

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

Autor: Ana Filipa Bentes Pinto

Mestre em Cuidados Paliativos e Pós Graduada em Dor

Enfermeira no serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Central

email: filipapinto2001@hotmail.com

Resumo

Com o envelhecimento da população, aumenta também a prevalência da demência. Devido às várias comorbilidades associadas ao envelhecimento, a dor é um sintoma comum nesta população especial. Os défices cognitivos e alterações comportamentais associados à demência, dificultam o auto relato da experiência de dor, tornando mais complexa a sua avaliação. Como consequência, os idosos com demência, têm frequentemente a dor subavaliada e subtratada. Deste modo, é imprescindível a utilização de instrumentos de avaliação específicos para esta população, seguindo as boas práticas no controle e gestão da dor, permitindo uma melhoria da qualidade de vida. Neste artigo pretende-se fazer uma revisão deste tema complexo, focando os princípios gerais e barreiras na avaliação e tratamento da dor, dando ênfase às escalas comportamentais validadas e adaptadas culturalmente para a língua Portuguesa.

Palavras chave - Idoso; Demência; Avaliação da Dor

Abstract

With an aging population, the prevalence of dementia increases. Due to the comorbidities variability associated with aging, pain has a high prevalence in this special population. Cognitive deficits and behavioral changes associated with dementia will hamper the self report of pain experience, making more complex their evaluation and later its control. As result, older people with dementia often have pain underassessed and undertreated. Thus, the use of specific assessment tools for this population is essential, following the best practices in the assessment and management of pain, which allows an improvement in quality of life. This article intends to be a review of this complex subject, focusing on the general principles and barriers in the assessment and management of pain, emphasizing ace validated behavioral scales and culturally adapted to Portuguese.

Key words: Older people; Dementia; Pain Assessment

INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida a nível mundial e o consequente envelhecimento da população, especialmente no contexto europeu e português em particular, aumenta também o risco de défices cognitivos associados a demências das várias etiologias. Em Portugal, dados de 2014, referem-se á existência de 20,3% de idosos, sendo o 5º país da UE com maior índice de envelhecimento,¹ com uma esperança de vida de 77 anos para os homens e 83 anos para as mulheres.²

O acentuado aumento da prevalência nos idosos, faz da Demência uma patologia do envelhecimento³, sendo a idade o seu maior fator de risco.⁴ Em Portugal, os dados epidemiológicos referem a existência de cerca de 153 mil pessoas com Demência.⁴ Um estudo de 2015, aponta para 160287 pessoas com mais de 60 anos com Demência, sendo que acima dos 80 anos encontram-se mais de 64% dos casos.⁵ Estima-se que nas próximas décadas a esperança de vida continue a aumentar atingindo os 84 anos para os homens e perto dos 90 anos para as mulheres em 2060⁶, prevendo-se assim um aumento dos casos de demência. Também no contexto europeu estima-se uma duplicação do número de pessoas com demência, que poderão chegar aos 14 milhões em 2040.⁴ A nível mundial dos 46,8 milhões em 2015, prevê-se que em 2050 sejam 131,5 milhões de pessoas com demência.⁷

Uma investigação Norueguesa indica que existe uma elevada prevalência da demência em idosos institucionalizados, com percentagens que rondam os 80%.⁸ A União das Misericórdias Portuguesas⁹ realizou um estudo com 1503 idosos em 23 instituições, com média de idades de 80 anos e concluiu que cerca de 78% têm défice cognitivo ou demência.

A dor, e em especial a dor crónica tem uma elevada prevalência na população idosa,¹⁰ podendo variar entre 45 e 80%.^{8,11,12,13} Num estudo realizado na comunidade, refere que 90% dos idosos entre os 70 e os 90 anos, tiveram experiência de dor no mês anterior.¹⁴

A complexidade dos défices cognitivos, nomeadamente ao nível da comunicação e da memória, assim como as alterações comportamentais existentes na demência dificultam a avaliação da dor e consequentemente o seu adequado tratamento. A maior barreira à

avaliação e tratamento da dor prende-se com a incapacidade do idoso para relatar a sua experiência de dor.^{15,16} Assim, torna-se necessária a implementação de estratégias de gestão da dor e de instrumentos de heteroavaliação que sejam eficazes para melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Este artigo pretende fazer uma revisão da complexidade da avaliação da dor no idoso com demência, dos princípios gerais e barreiras na avaliação e controle da dor, e das várias escalas comportamentais utilizadas para esta população específica, dando ênfase às validadas e adaptadas culturalmente para a população portuguesa.

METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados EBSCOhost - research databases (CINAHL Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection Full Text; Cochrane Plus Collection full Text; MedicLatina e MEDLINE with Full Text.). Foram considerados os artigos em que se conseguiu obter o resumo ou textos completos e que foram publicados entre janeiro de 1999 e dezembro de 2016. Foi também realizada pesquisa no Google académico com os mesmos descritores em português e Inglês.

O IDOSO COM DEMÊNCIA

A Demência, pode ser definida como um síndrome causada por doença cerebral, geralmente de natureza crónica ou progressiva em que há um comprometimento das funções corticais superiores, tais como a memória , o pensamento , orientação , compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem , linguagem e julgamento.¹⁷

Podem-se classificar em *Demências Reversíveis*, resultantes de doenças endócrinas, deficiências vitamínicas, doenças infecciosas, neoplasias, hidrocefalia, hematoma subdural crónico e *Demências não Reversíveis*, tais como, a demência vascular, demência pós traumática, demência associada ao HIV, demências degenerativas

(doença Alzheimer, demência frontotemporal, demência associada a doenças extrapiramidais).¹⁸

A Doença de Alzheimer é a demência mais comum, com cerca de 60 a 70% dos casos, duplicando a sua prevalência a cada 5 anos após os 60 anos.³ A demência vascular é o segundo tipo de demência mais prevalente com cerca de 20 a 30% dos casos.¹⁸

Ao longo do curso da doença processam-se várias alterações no funcionamento cognitivo. Na fase inicial, a pessoa apresenta falhas de memória, desorientação, alterações na linguagem, dificuldade na resolução de problemas, alterações da personalidade ou perturbações do humor. Nas fases mais avançadas o idoso pode apresentar apraxia, agnosia, afasia, alterações perceptivas, perturbações do sono/vigília ou delírios. Na fase terminal, apresenta-se em mutismo, dificilmente reconhece as pessoas, tem dificuldades na alimentação, incontinência, atrofia muscular, perde a postura ereta. Nesta fase apresenta um risco aumentado para algumas complicações médicas como infeções urinárias e respiratórias, obstipação e úlceras por pressão.¹⁹

As causas de dor ou desconforto mais frequentes nos idosos são a obstipação, infeções, fracturas, úlceras por pressão, patologia osteoarticular, nevralgia pós herpética e neuropatias periféricas, entre outras.²⁰ Por outro lado, numa investigação realizada com idosos institucionalizados na Noruega, os diagnósticos mais comuns que originaram dor foram o acidente vascular cerebral, fraturas, angina, mialgia, artrite e o cancro.⁸ A dor sendo comum no idoso, também é comum no idoso com demência. As suas causas são semelhantes às dos idosos sem défice cognitivo.²¹

Há evidência de que a percepção e processamento da dor não estão diminuídos nas pessoas com doença de Alzheimer.²² No entanto, existe referência a uma maior tolerância à dor nos doentes com demência, sendo que quanto maior o grau de demência maior a tolerância à dor.²³ Existe também uma elevada probabilidade da terapêutica analgésica ser menos eficaz em alguns doentes, sendo necessário rever e adequar a medicação.²⁴

Alguns estudos realizados comprovam que os idosos com demência recebem menos medicação analgésica que os idosos sem alterações cognitivas.¹⁵ Noutro estudo

comparativo em idosos institucionalizados, 80% dos idosos sem déficit cognitivo, ou com déficit ligeiro, receberam medicação analgésica, contra apenas 56,2% dos idosos com déficit cognitivo acentuado.²

BARREIRAS NA AVALIAÇÃO DA DOR

Existem vários factores que dificultam a avaliação e tratamento da dor na pessoa com demência. Os profissionais de saúde muitas vezes não reconhecem a dor no idoso com demência, fundamentados no mito de que sentem menos dor que os idosos sem défices cognitivos ou que não podem relatar a dor de forma credível.²⁶

