

## Artigo de Revisão

# INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE DOR EM IDOSOS COM PREJUÍZO COGNITIVO: REVISÃO SISTEMÁTICA

## *INSTRUMENTS OF PAIN EVALUATION IN ELDERLY WITH COGNITIVE IMPAIRMENT: SYSTEMATIC REVIEW*

Aline dos Santos Duarte<sup>1,2</sup>, Simone Silveira Pasin<sup>2,3</sup>,  
Tábata de Cavatá<sup>1,2</sup>, Elizeth Heldt<sup>1,2,3</sup>

Revista HCPA. 2013;33(2):150-160

1 Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul (UFRGS).  
Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Programa de Gerenciamento da Dor,  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
(HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, UFRGS.  
Porto Alegre, RS, Brasil.

### Contato:

Aline dos Santos Duarte.  
duarte.alines@gmail.com.  
Porto Alegre, RS, Brasil

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre instrumentos para avaliação da dor em idosos com prejuízo cognitivo. Buscaram-se artigos na base de dados *Isi Web of Knowledge*. Foram selecionados artigos originais, com delineamentos transversais ou ensaio clínico no período de 2000 a 2012. Dos 920 resumos encontrados, 55 artigos foram acessados na íntegra e 29 preencheram os critérios de inclusão. Os instrumentos utilizados em maior número de estudos foram o *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) e o Doloplus, ambos apresentando níveis variados de consistência interna, confiabilidade e correlação interavaliadores. Ainda que a maioria dos instrumentos tenha demonstrado níveis psicométricos aceitáveis, não houve consenso sobre a aplicabilidade de instrumentos para avaliação da dor em idosos com prejuízo cognitivo.

*Palavras-chave:* Dor; mensuração de dor; prejuízo cognitivo

### ABSTRACT

The objective of this study was to conduct a systematic review about instruments to evaluate pain in elderly with cognitive impairment. The *Isi Web of Knowledge* was used to select articles. Original cross-sectional studies and clinical trials conducted from 2000 to 2012 were included. Of the 920 abstracts found, 55 could be accessed in full, and 29 met the inclusion criteria for final assessment. Pain Assessment in Advance Dementia (PAINAD) and Doloplus were tested in most studies, and both results revealed variable levels of internal consistency, reliability and interrater correlation. Although most instruments have demonstrated acceptable psychometric levels, there was no consensus on the applicability of instruments for assessing pain in elderly with cognitive impairment.

*Keywords:* Pain; pain measurement; cognitive impairment

A dor apresenta-se como um fenômeno subjetivo de difícil quantificação e qualificação pela diversidade de fatores fisiológicos, comportamentais e emocionais que lhe são inerentes. Na busca da acurácia da avaliação da dor e da eficácia do tratamento instituído, considerando a complexidade destas diferentes condições, propõe-se o uso padronizado de instrumentos validados como: escalas, questionários, testes e outros métodos utilizados para avaliar as características da dor, localização e intensidade (1). Esses instrumentos podem ser classificados de acordo com o método utilizado para apreensão da informação em observacionais e de autorrelato. No instrumento de autorrelato, a mensuração da dor depende da informação da pessoa que a vivencia. Por exemplo, pode ser solicitado ao paciente assinalar a intensidade de dor em um instrumento escalonado. No caso do instrumento observacional, os indicadores validados de componentes subjetivos de dor são avaliados por pessoa treinada para reconhecê-los, seja este um profissional da saúde ou um cuidador de referência, por parâmetros fisiológicos ou ambos em um mesmo instrumento (1,2).

A avaliação e o manejo da dor tendem a ser inadequados em pessoas com déficit cognitivo ou com demência que apresentam incapacidade de realizar o autorrelato da presença de estímulos algóicos (3). A cognição pode ser definida como um conjunto de capacidades que habilitam os seres humanos a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional. Entende-se por prejuízo cognitivo o desempenho desadaptado no processo de percepção e interação com o ambiente (4). Em estudo de base populacional realizado no Brasil, a incidência de demência e de doença de Alzheimer foi de 13,8 e 7,7 por 1.000 pessoas/ano, respectivamente, para indivíduos com 65 anos ou mais (5).

Estudos documentam a alta prevalência de dor nesta população e as repercussões negativas sobre a homeostase física e emocional geradas pelo inadequado manejo da dor (6-8). Por exemplo, os pacientes podem apresentar comportamentos agressivos, resistência ao tratamento, alterações no apetite e sono, sintomas depressivos e entre outros que, de forma individual ou em conjunto, podem agravar o quadro doloroso, aumentando a morbidade e demandando maiores esforços da família e da equipe de saúde (9).

