

Carolina Souza Máximo Batista

**Instrumentos de Avaliação da Dor em Pacientes com Demências: Uma
revisão de literatura**

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2015

Carolina Souza Máximo Batista

Instrumentos de Avaliação da Dor em Pacientes com Demências: uma revisão
de literatura

Monografia de Pós Graduação do Curso de
Especialização em Fisioterapia Área de Ênfase
Geriatria e Gerontologia.

Orientadora: Profa.Dra. Leani Souza Máximo
Pereira

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2015

Resumo

Este estudo teve como objetivo pesquisar sobre a existência de instrumentos de avaliação da dor em pacientes com demências. Sabe-se que a população idosa vem aumentando e com isso suas comorbidades, por esse motivo existe a importância de se estudar sobre a dor em idosos com demências, que não respondem a um estímulo como qualquer outro idoso, facilitando dessa forma os cuidados e tratamentos com estes pacientes. Foi realizada uma revisão da literatura para descobrir a existência desses instrumentos. As pesquisas por estudos sobre o tema foram feitas nas bases de dados Pubmed e Scielo e utilizadas às palavras-chave: escala de avaliação, dor, idosos, demência e seus similares em inglês, utilizados isolados ou de forma associada. Foram incluídos os estudos realizados em indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos, artigos publicados nos últimos dez anos; nos idiomas português e inglês. Os artigos que não estão incluídos nos critérios descritos anteriormente foram automaticamente excluídos. Foi concluído que os instrumentos mais apropriados para a avaliação da dor de idosos com demência moderada e grave são aqueles de observação comportamental.

Abstract

This study aimed to research about the existence of pain assessment tools in patients with dementia. It is known that the elderly population is increasing and with it its comorbidities, therefore is important to study about the pain in elderly patients with dementia who do not respond to a stimulus like any other elderly, thus facilitating the care and treatment of these patients. A literature review was performed to discover the existence of these instruments. Research for studies on the subject have been made in the Pubmed and Scielo databases and used the keywords: rating scale, pain, elderly, dementia and their counterparts in English, used alone or in association with others. Were included studies that were enrolled in subjects with age over 60 years-old, articles published in the last ten years; in

Portuguese and English. Items that are not included in the criteria described above were automatically excluded. It was concluded that the instruments most appropriate for the assessment of pain in elders with moderate to severe dementia are those with behavioral observation.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	5
1.1 Dor em idosos	5
1.2 Idosos com demência e dor	8
2MÉTODOS	10
2.1 Critérios de inclusão	10
2.2 Procedimentos	11
3RESULTADOS	12
4DISCUSSÃO	17
5CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dor em idosos

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* – (IASP, 2010) a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”. A dor é sempre subjetiva, sendo uma experiência sensorial muito complexa, modificada pelas experiências anteriores, memória, expectativas e emoções de cada um, associada ao sofrimento ou ao desconforto (MERSKEY *et al.*, 1994).

A dor pode ser classificada como dor nociceptiva que consiste no processo de transdução, transmissão e modulação dos sinais neurais gerados em resposta a um estímulo nocivo externo, no qual os nociceptores são estimulados, resultando na percepção consciente do estímulo algíco. A dor pode ser dividida em dor somática ou visceral. A somática é aquela que apresenta sensação dolorosa rude, exacerbada ao movimento. É aliviada ao repouso, é bem localizada e variável conforme a lesão básica. Ex.: dores ósseas, pós-operatórias, dores músculo-esqueléticas, etc. A visceral é provocada por distensão de víscera oca, mal localizada, profunda, opressiva, e constrictiva. Frequentemente associa-se a sensações de náuseas, vômitos e sudorese. Em alguns casos as dores podem ser referidas, como por exemplo, em ombro ou mandíbula relacionadas ao coração, em escápula referente a vesícula biliar, e em dorso, referente ao pâncreas. Ex.: câncer de pâncreas, obstrução intestinal, metástase intraperitoneal e outras.

