



Estudos Teóricos / Ensaios

A EVIDÊNCIA DE DOR NAS PESSOAS COM DETERIORAÇÃO COGNITIVA INTERNADAS NUMA UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO



Margarida Sotto Mayor,¹ Helena Pestana², Constância Carneiro³, Marcos Valente⁴

A dor e as alterações de comportamento são altamente prevalentes nas pessoas com o diagnóstico de demência e alguns estudos demonstram a sua correlação. Sobretudo nas situações de maior severidade desta doença onde abundam os problemas de comunicação, a dor pode estar subtratada e consequentemente ser fator de perturbação de comportamento. Este trabalho tem como objetivo identificar a prevalência de dor e a relação entre os episódios de dor e as variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais das 80 pessoas residentes numa Unidade de longa duração (ULSD) do Centro de França. Os métodos utilizados foram a construção de guião orientador para a colheita de dados de variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais através do plano de cuidados diário e da consulta do processo clínico. Para a pesquisa foi essencial a consulta através do motor de busca da Elsevier com as palavras-chave: demência, dor, alterações de comportamento e ULSD. Os resultados sugerem uma população envelhecida, sendo sobretudo mulheres viúvas, com pluripatologia e polimedicação. A dor tem uma prevalência de 70% nos residentes e a analgesia é feita diariamente.

Palavras-chave: demência, dor, comportamento.

Introdução

A dor tem alta prevalência nas pessoas que padecem de demência. Alguns estudos têm demonstrado que a prevalência de dor na comunidade é de cerca de 50% e os lares de idosos poderão ter até 80% de referência

a dor nos seus residentes (WP Achterberg, G. Gambassi, H. Finne-Soveri, R. Liperoti, A. Noro, DH Frijters, A. Cherubini, G. Eagle 2010) (A.A. Boerlage, M. van Dijk, D.L. Stronks, R. de Wit 2008) (Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama 2010) (Zwakhalen et al. 2009). As estimativas variam entre 45% e 80%, dependendo das características específicas dos doentes ou dos instrumentos de medição utilizados (Achterberg et al. 2010). A dor é um sintoma comum entre as pessoas mais idosas e tem efeitos adversos tais como a redução da autonomia nas atividades de vida diária e na qualidade de vida. Takai e colaboradores realizaram um estudo entre 1990 a 2009 onde encontraram a dor em pessoas que viviam lares de idosos e verificaram uma associação entre dor e redução da autonomia sobretudo nas pessoas de maior idade (Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama 2010). O uso menos frequente de analgésicos também foi encontrado particularmente nos casos de pessoas com deterioração cognitiva (Takai et al. 2013) (Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama 2010).

Num estudo internacional realizado por Achterberg (2013) (Achterberg et al. 2010) em várias unidades de longo termo na Europa verificou-se que a prevalência de dor em quase 50% dos casos estava diariamente presente e, numa análise multivariada conclui-se que a dor estava positivamente associada com a deficiência física mais grave, depressão clínica e diagnóstico de osteoporose e negativamente relacionada com o diagnóstico de demência e nas situações mais graves de deterioração cognitiva (Achterberg et al. 2010). Takai e outros (Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama 2010) salientam a importância dos profissionais de saúde estarem cientes dos graves problemas relacionados com a dor e apela para a consciência destes profissionais para avaliarem e tratarem as dores das pessoas que residem em lares e estão mais deterioradas do ponto de vista cognitivo (Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama 2010). No normal curso da doença e na sequência da disfunção cognitiva tornam-se evidentes sintomas neuropsiquiátricos. Estes sintomas incluem delírios/alucinações, agitação/agressão, disforia/depressão, ansiedade, apatia/indiferença,

¹ PHD, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Hospital Magalhães Lemos, UNIFAI. Contacto: mgsottomayor@gmail.com

² PHD, Professor Auxiliar Instituto Superior das Ciências do Trabalho e Emprego, UNIFAI. Contacto: gageiropestanda@gmail.com

³ Licenciada, Enfermeira, Centre Hospitalier Regional d'Orleans. Contacto: constancia_p@hotmail.com