Atualmente, existem vários instrumentos validados para avaliação da dor nesta população.

Contudo, a seleção de instrumentos, considerando as múltiplas variáveis envolvidas no processo de avaliação-mensuração da dor, é tarefa complexa para os profissionais da saúde. Medidas fidedignas são necessárias para a investigação dos mecanismos da dor e para a determinação da eficácia de intervenções clínicas para o seu alívio (1,2).

Nesta perspectiva, o presente estudo realizou uma revisão sistemática sobre os instrumentos de avaliação da dor em idosos com prejuízo cognitivo e descreveu suas propriedades psicométricas que contribuem para a qualidade do cuidado baseado em evidências.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática e a busca dos estudos foi realizada na base de dados *Institute for Scientific Information (ISI) Web of Knowledge* (10). Este portal eletrônico inclui as mesmas bases de dados de outras como o PubMed e Bireme, entretanto, estas bases disponibilizam ferramentas de refinamento de pesquisa de menor abrangência comparadas a plataforma ISI. Os termos utilizados para esta busca foram: (*psychomotor disorders OR dementia OR amnesia OR cognitive disorders OR cognitive impairment*) AND (*pain*) AND (*assessment OR measurement OR quantitative evaluation OR qualitative evaluation*).

Como critérios de inclusão foram considerados: artigos de estudos com dados primários, nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol; durante os anos de 2000 a fevereiro de 2012; com delineamento de ensaio clínico (randomizado, controlado ou sem grupo controle), estudos de coorte, caso-controle ou transversal, em amostra de ambos os sexos e idade a partir de 60 anos. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: estudos de dados secundários (revisões), série ou relato de casos.

A seleção inicial ocorreu por meio da leitura dos resumos, seguido de uma análise detalhada dos métodos e dos resultados para determinar os estudos que preenchem os critérios de inclusão para serem lidos na íntegra. A pesquisa em bases de dados e a seleção dos artigos foram realizadas de forma independente por duas pesquisadoras. Cada artigo foi submetido a uma ficha de análise dos critérios de inclusão que constava da análise do tema, do ano de publicação, do tipo de estudo, da faixa etária da amostra e do método estatístico para análise final dos dados (11). Em

caso de discordância, um terceiro pesquisador foi recrutado.

Para a apresentação dos achados dos estudos foram considerados os resultados significativos ( $p < 0,05$ ), após as análises estatísticas avançadas em cada estudo, como: regressão logística e linear, análise de covariância (ANCOVA) e análise multivariada (MANOVA). Devido à heterogeneidade dos delineamentos e das variáveis dos estudos,

não foi viável realizar metanálise dos trabalhos incluídos.

## RESULTADOS

Os estudos selecionados na busca, de acordo com os critérios de inclusão até o aceite final de 29 artigos, estão descritos na figura.

