

**GABRIELLA CALINÇANI PEREIRA
NAYARA GABRIELE DA COSTA PROCÓPIO
RÔMULO FILHO**

AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS COM DEMÊNCIA:
uma revisão da literatura

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG
2012

**GABRIELLA CALINÇANI PEREIRA
NAYARA GABRIELE DA COSTA PROCÓPIO
RÔMULO FILHO**

**AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS COM DEMÊNCIA:
uma revisão da literatura**

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

Orientadora: Dra. Daniele Sirineu Pereira
Co-orientadora: Dra. Leani Souza Máximo Pereira

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG
2012

RESUMO

Em idosos com demência, a dor tem sido identificada como um problema significativo e sub-relatado, sendo que a diminuição da capacidade do idoso demente em se comunicar constitui um fator agravante para a identificação dessa condição. Uma vez, que a avaliação da dor é importante para o tratamento, há uma necessidade de se utilizar instrumentos válidos e confiáveis para avaliar a dor em idosos com demência para o correto manejo da dor. Esta revisão sistemática identifica instrumentos de avaliação desta para idosos com demência e avalia suas propriedades psicométricas. Foi realizada uma busca sistemática nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, SciELO, PEDro e Biblioteca Cochrane além de uma busca manual nas listas de referências dos artigos selecionados para verificar a possibilidade de haver outros artigos relevantes não encontrados nas bases de dados pesquisadas. Onze artigos preencheram os critérios de inclusão e exclusão do estudo, sendo identificados onze instrumentos para avaliação de dor em idosos com diagnóstico clínico de demência: Doloshort, Clinical Pain Assessment Tool, Brief Pain Inventory, Mahoney Pain Scale, Checklist of Nonverbal Pain Indicators, Mobilisation–Observation–Behaviour– Intensity–Dementia, Non-communicative Patient’s Pain Assessment Instrument, Abbey Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate, Pain Assessment in Advanced Dementia e Doloplus-2. Os resultados indicam que os instrumentos avaliados possuem uma boa validade de construção e boa consistência interna, com confiabilidade variável. A maioria dos instrumentos restringiu a avaliação à presença, localização e intensidade da dor, sendo que a forma de aplicação observacional é mais recorrente. Considerando as peculiaridades do idoso com demência, os instrumentos usados apresentaram algumas limitações em sua aplicabilidade clínica, necessitando do uso de avaliações complementares para uma correta abordagem da dor nesses pacientes. Mais pesquisas são necessárias para avaliar a aplicabilidade clínica desses instrumentos, principalmente na fisioterapia a fim de que o manejo da dor seja mais efetivo.

Palavras-chave: Avaliação da dor. Idosos. Demência.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS:

FIGURA 1: Fluxograma de processo de seleção de estudos para a revisão	12
TABELA 1: Características dos instrumentos para avaliação da dor em idosos com diagnóstico clínico de demência	14
TABELA 2: Características dos instrumentos para avaliação da dor em idosos com diagnóstico clínico de demência	16
TABELA 3: Qualidade metodológica (Criteria Developed From Sanderson <i>et al.</i> and STROBE Guidelines)	17
TABELA 4: Características dos estudos incluídos na revisão	27

LISTA DAS SIGLAS:

AVD: Atividades de vida diária

MEDLINE : Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

SciELO : Scientific Electronic Library

PEDro : Physiotherapy Evidence Database

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CDR : Clinical Dementia Rating

GDS: Global Deterioration Scale

PFQ: Present Functioning Questionnaire

CPS: Cognitive Performance Scale

MDS: Minimum Data Set

CPAT: Clinical Pain Assessment Tool

BPI : Brief Pain Inventory

MPS: Mahoney Pain Scale

CNPI: Checklist of Nonverbal Pain Indicators

MOBID-2: Mobilisation–Observation–Behaviour– Intensity–Dementia

NOPPAIN: Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument

ABS: Abbey Pain Scale

PACSLAC: Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate

PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia

SRPS: Self-reported Pain Score

NRPS:Nurse-reported Pain Score

ICC: Intraclass correlation coefficient

EVA: Escala Visual Analógica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	MÉTODOS.....	11
3	RESULTADOS.....	12
4	DISCUSSÃO.....	18
5	CONCLUSÃO.....	23
6	REFERÊNCIAS.....	24
7	APÊNDICE	27

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser entendido como um processo natural de diminuição progressiva da funcionalidade dos indivíduos, que pode ser minimizado através da adoção de um estilo de vida mais ativa. Esse processo é um fenômeno mundial, que vem ocorrendo de forma acelerada em países em desenvolvimento como o Brasil¹. A incidência de doenças crônico-degenerativas aumenta significativamente devido a essa mudança populacional². Entre essas, a demência se destaca como importante causa de morbi-mortalidade³ e incapacidade⁴. As demências constituem o sexto grupo de doenças que causam mais impactos na funcionalidade dos idosos³ aumentando a dependência para realização das tarefas diárias e incapacidades, além de aumentar o risco de hospitalização, institucionalização⁵ e mortalidade⁶.

O termo demência refere-se a uma síndrome clínica em que ocorre deterioração progressiva e persistente das funções cognitivas, sem alteração primária da consciência ou da percepção, acompanhada de alterações do comportamento e mudanças na personalidade do indivíduo, que acarretam em prejuízo nas suas atividades de vida diária (AVD)⁷. A característica essencial da demência é o desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos que inclui déficit da memória e de pelo menos um dos seguintes distúrbios cognitivos: afasia, apraxia, agnosia ou distúrbio na função executiva⁸. Os achados no exame físico de demência dependem da natureza, localização e progressão da doença.