⁴ Estudante, Instituto Superior do Serviço Social, Centre Hospitalier Regional d'Orleans. Contacto: marcoswsv@gmail.com



desinibição, irritabilidade/labilidade, comportamento motor aberrante, alterações do padrão de sono e do apetite (Pieper et al. 2013). Ao longo das suas vidas cerca de 80-85% tem um ou mais destes sintomas neuropsiquiátricos (Kverno, Karan S / Rabins, Peter V / Blass, David M / Hicks, Kathryn L / Black 2008), (M.J. Norton, R.S. Allen, A.L. Snow, J.M. Hardin 2010), (S.U. Zuidema, J.F. de Jonghe, F.R. Verhey 2007). Estas alterações podem aparecer na experiência de dor. O reconhecimento da dor implica muitas estruturas. Existem processos neuronais especializados que atuam em interação, tendo como base os três aspetos psicológicos da dor: sensação-discriminação, afetividade-motivação e cognição-avaliação (Cardoso 2013). Nos processos demenciais estes aspetos estão comprometidos, isto é, a pessoa tem dificuldade de expressar-se e de interpretar o que se passa com ela na presença de dor. Demência e dor são fenômenos complexos, considerando os diferentes subtipos de demência e as várias maneiras em que a dor pode expressar-se (dor nociceptiva, a dor neuropática e dor central) (Scherder et al. 2009). Vários estudos demonstraram que existe uma grande variabilidade interindividual na intensidade da dor que é atribuída a um mesmo estímulo nódico. Um estímulo é nocivo se tiver intensidade e/ou qualidade capazes de lesar a integridade celular. A avaliação cognitiva da informação nociceptiva aferente, ao colocar a dor num contexto pessoal (experiências passadas, situação presente e implicações futuras) sob influência de fatores genéticos e psicológicos, contribui para transformar a informação sensitiva numa experiência única e subjetiva de dor (Correia and Branco 2012). O modo como a pessoa mais velha interpreta a dor pode interferir na maneira como expressa essa dor (Scherder et al. 2009). Neste contexto, as verbalizações de gemidos, suspiros, gritos, coprolália, ou expressões faciais (franzir a testa, caretas) ou ainda expressões corporais de inquietude ou aumento de tensão (com rigidez, balanceamento) agitação/agressividade ou resistência aos cuidados são frequentemente a única característica de dor (Kovach CR, Noonan PE, J. Griffie, S. Muchka 2001) e não poderão passar despercebidos aos profissionais de saúde e familiares/cuidadores (Souto et al. 2013). Uma avaliação cuidada ajuda a não interpretar estes sintomas como sintoma de demência mas sim como de provável dor (Brorson et al. 2013). Uma observação cuidada das múltiplas facetas que a dor

pode apresentar (C. Ballard, J. Smith, B. Husebo, D. Aarsland 2011) permite melhores práticas. Há também referência na literatura científica de que a dor é frequentemente negligenciada tanto nos aspetos farmacológicos como nas medidas de conforto (Horgas et al. 2007) (Tait and Chibnall 2008) e isso tem impacto na qualidade de vida da pessoa doente bem como dos seus cuidadores que se ressentem do sofrimento da pessoa.

Pouco se sabe sobre a associação da dor com os episódios de alteração de comportamento (comportamento desafiador (Kverno et al. 2008) (M.J. Norton, R.S. Allen, A.L. Snow, J.M. Hardin 2010) mas vários estudos têm demonstrado a sua correlação (Tosato et al. 2012). Aliviar a dor tem sido um dos grandes objetivos daqueles que se dedicam a cuidar da saúde dos mais velhos (Cardoso 2013). Com este trabalho pretende-se dar a conhecer os resultados de uma investigação levada a cabo numa ULSD do Centro de França. O objetivo deste estudo foi identificar a relação entre os episódios de dor e as variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais das 80 pessoas residentes nessa instituição.

Método

Participantes

São 80 pessoas idosas (universo/amostra), residentes numa ULSD. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, com modelos de análise categórica.

Instrumento de colheita de dados

Escala Aggir (CNAMTS 2008) para a dependência/independência. Os graus de dependência do Aggir vão de 1 a 6, ou seja do pior nível para a independência (6); Avaliação do estado mental (atenção, coerência; comportamento adequado, orientação espacial e temporal); Presença de doença; Número de medicamentos e Ocorrência de dor.