Outra classificação citada pela literatura é a dor de origem patológica que pode ser dividida em dois tipos: a dor aguda e crônica. A dor aguda inicia-se com um trauma ou uma lesão no qual citocinas alogênicas são sintetizadas no local e liberadas estimulando terminações nervosas (nociceptores) de fibras mielinizadas finas ou amielínicas; sua evolução natural é a remissão, porém, em decorrência

da ativação de várias vias neuronais de modo prolongado, o caráter da dor pode se modificar e dessa forma a dor aguda pode se cronicizar (TEIXEIRA *et al.*, 2003). Os estudos são unânimes em apontar que as principais repercussões oriundas da dor aguda, ou seja, relacionadas ao seu não alívio estão associadas com alterações neurovegetativas como: taquicardia, arritmias, diminuição da saturação de oxigênio e da oferta de oxigênio aos tecidos, agitação, sudorese, aumento do trabalho cardíaco, aumento da pressão arterial, risco de sangramento, aumento da contração muscular, ansiedade e medo. De acordo com o National Institutes of Health, NIH Consensus, 2012 as principais complicadores da dor aguda podem ser: diminuição do sono, perda ou diminuição do apetite, desidratação, dificuldade para deambular, para mudanças de decúbito, para respirar profundamente decorrente da diminuição da expansibilidade torácica (respiração superficial), dificuldades para tossir, aumento no tempo de internação, aumento dos níveis de cortisol, riscos aumentados para processos tromboembólicos e infecciosos. Por outro lado, a dor crônica não está relacionada com a permanência ou aparecimento de alterações neurovegetativas (sinais de alerta).

A dor crônica, em termos de temporalidade, é aquela que persiste por mais de três meses, pode resultar de um estímulo nocivo contínuo, como a inflamação, ou pode manifestar-se espontaneamente (HELMES *et al.*, 2008). Dor crônica é mais que um sintoma é a doença que persiste; não desaparece após a cura da lesão ou está relacionada a processos patológicos crônicos (OLIVEIRA *et al.* 2000). Alguns autores tem citado que estimulações nociceptivas repetidas levaram a modificações anatômicas no sistema nervoso central, verificada pela ressonância magnética, em pacientes com dor lombar crônica (APKARIAN *et al.*, 2004). Ao avaliar a dor crônica uma atenção deve ser dada aos componentes psíquicos, socioculturais, estado emocional, alteração de personalidade e conduta (perdas e ganhos), relações familiares, de trabalho, lazer, crenças, e falta de adesão do paciente ao tratamento farmacológico e em outras terapias não medicamentosas.

A dor crônica em idosos pode levar a complicações tais como depressão, ansiedade, isolamento social, distúrbios do sono, agitação, agressividade,

comprometimento da função cognitiva, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida (AUGUSTO *et.al*, 2004).

A dor é um sintoma presente e importante em qualquer faixa etária que sinaliza um distúrbio de comprometimento físico e/ou emocional. Em idosos ela pode estar presente em quadros de doenças agudas, porém muitas vezes com difícil detecção tendo em vista que em idosos as manifestações algicas são atípicas.(AUGUSTO *et. al*, 2004).

O envelhecimento no Brasil e no mundo é uma realidade e, nessa população a dor assume grande importância devido à sua expressiva prevalência,(BUSSCHE *et. al*, 2011).Evidências recentes mostraram que os idosos são mais susceptíveis à dor que os outros segmentos populacionais (HOY *et al.* 2012). Aproximadamente 50% das pessoas com 65 anos ou mais apresentaram algum grau de dor ou desconforto, sendo que essa proporção aumenta com a idade. A dor é uma das razões mais comuns para a procura de serviços de saúde, sendo os idosos, os principais usuários. Avaliar a dor em idosos é um fenômeno complexo, tendo em vista as suas manifestações atípicas,comorbidades associadas, sub ou superestimação dos sintomas algicos, resiliência, crenças culturais que a “*dor é da idade*”, uso da dor como fenômeno afetivo e dificuldade na informação dos sintomas pela baixa escolaridade são fatores associados frequentes.

Se a avaliação da dor na senescencia é complexa na presença de um quadro demencial torna-se um desafio muito maior. Os sintomas algicos não identificados e não tratados podem ser desastrosos, afetando o nível funcional, a independência e a qualidade de vida dos idosos. O tratamento adequado da dor somente será alcançado através de uma avaliação apropriada.O surgimento de doenças que afetam a capacidade dos indivíduos de se comunicarem verbalmente ou até mesmo de se lembrarem da dor como é o caso existente em níveis mais avançados das demências torna a avaliação da dor ainda mais complexa.

1.2 Idosos com Demência e Dor

Várias são as definições de demência, de acordo com McHugh e Folstein (1985) “[...] demência é uma desordem mental em que há declínio de múltiplas funções cognitivas, a partir de um patamar intelectual anterior, com consciência clara”. A demência é uma síndrome que afeta a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Existem várias formas da apresentação desse transtorno clínico que é constituído por um agrupamento de sinais e sintomas e não é considerado um fator normal do envelhecimento (TAVARES *et. al.*, 2005). Infelizmente, os exames para o seu diagnóstico ainda são clínicos e muitas vezes inconclusivos. Rastreios neuropsicológicos são usados para o diagnóstico e acompanhamento do efeito de medicamentos usados para minimizar os impactos dos sintomas demências.