Os idosos são mais propensos à queixa de dor devido à alta incidência de doenças crônicas nessa faixa etária. A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao real potencial dano ao tecido ou descrita em termos de tal dano⁹. É uma experiência individual determinada pelo contexto e crenças do indivíduo sobre o seu significado¹⁰. Em idosos com demência a dor tem sido identificada como um problema significativo e sub-relatado, sendo que a diminuição da capacidade do idoso demente de se comunicar constitui um fator agravante para a identificação dessa condição¹¹. Além das questões éticas de sofrimento desnecessário, a dor não aliviada tem implicações funcionais importantes¹².

Pacientes com demência podem expressar sua dor de maneira diferenciada em relação as pessoas idosas sem alterações cognitivas. Além disso, idosos com demência são mais propensos a adquirir outras condições dolorosas, como por exemplo, a úlceras de pressão e contraturas, em consequência da diminuição da capacidade cognitiva e função motora¹¹. Assim, a abordagem da dor crônica em idosos com demência torna-se de particular importância.

A dor crônica no idoso com demência é de difícil diagnóstico e tratamento. Estudos direcionados a identificação das características e padrões de comportamento em resposta a dor podem ajudar na identificação de “bandeiras” de alerta aos profissionais de saúde e cuidadores quanto ao forte potencial para a existência da dor e necessidade de investigação clínica dos sintomas dolorosos nesses pacientes^{13,14}.

A avaliação da dor engloba desde a identificação de suas características, como localização, intensidade, duração, fatores/posições de melhora e agravamento do quadro algico, até nas relações que a dor tem com o desempenho das atividades de vida diária (AVD's), visando identificar as repercussões da dor na funcionalidade do indivíduo¹⁵. Instrumentos para avaliar a dor que necessitem de uma capacidade de compreensão preservada podem não ser a forma mais adequada de mensurá-la em idosos com demência, especialmente em estágios avançados em que o paciente se torna incapaz de manifestar seu sofrimento verbalmente^{16,17}.

Para idosos com demência a melhor maneira de mensurar a dor e o sofrimento seria por meio de escalas observacionais que usam expressões faciais para avaliar a intensidade da dor. As expressões faciais e aspectos comportamentais demonstram serem indicadores não verbais confiáveis de estados dolorosos, fornecendo indícios/informações válidos da intensidade da dor em pacientes com déficit cognitivo¹⁸. Como sinais não-verbais para caracterizar a dor temos: agitação, verbalização repetitiva / gritos, flutuação da cognição, quedas, diminuição da capacidade funcional, suor excessivo, taquicardia³. Porém, devemos estar atentos sobre quais instrumentos de avaliação observacionais são utilizadas apenas para triagem e que podem não representar o indicador definitivo da dor. Algumas das vezes, eles podem sugerir a presença de dor quando a dor não está presente, e em outras vezes podem falhar em identificar a dor¹⁹.

A fisioterapia tem uma papel fundamental para a implementação dessas abordagens avaliativas da dor, pois há uma grande parte de fisioterapeutas que

trabalha com cuidados paliativos. Assim, os profissionais podem utilizar métodos e recursos não invasivos, que são úteis para o controle da dor e melhorar a qualidade de vida desses pacientes¹⁵.

Para que uma intervenção fisioterapêutica seja mais eficaz, é necessário identificar e avaliar a dor desses pacientes¹⁵. Assim, esse estudo tem como objetivo fazer uma revisão para levantamento e análise crítica dos instrumentos disponíveis na literatura que avaliam a dor em idosos com demência.

2 MÉTODOS

A partir de uma busca nas bases de dados eletrônicas Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library (SciELO), Physiotherapy Evidence Database (PEDro) e Biblioteca Cochrane, usando os descritores *pain*, *pain measurement*, *dementia*, *instruments*, *aged* e seus equivalentes em português, foram rastreados artigos publicados nos últimos 10 anos. Também foi realizada uma busca manual nas listas de referências dos artigos selecionados para verificar a possibilidade de haver outros artigos relevantes não encontrados nas bases de dados pesquisadas.

Adotou-se, como critérios de inclusão: a amostra ser composta por sujeitos com idade maior que 60 anos, residentes em instituições de longa permanência ou na comunidade, com diagnóstico clínico de demência, definido pelos testes: *Diagnostic and Sttitical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), *Clinical Dementia Rating* (CDR), *Global Deterioration Scale* (GDS), *Present Functioning Questionnaire* (PFQ), *Cognitive Performance Scale* (CPS), *Minimum Data Set* (MDS) e Cognistat. Com o objetivo de se identificar e avaliar a aplicabilidade clínica dos instrumentos utilizados na literatura para avaliação de dor em idosos com demência foram incluídos estudos metodológicos, prospectivos e ensaios clínicos controlado ou aleatorizado. Foram excluídos estudos nos quais: a amostra não era constituída apenas de idosos, estudos cujo objetivo não envolvia medidas de dor como desfecho, estudos com amostras de sujeitos com doenças específicas (Delirium ou sintomas psiquiátricos agudos, Doença de Parkinson), ou ainda estudos que apresentaram apenas dados preliminares.

