para avaliação do sofrimento de pacientes com demência em estágio terminal através das médias do protocolo “Mini-suffering state examination (MSSE)”	Estudo transversal, observacional	Mini-Suffering State Examination (MSSE)	Os pesquisadores (2 médicos diferentes) analisaram 103 pacientes (45 homens e 58 mulheres), com idades entre 51 e 96 anos, durante 12 meses. Todos os pacientes apresentavam demência grave com comprometimento da fala.	Os níveis do MSSE apresentaram-se relacionados à idade, taxa de colesterol e uso de analgésicos ou antipsicóticos. A escala MSSE mostrou fácil de ser aplicada, amigável com o paciente, válida confiável e rápida. A ferramenta ajuda a prever a sobrevivência de pacientes com demência em estágio terminal.

Quadro 01: Análise dos estudos realizados para a avaliação da dor e sofrimento em idosos com demência (continuação).

<b>AUTOR/Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Instrumento utilizado para avaliação e mensuração da dor e sofrimento</b>	<b>Amostra/Protocolo utilizados</b>	<b>Resultados</b>
<b>An item Response Theory-Based Assessment of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC)</b>  <i>Pannerden et al.</i>	Avaliar a dor em idosos portadores de demência com capacidade de expressão limitada a partir da redução do número de itens presentes no protocolo PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate).	Estudo transversal, observacional	Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	O estudo incluiu 128 residentes de clínicas para cuidado de idosos (28 homens e 100 mulheres) entre 60 e 96 anos com uma média de idade de 82,4 anos e 12 pacientes de 3 clínicas psicogerítricas (10 mulheres e 2 homens).	20 itens do protocolo inicial foram mantidos. A experiência de dor pode ser explicada por 3 subescalas: reações negativas à dor, expressão facial/vocal/emocional e resistência à dor. Os enfermeiros que realizaram o estudo sentiram-se frustrados quanto à análise de dor em pacientes com demência severa. PACSLAC-D (PASCALAC reduzido) mostrou-se uma ferramenta válida e confiável, mas que precisa de ajustes para eliminar alguns itens que mostram diferenças de avaliação.



Quadro 01: Análise dos estudos realizados para a avaliação da dor e sofrimento em idosos com demência (continuação).

<b>AUTOR/Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Instrumento utilizado para avaliação e mensuração da dor e sofrimento</b>	<b>Amostra/Protocolo utilizados</b>	<b>Resultados</b>
<b>Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale</b>  <i>Warden et al.</i>	Desenvolver uma ferramenta de avaliação de dor que seja clinicamente relevante para pacientes com demência avançada que tenha propriedades psicométricas avançadas.	Estudo transversal, observacional	Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale	Foram incluídos pacientes incapazes de se comunicar, que tivessem alguém próximo que pudesse tomar decisões pelo paciente. Média de idade de 78,1 anos. Esse estudo foi realizado em uma clínica especializada em demência (Dementia special care unit). O PAINAD era aplicado no paciente com dor e, depois de 30 minutos de medicação, o PAINAD era aplicado novamente.	A escala obteve sucesso na medição de dor em pacientes incapazes de verbalizar sua dor. PAINAD pode ser usada precisamente após duas horas de estudo. A consistência interna da escala ainda é insatisfatória para uma nova ferramenta.

## 4. Discussão

O presente estudo analisou e revisou cinco estudos que utilizaram escalas para a mensuração da dor e do sofrimento em idosos portadores de demência, com comprometimento na fala ou dificuldade de expressarem verbalmente algum incômodo, desconforto ou sensação desagradável.

Tais escalas são importantes devido à dificuldade de percepção e mensuração da dor em pacientes que não conseguem verbalizar a própria dor. Um paciente que não pode falar, não consegue dizer que está com dor e tampouco dizer a intensidade dessa dor. O paciente que sofre de comprometimento cognitivo pode conseguir exprimir expressões tais como: “\_ Ai! Isso dói!”, mas diante de suas limitações cognitivas, a análise da dor é dificultada, uma vez que doenças como a DA podem afetar o limiar de dor do paciente e ainda fazê-lo esquecer sua dor, mesmo que ela ainda o afete fisicamente<sup>11,14</sup>.