Muitas vezes a pessoa idosa tem dor e é incapaz de interpretar ou comunicar o que sente de forma a que os outros possam perceber.²⁷ Por outro lado, as manifestações comportamentais ou verbalizações da pessoa com demência, não são muitas vezes reconhecidas como manifestações de dor, sendo muito difícil interpretar o significado destas mudanças de comportamento.²⁸ Para complicar ainda mais este processo, nem sempre as alterações do comportamento estão relacionadas com dor, podendo ser manifestações de outro tipo de desconforto,²⁶ dando ênfase à complexidade que é a interpretação destas alterações nestes doentes. Estes distúrbios comportamentais são habitualmente considerados um problema psiquiátrico e só posteriormente uma manifestação de dor.²⁹ Desta forma, a medicação psicotrópica é muitas vezes usada como primeira linha no controle das alterações comportamentais e só mais tarde são usados os analgésicos.²⁸

Todos estes factores, dificultam a identificação, avaliação e tratamento da dor na pessoa com déficit cognitivo acentuado, resultando no deficiente controlo da dor com consequências nefastas para o mesmo. Estas consequências, passam pela diminuição do apetite, distúrbios do sono, agitação, agressões verbais, depressão, isolamento social, alteração da marcha e diminuição das atividades de vida diárias.²⁷

PRINCÍPIOS GERAIS NA AVALIAÇÃO DA DOR

Tal como já foi referido anteriormente, a avaliação da dor no idoso com alterações cognitivas é uma tarefa complexa. Sendo a dor equiparada ao 5º Sinal vital, deve ser avaliada de forma regular e sistemática logo desde o primeiro contato, permitindo otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida.³⁰

Para dar resposta a esta necessidade, foram instituídos alguns princípios gerais para a avaliação da dor nesta população específica. Assim, sempre que possível, deve valorizar-se a autoavaliação da dor, mesmo que com respostas simples como sim ou não.^{31,32} Poderão também obter-se outros relatos da família ou pessoas significativas, em relação às experiências de dor do idoso.³³ Sempre que não for possível uma autoavaliação, deve-se privilegiar uma observação direta da pessoa ou questionar os cuidadores sobre possíveis alterações do comportamento durante as atividades de vida diária, visto que comportamentos não habituais podem ser sinal de dor.³¹

Uma investigação realizada na Florida (EUA)³⁴, que comparou a relação entre a dor e comportamentos disruptivos em idosos com demência, concluiu que a dor intensa está frequentemente associada a comportamentos de agressividade e agitação. Desta forma, a observação dos comportamentos apresentados pelos idosos é um elemento essencial na avaliação da dor,³⁵ sendo importante procurar pelas potenciais causas de dor ou desconforto, tais como patologias ou determinados procedimentos.³²

De acordo com a American Geriatric Society³¹ existem alguns comportamentos comuns às pessoas idosas com défice cognitivo quando sentem dor. Assim, a pessoa com demência, pode expressar a sua dor através de expressões faciais (caretas, testa enrugada); verbalizações ou vocalizações (gemidos, respiração ruidosa, pedidos de ajuda, gritos, agressividade verbal); movimentos corporais (postura corporal tensa, inquietação, balançar, alterações da marcha e da mobilidade); alterações nas relações sociais (alterações do apetite, distúrbios do sono, aumento dos períodos de descanso) e mudanças no estado mental (choro, aumento da confusão, irritabilidade). Quando o idoso apresenta comportamentos sugestivos de dor/desconforto, primeiramente deve-se certificar que as necessidades humanas básicas (fome, sede, calor, posicionamento, uso do sanitário ou contato social) estão devidamente asseguradas.