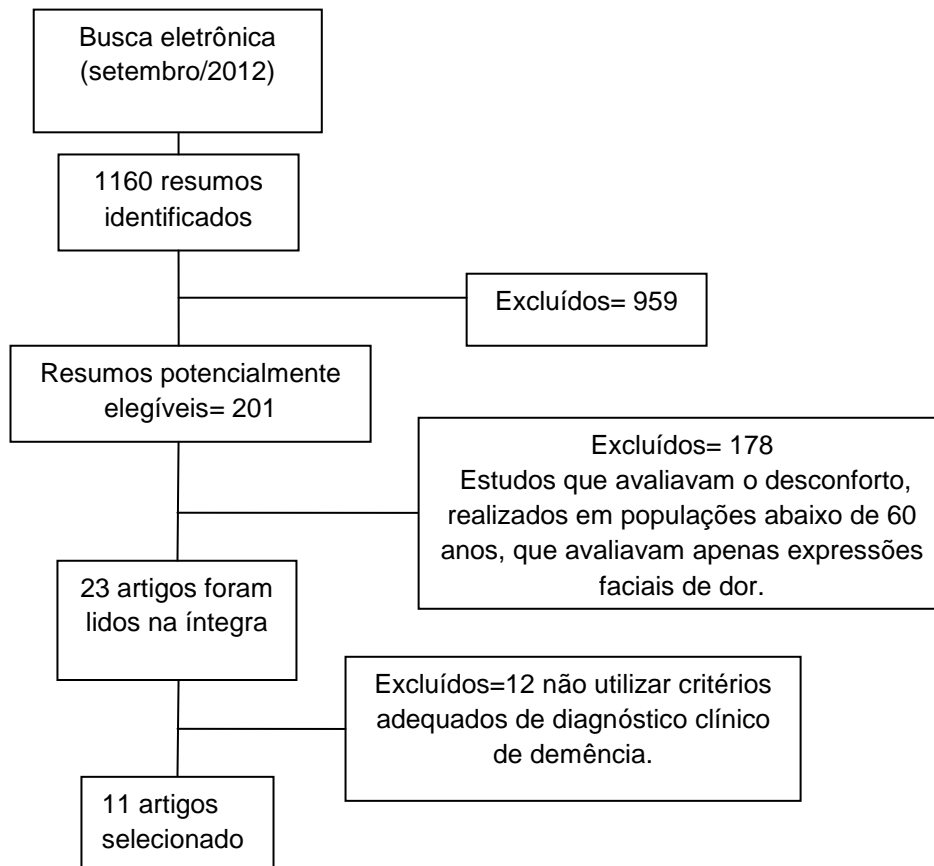
Para cada estudo incluído, três revisores independentes extraíram os dados descritivos relacionados aos participantes e as características dos instrumentos utilizados para avaliação da dor. A qualidade metodológica dos estudos que cumpriram os critérios de inclusão foi avaliada pelos critérios sugeridos por Sanderson *et al.*²⁰: representatividade da amostra, definição da amostra, descrição das propriedades psicométricas dos instrumentos de dor, escolha adequada de medidas de desfechos e relato dos resultados.

3 RESULTADOS

A busca resultou em um total de 1160 estudos, identificados na base de dados Medline, não sendo identificado nenhum estudo nas bases Biblioteca Cochrane, Scielo e PEDro.

Dos 1160 artigos, 8 foram excluídos por se repetirem. Dos 1152 estudos, 951 foram excluídos pelo título ou resumo por não tratarem sobre avaliação de dor em idosos com demência. Dos 201 artigos, 179 foram excluídos após a leitura do *abstract* pelos estudos terem sido realizados em populações abaixo de 60 anos, por terem avaliado o desconforto e não a presença de dor ou porque não utilizaram instrumento específico para a avaliação da dor, mas apenas expressões faciais de dor. Assim, após a leitura de 23 artigos na íntegra, 12 foram excluídos por não utilizarem critérios para o diagnóstico de demência. Dessa forma, um total de 11 artigos cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão. (Figura 1)

FIGURA 1: Fluxograma de processo de seleção de estudos para a revisão



As características dos instrumentos dos estudos selecionados são apresentadas na Tabela 1. Nos estudos analisados, foram identificados 11 instrumentos para avaliação da dor em idosos com diagnóstico clínico de demência: Doloshort, *Clinical Pain Assessment Tool* (CPAT), *Brief Pain Inventory* (BPI), *Mahoney Pain Scale* (MPS), *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI), *Mobilisation–Observation–Behaviour– Intensity–Dementia* (MOBID-2), *Non-communicative Patient’s Pain Assessment Instrument* (NOPPAIN), *Abbey Pain Scale* (ABS), *Doloplus-2*, *Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) e *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD). As propriedades psicométricas de cada instrumento são apresentadas na Tabela 2.

Dos 11 estudos selecionados, 6 foram estudos metodológicos, 2 estudos prospectivos, 2 estudos transversais e 1 estudo observacional. Quanto ao local de realização dos estudos, todos os 11 foram realizados em Instituições de longa permanência, ou instituições similares; em 4 estudos a amostra apresentou idosos classificados com demência leve, moderada ou grave, 3 apenas com idosos com demência grave, 2 cuja amostra foi constituída por idosos com demência moderada e grave, 1 por amostra com demência leve e moderada e 1 com amostra com demência moderada apenas.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos, de acordo com os critérios de Malta *et al.*²¹, encontra-se na Tabela 3. Em 10 dos 11 estudos a amostra foi representativa com o tamanho das amostras variando entre 40 e 182 participantes. A validade e propriedades psicométricas dos instrumentos foram reportadas por 10 dos 11 estudos selecionados.

TABELA 1: Características dos instrumentos para avaliação da dor em idosos com diagnóstico clínico de demência:

Instrumento	Tipo de escala/nº itens	Método de avaliação	Dimensões da dor avaliadas pelo instrumento	Estrutura de tempo	População alvo	População em que já foi aplicada
Doloshort ²²	Escala numérica de dor, composta por cinco itens	Verbal	Intensidade e localização da dor	Dor atual	Idosos com comunicação limitada	Idosos institucionalizados com demência inicial
CPAT ²³	Pontuação Likert, composta por cinco itens	Observacional	Expressão facial, comportamento, humor, linguagem corporal e nível de atividade.	Dor atual	Residentes institucionalizados com demência	Residentes institucionalizados com demência
BPI ²⁴	Pontuação Likert, quarto itens de intensidade da dor e 6 itens de interferência da dor em atividades	Verbal e observacional	Gravidade da dor e sua interferência com algumas atividades	24 horas anteriores	Pacientes com e sem câncer que tinham dor crônica	Idosos institucionalizados com demência
MPS ²⁵	Pontuação Likert composta por oito itens	Observacional	Presença e severidade da dor.	Dor atual	Idosos em estágio avançado de demência	Idosos institucionalizados com demência
CNPI ²⁶	Seis itens comportamentais pontuados como presente ou ausente em duas situações: em repouso e em movimento	Observacional	Presença de dor.	Na última semana	Idosos institucionalizados	Idosos institucionalizados com dor persistente
MOBID-2 ²⁷	Três itens comportamentais para serem pontuados como presente ou ausente durante 5 situações de mobilização do paciente, e pontuação	Observacional	Presença de dor.	Na última semana	Idosos com demência	Idosos institucionalizados com demência