Pessoas com demência podem não iniciar conversas sobre dor ou buscar por alívios da mesma, uma vez que já não sabem identificar o local da dor, não sabem a quem recorrer e o que possa estar causando a dor. Instrumentos de análise de dor que necessitam de memória prévia para relatarmos a mesma podem não ser aplicáveis para esta população (Ferrell, Ferrell, & Rivera, 1995; Parmelee, Smith, & Katz, 1993; Weiner et al, 1995)<sup>11</sup>.

Dos estudos encontrados, Feldt<sup>15</sup>, Kovach<sup>16</sup>, Pannerden<sup>18</sup> e Warden<sup>19</sup> foram realizados nos Estados Unidos, em diversos estados do país. O estudo de Aminoff<sup>17</sup> foi realizado na cidade de Helsinque na Finlândia, em um centro de tratamento especializado para idosos com demência. A análise prática do estudo de Feldt foi realizada em 3 hospitais regionais. Nos estudos de Kovach et al, Pannerden et al e Warden et al, as escalas foram aplicadas em clínicas de longa permanência. Considerando as amostras de todos os estudos, participaram 100 idosos, em sua maioria mulheres. Isso aponta para uma limitação da amostragem, gerando necessidade de pesquisas futuras. Kovach et al evidenciaram, em seu estudo, também a falta de um grupo controle que servisse de comparação entre o comportamento de pessoas com e sem comprometimento cognitivo. Em estudo de Feltd, ao contrário do último, apresentou um grupo controle, com pessoas que não haviam perdido a capacidade de comunicação verbal. Esses autores concluíram

que as evidências não verbais de dor não variaram significativamente, embora as pessoas que verbalizaram a sua dor receberam mais medicamento analgésico, o que significa que a falta de comunicação ou de mensuração da dor pode levar a um tratamento inadequado do quadro doloroso<sup>15</sup>. Isso ocorre porque os pacientes com cognição preservada foram capazes de utilizar a fala e receber mais medicação para dor do que os pacientes com cognição comprometida<sup>15</sup>.

O estudo de Karen Feldt<sup>15</sup> relata a análise de comportamentos relacionados à dor. Os comportamentos analisados foram: vocalizações não-verbais (suspiros, gemidos, engasgos...); expressões faciais como contração dos lábios, olhos espremidos, queixo caído, ranger de dentes ou expressões distorcidas; enrijecimento muscular ou o ato de agarrar-se a móveis, equipamentos ou ao próprio corpo durante os movimentos; massagem da área afetada, inquietação e reclamações verbais como “ai!”. Esses autores verificaram que os comportamentos mais observados nos indivíduos cognitivamente comprometidos foram: inquietação (47.7%, n=12), reclamações verbais (eg, “ai! isso dói” e palavras de protesto como “pare”) (36.4%, n=16), vocalizações não-verbais (36.4%, n=16) e enrijecimento muscular (18.2%, n=8). O comportamento não verbal mais observado em repouso foi a expressão facial, careta em 30,6% (n=15) dos idosos comprometidos cognitivamente e 7(20.6%) com cognição preservada). O 2º comportamento mais observado em repouso nos idosos com comprometimento cognitivo foi inquietação observado em 20.4% (n=10). Os itens avaliados e utilizados na escala foram mais observados enquanto os idosos estavam em movimento. Cerca de 56% da amostra não apresentaram sinais não-verbais de dor em repouso. Esse estudo foi o único que se utilizou um grupo controle para comparação com os pacientes com cognição comprometida<sup>15</sup>.

O protocolo Assessment of Discomfort in Dementia, por sua vez, incluiu alguns passos para analisar origens e níveis de dor do paciente. Primeiramente as enfermeiras que aplicaram o protocolo fizeram uma análise fisiológica do paciente para verificar a existência de fatores físicos para a dor, tais como: infecções, inflamações, doenças agudas ou crônicas<sup>16</sup>. Os comportamentos relacionados aos fatores ligados a dor não foram especificados. O segundo passo foi a verificação dos laudos médicos dos pacientes, analisando a existência de fraturas antigas que poderiam provocar dor, histórico de dores de cabeça ou algum outro foco relevante de dor. Caso fosse

identificado algum foco de dor em qualquer dos dois passos, o paciente seria encaminhado a uma instituição adequada para o seu tratamento. Entretanto, se não houvesse nenhuma fonte de desconforto aparente, concluíam-se que o problema era de origens psicológicas ou não-fisiológicas. Ao contrário dos outros estudos, nesse, intervenções contra a dor foram realizadas<sup>16</sup>. Nesse caso intervenções como ouvir música ou assistir à televisão; relaxamento, massagem, aplicação de frio ou de calor no paciente, movimentação do mesmo, estímulo sensorial, cognitivo e de realização de atividades cotidianas. Se tais intervenções fossem insuficientes, seria aplicado o quarto passo que consistiu na administração de analgésicos não opióides, em último caso, recorreria ao quinto passo, que eram os analgésicos opióides.