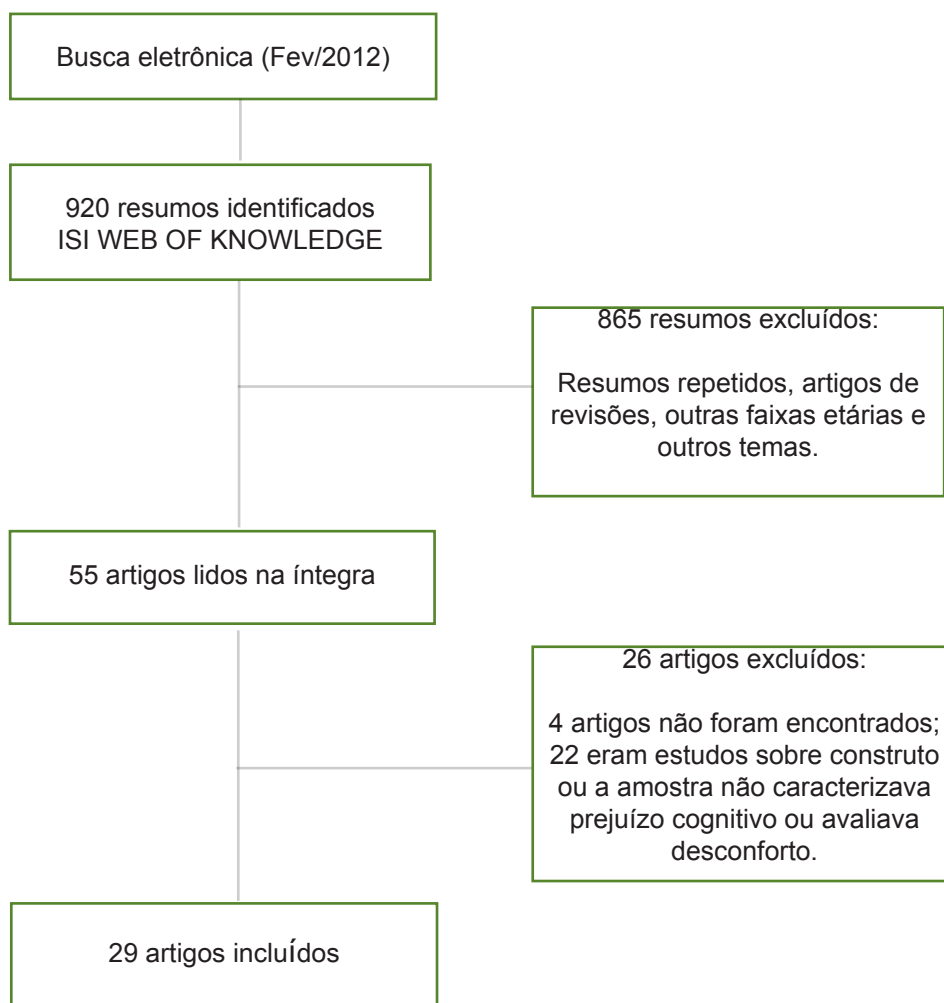


Figura: Diagrama de fluxo da revisão sistemática.

Para a determinação do nível de prejuízo cognitivo como critério de inclusão, a maioria dos estudos utilizou o *Mini Mental State Examination* (MMSE). Este instrumento avalia o grau de comprometimento cognitivo com o uso de 11 itens em um escore de 30 pontos, isto é, as pontuações mais baixas (menos que 11) representam grave comprometimento cognitivo. As pontuações para prejuízo leve e moderado são entre 11 a 17 e 18 a

23, respectivamente (12). Estão apresentados na Tabela 1 informações como: outros instrumentos utilizados para determinar o prejuízo cognitivo, local de origem dos estudos e características demográficas das amostras. Houve predominância de estudos europeus, porém, estudos realizados na América do Norte e na Ásia também integraram a amostra.

Tabela 1: Características dos estudos incluídos, considerando local de origem e dados da amostra.

Referência	País	Prejuízo cognitivo	Total	Idade	Sexo (n)	
		Instrumento	n	Média±DP	Masculino	Feminino
(13)	França	MMSE≤15	204	82,9±7,7	81	134
(14)	UK	MMSE= 9.97 ± 5.42	62	87,06±7,01	2	60
(15)	França	MMSE= 0-12	342	80±6,9 a 84±8,4	99	243
(16)	Japão	MMSE= 9,1±9,1	171	85,4±18,0	29	142
(17)	EUA	CPS= 3,9±1,2	60	89±6,8	7	53
(18)	China	MMSE= 5,26±5,46	241	79,28±9,42	123	118
(19)	China	MMSE= 7,46±7,21	304	79,86±8,84	175	129
(20)	Noruega	MMSE= 2,4±3,6	77	84.1±6.9	16	61
(21)	Itália	MMSE<12 Language Test Escore<3	102	85±5,9 a 81±7,5	41	61
(22)	Itália	MMSE= 16,3±7,8	115	81,6±8,1	54	61
(23)	EUA	MMSE= 7,8	145	84,3	72	73
(24)	Noruega	MMSE= 4,3±4,3	26	87,0±6,1	3	23
(25)	Austrália	MMSE 22.4±6.2	149	85±7,7	36	113
(26)	Noruega	MMSE (4,3±4,3)	26	87,0±6,1	26	23
(27)	EUA	MMSE 17 (10–23) Grupo controle 27 (24–30)	40	83 (65 a 96)	9	31
(28)	Genebra	MMSE (18± 7,7)	180	83,7±6,5	47	133
(29)	Holanda	MDS-CPS= PC grave 47%	128	82,4±6,8	28	100
(30)	França	Testes de cognição	149	64,2±12,3	94	55
(31)	França	Incapazes de autorrelato	340	79,4±7,4	NI	NI
(32)	Alemanha	MMSE= 12,1±9,7	99	84,9±7,5	19	80
(33)	EUA	Estudo 1= 7,17±8,05 Estudo 2= 7,65±7,58	371	87±7,2 89±5,78	289	82
(34)	Itália	MMSE= 16,4±3,8	20	82±5,9	4	16
(35)	Holanda	MDS-CPS= PC grave 47%	128	82,4±6,8	28	100
(36)	Suíça	MMSE 6,8±3,0	129	83,7±6,8	40	89
(37)	Austrália	AMT=1,8±1,9	88	79,6±8,3	32	56
(38)	Noruega	MMSE= 9(3-18)	59	82(39)	47	12
(39)	Suíça	Demência (DSM-IV)	160	85,5±5,8	46	114
(40)	EUA	MMSE= 6,75(0-29) MDS-COGS= 6,07(0-10)	80	86,8(59-104)	13	67
(41)	Londres	MMSE 15 (± 9)	113	84,5±9	27	86