	Likert com 10 itens para avaliar intensidade da dor.					
NOPPAIN ²⁵	Pontuação Likert composta por 6 itens.	Observacional	Identifica quando a dor ocorre em determinadas atividades de cuidado e intensidade da dor.	Dor atual	População com incapacidades cognitivas, impossibilidade de se comunicar	Idosos com demência institucionalizados
APS ²⁵	Pontuação Likert composta por 6 itens.	Observacional	Intensidade da dor.	Dor atual	Idosos com demência que não conseguem se comunicar	Idosos com demência institucionalizados
Doloplus-2 ^{25,28,29}	Avalia se 10 comportamentos de dor estão presentes ou ausentes.	Observacional	Presença de dor.	Dor atual	Idosos com distúrbios na comunicação	Idosos com demência institucionalizados
PACSLAC ^{25,29,30}	60 itens pontuados como presente ou ausente	Observacional	Presença de dor.	Dor atual	Idosos com demência	Idosos com demência institucionalizados
PAINAD ^{25,26,29,30,31}	Pontuação Likert composta por 5 itens.	Observacional	Presença de dor.	Dor atual	Idosos com mal de Alzheimer avançado	Idosos com demência institucionalizados

TABELA 2: Propriedades psicométricas dos instrumentos para avaliação da dor em idosos com diagnóstico clínico de demência:

Instrumento	Validade para a população com diagnóstico de demência	Confiabilidade		Validado para a população Brasileira
		Intra-examinador/ teste-reteste	Inter-examinador	
Doloshort	Não	Não	Não	Não
CPAT	Sim	Sim	Sim (ICC5 0,71)	Não
BPI	Sim	Sim (0.61-0.84)	Não	Não
MPS	Sim	Não	Sim	Não
CNPI	Sim	Não	Sim (K=0,25/K=0,43)	Não
MOBID-2	Sim	Sim	Sim (ICC =1)	Não
NOPPAIN	Sim	Sim	Sim	Sim
APS	Sim	Não	Sim	Não
Doloplus-2,	Sim	Sim	Sim	Sim
PACSLAC	Sim	Sim	Não	Sim
PAINAD	Sim	Sim	Sim(k=0,31/0,54)	Sim

4 DISCUSSÃO

A avaliação da dor é de grande importância para uma intervenção terapêutica adequada e, frequentemente, baseia-se em relatos e na autopercepção do indivíduo. Em virtude dos vários fatores envolvidos no processo algico, a avaliação da dor deve ser realizada de maneira sistemática e objetiva³³. No paciente idoso com demência, a identificação e avaliação da dor constitui um desafio para o profissional de saúde, uma vez que esses pacientes podem não apenas apresentar dificuldade em relatá-la, mas também expressar a sua dor de maneira diferenciada³³.

Considerando o objetivo de identificar e analisar os instrumentos disponíveis na literatura de avaliação de dor em idosos com diagnóstico clínico de demência, os estudos incluídos nesta revisão apresentaram de modo geral uma boa qualidade metodológica, de acordo com os critérios propostos por Sanderson *et al*²⁰ e o Guidelines STROBE²¹. Dos 11 estudos selecionados, todos apresentaram uma amostra representativa, sendo que apenas o estudo Auret *et al* (2008) não definiu bem a população estudada, pois não relataram os critérios de exclusão para a seleção dos participantes. Todos os estudos descreveram detalhadamente os procedimentos e medidas de avaliação, incluindo os instrumentos para abordagem da dor, reportando a validade e confiabilidade dos mesmos. A partir da presente revisão da literatura foram identificados 11 instrumentos de avaliação da dor usados na população de idosos com demência: Doloplus-2, Doloshort, CPAT, BPI, MPS CNPI, MOBID-2, NOPPAIN, APS, PACSLAC e PAINAD. De acordo com a literatura pesquisada, os instrumentos avaliados possuem uma boa validade de construção e boa consistência interna³³.

Em relação às propriedades psicométricas, os instrumentos Doloplus-2, Doloshort, CPAT, MPS, MOBID-2, NOPPAIN apresentaram confiabilidade intra e/ou interexaminador de moderada a boa. Os autores que fizeram uso do APS argumentam que mais pesquisas são necessárias para uma verificação da confiabilidade teste-reteste dessa ferramenta de avaliação da dor. Ersek *et al*²⁶, utilizaram em seu estudo o CNPI e relataram que o instrumento avalia comportamentos que são raramente observados em repouso ou em movimento durante experiência de dor. Esses autores argumentam que tal fato diminui a sensibilidade e aplicabilidade do instrumento. Já o PACSLAC foi usado por 3

estudos, entretanto, os autores verificaram que apesar de apresentar uma alta consistência interna, mais estudos são necessários para avaliar a confiabilidade inter-examinador e teste-reteste da ferramenta. Quanto a aplicabilidade clínica do PAINAD, nos quatro estudos em que foi empregado para avaliação da dor, observou-se que a escala apresentou baixa utilidade clínica, além de baixa qualidade psicométrica para a subescala respiração. Em relação aos demais instrumentos usados nos artigos incluídos nessa revisão a necessidade de mais estudos para investigar a aplicabilidade clínica dos mesmos é evidente. Embora apenas um estudo tenha usado o NOPPAIN, Sheu *et al*²⁵ relata que além de boa qualidade psicométrica, este instrumento tem potencial para o uso clínico.