Aminoff et al<sup>17</sup>, também consideraram informações médicas do paciente como por exemplo, exames laboratoriais (taxas de albumina, proteínas totais, colesterol, hemoglobina e contagem de células brancas). O protocolo Mini-Suffering State Examination também foi aplicado aos pacientes em estudo. Tal protocolo consiste na observação de dez itens que podem refletir o grau de dor do paciente: agitação; gritos; reações ao toque da equipe médica; úlceras no corpo; subnutrição; distúrbios alimentares; frequência de exames de sangue, entubação, transfusões etc.; instabilidade do quadro de saúde do paciente; sofrimento de acordo com a opinião médica, sofrimento de acordo com a opinião familiar<sup>17</sup>. A observação desses itens foi realizada por dois médicos, em cada um dos pacientes. Ambos os profissionais verificaram uma relação entre o sofrimento do paciente e suas taxas de colesterol, albumina, etc. Houve discordância entre os médicos apenas em dois itens: agitação e sofrimento. Essas relações foram analisadas pelos índices de correlação de Pearsons e de McNemar (1946)<sup>17</sup>.

Pannerden et al avaliaram o quadro doloroso a partir do protocolo Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC), com o objetivo de reduzir os itens de observação e tornar esse protocolo mais preciso<sup>18</sup>. O critério de inclusão dos pacientes no estudo foi a existência de demência, de acordo com o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder”<sup>18</sup>. Além disso, os pacientes deveriam estar morando na clínica estudada há pelo menos 4 semanas antes do início do estudo. Os pacientes foram observados em repouso, durante a vacinação de gripe e durante momentos de dor em potencial, como mudanças de decúbito. O protocolo foi

usado de forma dicotômica, sendo considerado escore 1 para dor e 0 para nenhuma dor. Do protocolo inicial de 60 itens foram retirados aqueles com taxa de observação menor que 5% e maior do que 95%. A maior parte dos pacientes foi analisada em movimento. Para analisar as propriedades psicométricas dos itens do protocolo foram usadas as análises IRT (item response theory) e curva ROC. O protocolo propõe observação de itens comportamentais, tais como olhar triste, posição fetal, comportamentos compulsivos e também fisiológicos como, suor, mudança de apetite, olhos lacrimosos, rosto corado, mudança no sono, etc. Finalmente restaram 26 itens de observação na ferramenta refinada pelo referido estudo<sup>18</sup>.

Já em estudo de Warden et al<sup>19</sup>, foi realizada uma etapa preliminar com o objetivo de delimitar os itens que seriam utilizados na escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD). Em seguida, foram analisadas as propriedades psicométricas da ferramenta e desenvolvido um protocolo de avaliação, usando arquivos de imagem de instrumentos desenvolvidos previamente para medir desconforto, agitação e resistência. Os pacientes foram observados em três situações: em período de repouso, durante atividade agradável e durante os cuidados com o idoso. Os comportamentos observados foram: desconforto, agitação e resistência. A observação foi realizada três vezes com cada paciente. Durante atividade agradável e durante cuidados com o paciente também foi utilizado o índice VAS de dor. O índice de Cronbach alpha também foi utilizado para mensurar as variações entre os resultados obtidos. O estudo apresentou uma grande variabilidade nas observações, cerca de 60%, mas constatou-se que seria útil para direcionar programas para a melhora da qualidade de vida desses pacientes<sup>19</sup>.

As ferramentas identificadas nesta revisão de literatura mostraram que, apesar dos fatores subjetivos, ambientais e da própria saúde do paciente, é possível observar comportamentos recorrentes que demonstram dor. Todas as ferramentas estudadas têm em comum a observação do paciente e de seu comportamento em momentos diferentes, tanto de dor em potencial, como durante os cuidados pela equipe de profissionais da saúde e momentos de repouso. As ferramentas possuem elementos de observação em comum, como expressão facial e vocal ou enrijecimento da parte do corpo que dói. A análise dos cinco estudos apresentados mostra que as ferramentas são válidas para a avaliação da dor, embora precisem de ajustes na própria escala e de maior treinamento dos profissionais.