Perante a possibilidade da presença de dor é imperativo o desenvolvimento de estratégias para o seu controlo.²⁶ Deve-se tentar implementar intervenções não farmacológicas e farmacológicas, controlando os sintomas comportamentais em primeiro lugar com medicação analgésica e só posteriormente com psicotrópicos.³¹

É recomendada a utilização de escalas comportamentais para a avaliação da dor em pessoas idosas não verbais³⁶ sendo essencial uma avaliação sistemática monitorizando o efeito das intervenções instituídas.³⁷

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Para a avaliação da dor em idosos com demência, existem várias escalas comportamentais^{16,38} a maioria delas desenvolvidas com base nas recomendações da American Geriatrics Society.³⁹

Abbey Pain Scale

Esta escala de avaliação da intensidade da dor aguda ou crónica, foi desenvolvida na Austrália, com doentes com demência avançada residentes em lares ou unidades de internamento de longa duração.⁴⁰ Inclui 6 itens: *vocalizações; expressões faciais; alteração da linguagem corporal; alteração comportamental, alterações fisiológicas e alterações físicas*. Em cada um destes itens é atribuída uma pontuação que varia de 0 a 3, sendo 0 = ausente; 1= ligeiro; 2= moderado e 3 = severo, constituindo a pontuação máxima de 18. Quanto maior o Score maior a intensidade da dor. Assim, de 0 a 2- sem dor; de 3 a 7 - dor ligeira; de 8 a 13 - dor moderada e de 14 a 18 - dor severa.^{40,41}

De acordo com alguns autores¹⁶, o parâmetro referente às alterações fisiológicas, não se encontra suportado pela literatura no que diz respeito à avaliação da dor crónica. Apesar de ser a escala sugerida pelas Guidelines, para a avaliação da dor no idoso no Reino Unido⁴², necessita de ser validada com amostras mais significativas.⁴³

Esta escala já se encontra validada e adaptada culturalmente para a população portuguesa⁴¹, numa população de doentes oncológicos não comunicantes em Cuidados Paliativos.

Doloplus 2

Trata-se de uma Escala multidimensional para avaliar a dor crónica em idosos não comunicantes. A escala original é francesa, mas já foi traduzida e adaptada culturalmente para 9 línguas⁴⁴ entre as quais o Português.⁴⁵ É constituída por 10 itens e 3 dimensões – *Repercussão somática* (queixas somáticas, posições antiálgicas em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial e sono). – *Repercussão psicomotora* (higiene e/ou vestir e movimento). – *Repercussão psicossocial* (comunicação, vida social e alterações do comportamento).⁴⁵

Este instrumento avalia essencialmente a progressão da experiência de dor e não a dor num determinado momento,^{44,38} sendo a sua principal desvantagem a não avaliação da dor aguda.⁴⁶ É considerada por alguns autores uma escala de difícil utilização e interpretação.⁴⁷

Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to Communicate (PACSLAC)

Esta escala foi desenvolvida por investigadores no Canadá e testada em lares de idosos⁴⁸ para a avaliação da dor em pessoas com demência. É composta por 60 itens com 4 sub escalas (*expressões faciais* - 13 itens; *atividade/ movimentos corporais* - 20 itens; *comportamento social/personalidade/humor* - 12 itens; *indicadores fisiológicas/alimentação/alterações do sono /comportamento vocal* - 15 itens).⁴⁸

O seu preenchimento deve ser feito observando o idoso durante uma atividade, sendo que a reavaliação deverá ser realizada sempre que exista uma alteração do comportamento relacionado com dor.⁴⁹ É de fácil utilização e o tempo de preenchimento é de cerca de 5 minutos.^{47,50} Outros autores consideram que é uma escala longa com um número excessivo de itens, mas completa.^{46,50}

Este instrumento encontra-se validado para português, e adaptado culturalmente para Portugal como *Lista de itens para avaliação da dor em pessoas idosas com capacidade limitada na comunicação* - PACSLAC-PT ⁴⁹ numa população de idosos com demência residentes em lares. Foi também validada e adaptada para o Brasil.⁵¹

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

Este instrumento de avaliação foi desenvolvido e aplicado a doentes numa Unidade de cuidados na Demência nos EUA,⁵² e foi traduzido e adaptado culturalmente para 6 países.^{44,53}

É constituído por 5 itens: respiração; *vocalização negativa, expressão facial; linguagem corporal e consolabilidade*. A escala oscila entre 0-10, sendo que cada item pontua entre 0 a 2 pontos.^{52,53} Avalia a dor aguda e crónica, sendo de fácil compreensão e utilização após uma curta formação.^{46,47,50}