Dos instrumentos avaliados, apenas o CPAT aborda a avaliação de forma mais abrangente, considerando não apenas a presença e localização da dor, mas também aspectos como expressão facial, linguagem corporal, comportamento e humor. Já o BPI, além de investigar a intensidade da dor, verifica também a sua interferência nas atividades de vida diária e na relação com os outros, permitindo uma abordagem multiprofissional. Os demais instrumentos restringiram a avaliação à presença, localização e intensidade da dor. Embora esta abordagem possa ser limitada, em determinadas situações e locais onde a dor deve ser aferida diariamente, instrumentos mais sucintos podem facilitar a aplicação na prática clínica. Quanto à forma de aplicação dos instrumentos, estas variaram em forma verbal (Doloshort), observacional (CPAT, MPS, CNPI, MOBID-2, NOPPAIN, APS, Doloplus-2, PACSLAC e PAINAD) e mista (observacional e verbal) (BPI). As escalas de aplicação observacional foram as mais utilizadas possivelmente pela incapacidade do paciente se comunicar, devido ao quadro de demência. Porém, para que esta forma de aplicação seja efetiva, é necessário que haja um bom treinamento do aplicador para que a dor seja detectada corretamente e a abordagem terapêutica seja efetiva.

Considerando as peculiaridades do idoso com demência, alguns dos instrumentos identificados na literatura apresentaram limitações ao serem empregados nessa população específica. O estudo de Pautex *et al*²⁵ demonstrou que o Doloshort teve aplicabilidade limitada para idosos com demência, uma vez que exige a compreensão da Escala Visual Analógica (EVA) o que geralmente não ocorre devido ao déficit cognitivo nesses pacientes. Ao comparar diferentes instrumentos para avaliar a dor em idosos com dificuldade de comunicação verbal,

Sheu *et al*²⁵ observaram que a escala MPS, foi a que melhor avaliou a intensidade da dor comparada aos demais instrumentos usados no estudo (APS, PAINAD, PACSLAC, NOPPAIN e Dolopius-2). Já as escalas NOPAIN e PAINAD não foram capazes de distinguir muito bem as intensidades de dor baixa e moderada, e moderada e intensa, evidenciando a limitação desses instrumentos e consequentemente comprometendo a correta abordagem da dor na prática clínica. Esses mesmos autores também verificaram que durante a aplicação da ferramenta PAINAD, as expressões de dor podem ser confundidas com outras manifestações relacionadas ao medo, stress, angústia, levando a resultados falso-positivos, o que comprometeria a sua efetividade. O problema semelhante foi relatado por Husebo *et al* em relação ao MOBID-2²⁷.

Já Ersek *et al*²⁶ verificaram que as escalas PAINAD e CNPI apresentaram efeito chão, principalmente quando o paciente estava dormindo. Dessa forma, para que a avaliação da dor seja mais efetiva, esses instrumentos não devem ser aplicados de forma isolada para avaliar dor em idosos com demência. Zwakhalen *et al*²⁹ relataram que dentre as escalas PAINAD, PACSLAC e Dolopius-2, PACSLAC é a ferramenta mais simples e útil para uso clínico apesar de conter maior número de itens. Em relação a Dolopius-2, Pautex *et al*²⁸ relataram que a escala é de fácil e rápida aplicação sendo extremamente útil no ambiente hospitalar.

O tipo de dor mais frequente na população idosa, especialmente em Instituições de longa permanência, está relacionado com a presença de artrite e problemas musculoesqueléticos, incluindo osteoartrite e dor lombar. Outros problemas comuns incluem câibras nas pernas, dores de cabeça, e claudicação³. Dos artigos selecionados, 4 deles utilizaram participantes com dores causadas por alguma disfunção musculoesquelética. Dos instrumentos, apenas o MOBID-2 possui uma parte voltada para a avaliação de dor relacionada ao sistema musculoesquelético, porém, os estudos demonstram que além dessa ferramenta, as outras também foram úteis para a avaliação de dor musculoesquelética em idosos com demência. Tais aspectos demonstram a necessidade da avaliação da dor em pacientes com demência utilizando ferramentas específicas para essa população e propriedades psicométricas já citadas. Além disso, a alta prevalência de dor de origem musculoesquelética demonstra a importância da intervenção fisioterapêutica na abordagem da dor nesses pacientes.

O correto manejo da dor tem implicações importantes para a implementação de cuidados, melhoria do estado funcional e da qualidade de vida. Idosos mais fragilizados e dependentes, especialmente aqueles que vivem em Instituições de longa permanência, muitas vezes têm necessidades especiais para tratamento de dor aguda, como quando se encontram em situações de pós-operatório, bem como quando apresentam câncer em estágios terminais^{34,35}. Dessa forma, a melhora dos sintomas álgicos, do conforto e a promoção da independência são os objetivos mais importantes na abordagem do idoso com demência³⁴.

Além de utilizar escalas e instrumentos específicos de avaliação da dor em idosos com demência, a fisioterapia deve também incluir em sua avaliação a palpação de pontos gatilhos e de manobras que podem reproduzir a dor por meio da movimentação passiva e mobilidade articular³⁴. Segundo Husebo *et al*²⁷, a avaliação da intensidade da dor inferida deve ser baseada também em comportamentos do paciente com movimentos ativo ou ativo assistido padronizados, pois com a dor tendem a evitar movimentos e assim ocultá-la. Por meio dessas manobras, o indivíduo pode manifestar o seu desconforto devido à dor quando se movimenta um membro ou articulação específica. Desta forma, podemos localizar a dor e intervir da maneira adequada de acordo com a região acometida do corpo. Essas manobras específicas devem ser realizadas antes e após o tratamento, a fim de verificar a eficácia do método de manejo da dor utilizado. Além disso, a avaliação fisioterapêutica da dor pode complementar os achados verificados pelos instrumentos de dor para os idosos com demência, uma vez que alguns instrumentos apresentam limitações de aplicabilidade para essa população.