A variável em estudo é a prevalência de dor das pessoas idosas com demência (incluindo outras perturbações mentais com deterioração cognitiva), verificada através da evidência de dor e do seu registo no processo clínico.



Procedimentos

Os dados foram colhidos pelo investigador durante a prestação de cuidados, sem alteração das rotinas diárias. Respeitaram-se os princípios éticos que norteiam a investigação com pessoas.

O tratamento estatístico é descritivo e correlacional com modelos de análise categórica (Pestana, M.H., Gageiro 2009) (Pestana, M.H., Gageiro 2008).

Resultados

É uma população envelhecida onde a maioria é mulher e viúva. A média de idade é 83,05 anos e 50% das pessoas têm entre 76 e 90,5 anos. O quadro seguinte apresenta as variáveis sociodemográficas e a sua relação com a dor.

Quadro n.º 1 – Características sociodemográficas e relação com a dor

Caraterísticas demográficas e clínicas	Utentes (n = 80)	Testes (p)
Dor Sim % (n)	70.0 (20)	
Não % (n)	30.0 (24)	Binomial (p <0.001)
Sexo Homem % (n)	23.8 (19)	
Mulher % (n)	76.3 (61)	Binomial (p <0.001)
Dor Homem % (n)	57.9 (11)	RR= 1.27
Mulher % (n)	73.8(45)	Fisher Exact (p=0.0252)
Solteiro % (n)	1.3 (1)	Conditional Independence
Casado % (n)	28.8 (23)	Mantel-Haenszel
Divorciado % (n)	7.5 (6)	(p=0.503)
Viúvo % (n)	62.5 (50)	
Idade Média aparada 5% (SD)	83,05 (10,6)	
(P75-P25) (Min/Max)	(90.5-76) (47/102)	Correlação biserial=0.1158
Quadro técnico % (n)	13,8 (11)	
Dor: Sim	12,5 (7)	
Não	16,7 (4)	Goodman e Kruskal tau
Funcionário Serviços % (n)	25,0(14)	0,04
Dor: Sim	25 (14)	
Não	12,5 (5)	
Operários % (n)	28,3 (21)	Com sig=0,043
Dor: Sim	28,6 (16)	
Não	20,8 (5)	
Domésticas/Limpeza % (n)	33,8 (27)	
Dor: Sim	30,4 (17)	
Não	41,7 (10)	
Agricultores % (n)	5 (4)	
Dor: Sim	3,6 (2)	
Não	8,3 (2)	

Apenas 1.3 % da dor é explicada pela idade. A prevalência de dor na amostra é 70%, diferindo significativamente dos que não têm dor, conforme teste binomial com $p < 0.001$. O valor preditivo da dor nas mulheres é de 73,8% enquanto nos homens é de 57,9%. Assim, o risco de dor é de 27% maior nas mulheres do que nos homens, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

A grande maioria dos antecedentes patológicos pessoais recai sobre a hipertensão (22,8%), seguida pela demência (14%), e em menor número estão as afasias.

Verificam-se dois comportamentos quando se analisam os antecedentes patológicos pessoais com a referência a episódio de dor (modelo de regressão logística binária, teste Hosmer-and Lemeshow com sig = 0,261):

- Por um lado, as pessoas que não reportaram episódio de dor tiveram AVC, demência, depressão, dislipidemia ou hipertensão, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas;

- Por outro lado, as pessoas que reportaram episódio de dor têm antecedentes de afasias, de alcoolismo, de cancro, de doenças reumatóides, de problemas cardíacos, dores e diabetes, embora só esta última seja estatisticamente significativa.

Apenas as pessoas com antecedentes de doença diabética têm 5,225 vezes maior probabilidade de manifestar dor ($p=0,05$) do que as restantes.

As médias de medicamentos consumidos situam-se entre 5,25 (dor) e 11,41 (diabetes), com diferenças estatisticamente significativas em dois sentidos:

- Menos consumo de medicamentos nas pessoas com antecedentes de alcoolismo, demência e dor;

- Enquanto que o maior número de medicamentos está associado aqueles que têm como antecedentes diabetes e depressão.