Foi adaptada culturalmente para a população portuguesa como PAINAD-PT tendo sido aplicada em serviços de medicina e Neurocirurgia em doentes que não tinham capacidade para a autoavaliação da dor.⁵³ Foi também validada para a população brasileira.⁵⁴

Esta escala, juntamente com a Doloplus 2, foi sugerida pelo Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros.⁵⁵

The Non-Communicative Patients's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)

Esta escala foi desenvolvida originalmente em língua Inglesa e foi apenas traduzida e validada para Italiano e Português do Brasil.^{44,56} Adequada para a avaliação dos comportamentos de dor das pessoas com demência, sendo feita a observação durante a prestação de cuidados.¹⁶ É constituída por 4 seções: 9 figuras de cuidados em que podem ser observados comportamentos de dor, tais como o banho, vestir, transferências, alimentação, andar; 6 figuras sobre a presença/ausência de dor (palavras de dor, ruídos de dor, facies de dor, inquietação, fricção, posição antiálgica); classificação subjectiva da intensidade dos comportamentos de dor numa escala de 0 a 5; e por fim a intensidade global da dor no pior momento numa escala de 0-10. O score total da escala será o somatório de todas as seções.⁵⁶

Esta escala foi considerada de fácil utilização, embora não faculte a interpretação do score e não tenha sido testada em ambiente clínico.⁴⁷ Foi testada para utilização por auxiliares de enfermagem,^{16,38} contudo, é questionável se estes profissionais têm capacidade para dar resposta a um problema complexo como a avaliação da dor durante

a prestação de cuidados.³⁸ Para outros autores, necessita de ser testada em amostras maiores.⁴³

Foram focados os instrumentos validados para Português de Portugal ou Brasil. Contudo, existem muitos outros instrumentos que foram desenvolvidos e validados para esta população específica, que não se encontram validados para português tais como: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI),^{16,38,44,46} Assessment of Discomfort in Dementia protocol (ADD); Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE);^{16,38,44}; L'echelle Comportamentale pour Personne Agées (ECPA);^{16,46} Rating Pain in Dementia (RaPID); The Observational pain Behaviour; The Simplified Behavioral Scale³⁸ Discomfort in Dementia of the Alzheimer's type (DS-DAT)^{16,57}; Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT) ; Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia MOBID2 Pain Scale e Mahoney Pain Scale (MPS).⁴⁴

As várias escalas comportamentais para avaliação da dor apresentam algumas limitações, comprovando a complexidade da avaliação da dor em pessoas não verbais⁵⁰ e a necessária formação por parte dos profissionais.

CONCLUSÃO

A Dor constitui um foco de atenção de Enfermagem⁵⁸ e um Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, devendo o enfermeiro implementar medidas que contribuam para o bem estar dos utentes.⁵⁹ Assim, o conforto é colocado no centro da atenção dos enfermeiros, sendo que as ações que lhe são dirigidas têm uma forte ligação ao cuidar em enfermagem.⁶⁰

Os enfermeiros, inseridos nas equipas interdisciplinares de saúde, têm uma posição privilegiada na avaliação e controle da dor, pela proximidade e tempo de contato⁵⁵ especialmente nesta população, que devido ao elevado grau de dependência nas atividades de vida diária, requer maior atenção e tempo por parte dos enfermeiros. Assim sendo, têm um papel importante na identificação de sinais/comportamentos sugestivos de dor/desconforto. É de salientar que a maioria das escalas comportamentais

de avaliação da dor apresentadas neste artigo, foram desenvolvidas e/ou validadas por enfermeiros, demonstrando a importância que este tema tem para estes profissionais.