Vários são os tipos de demências, os quatro mais comuns são: doença de Alzheimer (DA), Demência vascular (DV), Demência com Corpos de Lewy (DLB) e a Demência fronto-temporal (FTD), dentro de cada tipo existem níveis que variam de mais brandos até os mais avançados (JANINE VAN KOOTENET *et. al.*, 2015). Por ser um transtorno que afeta a parte cognitiva pode gerar incapacidade funcional e perda de autonomia dos indivíduos.

Em casos mais avançados, o paciente não consegue verbalizar suas necessidades, ocorre um declínio de suas funções e isso pode gerar um desgaste para família, cuidadores e para o idoso em questão.

A dor em idosos com demências pode muitas vezes passar despercebida devido às alterações cognitivas. Em processos de demência moderada e grave, mudanças nas expressões faciais, manifestações não-verbais e comportamentais tornam-se mais frequentes. Sintomas de dor podem se manifestar em idosos pelo isolamento social, agressividade, agitação psicomotora ou oscilações de humor. O uso inadequado de medicações tais como antipsicóticos, tranquilizantes e sedativos para controlar esses sintomas podem mascarar os sintomas algicos e

causar efeitos colaterais e dessa forma, a dor pode ser negligenciada não diagnosticada e não tratada (CAREZZATO *et. al*, 2014).

O desgaste físico e emocional ocasionado por uma dor pode contribuir também para o insucesso de um programa de reabilitação. Apesar disso, esse problema em idosos é muitas vezes, subestimado e não tratado (PEREIRA, 2002).

Por esse aspecto, há uma necessidade de tentar buscar uma avaliação fidedigna da dor em idosos com demências, evitando dessa maneira, uma piora clínica do quadro geral do paciente e/ou auxiliando em seu tratamento.

Com a intenção de se escolher a melhor estratégia para melhorar a dor nos idosos com demências pesquisadores tem envidado esforços para refinar a interface de comunicação entre os sentimentos desses pacientes e o tratamento mais adequado. A busca de instrumentos confiáveis que possam identificar a dor nessa complexa amostra de pacientes torna-se imprescindível para a população que envelhece.

O conhecimento de como avaliar a complexidade dor dos idosos com demências pode contribuir para o direcionamento das propostas terapêuticas mais adequadas e efetivas para o alívio do paciente bem como para a orientação familiares e cuidadores.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura para conhecer os instrumentos disponíveis e usados para avaliar a dor em idosos com demências.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura as bases de dados pesquisadas foram: SCIELO, PUBMED e livros textos que abordaram sobre o tema. Os descritores usados para o presente estudo foram: *escalas de avaliação, dor, idosos e demência* e seus similares em inglês, utilizados isolados e ou de forma associada.

2.1 Critérios de Inclusão:

Foram incluídos os estudos realizados em indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos, artigos publicados nos últimos dez anos; nos idiomas português, inglês. Os artigos que não estão incluídos nos critérios descritos anteriormente foram automaticamente excluídos.

O desenho metodológico dos artigos incluídos foi amplo: observacionais, ensaio clínico, revisões sistemáticas com ou sem meta-análise, estudos populacionais (coorte e/ou caso–controle), estudos transversais; enfim todos os artigos de livre acesso nas bases de dados citadas que utilizaram instrumentos de avaliação da dor em idosos com demências.

Foram encontrados 312 publicações nas bases de dados pesquisadas. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 249 artigos. Após a leitura dos 63 artigos na integra foram incluídos 12 artigos nessa revisão.

Os motivos para exclusão dos artigos por título e resumo e depois na integra foram: incompatível com o estudo; faixa etária abaixo de 60 anos, dor sem demências diagnosticadas; sem apresentação do instrumento de avaliação; artigos em duplicidade, editoriais e em outras línguas.

2.2 Procedimentos

Os títulos e resumos foram captados nas bases de dados citadas pelo pesquisador. Em caso de dúvida um segundo examinador, especialista em dor e gerontologia, decidiu sobre a inclusão ou não do artigo.

Após essa etapa, os artigos selecionados foram submetidos a uma leitura crítica na íntegra para uma reflexão crítica para serem incluídos na revisão.

3 RESULTADOS

Após a leitura na íntegra e análise dos artigos selecionados após os critérios de inclusão foram selecionados 12 artigos.