Embora haja uma grande variedade de modalidades terapêuticas para o tratamento da dor, as questões multifatoriais que contribuem para a dor no idoso, podem exigir uma abordagem de tratamento interdisciplinar. Modalidades físicas e exercícios devem estar no centro desta abordagem para o manejo da dor no paciente geriátrico. Dentre eles temos a termoterapia, que pode utilizar o calor ou frio para analgesia, a terapia manual, que ao empregar a tração e manipulação pode ser eficaz em restaurar o movimento e aliviar a dor, relaxando a musculatura e aliviando compressões e a cinesioterapia, que por meio da movimentação passiva suave, posicionamento adequado pode fornecer alívio a dor e diminuir as complicações associado com repouso prolongado³⁶. Frente às peculiaridades e

maior vulnerabilidade inerentes ao processo de envelhecimento, ao se tratar de pessoas idosas, deve-se optar por métodos seguros e que apresentem o menor risco possível de causar algum dano ao paciente durante o tratamento³⁷.

5 CONCLUSÃO

A necessidade de métodos de avaliação verbal ou observacional para identificar com precisão a dor em idosos com demência é crescente com a incidência e prevalência de demência na população idosa. A presente revisão demonstrou a escassez de estudos que abordam a avaliação da dor em idosos com diagnóstico clínico de demência. Além disso, observa-se que os instrumentos usados apresentam algumas limitações em sua aplicabilidade clínica, necessitando do uso de avaliações complementares para uma correta abordagem da dor nesses pacientes. Mais pesquisas são necessárias para investigar a aplicabilidade clínica desses instrumentos, principalmente no contexto da fisioterapia a fim de que o manejo da dor seja mais efetivo nesses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Cartilha IBGE, 2008.
2. CHAIMOWICS, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v.31, n.2, p.184-200, 1997.
3. MATHERS, C.D. ; VOS, E.T. ; STEVESON, C.E. ; BEGG, S.J. The Australian burden of disease study: measuring the loss of health from disease, injuries and risk factors. **Medical Journal of Australia**. v.172, n.12, p.592-596, 2000.
4. AGUERO-TORRES, H.; QIU, C.; WINBLAD, B.; FRATIGLIONE, L. Dementing disorders in the elderly: evolution of disease severity over 7 years. **Alzheimer Disease and Associated Disorder**. v.16, n.4, p.221-227, 2002.
5. HEBERT, M.; PARLATO, V.; LESE, G.B.; DABAJ, A.;FORETTE, F.; BOLLER, F. Survival in Institutionalized Patients: Influence of Dementia and Loss of Functional Capacities. **Archives Neurology**. v. 52, p. 469-476, 1995.
6. BASSUK, S.S.; WIPIJ, D.; BERKMAN, L.F. Cognitive Impairment and Mortality in the Community-dwelling Elderly. **American Journal of Epidemiology**. v.151. n.7, p. 676-688, 2000.
7. KATO, E.M.; RADANOVIC,M. **Fisioterapia nas demências**. São Paulo:Atheneu, 2008. 232 p.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association,1994.
9. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. **Pain**. v.6, p. 249-252, 1979.
10. FARRELL, M.J.; KATZ, B.; HELME, R.D. The impact of dementia onthe pain experience. **Pain**. v. 67, p. 7–15, 1996.
11. BROWN, C.A. Pain in communication impaired residents with dementia: Analysis of Resident Assessment Instrument (RAI) data. **Dementia**. v. 9, n. 9, p. 375–389, 2003.
12. BLYTH, F. M., CUMMING, R., MITCHELL, P., & Wang, J. J. Pain and falls in older people. **European Journal of Pain**. v. 11, n. 5, p. 564–571, 2007.

13. HERR, K.; BJORO, K.; DECKER, S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 31, n. 2, p. 170–192, 2006.
14. 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. **BMC Geriatrics**. v.6, 2006.
15. TAMBORELLI, V.; COSTA, A.F.; PEREIRA, V.V.; TORTURELLA, M. O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. **Geriatrics & Gerontologia**. v. 4, n.3, p.146-153, 2010.
16. FELDT, K.S. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). **Management Nursing**. v.1, n. 1, p 13-21, March, 2000.
17. AMINOFFA, B. Z.; PURITSA, E.; NOYA, S.; ABRAHAM, A. Measuring the suffering of end-stage dementia: reliability and validity of the Mini-Suffering State Examination. **Arch. Gerontology and Geriatrics**. v.38, p. 123-130, 2004.
18. MIRÓ, J.; HUGUET, A.; NIETO, R.; PARADES, S.; BAOS, J. Evaluation of Reliability, Validity, and Preference for a Pain Intensity Scale for Use With the Elderly. **The Journal of Pain**. v.6, n.11, p. 727-735, 2005.
19. HADJISTAVROPOULOS, T.; FITZGERALD, T.D.; MARCHILDON, G. P. Practice Guidelines for Assessing Pain in Older Persons with Dementia Residing in Long-Term Care Facilities. **Physiotherapy Canada**, v.62, n.2.
20. SANDERSON, S.; TATT, I.D.; HIGGINS, J.P.T. Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: a systematic review and annotated bibliography. **International Journal of Epidemiology**. v. 36, p. 666-676, 2007.
21. MALTA, M.; CARDOSO, L.; BASTOS, F.; MAGNANNI, M.; COSME, S. Iniciativa STROBE: subsídios para comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n.3, p. 559-665, 2010.
22. PAUTEX, S; HERRMANN, F.R.; LE LOUS, P.; GOLD, G. Improving pain management in elderly patients with dementia: validation of the Doloshort observational pain assessment scale. **Ageing Published electronically**. v. 172, p.14, September, 2009.
23. CERVO, F. A.; BRUCKENTHAL, P.; CHEN, J.J.; BRING-LONG, L.E.; FIELDS, S.; ZHANG, G.; STRONGWATER, I. Pain Assessment in Nursing Home Residents With Dementia: Psychometric Properties and Clinical Utility of the CNA Pain Assessment Tool (CPAT). **JAMDA** . v. 10, n. 7, p.505-10, September 2009.
24. AURET, K. A.; TOYE, C.; GOUCKE, R.; , KRISTJANSON, L.J.; BRUCE, D.; SCHUNG, S. Development and Testing of a Modified Version of the Brief Pain Inventory for Use in Residential Aged Care Facilities. **Jags**. v. 56, n. 2, February 2008.