Desta forma fica patente neste artigo, que a avaliação da dor na pessoa idosa com demência é de elevada complexidade devido à dificuldade/incapacidade da mesma expressar a sua dor. Por isso, constituem um grupo de risco para a dor subavaliada e consequentemente não controlada. Torna-se assim muito importante que os profissionais de saúde e os familiares cuidadores tomem este problema como um foco de atenção nos cuidados a prestar a estes doentes. É imperativo a implementação adequada de escalas comportamentais de avaliação da dor já validadas para a população portuguesa, nos vários contextos onde existem pessoas com défices cognitivos, e fomentar a formação em Dor e em Demências aos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Destaque. Informação á comunicação social. Dia Mundial da população. Julho 2015. Disponível em: http://www.peprobe.com/wp-content/uploads/2015/07/10Dia_Mundial_Pop_2015.pdf
2. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas de 2014. Disponível em: http://www.cm-gondomar.pt/uploads/writer_file/document/4372/Estat_sticas_Demogr_ficas_2014.pdf
3. Nunes, B. “A Demência em números”. In: Caldas, AC; Mendonça, A. *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas. 2005. 11-26.
4. Alzheimer Portugal. *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer*. Trabalho preparatório para a Conferência “Doença de Alzheimer: que políticas?”. Out 2009.
5. Santana, I; Farinha, F; Freitas, S; Rodrigues, V; Carvalho, A. *Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação*. Acta Med Port 2015 Mar-Apr;28(2):182-188.

6. Instituto Nacional de Estatística. Destaque. Informação á comunicação social. Dia Mundial da população. Julho 2014. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2
7. Alzheimer`s Disease international. *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Out 2015. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
8. Torvik, K; Kaasa, S; Kirkevold, O; Rustøen, T. *Pain in patients living in Norwegian nursing homes*. Palliative Medicine 2009; 23: 8–16
9. Porto Canal. *Estudo mostra que quase 80% dos idosos que vivem em lares sofrem de demência*. Notícia de 6 de abril de 2016. Disponível em: <http://portocanal.sapo.pt/noticia/87514/>
10. Passmore, P; Cunningham, E. *Pain Assessment in Cognitive Impairment*. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. 2014;28:305–307.
11. Andrade, D; Faria, J; Caramelli, P; Siqueira, S; Yeng, L; Alvarenga, L; Galhardoni, R; Teixeira, M. *The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient*. Arq Neuropsiquiatr 2011;69(2-B):387-394. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/anp/v69n2b/v69n2ba23.pdf>
12. Zwakhalen, SM; Koopmans, RT; Geels, PJ; Berger, MP; Hamers, JP: *The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale*. Eur J Pain 13:89-93, 2009.
13. Smalbrugge, M; Jongenelis, LK; Pot, AM; Beekman, ATF; Eefsting, JA. *Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment – an observational cohort study*. BMC Geriatr 2007; 7: 1–9. Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-7-3>
14. Brown,ST; Kirkpatrick, M; Swanson, M; McKenzie, L. *Pain Experience of the Elderly*. Pain Manag Nurs. 2011 Dec;12(4):190-6.

15. Morrison, R; Siu, A. *A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact patients with Hip Fracture*. Journal of Pain and Symptom Management. 2000. Apr; 19(4); 240-248. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12517306_A_Comparison_of_Pain_and_Its_Treatment_in_Advanced_Dementia_and_Cognitively_Intact_Patients_with_Hip_Fracture

16. 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. 2006. Feb; 31(2); 170-192. Disponível em: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00611-1/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(05)00611-1/pdf)

17. World Health Organization. *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

18. Santana, I. “A Doença de Alzheimer e outras demências - diagnóstico diferencial”. In: Caldas, AC; Mendonça, A. *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas. 2005. 61-82

19. Barreto, J. “Os sinais da doença e a sua evolução”. In: Caldas, AC; Mendonça, A. *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas. 2005. 27-40.

20. Rebelo, T; Oliveira, C. *Dor no doente com alterações cognitivas*. 2005. Dor; 13(4): 23-28.

21. McAuliffe, L; Brown, D; Fetherstonhaugh, D. *Pain and dementia: an overview of the literature*. International Journal of Older People Nursing. 2012. 219-226. Consultado através de: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Pain%20tool%20mcauliffe%202012.pdf>

22. Cole, L; Farrell, M; Duff, E; Barber, B; Egan, G; Gibson, S. *Pain sensitivity and fMRI pain-related brain activity in Alzheimer’s disease*. Brain. 2006. 129; 2957–2965. Disponível em: <http://brain.oxfordjournals.org/content/brain/129/11/2957.full.pdf>