3.1 Os principais instrumentos apresentados nos artigos foram:

- 1-Avaliação de dor em Demência Avançada (*Pain Assessment in Advanced Dementia-PAINAD*)
- 2-Avaliação da dor para idosos com comunicação limitada (*Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate-PACSLAC*)
- 3- DOLOPLUS-2- Escala de Avaliação de Comportamento da Dor. *Behavioural pain assessment in the elderly*
- 4- Avaliação da dor em cognição prejudicada (*Pain assessment in impaired cognition-PAIC*)
- 5-Escala de desconforto para demência de Alzheimer (*Discomfort Scale for Dementia of Alzheimer Type - DS-DAT*)
- 6-Avaliação dos disestressores e da Incapacidade *Disability Distress Assessment (DisDAT)*
- 7-Avaliação de desconforto em demência no final da vida (*Discomfort assessment in dementia late in life - EOLD-CAD*)
- 8-Qualidade de Vida na fase final de demência (*Quality of Life in late stage dementia- QUALID*)
- 9-Escala da Dor de Mahoney. Mahoney Pain Scale (MPS)
- 10- Mobilization - Observation - Behavior - Intensity - *Dementia Pain Scale (MOBID2)*.

Na Tabela 1 apresentamos os artigos selecionados com os seguintes dados: autores, ano de publicação, tipo de estudo, instrumento usado para mensurar a dor em idosos com demências e resultados conclusões sobre a utilização do instrumento

Tabela 1 apresenta os artigos Incluídos na revisão.

Autores	Ano	Tipo de estudo	Instrumentos	Resultados e Conclusões
1-Van der Steen <i>et al</i>	2015	Consenso de Especialistas	PAINAD, Doloplus2, DS-DAT, PAIC, QUALID, DisDAT, EOLD-CAD.	Vários especialistas analisaram e avaliaram as escalas disponíveis para avaliar e dor em idosos com demência. Compararam detalhadamente os pontos positivos e negativos das escalas existentes. Concluíram que itens semelhantes estavam presentes nos diversos instrumentos avaliados tanto para avaliação da dor como para o desconforto manifestado pelo paciente. Apontam que mais estudos sobre o tema devem ser realizados sobre a consistência dos instrumentos.
2-Moseleet <i>et al</i>	2012	Estudo prospectivo observacional	PAINAD e NRS	Segundo os autores o PAINAD quando comparado com Escala Numérica de Dor apresentou boa validade concorrente sendo um instrumento confiável.
3-Zwakhaleen <i>et al</i>	2006	Revisão sistemática	DS-DAT, DOLOPLUS2, PACSLAC, PAINAD, PADE, RAPID, NOPPAIN	PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS2 e ECPA apesar de itens similares mostraram ser os instrumentos com melhores qualidades psicométricas.
4-Paulson <i>et al</i> 5-Volicer <i>et al</i>	2014 2009	Observacional Observacional	PAINAD DOLOPLUS2, PACSLAC, PAINAD	PAINAD melhor controle da dor em cuidados contínuos PAINAD foi bem aceito pelos enfermeiros. O DOLOPLUS2 poderia ser reduzido em uma versão mais curta também foi questionado a sua validade.

6-Husebo <i>et al</i>	2014	Ensaio clínico	MOBID2	O instrumento MOBID2 conseguiu detectar 62% de dor na amostra de estudo.
7-Husebo <i>et al</i>	2009	Ensaio clínico	MOBID2	O MOBID teve um resultado de confiabilidade e validade em seu uso. Foi o primeiro instrumento de avaliação da dor utilizado pela enfermagem que define a dor por comportamentos e movimentos realizados pelos pacientes dementes previamente definidos tais como expressões faciais, ruídos de dor e movimentos defensivos. Confiabilidade intra e inter examinadores de moderada a excelente (0.41–0.90 ; 0.46–0.93). Para o item intensidade de dor ICC foi muito boa 0.80–0.94 e 0.60–0.94.
8-Valera <i>et al</i>	2014	Metodológico	PAINAD	Após a adaptação transcultural do PAINAD-Br o instrumento foi considerado de fácil de compreensão e confiável.

9-Mahoney et al 2008	2008	Metodológico	The Mahoney Pain Scale	The MahoneyPainScale demonstrou confiabilidade inter examinadores e consistencia interna. O instrumento conseguiu discriminar os idosos dementes com e sem dor.
10-Scott et al	2011	Observacional	The Behaviour and Pain in Dementia Study (BePAID)	Uso com sucesso doBPSD em individuos com dor e demencias internados diminuiu o custo com os tratamentos.
11-Ramelet Anne-Sylvie et al.	2012	Estudo Observacional	Comparação do 2 instrumentos de avaliação não verbal The PainAssessment in AdvancedDementia (PAINAD) andtheCritical-CarePainObservation Tool (CPOT).	O PAINAD demonstrou boaconsistencia interna boa e foi fortemente correlacionado com o CPOT. O PAINAD foi recomendado para avaliação de pacientes críticos mas ambos instrumentos apresentaram-se como boa opção.