Quadro n.º 2 - Antecedentes pessoais e relação com a dor

Antecedentes pessoais	Total	%	Dor:		Nº médio medicamentos	Correlação (%) sig
			Sig.	Exp(B)		
Afasias	3	1.6	.600	2.116	8,33	sig > 0,10
Alcoolismo	8	4.1	.590	1.659	5,67	(-0,217) sig = 0,054
AVC	19	9.8	.405	.583	8,89	sig > 0,10
Cancro	6	3.1	.789	1.296	8,17	sig > 0,10
Demência	27	14.0	.987	.991	7,15	(-0,225) sig = 0,044
Depressão	20	10.4	.865	.893	10,25	(0,348) sig = 0,002
Diabetes	17	8.8	.054	5.225	11,41	(0,412) sig = 0,002
Dislipidemia	10	5.2	.921	.921	7,20	sig > 0,10
Doenças reumatóides	18	9.3	.529	1.514	8,11	sig > 0,10
Hipertensão	44	22.8	.624	.765	9,05	sig > 0,10
Problemas cardíacos	17	8.8	.964	1.031	8,71	sig > 0,10
Dor	4	2.1	.769	1.446	5,25	(-0,246) sig = 0,028

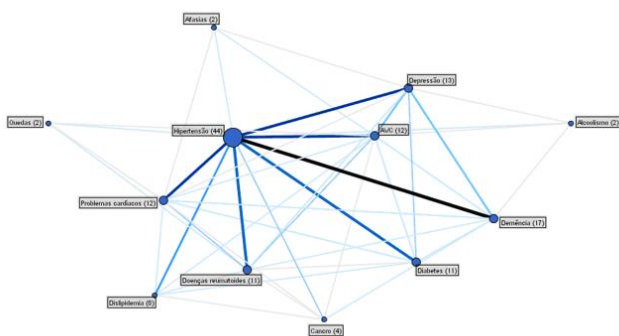


Relação entre os antecedentes

Quem tem por antecedentes o diagnóstico de hipertensão (44) partilha igualmente por ordem decrescente de importância o diagnóstico de demência (17), o de depressão (13), o de AVC (12), os problemas cardíacos (12), as doenças reumatóides (11) e a diabetes (11).

A hipertensão partilha em menor proporção os antecedentes de dor, as afasias, o alcoolismo, o cancro e a dislipidemia.

Conforme se pode observar no gráfico Category Web abaixo exposto, a partilha dos antecedentes patológicos referenciados com a dor ocorre com maior intensidade nos traços por ordem decrescente de espessura.



Na análise do estado mental (atenção, coerência do discurso, adequação do comportamento, orientação espacial e temporal) constata-se que a maioria, 47,5%, tem atenção captável e que a atenção varia na razão direta da referência dos episódios de dor. Embora se observe que as pessoas que têm atenção captável “às vezes” e as pessoas que têm a atenção “preservada” têm respetivamente 2,4 e 2,2 mais dor do que as pessoas cuja atenção não se consegue captar. Porém estas diferenças não são estatisticamente significativas. A maioria das pessoas não têm um discurso coerente (47,5%). Embora se observe que aquelas que têm coerência no discurso “às vezes” e as que têm sempre coerência do discurso têm respetivamente 1,5 vezes e 1,4 vezes mais dor do que aquelas pessoas que não têm coerência no discurso, porém as diferenças não são significativas.

A maioria das pessoas não têm comportamento adequado. Embora se observe que as pessoas que têm comportamento adequado “às vezes” e as que têm o “comportamento sempre adequado” têm respetivamente 1,8 vezes e 1,2 vezes mais episódios de dor do que aquelas cujo comportamento permanece “desadequado”. Contudo não se distinguindo significativamente entre si. Em relação à orientação espacial, a maioria, 52%, tem desorientação. Embora se observe que aqueles que têm “sempre orientação” espacial, têm 1,6 vezes mais dor do que os sem orientação, embora as diferenças não sejam significativas.

O mesmo se passa com a variável orientação temporal em que a maioria, 53,8%, não está orientada. Conquanto se observe que os que têm “às vezes” e “sempre orientação” tem respetivamente 1,8 vezes e 1,6 vezes mais episódios de dor do que os sem orientação temporal, todavia as diferenças não são estatisticamente significativas.