23. Benedetti, F; Vighetti, S; Ricco, Cl; Lagna, E; Bergamasco, B; Pinessi, L; Rainero, I. *Pain Threshhold and tolerance in Azheimer desease*. Pain. 1999 Mar;80(1-2):377-82. Disponível em: https://www.academia.edu/24054588/Pain_threshold_and_tolerance_in_Alzheimer%CA%BCs_disease?auto=download
24. Scherder, E; Herr, K; Pickering, G; Gibson, S; Benedetti, F; Lautenbacher, S. *Pain in dementia*. Pain. 2009. Out, 145; 276–278. Disponível em: https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/ppp_professuren/physiologische_psychologie/Publication/PAIN_dementia_top_review.pdf
25. Reynolds, K; Hanson, L; DeVellis, R; Henderson, M; Steinhauser, K. *Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents*. Journal of Pain and Symptom management. 2008. Apr, 35(4); 388-396. Disponível em : [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00002-X/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00002-X/pdf)
26. Curtiss, C; *Challenges in pain assessment in cognitively intact and Cognitively impaired older adults with Cancer*. Oncology Nursing Forum. 2010. Set, 37(5). 7-16. Disponível em : <https://onf.ons.org/onf/37/5/supplement/challenges-pain-assessment-cognitively-intact-and-cognitively-impaired-older>
27. Shega, J; Emanuel, L; Vargish, L; Levine, S K; Bursch, H; Herr, K.; Karp, J F; Weiner, D.K. *Pain in persons with dementia: complex, common, and challenging*. The Journal of Pain. 2007. 8; 373–378. Disponível em:http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/pain%20in%20persons%20with%20dementia_complex,%20common,%20and%20challenging.pdf
28. Kovach, C; Griffie, J; Muchka, S; Noonan, P; Weissman, D. *Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly: It's not a guessing game*. Clinical Nurse Specialist.2000. Sep, 14: 5, 215-220.

29. Kaasalainen, S; Coker, E; Dolovich, L; Papaioannou, A; Hadjistavropoulos,T; Emili, A; Ploeg, J. *Pain management decision-making among long-term care physicians and nurses*. Western Journal of Nursing Research. 2007. Aug, 29(5); 561-580.
30. Direção Geral de Saúde. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. 2003. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14 de junho. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
31. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *The management of persistent pain in older persons*. J Am Geriatr Soc. 2002;50:S205-224.
32. Direção Geral de Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Orientação nº15/2010 de 14 de dezembro.
33. Smow, A; Shuster, Jr J; *Assessment and treatment of Persistent Pain in Persons with cognitive and Communicative Impairment*. J Clin Psychol. 2006 Nov;62(11):1379-87.
34. Ahn, H; Horgas A. *The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia* - BMC Geriatrics. 2013. 13:14. Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-13-14>
35. Herr, K. *Pain Assessment Strategies in Older Patients*. The Journal of Pain. 2011. Mar,12(3sup11);S3-S13. Consultado em: http://www.pavi.dk/Libraries/Diverse_dokumenter/Herr_K_review_2011_2.sflb.ashx
36. Herr, K; Coyne, P; Manworren, R; Mc Caffery, M; Merkel, S; Pelosi-Kelly, J. *Pain assessment in the Nonverbal patient: Position Statement with clinical practice recommendations*. Pain Management Nursing. 2006. Jun 7(2); 44-52. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/nonverbaljournalfinal.pdf>