12- Andrade <i>et al</i>	2011	Revisão sistemática	PAINAD, VAS, FPS, VDS, PPI, GPA, CNPI, OPBAI, OAIDE e PAINÉ.	Há três formas de se avaliar a dor: questionários diretos, observação direta do comportamento do idoso ou entrevistas diretas com os cuidadores ou informantes. Nos últimos anos muitas escalas e questionários para dor foram publicados e validados especificamente para a população idosa permitindo que a evolução da dor possa ser mensurada de uma forma estruturada e reprodutível.
--------------------------	------	----------------------------	---	--

4 DISCUSSÃO

Sabendo do aumento da prevalência dos sintomas álgicos na população idosa e as dificuldades encontradas pelos profissionais da fisioterapia para abordar idosos com demências e dores este estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura para conhecer os instrumentos propostos para a avaliação da dor em pacientes idosos com demências.

Os sintomas álgicos repercutem na piora da qualidade de vida desses pacientes, pois estão associados à depressão, perda de peso, piora do sono, incapacidades, alterações do humor, sedentarismo e diminuição da participação social.

Há mais de 20 anos, os pesquisadores iniciaram estudos sobre a avaliação da dor em idosos com demências, apesar da evolução e, de ainda não termos encontrado um instrumento de avaliação considerado padrão ouro, a presente revisão nos mostrou que existem diversas ferramentas capazes de auxiliar e direcionar os profissionais da saúde na avaliação da dor desses pacientes podendo contribuir para a eficácia das abordagens e tratamentos propostos pelos profissionais da saúde dentre eles o fisioterapeuta.

É consenso na literatura pesquisada que a dor em pacientes com demências mais graves torna-se algo de difícil detecção, um dos motivos principais é a dificuldade ou até ausência de comunicação desses idosos.

Quando não tratada a dor em geral, pode levar a um maior sofrimento do paciente e a piora da sua qualidade de vida e dos familiares, que se sentem desorientados sem saber o que está ocorrendo com o ente querido.

Zwakhalenet *al* levanta uma hipótese de que os sintomas tais como comportamentos agressivos podem ser uma resposta protetora por indivíduos que não são capazes de articular a sua dor. Para a identificação de qualquer

sinal ou sintoma no idoso é necessário que este se submeta a uma criteriosa avaliação ampla sistêmica do idoso sem negligenciar nenhum sintoma e comorbidades.

Com base nas pesquisas realizadas 9 artigos foram incluídos nesta discussão. Apenas o PAINAD foi traduzido e adaptado para a população brasileira, pelos *guidelines* de Guilhemein e Beanton apresentando boa confiabilidade.

De acordo com Mosele *et al*, 2012a dor pode ser avaliada por meio de auto-relato e comportamental ou por meio de medidas fisiológicas. Além da detecção da presença da dor é importante avaliar a intensidade da mesma, para isso são propostas escalas de auto relato tais como: Escala Analógica Visual (VAS), Escalas de Classificação verbal (VRS), Escalas de Classificação Numérica da Dor (NRS) e Escalas de Dor Facial (FPS) que são usuais e efetivas para essa finalidade.

Andrade *et al.* também citam algumas escalas de auto relato que podem ser aplicadas em alterações cognitivas iniciais: Escala Funcional de Dor –*Functional Pain Scale* (FPS): Escala de 4 itens (sim não) item 1 (sem dor) a 5 (dor máxima); Escala Verbal de Dor -*Verbal Descriptor Scale* (VDS): nível 1 (dor leve) a 6 (pior dor); Intensidade de Dor presente-*Present Pain Intensity* (PPI) nível 1 (sem dor) a 6 (dor excruciante) essa escala tem a possibilidade de avaliar a dor no momento atual e na ultima semana; *Global Pain Assessment* (GPA) tem somente 1 item com 5 níveis (sem dor a dor terrível) também tem possibilidades de avaliar a dor no momento atual e na ultima semana. Esses autores também apresentam alguns instrumentos nos quais podem ser considerados os relatos dos cuidadores: *Pain Assessment for the Dementing Elderly* (PADE): com 13 itens com 4 níveis (nenhuma dor a muita dor) e a *Pain Assessment Instrument in Non-Communicative Elderly* (PAINE): apresenta 22 itens e cada um com 7 níveis de dor (nunca e toda hora).