25. SHEU, E. B. A.; VERSLOOT, J.; NADER, R.; KERR, d.; CRAIG, K. D. Pain in the Elderly Validity of Facial Expression Components of Observational Measures. **Clinical Journal Pain**. v. 27, n. 7, September 2011.
26. ERSEK, M.; HERR, K.; NERADILEK, M. B.; BUCK, H.G.; BLACK, B.. Comparing the Psychometric Properties of the Checklist of Nonverbal Pain Behaviors (CNPI) and the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAIN-AD) Instruments. **Pain Medicine**. v. 11, p. 395–404, 2010.
27. HUSEBO, B. S.; STARND, L.I.; MOE-NILSSEN, R.; LJUNGGREN, A.E. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. **Journal compilation**. v.24, p.380–391, 2010.
28. PAUTEX, S; HERRMANN, F.R.; MICHON., A.; GIANNAKOPOULOS, P.; GOLD, G. Psychometric Properties of the Doloplus-2 Observational Pain Assessment Scale and Comparison to Self-assessment in Hospitalized Elderly. **Clin J Pain**. v.23, n.9, November/December 2007.
29. ZWAKHALEN, S.M.G.; HAMERS, J.P.H.; BERGER, M.P.F. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. **Pain**. v.126, p.210–220, 2006.
30. FUCHS-LACELLE, S.; HADJISTAVROPOULO, T.; Development and Preliminary Validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC). **Pain Management Nursing**. v.5, n.1, p. 37-49, (March), 2004.
31. LEONG, I.Y.O.; CHONG, M; S.; GIBSON, S.J. The use of a self-reported pain measure, a nurse-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study. **Age and Ageing**. v.35, p. 252-256, 2006.
32. 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 Geriatr Psychiatry**. v. 26, p. 118–126, 2011.
33. OLTRAMARI G. **Influência da resiliência na dor crônica de idosos**. Porto Alegre: PUCRS, 2010. 56 p.
34. FERRELL, Bruce A. MD. Pain Evaluation and Management in the Nursing Home. **Ann Intern Med**. v. 123, n.9, p. 681-687, novembro, 1995.
35. McAULIFFE, L.; NAY, R.; O'DONNELL, M.; FETHERSTONHAUGH, D. Pain assessment in older people with dementia: literature review. **Journal of Advanced Nursing**. v. 65, n.1, p. 2-10, 2008.

36. SCHERDER, E.J.A.; PLOOIJ,B. Assessment and Management of Pain, with Particular Emphasis on Central Neuropathic Pain, in Moderate to Severe Dementia. **Drugs Aging.** v.29, p.701–706, 2012.
37. GLOTH, M.J.; MATESI, A.M. Physical Therapy and exercise in pain management. **Clinics Geriatric Medicine.** v. 17, n. 3, August, 2001.

APÊNDICE 1:

Tabela 4: Características dos estudos incluídos na revisão:

Autor/Ano	Tipo de Estudo	Amostra	Instrumento Dor	Resultados
LEONG, CHONG, GIBSON, 2006	Estudo Metodológico	88 residentes de uma casa de repouso, 61.4 do sexo feminino, média de idade 79.6 a.	PAINAD, self-reported pain score (SRPS), a nurse-reported pain score (NRPS)	O PAINAD correlacionado com o NRPS ; ambas as escalas correlacionaram mal com SRP. O PAINAD foi significativamente diferente para cada nível dos PNR. Sobre o SRPs, a PAINAD para o grupo com dor moderada foi significativamente diferente dos grupos com dor leve e sem dor. Havia uma diferença entre os SRP e os PNR quando os moradores estavam deprimidos, mas nenhuma diferença quando não estavam. Nossa versão categórica do PAINAD mostrou boa concordância com os PNR.
Putex <i>et al</i> , 2009	Estudo prospectivo	108 idosos hospitalizados, com idade acima de 65 anos, com média de idade de 81 anos, e proporção homem/mulher de 54/61.	Doloshort	Embora Doloshort tenha menos itens, sua sensibilidade e especificidade foram comparáveis ao longo Doloplus-2. Doloshort também foi capaz de medir as mudanças na intensidade da dor e discriminar a dor de sintomas comportamentais, como ansiedade e depressão. I Quase a metade dos pacientes (49%) relataram a dor em resposta a uma pergunta direta. A administração de Doloplus-2 foi possível em todos os 180 doentes.
Putex <i>et al</i> , 2007	Estudo prospectivo	180 pacientes residentes de instituições de longa permanência, com média de idade de 83.7, com 133 mulheres e 47 homens	Doloplus-2	Doloplus-2 correlacionou moderadamente com a auto-avaliação. Para encurtar Doloplus-2, construiu-se uma versão com apenas os 5 itens que foram significativamente associados com a VAS no múltiplo modelos de regressão.