UK - United Kingdom; EUA- Estados Unidos da América; MMSE- Mini Mental State Examination; CPS- Cognitive Performance Scale; MDS- Minimum Data Set; AMT- Abbreviated Mental Test; MDS-COGS - Minimum Data Set Cognitive Score.

A maioria dos estudos incluídos foi realizada em instituições de longa permanência para idosos, com exceção de dois, que foram desenvolvidos em Unidade Psiquiátrica Hospitalar (22,39) e Unidade de Reabilitação (34). Os resultados das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados nos estudos incluídos estão apresentados na Tabela 2. Os instrumentos com maior número de estudos foram o *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) e o Doloplus, ambos apresentando níveis variados de consistência interna, confiabilidade e correlação interavaliadores.

O PAINAD na versão alemã (32), na versão italiana (34) e comparada com outras escalas (17,29,37) foi construído para avaliar a dor em pacientes com demência grave, incluindo cinco itens: respiração, vocalização negativa, expressão

facial, linguagem corporal e consolabilidade. Cada item possui três alternativas que correspondem de 0 (comportamento normal) a 2 (elevado nível de dor relacionado ao comportamento). Os escores totais variam de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima) (34). O Doloplus é composto por 10 itens, contemplando reações psicossomáticas, reações psicomotoras e reações psicossociais, pontuados em escore que varia de 0 a 2 (15).

Outros instrumentos com desempenho psicométrico, considerado aceitável para indivíduos com prejuízo cognitivo moderado, foi o *Brief Pain Inventory - BPI Short Form* (25) e o *Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument - NOPPAIN* (27). Para prejuízo cognitivo moderado a grave o *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate - PACSLAC* (35) demonstrou boa validade e confiabilidade.

**Tabela 2:** Resultados das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados nos estudos incluídos.

Referência	Instrumentos de Avaliação da dor	Resultados	
		Consistência e confiabilidade	Concordância e validação
<b>PAINAD</b>			
(14)	PAINAD Abbey PS PACSLAC DS-DAT	$\alpha$ Cronbach = 0,73 $\alpha$ Cronbach = 0,80 $\alpha$ Cronbach = 0,78 $\alpha$ Cronbach = 0,69	Correlação interavaliadores: r Pearson= 0,87 r Pearson= 0,83 r Pearson= 0,80 r Pearson = 0,83
(17)	PAINAD X CNPI	CNPI: $\alpha$ Cronbach Repouso= 0,92 a 0,97 Movimento= 0,74 a 0,90 PAINAD Repouso= 0,04 Movimento= 0,70 a 0,72	CNPI Repouso: K= 0,43; ICC= 0,33 Movimento: K= 0,25; ICC= 0,65 PAINAD Repouso: K= 0,31; ICC= 0,24 Movimento: K= 0,54; ICC= 0,80
(32)	PAINAD-G	$\alpha$ Cronbach = 0,85 Teste-reteste: r= 0,90	Correlação intra-avaliadores: r Pearson=0,80
(34)	PAINAD Versão italiana	$\alpha$ Cronbach= 0,74 Confiabilidade= 0,87 Teste-reteste: r= 0,88	Não apresentada validade concorrente com Escala de avaliação Visual – VRS: r=0,65
(35)	PAINAD, PACSLAC DOLOPLUS-2 (Versão holandesa)	$\alpha$ Cronbach PAINAD= 0,69 a 0,74 PACSLAC= 0,80 DOLOPLUS-2= 0,74 a 0,75 Correlação entre as escalas: Positiva: r Pearson= 0,29 a 0,89 (p<0,05)	PAINAD – interavaliadores: ICC= 0,75 a 0,85 intra-avaliadores: ICC= 0,89 PACSLAC – interavaliadores: ICC= 0,93 a 0,96 intra-avaliadores: ICC= 0,86 DOLOPLUS-2- não foi possível determinar
(37)	PAINAD SRPS NRPS	Não apresentado	Correlação Kendall's tau PAINAD X NRPS: $\tau$ = 0,842 PAINAD X SRPS: $\tau$ = 0,304 NRPS X SRPS: $\tau$ = 0,304