A *American Geriatric Society* (AGS) recomenda que as escalas de auto relato sejam usadas em pacientes com alterações cognitivas leves e em alguns casos de moderadas. Entretanto, os autores reconhecem que pacientes com demência avançada não conseguem auto relatar os seus sintomas álgicos

quando avaliados por com esses instrumentos e dessa forma, uma avaliação comportamental seria mais apropriada e necessária.

Em 2002, a AGS na tentativa de propor diretrizes para uma avaliação da dor por meio do comportamento dos idosos com demência desenvolveu uma lista com 6 categorias potencialmente não verbais que poderiam ser usadas em pacientes dementes graves. Nessa proposta, o avaliador observa as expressões faciais, as vocalizações dos pacientes, os movimentos corporais, mudanças de comportamento na interação com familiares e cuidadores, modificações nas rotinas do paciente e modificações no estado mental. Baseado nas recomendações feitas pela AGS vários questionários de avaliação da dor pelo comportamento foram desenvolvidos para idosos com demências.

De acordo Carezzato *et al.* 2014 que realizou uma revisão sobre o tema dentre as ferramentas propostas para avaliar a dor em idosos com Demencia foram encontrados os seguintes instrumentos:

- Avaliação de dor em Demência Avançada (*PainAssessment in Advanced Dementia-PAINAD*) que consiste em um *checklist* no qual se avalia padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e necessidade de consolo. Cada um dos cinco itens é pontuado em uma escala que varia de 0 (ausente) a 2 (completamente presente), com base na observação direta que varia de 0 a 10.

- Avaliação da dor para idosos com comunicação limitada (*Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate-PACSLAC*) consiste em um *checklist* de observação de idosos com demência durante atividade ou movimento, após um dia inteiro é anotado em uma lista os comportamentos dos pacientes;

- DOLOPLUS-2 Consiste em 10 itens divididos em 3 grupos reações somáticas, sociais e psicológicas. Esse instrumento avalia a progressão da experiência dolorosa.

- Avaliação da dor em cognição prejudicada (*Pain assessment in impaired cognition*—PAIC).

-Escala de desconforto para demência de Alzheimer (*Discomfort Scale for Dementia of Alzheimer Type* - DS-DAT) é usada para medir o desconforto em pacientes incapazes de se comunicarem verbalmente com doença de Alzheimer avançada. É composta por 9 itens com descrições baseada na presença, frequência, intensidade e duração do comportamento observado em cinco minutos.

-Distress Disability Assessment (DisDAT) que avalia o paciente através de nove itens pelas possíveis expressões apresentadas, como por exemplo para sons vocais: volume, altura duração e descrição.

-Avaliação de desconforto em demência no final da vida (*Discomfort assessment in dementia late in life* - EOLD-CAD) é composta por 14 itens breves sem descritores e inclui sintomas de fim da vida, mas também tem sido utilizada prospectivamente.

- Qualidade de Vida na fase final de demência (*Quality of Life in late stage dementia*- QUALID) uma ferramenta para avaliar a qualidade de vida especificamente em idosos com demências grave que consiste em 11 itens para observação do comportamento do paciente em questão.

-*Mahoney Pain Scale* (MPS). Esse instrumento avalia a expressão facial respiração, vocalização linguagem corporal sinais de agitação modificação no sono e apetite, modificação dos sinais e historia da dor. A escala apresenta também diferenciação entre dor e agitação e os pacientes são observados no leito.

-*Mobilization - Observation - Behavior - Intensity – Dementia Pain Scale* (MOBID2).Esse instrumento foi desenvolvido em 2007, avalia os sintomas de dor durante os movimentos do tronco e dos membros. São observadas a abertura das mãos, levantar os braços, extender os joelhos, mudanças de decúbito e assentar na cama. Todos os movimentos são feitos pela enfermeira

gentilmente e observa-se pela expressão facial e ações defensivas a presença de dor. Huseboet *al.*, Destaca ainda que o instrumento (MOBID2) mostrou alto índice de confiabilidade e validade.

Além dos instrumentos já citados acima Zwakhalen *et. al* fazem referência à *lista de verificação de indicadores não verbais da dor (Checklist of Non verbal Pain Indicators (CNPI))*. Esse instrumento consiste em uma escala de observação dos pacientes com transtorno cognitivo grave durante o repouso e movimento. Entretanto, esse instrumento mostrou uma baixa qualidade psicométrica não apresentando evidências positivas para serem aplicados na prática clínica.