A pesquisa que envolveu o protocolo Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) mostra, além da análise da escala, a sua aplicação para idosos que sofrem de dor crônica. A escala propiciou o aumento do uso de medicamentos analgésicos, o que significa que, antes, as dosagens estavam baixas e mesmo inexistentes<sup>16</sup>. Foi observado também o aumento de terapias alternativas aos analgésicos, tais como terapia musical, massagem e recreação do idoso<sup>16</sup>.

## **5. Conclusão**

A leitura dos referidos estudos leva à percepção da necessidade de pesquisas complementares para tornarem a mensuração da dor mais precisa. Destaca-se também, nos estudos, a amostragem reduzida, além das dificuldades relacionadas à educação dos profissionais que lidam com os pacientes que não são capazes de comunicar sua dor. Apesar dessas limitações, as ferramentas analisadas são confiáveis e válidas para o tratamento do paciente com dor crônica e para a melhora da sua qualidade de vida.

Os estudos analisados são muito importantes para que se possa chegar a uma ferramenta precisa e facilmente utilizável em idosos com cognição comprometida que sofrem por dor.

## REFERÊNCIAS

1. CASTRO CRN, RODRIGUES RAP. O idoso e a aposentadoria. **Rev Esc Enfermagem USP**, v.26, p. 275-288, 1992.
2. SILVESTRE JÁ, KALACHE A, RAMOS LR, VERAS RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq Geriatr Gerontol**, v.1, p. 81-89, 1996.
3. LAURENTI R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: **Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 143-165, 1990.
4. RAMOS LR, ROSA TEC, OLIVEIRA ZM, MEDINA MCG, SANTOS FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev de Saúde Pública**, v.27, p. 87-94, 1993.
5. CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, v.31, p. 184-200, 1997;
6. TEIXEIRA MJ, PIMENTA CAM. Introdução. In: TEIXEIRA MJ, CÔRREA CF, PIMENTA CAM, organizadores. **Dor: conceitos gerais**. São Paulo: Editora Limay, p. 3-6, 1994.
7. PEREIRA LSM, SANTOS CC, RESENDE MA, MAGNO F., AGUIAR V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor Crônica. **Acta Fisiatria**, v.13, n.2, p. 75-82, 2006.
8. ZERBINI EJ. In: RAIA AA. **Tratamento neurocirúrgico da dor**. Clínica Cirúrgica Alípio Correa Neto, 4ed. São Paulo, Sarvier, v.2. cap.62, p.541-72, 1988.
9. OLTRAMARI G. **Influência da resiliência na dor crônica de idosos**. Porto Alegre: PUCRS, 56 pgs. 2010.
10. PESSINI L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, v.10, n.2, p. 51-72, 2002.
11. FERREL BA, FERREL BR, OSTERWEIL D. Pain in the nursing home. **J Am Geriatr Soc**, v.38, p. 409-414, 1990.
12. PIMENTA CAM, KOIZUMI MS, TEIXEIRA MJ. Dor, depressão e conceitos culturais. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v.55, p. 370-380, 1997.
13. ABREU ID, FORLENZA, OV, BARROS HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. Psiq. Clín.**, v.32, n.3, p. 131-136, 2005.



14. AUGUSTO ACC, SOARES CPS, RESENDE MA, PEREIRA LSM. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos Envelhecimento**, v.7, n.1, 2004.
15. FELDT KS. The Check List of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). **American Society of Pain Management Nurses**, v.1, p. 13-21, 2000.
16. KOVACH CR, WEISSMAN DE, GRIFFIE J, MATSON S, MUCHKA S. Assessment and Treatment of Discomfort for People with Late-Stage Dementia. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.18, n.6, p. 412-419, 1999.
17. AMINOFF BZ, PURITS E, NOY S, ADUNSKY A. Measuring the suffering of end-stage dementia: reliability and validity of the Mini-Suffering State Examination. **Arch. Gerontol. Geriatr**, v.38, p. 123-130, 2004.
18. PANNERDEN SCN, CANDEL MJJM, ZWAKHALEN SMG, HAMERS JPH, CURFS LMG, BERGER MPF. Na item responde theory-based Assessment of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). **The Journal of Pain**, v.10, n.8, p. 844-853, 2009.
19. WARDEN V, HURLEY AC, VOLICER L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.4, n.1, p. 9-15, 2003.