37. Herr, K; Decker, S. *Older adults with severe cognitive impairment: assessment of pain*. Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging. 2004; 12(4); 46-52.
38. Zwakhalen, S; Hamers, J; Abu-Saad, H; Berger, M. *Pain in elderly people with severe dementia: A Systematic review of behavioural pain assessment tools*. BMC Geriatrics. 2006. 6(3). Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-6-3>
39. Corbet, A; Husebo, B; Ballard, C. *Discomfort in Dementia: identifying and managing pain*. Nursing & Residential Care. 2012. Sep 14(9);463-467.
40. Abbey, J; Bellis, A; Parker,D; Giles, L. *The Abbey Pain Scale: A 1-minute Numerical Indicator for People with End-Stage*. International Journal of Palliative Nursing. 2004. Feb, 10(1); 6-13. Disponível em : https://www.researchgate.net/publication/8692210_The_Abbey_Pain_Scale_A_1-minute_Numerical_Indicator_for_People_with_End-Stage
41. Rodrigues, A; Moreira, I. *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar- Validação Cultural da Abbey Pain Scale*. Dissertação de Mestrado. 2013. Disponível em: <http://biblioteca.versila.com/12899301>
42. Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. *The Assessment of Pain in Older People: National Guidelines*. Concise Guidance to Good Practice: A series of evidence-based guidelines for clinical management .2007; 8. Disponível em: http://www.bgs.org.uk/Publications/clinical_guides/pain_concise.pdf
43. Corbett A; Husebo B; Malcangio M; Staniland A; Cohen-Mansfields J; Aarsland D; Ballard C. *Assessment and treatment of pain in people with dementia*. Nat Rev Neurol. 2012. 8(5): 264-74. Disponível em: <http://www.nsd.uib.no/data/individ/publikasjoner/Corbet,%20Husebo%20et%20al%20nrneurol.2012.53.pdf>

44. Crezzato N; Valera G; Vale F; Hortense P. *Instruments for assessing pain in persons with severe dementia*. *Dement Neuropsychol*. 2014; June;8(2):99-106.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/dn/v8n2/1980-5764-dn-08-02-00099.pdf>
45. Guarda, H. *Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente – Escala Doloplus 2*. *Dor*. 2007; 15(1): 41-47.
46. Chatelle, C; Vanhauzenhuysse, A; Mergam, AN; De Val, M ; et al. *Mesurer la douleur chez le patient non communicant*. *Revue Médicale de Liège*. 2008; 63(5-6); 429-437. Disponível em:
http://www.coma.ulg.ac.be/papers/french/Chatelle_RMLg08.pdf
47. Bjoro, K; Bergen, K; Herr, K. *Tools for Pain Assessment in Older Adults with End-stage Dementia*. *AAHPM Bulletin*. 2008. 9(3); 1-5.
48. Fuchs-Lacelle S; Hadjistavropoulos HD. *Development and preliminary validation of the pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to communicate (PACSLAC)*. *Pain Management Nursing* 2004, I (5): 37-49.
49. Santos, R; Caldas, A; Hadjistavropoulos HD. *Adaptação Cultural e validação da Pain Assessment Checklist for Seniors with limited Ability to Communicate (PACSLAC) para a população portuguesa*. *Dor*. 2012; 20(1); 5-10.
50. Herr K; Bursch H; Ersek M; Miller L; Swafford K. *Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: Expert consensus recommendations for practice*. *J Gerontol Nurs*. 2010.Mar. 36(3); 18-29.
51. Lorenzet IC; Santos FC; Souza PMR; Gambarro RC; et al. *Avaliação da dor em idosos com demência: tradução e adaptação transcultural do instrumento PACSLAC para a língua portuguesa*. *Rev Bras Med* 2011;68:129-133.
52. Warden V; Hurley A; Volicer L. *Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale*. *JAMDA*. 2003. jan/Feb. 4: 9-15.

53. Batalha, L; Duarte, C; Rosário, R; Costa, M; et al. *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala Pain Assessment in Advanced Dementia*. Rev Enf Referência. 2012. Dez, 8(3): 7-16. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a01.pdf>
54. Valera1, G; Carezzato, N; Vale, F; Hortense, P. *Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD*. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(3):462-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-462.pdf
55. Ordem dos Enfermeiros. *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE. jun 2008.
56. Araújo, R; Pereira, L. *Versão brasileira do Instrumento de Avaliação da Dor em Paciente Não Comunicativo (NOPPAIN): equivalência conceitual, de itens e semântica*. Cad Saúde Pública. 2012. Out; 28(10); 1985-1992. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n10/16.pdf>
57. DeWalters, T; Popovich, J; Faut-Callahan, M. *An Evaluation of Clinical Tools to measure pain in older people with cognitive impairment*. British Journal of Community Nursing. 2003; 8(5): 226-234.
58. Ordem dos Enfermeiros. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - CIPE. - versão 2*. Fev.2011. Disponível em:<http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guia-s-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
59. Ordem do Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Dez 2001.
60. Sousa, P. *O Conforto da pessoa Idosa*. Universidade Católica Editora. 2014