Outra proposta mais arrojada para avaliar a dor do idoso com demência foi feita por Corbett *et. al.* seria a utilização do *Facial Coding System (FACS)*. Esse instrumento, consiste em documentar o comportamento da dor do paciente sob a forma de ações faciais gravadas em vídeo e fotografia.

Um estudo de Andrade *et. al.*, 2011 os autores relataram ainda que a Escala Analógica Visual (VAS) é ainda a mais utilizada na prática clínica, devido a sua praticidade e disponibilidade em idosos com demências leves.

Dentre todos os questionários propostos pela literatura na última década para avaliar a dor de forma não verbal o *The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)* tem recebido especial atenção dos pesquisadores.

Mosele *et al.*, relata que nesse instrumento de avaliação estão presentes três dos seis itens preconizados pela AGS e por ser um instrumento de fácil aplicação. Esses autores verificaram as medidas psicométricas do PAINAD e compararam com a Escala Numérica de Dor em 600 idosos com e sem alteração cognitiva. O declínio cognitivo estava presente em 310 idosos (52%). A confiabilidade do instrumento foi adequada para todos os itens do questionário para os pacientes com demência ($\alpha = 0.90$) e para aqueles sem alterações cognitivas ($\alpha = 0.94$). O questionário mostrou uma validade concorrente alta (Kendall's $\tau = 0.73$, $p < 0.0001$) e boa confiabilidade inter

examinadores com a Escala Numérica de Dor ($\kappa = 0.74$, $p < 0.0001$). Os autores concluíram que o PAINAD é uma escala fácil e confiável para avaliar a dor em pacientes com demência.

Em 2014 Valera *et al.* realizaram um estudo metodológico de tradução e adaptação cultural para o português do instrumento PAINAD. Com a devida tradução o instrumento foi denominado PAINAD-Br. De acordo com seu estudo apenas este instrumento recebeu uma boa validação para que houvesse a tradução cultural para o Brasil. O PAINAD também foi utilizado por Jordan *et al.* em 2011. Paulson *et al.*, reforça que ao utilizar o instrumento PAINAD alguns pacientes podem não possuir a capacidade de responder à dor comportamentalmente. Essa observação pode também ser empregada também para aqueles instrumentos que avaliam o paciente por meio dos seus comportamentos.

Van der Steen *et al.* desenvolveram um estudo sobre instrumentos comportamentais usados para avaliar o desconforto do paciente como resultado da presença de dor. Concluíram que itens semelhantes estavam presentes em diversos instrumentos tanto para avaliação da dor como para o desconforto. Por exemplo "agitação" é um item que foi incluído em todos os instrumentos de formas diferentes. Para os autores os itens comuns nos instrumentos de avaliação pesquisados indicam uma variedade de avaliações com a mesma finalidade e sugerem que esses instrumentos poderiam ser recombinaados para a elaboração de um instrumento para a melhor avaliação da dor em pacientes com demência. Ao observarmos as avaliações da dor comportamental proposta para idosos com demência constatou que os instrumentos de avaliação são desenvolvidos sem um marco teórico específico e muitas vezes sem comparação com instrumentos semelhantes pelo mesmo grupo de pesquisadores.

Ladislav Volicer *et al.* relatam que os profissionais da saúde que utilizam os instrumentos de avaliação da dor em dementes devem estar cientes que muitas das vezes alguns comportamentos do paciente não estarão presentes na escala de dor. É aconselhável ainda que se use um mesmo instrumento de

avaliação para determinado paciente, aumentando dessa forma a confiabilidade da percepção de dor pelo profissional.

4CONCLUSÃO:

Os instrumentos mais apropriados para a avaliação da dor de idosos com demência moderada e grave são aqueles de observação comportamental. Vários são os instrumentos propostos, mas muitos são repetitivos e sem marco teórico. Alguns demonstraram uma maior confiabilidade para seu uso na prática clínica. Dessa forma muitos estudos ainda devem ser realizados no aprimoramento e o uso desses instrumentos para essa população que muitas vezes sente dor e é negligenciada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D.C.; FARIA, J.W.; CAMELLI, P.; ALVARENGA, L.; GALHARDONI, R.; SIQUEIRA, S.R.; YENG, L.T.; TEIXEIRA, M.J. The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v. 69, n.2b, 2011.

APKARIAN, A.V.; YAMAYA, S.; SREEPADMA S.; ROBERT M.; LEVY, R.; NORMAN, H.; TODD B.; PARRISH, AND DARREN R.G. **The Journal of Neuroscience**, v.24, n. 46, p. 10410 –10415, 2004.