**Doloplus**

(15)	Doloplus	Avaliação de 5 versões: Inglês, Italiano, Espanhol e Português: Teste-reteste: r Pearson= 0,90 a 0,99 ICC= 0,92 a 0,97 Confiabilidade: r Pearson= 0,83 a 0,98 ICC= 0,84 a 0,97 Holandês: Confiabilidade r Pearson= 0,75 Teste-reteste: r Pearson= 0,57 ICC= 0,62	Inglês, italiano, português e espanhol: K= 0,84 a 0,97 Holandês: K= 0,75
(18)	Doloplus-2 Versão chinesa (14)	$\alpha$ Cronbach= 0,74 Confiabilidade: ICC= 0,60 a 0,84	Concordância – Correlação de Pearson Total C-Doloplus-2: r= 0,42 a 0,65 Subescalas- Reações somáticas: r= 0,60 a 0,81 Reações psicomotoras: r= 0,94 Reações psicossociais: r= 0,63 a 0,85
(19)	Doloplus-2 Versão chinesa	Não apresentado	Enfermeiros: K= 0,29 a 0,42 Técnicos de enfermagem: K= 0,11 a 0,24
(22)	Doloshort	$\alpha$ Cronbach: Todos os itens= 0,73 Cognitivamente intactos= 0,68 Demenciados= 0,71 Para um escore > 3: Sensibilidade=81,5% Especificidade= 70,5%	Não apresentado
(28)	Doloplus-2	$\alpha$ Cronbach: Com demência= 0,667 Sem demência= 0,835 Correlação com o autorrelato: r Spearman= 0,46	Não apresentado
(38)	Doloplus-2 Versão norueguesa	Não apresentado	Análise de regressão Peritos: $r^2$ = 0,62 Escores dos peritos por itens Variabilidade total: $r^2$ = 0,68 para 4 itens Item Expressão facial: $r^2$ = 0,48

**Demais instrumentos**

(13)	ALGOPLUS(R)	Kuder-Richardson = 0,712	Concordância interavaliadores: ICC= 0,812
(16)	APS- J Versão japonesa	$\alpha$ Cronbach - Amostra total= 0,645 Maior prejuízo cognitivo= 0,719 Teste-reteste: ICC= 0,657 Confiabilidade: ICC= 0,845	Correlação com VDS Escala Total: rSpearman= 0,492 ( $p<0,001$ ) Subescalas: Vocalização rSpearman= 0,511 ( $p<0,001$ ) Expressão facial= rSpearman= 0,445 ( $p<0,001$ )
(20)	MOBID-2	$\alpha$ Cronbach= 0,82 a 0,84 Teste-reteste: ICC= 0,60 a 0,94	Correlação entre médicos e enfermeiros para diagnóstico de dor, localização e medicação: r Spearman = 0,61 a 0,64
(21)	NOPPAIN Versão italiana	Não apresentado	Validade concorrente com OERS Correlação positiva= 0,50; $p<0,001$ Correlação Escores de presença de dor: ICC= 0,71 Escores de intensidade de dor: ICC = 0,71
(23)	CPAT	$\alpha$ Cronbach= 0,72 a 0,84 Teste- reteste: ICC= 0,67 Confiabilidade: ICC= 0,71	Validade de construto: Teste t, $p=0,048$ Validade de critério: r Spearman= 0,25; $p= 0,048$