Sobre as doenças psicológicas, psiquiátricas e neurológicas de que estas pessoas padecem verifica-se que a maioria não tem doença psicológica nem psiquiátrica (82,5%) embora haja 17,5% que sugere a sua presença nos registos clínicos. Na influência da doença psiquiátrica e das doenças orgânicas e a dor verifica-se que não existem diferenças significativas. Com exceção da diabetes.

No que se refere à funcionalidade, as oito variáveis que compõem a escala Aggir podem ser resumidas com qualidade num único índice que explica 71,6% da informação dessas variáveis que a integram e as diferenças encontradas não variam significativamente com a dor. Em relação aos aspetos instrumentais, verifica-se que a maioria (80%) não se serve de um alimento ou da travessa na mesa e que quem não se serve tem um risco de não reportar dor 1,061 vezes superior aqueles que são capazes de fazê-lo, qualquer que seja o sexo. O mesmo acontecendo com as variáveis relacionadas com, arrumar a casa, fazer compras, gerir o dinheiro, usar transportes e usar medidas de segurança na cadeira ou no leito, com riscos semelhantes de não reportar dor e para todas estas atividades sem diferenças significativas entre si.



Discussão

Este trabalho mostra uma população institucionalizada envelhecida, predominantemente feminina e com dor. A maior longevidade predispõe à morbidade coexistindo pluripatologia nos residentes. A idade é o maior fator de risco para a demência e a dor (Scherder et al. 2009). Neste estudo apenas 1.3 % da dor é explicada pela idade. A dor é um dos sintomas mais frequentemente relatados em doentes idosos com demência, com taxas de prevalência que variam de 12% a 83%. A prevalência de dor nesta investigação é de 70%, também verificado noutros estudos que referem valores entre 45% a 80% (WP Achterberg, G. Gambassi, H. Finne-Soveri, R. Liperoti, A. Noro, DH Frijters, A. Cherubini, G. Eagle 2010) (A.A. Boerlage, M. van Dijk, D.L. Stronks, R. de Wit 2008) (Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama 2010)(Zwakhalen et al. 2009). As diferenças de género em relação às manifestações de dor são coincidentes com as de outros autores (Barry et al. 2013). A dor está associada a alterações do humor e, muitas vezes decorre com a depressão (de Souto Barreto et al. 2013). As pessoas institucionalizadas neste lar têm diariamente prescrições medicamentosas e os profissionais de saúde não têm práticas alternativas em relação à presença de dor (de Knecht et al. 2013). A maioria das antigas profissões representadas não tem qualquer associação com episódio de dor concordante com outros autores que não identificam qualquer associação entre as profissões e a dor (Barry et al. 2013).

Está presente a pluripatologia e fragilidade, tal como em outros estudos (Souto et al. 2013) (Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama 2010). Segundo a maioria dos autores (Kapoor and Kapoor 2013) a hipertensão sofre um aumento de prevalência com a idade e esta está associada com outras comorbidades, nomeadamente algumas mudanças estruturais e maior rigidez e envelhecimento de órgãos e sistemas (Kapoor and Kapoor 2013), coincidente com os dados encontrados na instituição em estudo. Apenas as pessoas com antecedentes de doença diabética têm 5,225 vezes maior probabilidade de manifestar dor do que as restantes. Esta dor é conhecida como a dor neuropática, uma dor complexa e multifocal com gravidade que aumenta ao longo do tempo (Scherder et al. 2009). As

pessoas nas instituições são frequentemente polimedicadas (Souto et al. 2013). Neste estudo, as médias de medicamentos consumidos situam-se entre 5,25 (dor) e 11,41 (diabetes). Valor também verificado por outros autores (8,8) (Strien et al. 2013), acresce-se que o tipo de medicação, psicotrópicos, cardiotónicos e analgésicos estão associados a queda podendo ser uma das protagonistas dos episódios de dor das pessoas institucionalizadas. Polifarmácia, interação medicamentosa e efeitos adversos são potenciais malefícios na idade avançada (Scherder et al. 2009).