AUGUSTO, C.C.A.; SOARES, C.P.S.; RESENDE, M.A.; PEREIRA, L.S.M. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos envelhecimento**, v. 7, n.1, p.89-104, 2004.

BUSSCHE, H.V.D.; KOLLER, D.; KOLONKO, T.; HANSEN, H.; WEGSCHEIDER, K.; GLAESKE, G.; LEITNER, ECV.; SCHÄFERI; SCHÖN, G. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. **BMC Public Health**, p.111-9, 2011.

CAREZZATO, N.L.; VALERA, G.G.; ASSIS, F.; VALE, C.; HORTENS, P. Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 8, n. 99, p. 106, 2014.

DEPARTMENT of Health and Human Services (US). National Institutes of Health. NIH Consensus Development Program. The integrated approach to the management of pain [Internet]. **Consensus Development Conference Statement**; 1986 May 19-21; Kensington(MD) [cited 2012 May]. Available from: <http://consensus.nih.gov/1986/1986PainManagement055html.htm>.

HELMS, J.E.; BARONE, C.P. Physiology and treatment of pain. **Crit. CareNurse**, v. 28, n. 6, p. 38-49, 2008.

HOY, D.; *et al.* Systematic review on the global prevalence of low back pain. **Arthritis & Rheumatism**, v. 64, n. 6, p. 2028-2037, 2012.

HUSEBO, B.S.; OSTELO, R.; STRAND, L. I. The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. **Eur J Pain**, v. 18, n. 10, p. 1419-30, 2014.

_____.; STRAND, L. I.; MOE-NILSSEN, R. HUSEBO, S. B.; SNOW, A. L; LJUNGGREN, A. E. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. **J Pain Symptom Manage**, v. 34, n. 1, p. 67-80, 2007.

JANINE VAN, K.; *et al.* Pain in dementia: prevalence and associated factors: protocol of a multidisciplinary study. **BMC Geriatrics**, 2015.

JORDAN, A.; HUGHES, J.; PAKRESI, M.; HEPBURN, S.; O'BRIEN J. T..The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia.**Int J GeriatrPsychiatry**,26(2):118-26,2011 Feb.

KOPF, A.; PATEL, N. B. Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. InternationalAssociation for theStudyofPain, **iasp**, 2010.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. **IASP Task Force on Taxonomy;Classification of Chronic Pain**, p.209-14, 1994.

MOSELE M.; *et al.* Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scalecompared to self assessment of pain in elderly patients.**Dement GeriatrCognDisord**, v. 34, n. 1, p. 38-43, 2012.

OLIVEIRA, J. T. Behavioral aspects of chronic pain syndromes.**ArqNeuropsiquiatr**, v. 58, n. 2A, p. 360-5, 2000.

PAULSON, C.M.; MONROE, T.; MION, L. C.Pain assessment in hospitalized older adultswith dementia and delirium.**J GerontolNurs**, v. 40, n. 6, p. 10-5, 2014.

PEREIRA, L.S.M.Avaliação pelo Fisioterapeuta. In: ARLINDO MACIEL. (Org.). **Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico**. 1ed.Rio de Janeiro: Editora RevinterLtda, v. 1, p. 43-86, 2002.

TAVARES, A. Demências. **Copêndido de Neuropsiquiatria Geriátrica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. Cap. 16, p. 217-234

TEIXEIRA, M.; TEIXEIRA, W.G.J.; KRAYCHETE, D.C. Epidemiologia geral da dor. In: Teixeira, M.J.;Braum, F.H.O.; Marques, J.O.;Lin, T.Y.(Org.)**Dor: contextointerdisciplinar**.Curitiba: Maio, 2003.p. 53-66.

VALERA, G.G.; CAREZZATO,N.L.; VALE, F.A.; HORTENSE, P.Cultural adaptation of thescale Pain Assessment in Advanced Dementia - PAINAD to Brazil. **RevEscEnferm.USP**,v. 48, n. 3, p. 462-8, 2014.

VAN DER STEEN, J.T.; *et al.* Tools to Assess Pain or Lack of Comfort in Dementia: A Content Analysis. **J Pain Symptom Manage**2015.

VOLICER, L. Do we need another dementia pain scale? **J Am Med Dir Assoc**,v. 10, n. 7, p. 450-2,2009.

ZWAKHALEN, S.M.; HAMERS, J.P.; ABU-SAAD, H.H.; BERGER, M.P. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. **BMCGeriatr**, v. 6, p. 3,2006.