(24)	MOBID	Não apresentado	Comportamentos de dor Geral: ICC= 0,92 a 0,97 Ruídos: K= 0,44 a 0,92; Defesa: K= 0,10 a 0,76 Expressão facial: K= 0,05 a 0,76
(25)	BPI Short Form	$\alpha$ Cronbach= 0,72 Itens gravidade= 0,70 Itens interferência= 0,69	Não apresentado
(26)	MOBID	$\alpha$ Cronbach= 0,90	Intensidade de dor: ICC= 0,70 a 0,96
(27)	NOPPAIN	Confiabilidade: ICC= 0,72 a 1,00	Presença de dor: K= 0,70 a 0,86 Comportamento de dor: K médio = 0,88 Intensidade de dor: r=0,66; p<0,001
(29)	PACSLAC-D	Versão reduzida para 24 itens Correlação com a original de 60 itens: r Pearson= 0,945 $\alpha$ Cronbach= 0,82 a 0,86	Não apresentado
(30)	FPS	Confiabilidade AVC hemifério direito: K= 0,74 AVC hemifério esquerdo: K= 0,53	Concordância entre as faces com EAS AVC hemifério direito: r= 0,72 AVC Hemisfério esquerdo: r= 0,82 a 0,65
(31)	EPCA-2	$\alpha$ Cronbach=0,79	Escore global clínico: r Spearman= 0,846; ICC= 0,877
(33)	PAINE	$\alpha$ Cronbach: Estudo 1= 0,78 Estudo 2= 0,75 Teste-reteste: r=0,783 (p<0,001) Sensibilidade e Especificidade = 0,67 a 0,83	Correlação Pearson PAINE X PAINAD: r= 0,23; p= 0,014 PAINE X CNPI: r= 0,22; p<0,05 PAINE X autorrelato: r= 0,24; p<0,05
(36)	VRS VDS HVAS	Comparação entre escalas: Maior compreensão(p>0,05): VRS= 63(49%); VD =50(39%); HVAS= 37(29%) Correlação entre as escalas r Spearman= 0,45 a 0,94; P>0,001 Correlação com autorrelato: r Spearman = 0,25 a 0,63 Confiabilidade das escalas: ICC= 0,88 a 0,98	Não apresentado
(39)	HVAS VVAS FPS VRS	Confiabilidade entre as escalas ICC= 0,60 a 0,80 Entre duas avaliações: ICC FPS= 0,71; VRS= 0,80; VVAS= 0,87; HVAS= 0,90	Correlação de Spearman Entre as 4 escalas: r= 0,81 a 0,95 p<0,001 Avaliação observacional: r= 0,31 a 0,40

(40)	MDS	<p><math>\alpha</math> Cronbach:            Toda amostra= 0,885            PC grave= 0,847            PC moderado= 0,923</p>	<p>Correlação entre MDS e auto relato (<math>p &lt; 0,05</math>)            Toda a amostra e sítios da dor: <math>r = 0,315</math>            PC moderado com intensidade da dor: <math>r = 0,412</math>            Com sítios da dor <math>r = 0,463</math>            Não significativo para PC grave</p>
(41)	VRS NRS, Faces Scale Color Scale MVAS	Não apresentado	<p>Preenchimento das escalas X nível de PC            Sem PC ou leve: VRS e NRS= 100% e NRS= 92%            PC moderado: VRS= 97%; NRS= 87%            PC grave: VRS= 36%; NRS= 25%            Correlação de Spearman entre as escalas            Significativo para sem PC (<math>r = 0,50</math> a <math>0,68</math>); PC leve            (<math>r = 0,62</math> a <math>0,77</math>); PC moderado (<math>r = 0,38</math> a <math>0,88</math>)            Não significativo para PC grave: <math>r = -0,09</math> a <math>0,68</math></p>

PC – Prejuízo cognitivo; AVC - Acidente Vascular Cerebral; IDD - Intellectual and Developmental Disabilities; K - Kappa; ICC - Intraclass Correlation Coefficients;  $r$  – coeficiente de correlação; MOBID - Mobilization–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia; APS - Abbey Pain Scale; DS-DAT - Discomfort Scale Dementia of Alzheimer Type; CNPI - Checklist of Nonverbal Pain Indicators; PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia; NOPPAIN - Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument; OERS - Observed Emotion Rating Scale; DOLOSHORT - Doloplus short version; CPAT - Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool; BPI Sort form - Brief Pain Inventory; PACSLAC - Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate; FPS - Faces Pain Scale; EAV - Escala Análogo Visual; EPCA-2 - Elderly Pain Caring Assessment; PAINE - Pain Assessment in Noncommunicative Elderly persons; VRS - Verbal Rating Scale; VDS - Verbal Descriptor Scale; HVAS - Horizontal Visual Analog Scale; S - Self-Reported Pain Score; NRPS - Nurse-Reported Pain Score; VVAS - Vertical Visual Analog Scale; MDS - Mínimo Data Set; NRS - Numeric Rating Scale; MVAS - Mechanical Visual Analogue Scale

## DISCUSSÃO

Após a revisão dos estudos incluídos pode-se constatar que existem vários instrumentos construídos e validados para avaliação de dor em idosos com prejuízo cognitivo. Entretanto, os estudos apontam limitações que dificultam generalizações. Os resultados dos estudos com o instrumento PAINAD apresentaram heterogeneidade quanto a suas propriedades psicométricas. Portanto, mesmo sendo de fácil aplicabilidade, deve ser utilizado com cautela na prática assistencial (32,34).