Os resultados referentes às variáveis usadas para caracterizar o estado mental são coincidentes com outros autores quando referem que as pessoas que padecem de demência reportam menos dor (Cardoso 2013). Observa-se neste estudo que a orientação preservada, a coerência do discurso, o comportamento adequado a orientação espacial e temporal estão mais associados ao risco de evidenciar dor do que os seus opostos, acontecendo sobretudo naqueles menos deteriorados cognitivamente, isto remete para o problema da descodificação interna e subjetiva da experiência de dor (Limongi et al. 2013) deficitária nos processos demenciais, também referidos por outros autores, sobretudo nas situações mais severas (Kovach CR, Noonan PE, J. Griffie, S. Muchka 2001). A redução de queixas relativas a experiências dolorosas em pessoas com demência pode ser parcialmente explicada por défices de comunicação e de memória típicos nestas patologias (Limongi et al. 2013) e pela sua incapacidade de recuperar os seus recursos atencionais orientá-los para a dor, colocar as sensações no seu próprio contexto e finalmente processá-lo em termos cognitivos e afetivos (Limongi et al. 2013).

Parece importante, portanto, desenvolver ferramentas de avaliação mais confiáveis para identificar a dor em pessoas com demência moderada ou grave e/ou com défices de comunicação graves.

A maioria das pessoas não tem comportamento adequado e não refere dor o que conflitua com a prevalência de administração analgésica com valores de 70%. Alguns autores chamam-lhe necessidades potencialmente não satisfeitas (Pieper et al. 2013). Com frequência as alterações destes comportamentos são interpretados como sintoma de demência e por



isso são tratados com psicotrópicos e consequentemente a dor é subtratada e negligenciada (Pieper et al. 2013) (de Souto Barreto et al. 2013) tanto nos aspetos farmacológicos como nas medidas de conforto (Horgas et al. 2007) (Tait and Chibnall 2008). Outros autores propõem protocolo para o tratamento de dor (Boerlage et al. 2013) alertam para o perigo da overdose de analgésicos nos mais velhos por negligenciarem a existência de dor, ministrando o analgésico mas não fazendo a sua avaliação permanente (de Knecht et al. 2013). Sobre as doenças psicológicas e psiquiátricas não se encontraram valores significativos no estudo mas muitos autores referem maior presença de dor nestas nas pessoas com estas patologias (Souto et al. 2013) (Boerlage et al. 2013) (de Knecht et al. 2013) (Sotto Mayor, Ribeiro, and Paúl 2008). No que se refere à funcionalidade o compromisso é elevado mas a associação com a dor não é significativa. Conhece-se a poderosa associação entre a incapacidade funcional e a mortalidade (Idland et al. 2013). Assim, identifica-se um padrão hierárquico de deterioração funcional (Idland et al. 2013) e reconhece-se que aqueles que ainda têm energia para uma caminhada, ainda que lentificada, estão em menor risco, retardando em certa medida o círculo vicioso da redução da atividade física, perda da função física e início da incapacidade.

Conclusão

As ULSD são instituições que têm elevada prevalência de dor nos seus residentes. A vulnerabilidade, fragilidade, morbidade e uso de polimedicação associados aos mais velhos e com deterioração cognitiva torna necessária uma reflexão para os profissionais de saúde que têm a seu cargo a gestão das instituições e/ou a gestão dos cuidados às pessoas aí residentes. Monitorizar a dor e protocolar a sua avaliação e tratamento tem forte implicação para a prática. Reconhecer as expressões de dor naqueles que tem a comunicação verbal deficitária e usar terapias alternativas para a dor pode reduzir o sofrimento, os comportamentos problemáticos e melhorar a qualidade de vida dentro destas instituições.

Limitações ao estudo

Este estudo beneficiava do conhecimento do tipo de fármacos mais consumidos na instituição. A ausência de caracterização do tipo de dor, nomeadamente aguda ou crónica também nos pareceu um fator limitante do estudo.