Cervo <i>et al.</i> , 2009	Estudo Metodológico	Participantes recrutados de 3 ILP, com o total de 145, 72 mulheres e 73 homens	CPAT	O CPAT foi encontrado níveis aceitáveis tanto de confiabilidade entre (ICC50.71) e teste-reteste confiabilidade (ICC50.67). A validade de construção, medida por um teste de t emparelhado foi estatisticamente significativa (P5.043). A validade de critério como medido por Spearman, coeficiente de correlação de classificação também foi estatisticamente significativa (P5.048). A consistência interna foi aceitável para todas as medidas, calculados pelo alfa de alfa, que variaram de 0,72 a 0,84. como determinada por uma pesquisa praticidade, o CPAT demonstrou ser clinicamente útil e viável instrumento.
Jordan <i>et al.</i> , 2010	Estudo Metodológico	79 idosos, 72% mulheres e 28% homens, com média de idade de 82 anos	PAINAD	As análises sugerem que o PACSLAC é capaz de discriminar entre os eventos de dor (durante o qual houve uma causa clara e reconhecível para a dor dos pacientes), eventos durante o qual pacientes estavam experimentando angústia não doloroso, e situações durante que os pacientes estavam calmos. Setenta e nove participantes completaram o estudo, 39 participantes com pontuação acima de dois no PAINAD. Destes, apenas 13 foram avaliados como sendo de dor. Os outros 26 participantes que pontuaram acima do corte do PAINAD não sentiam a dor. Em vez disso, seu comportamento tinha uma psicossocial explicação, muitas vezes a ver com uma falta de compreensão sobre o que estava acontecendo com eles. A sensibilidade do PAINAD foi de 92%. Naqueles com dor, uma diminuição significativa foi demonstrada nos escores PAINAD sobre o tratamento para a dor após a intervenção.
Ersek <i>et al.</i> , 2010	Estudo descritivo transversal	60 idosos residentes de ILP, 88% mulheres, com média de idade de 89 anos	PAINAD e CNPI	

Auret, 2008	Estudo Metodológico	33 participantes na fase 1, com média de idade de 85 anos. 149 participantes, com média de idade de 85 anos, e 765 mulheres. Todos residentes de ILP.	BPI	A consistência interna para ambas as ferramentas foi bom, exceto para o CNPI em repouso por um avaliador. A confiabilidade interavaliadores para a presença de dor foi justo ($K = 0,25$ para CNPI com movimento; $K = 0,31$ para a PAINAD resto) a moderada ($K = 0,43$ para CNPI em repouso; $K = 0,54$ para PAINAD com movimento). Houve significativa diferenças de médias CNPI e PAINAD em repouso e durante o movimento, fornecendo suporte para construir validade. No entanto, ambas as ferramentas demonstraram marcados efeitos de fundo, principalmente quando os participantes estavam em repouso.
Husebo <i>et al.</i> , 2010	Estudo transversal	77 residentes de ILP	MOBID-2	A ferramenta curta compreende três itens para avaliar a intensidade da dor e três para avaliar a interferência da dor. Ele também inclui um artigo para especificar a localização da dor e um protocolo de movimento. Coeficiente alfa de Cronbach para 6 de intensidade e itens de interferência foi de 0,72
Fuchs-Lacelle <i>et al.</i> , 2004	Estudo Metodológico	40 pacientes de ILP, sendo 11 homens e 29 mulheres, média de idade de 83,2 anos	PACSLAC	A prevalência de dor foi de 81%, com predominância para o sistema músculo-esquelético, altamente associado com o escore de dor MOBID-2 em geral ($\rho = 0,82$). A maior prevalência foi de dor nas pernas. Dor na pelve e / ou órgãos genitais foi frequentemente observada. Moderada a excelente concordância foi demonstrada para comportamentos e desenhos de dor ($\kappa = 0,41-0,90$ e $0,46-0,93$). Confiabilidade entre avaliadores e teste-reteste para a intensidade da dor era muito bom, ICC (1, 1) que varia 0,80-0,94 e 0,60-0,94. A consistência interna foi altamente satisfatório; Cronbach variando de 0,82-0,84. Intensidade de dor global por MOBID-2 foi bem correlacionada com exame clínico médicos e variáveis definidas de dor .
Zwakhalen <i>et al.</i> , 2006	Estudo Observacional	O estudo envolveu 144 pacientes do lar de idosos, incluindo 128 pacientes com demência	Doloplus-2, Painad, Pacslac	O PACSLAC foi avaliada como a escala mais útil por enfermeiros. Ele demonstrou boa validade e confiabilidade, embora a escala deve ser aperfeiçoada. Este refinamento deve aumentar a homogeneidade. O PAINAD mostrou boa qualidade psicométricas

Sheu *et al.*,
2011

Estudo
metodológico

de 12 psico-geriátricos (PG) e 16 pacientes de enfermagem somaticamente doentes em casa e que recebiam a vacina contra gripe.

Total de 60 indivíduos, 49 mulheres e 11 homens, média de idade de 84 anos.

Doloplus-2 ,
Mahoney Pain
Scale (MPS),
Abbey Pain Scale,
NOPAIN,
PACSLAC,
PAINAD

em termos de confiabilidade, validade e homogeneidade. A escala PAINAD apresentaram menores escores utilidade clínica nesta amostra. A versão holandesa do DOLOPLUS-2 foi considerado a mais difícil de usar, mas mostrou qualidades psicométricas aceitáveis em termos das questões avaliadas, exceto para o psicossocial 'subescala reacções. IC do DOLOPLUS foram adequados para a escala total e quase todas as subescalas .

Em geral, as escalas que forneceram descrições específicas usando o empiricamente expressões faciais associadas com a dor cedeu maior sensibilidade, confiabilidade entre juízes e validade como índices de dor.