O instrumento de avaliação Doloplus-2 (28) e o de dor observacional correlacionaram-se moderadamente com o autorrelato, indicando subestimação da intensidade da dor por parte da escala observacional (36). Os mesmos autores haviam encontrado no estudo anterior que apenas 12% dos 160 indivíduos não compreenderam a escala de autorrelato (39). Estes instrumentos demonstraram alta correlação entre si e moderada correlação com Doloplus, reforçando a possibilidade do uso de instrumentos observacionais apenas quando os indivíduos claramente demonstrarem incapacidade de autorrelato de dor.

Estudos sobre instrumentos de autorrelato encontraram que 61% dos pacientes com prejuízo cognitivo permanente grave demonstraram compreensão das escalas de autorrelato Visual Pain Scale (VPS) e Faces Pain Scale (FPS). Contudo, a Horizontal Visual Analog Scale (HVAS) apresentou menor compreensão por parte da amostra (30,36,39).

No entanto, os resultados dos instrumentos de autorrelato Verbal Rating Scale (VAS), Horizontal Numeric Rating Scale, Faces Pictorial Scale, Color Analogue Scale e Mechanical Visual Analogue Scale mostraram que apenas 36% dos indivíduos com prejuízo cognitivo grave foram capazes de compreender a VAS, sendo que os demais instrumentos tiveram níveis de compreensão abaixo de 25%. Estes achados sugerem que instrumentos de autorrelato de dor, assim como os observacionais, devem ser usados com cuidado nesta população (41).

Frente a estas considerações, parece não haver consenso sobre a validade e aplicabilidade de instrumentos para avaliação da dor na população de idosos com prejuízo cognitivo. Ainda que a maioria dos instrumentos tenha demonstrado níveis aceitáveis de confiabilidade e validade, de



fato, não constituem um padrão-ouro para uso na prática clínica, considerando que métodos observacionais de avaliação da dor podem subestimar a intensidade e não localizar o foco do fenômeno doloroso (1). No entanto, instrumentos de autorrelato também podem não fornecer uma medida precisa da avaliação de dor, considerando as deficiências cognitivas desta população (36).

## CONCLUSÕES

Os instrumentos observacionais e de autorrelato estão sendo utilizados em pesquisas e na prática clínica com evidências discutíveis da validade e confiabilidade. Percebeu-se, contudo, a necessidade de validação destes instrumentos para outros idiomas, contemplando o processo de adaptação transcultural

dos mesmos diante da evidência de aspectos subjetivos, emocionais e culturais envolvidos no fenômeno doloroso.

Cabe lembrar que em ambiente de pesquisa, muitas vezes, criam-se condições para o desenvolvimento das atividades de investigação clínica e que são diferentes da realidade da prática cotidiana. Sendo assim, estudos são necessários para comprovar a aplicabilidade destes instrumentos na prática assistencial, a fim de viabilizar o uso para o benefício de idosos com prejuízo cognitivo que convivem com dor.

Por fim, observa-se a ausência de estudos originais ou de adaptação transcultural de instrumentos publicados para avaliação de dor em idosos com prejuízo cognitivo por autores brasileiros.

## REFERÊNCIAS

- Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr.* 2006;6:3.
- Souza FF, Silva JA. The metric of pain: theoretical and methodological issues. *Rev Dor.* 2005;6(1):469-513.
- Kaasalainen S. Pain assessment in older adults with dementia. *J Gerontol Nurs.* 2007;6(6):6-10.
- Gallucci Neto J, Tamellini MGG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005;32(3):119-30.
- Nitrini R, Caramelli P, Herrera EJ, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M, et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004;18(4):241-6.
- Parmelee PA. Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med.* 1996;12(3):473-87.
- Epps CD. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatr Nurs.* 2001;22(2):71-7.
- Epperson MD, Bonnel W. Pain assessment in dementia: tools and strategies. *Clin Excell Nurse Pract.* 2004;8(4):166-74.
- Stolee P. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(20):319-26.
- Thomson Reuters, ISI Web of Knowledge [internet], Search the knowledge to discover; 2010, Disponível em: <http://wokinfo.com/benefits/whywok/coursesearchcapabilities/#research> [acesso em: 01 abr 2010].
- Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(4):491-8.
- Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(4):712-9.
- Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. *Eur J Pain.* 2011;15(2):198-204.
- Liu JY, Briggs M, Closs SJ. The psychometric qualities of four observational pain tools (OPTs) for the assessment of pain in elderly people with osteoarthritic pain. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(4):582-98.
- Pickering G, Gibson SJ, Serbouti S, Odetti P, Ferraz Gonçalves J, Gambassi G, et al. Reliability study in five languages of the translation of the

- pain behavioural scale Doloplus. *Eur J Pain*. 2010;14(5):545-55.
16. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, Nishikawa Y, Hayashi K, Sugai Y. Abbey Pain Scale: development and validation of the Japanese version. *Geriatr Gerontol Int*. 2010;10(2):145-53.
  17. Ersek M, Herr K, Neradilek MB, Buck HG, 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 Med*. 2010;11(3):395-404.
  18. Chen YH, Lin LC, Watson R. Evaluation of the psychometric properties and the clinical feasibility of a Chinese version of the Doloplus-2 scale among cognitively impaired older people with communication difficulty. *Int. J. Nurs. Stud*. 2010;47(1):78-88.
  19. Chen YH, Lin LC, Watson R. Validating nurses' and nursing assistants' report of assessing pain in older people with dementia. *J Clin Nurs*. 2010;19(1-2):42-52.
  20. Husebo BS, Strand LI, Nilssen RM, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(2):380-91.
  21. Ferrari R, Martini M, Mondini S, Novello C, Palomba D, Scacco C, et al. Pain assessment in non-communicative patients: the Italian version of the Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN). *Aging Clin Exp Res*. 2009;21(4-5):298-306.
  22. Pautex S, Herrmann FR, Lous P, Gold G. Improving pain management in elderly patients with dementia: validation of the Doloshort observational pain assessment scale. *Age Ageing*. 2009;38(6):754-7.
  23. Cervo FA, Bruckenthal P, Chen JJ, Bright-Long LE, Fields S, Zhang GX. Pain Assessment in Nursing Home Residents With Dementia: Psychometric Properties and Clinical Utility of the CNA Pain Assessment Tool (CPAT). *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(7):505-10.
  24. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Ljunggren AE, et al. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(1):180-9.
  25. Auret KA, Toye C, Goucke R, Kristjanson LJ, Bruce D, Schug S. Development and testing of a modified version of the brief pain inventory for use in residential aged care facilities. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(2):301-6.
  26. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Snow AL, Ljunggren AE. 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*. 2007;34(1):67-80.
  27. Horgas AL, Nichols AL, Schapson CA, Vietes K. Assessing pain in persons with dementia: relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations. *Pain Manag Nurs*. 2007;8(2):77-85.
  28. Pautex S, Herrmann FR, 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*. 2007;23(9):774-9.
  29. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *J Adv Nurs*. 2007;58(5):493-502.
  30. Benaim C, Froger J, Cazottes C, Gueben D, Porte M, Desnuelle C. Use of the Faces Pain Scale by left and right hemispheric stroke patients. *Pain*. 2007;128(1-2):52-8.
  31. Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: the EPCA-2 Study of its psychometric properties. *Pain*. 2007;133(1-3):87-98.
  32. Schuler MS, Becker S, Kaspar R, Nikolaus T, Kruse A, Basler HD. Psychometric properties of the German "Pain assessment in advanced dementia scale" (PAINAD-G) in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(6):388-95.
  33. Cohen-Mansfield J. Pain Assessment in Noncommunicative Elderly persons-PAINE. *Clin J Pain*. 2006;22(6):569-75.
  34. Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, Ghianda D, Franzoni S, Padovani A, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Arch. Gerontol. Geriatr*. 2007;44(2):175-80.
  35. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MR. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*. 2006;126(3):210-20.
  36. Pautex S, Michon A, Guedira M, Emond H, Lous P, Samaras D, et al. Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(7):1040-5.

37. Leong I, Chong MS, Gibson SJ. 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 Ageing*. 2006;35(3):552-6.
38. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjornnes M, Stenseth G, Hval B, et al. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med*. 2005;19(5):411-7.
39. Pautex S, Herrmann F, Le Lous P, Fabjan M, Michel JP, Gold G. Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(4):524-9.
40. Cohen-Mansfield J. The adequacy of the minimum data set assessment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manage*. 2004;27(4):343-51.
41. Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage*. 2004;27(3):196-205.

*Recebido: 16/11/2012*

*Aceito: 19/03/2013*