Referências bibliográficas

- A.A. Boerlage, M. van Dijk, D.L. Stronks, R. de Wit, C.C. van der Rijt. 2008. "Pain Prevalence and Characteristics in Three Dutch Residential Homes Eur." *J. Pain* 12: 910–16.
- Achterberg, Wilco P, Giovanni Gambassi, Harriet Finne-Soveri, Rosa Liperoti, Anja Noro, Dinnus H M Frijters, Antonio Cherubini, Giusy Dell'aquila, and Miel W Ribbe. 2010. "Pain in European Long-Term Care Facilities: Cross-National Study in Finland, Italy and The Netherlands." *Pain* 148(1): 70–74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19910119> (October 13, 2013).
- Barry, Declan T, Corey E Pilver, Rani a Hoff, and Marc N Potenza. 2013. "Pain Interference and Incident Mood, Anxiety, and Substance-Use Disorders: Findings from a Representative Sample of Men and Women in the General Population." *Journal of psychiatric research* 47(11): 1658–64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23992771> (November 26, 2013).
- Boerlage, Anneke a, Abraham J Valkenburg, Erik J a Scherder, Gertrud Steenhof, Peter Effing, Dick Tibboel, and Monique van Dijk. 2013. "Prevalence of Pain in Institutionalized Adults with Intellectual Disabilities: a Cross-Sectional Approach." *Research in developmental disabilities* 34(8): 2399–2406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23714716> (October 12, 2013).
- Brorson, Hanna, Henrietta Plymoth, Karin Ormon, and Ingrid Bolmsjö. 2013. "Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia." *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*: 1–9.



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23453467>
(October 6, 2013).

C. Ballard, J. Smith, B. Husebo, D. Aarsland, A. Corbett. 2011. "The Role of Pain Treatment in Managing the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) (2011)." *Int. J. Palliat. Nurs.* 17: 420, 422, 424.

Cardoso, Alice. 2013. *Manual de Tratamento Da Dor*. Lidel - Ed. Lisboa: livrarial@lidel.pt.

CNAMTS. 2008. "Aggir - Guide D'utilisation Paris: Securite Sociale L'assurance Maladie." <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>.

Correia, Ana Sofia Aleixo, and Jaime C. Branco. 2012. "Fisiopatologia Da Dor." In ed. Lidel. , 137.

Horgas, Ann L, Austin Lee Nichols, Caissy a Schapson, and Krystal Vietes. 2007. "Assessing Pain in Persons with Dementia: Relationships Among the Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument, Self-Report, and Behavioral Observations." *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses* 8(2): 77–85. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17544127>
(October 12, 2013).

Idland, Gro, Renate Pettersen, Kirsten Avlund, and Astrid Bergland. 2013. "Physical Performance as Long-Term Predictor of Onset of Activities of Daily Living (ADL) Disability: a 9-Year Longitudinal Study Among Community-Dwelling Older Women." *Archives of gerontology and geriatrics* 56(3): 501–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23290919>
(November 8, 2013).

Kapoor, Prerna, and Aditya Kapoor. 2013. "Hypertension in the Elderly: A Reappraisal." *Clinical Queries: Nephrology* 2(2): 71–77. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211947713000149>
(November 26, 2013).

De Knecht, Nanda C, Marjoleine J C Pieper, Frank Lobbezoo, Carlo Schuengel, Heleen M Evenhuis, Jan Passchier, and Erik J a Scherder. 2013. "Behavioral Pain Indicators in People with Intellectual Disabilities: a Systematic Review." *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* 14(9): 885–96.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23830762>
(November 18, 2013).

Kovach CR, Noonan PE, J. Griffie, S. Muchka, DE Weissman. 2001. "O Uso Da Avaliação de Desconforto No Protocolo de Demência." *Appl. Enfermagem. Res.* 14: 193–200.

Kverno, Karan S, Betty S Black, David M Blass, Jeanne Geiger-Brown, and Peter V Rabins. 2008. "Neuropsychiatric Symptom Patterns in Hospice-Eligible Nursing Home Residents with Advanced Dementia." *Journal of the American Medical Directors Association* 9(7): 509–15. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2570193&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
(October 12, 2013).

Kverno, Karan S / Rabins, Peter V / Blass, David M / Hicks, Kathryn L / Black, Betty. 2008. "Prevalence and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Advanced Dementia." *S, Journal of gerontological nursing* 34(12): 8–15.

Limongi, F., S. Radaelli, M. Noale, S. Maggi, and G. Crepaldi. 2013. "Somatosensory Evoked Potentials and Pain Assessment in Alzheimer's Disease." *European Geriatric Medicine*: 5–9. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878764913008942>
(November 10, 2013).

M.J. Norton, R.S. Allen, A.L. Snow, J.M. Hardin, L.D. Burgio. 2010. "Predictors of Need-Driven Behaviors in Nursing Home Residents with Dementia and Associated Certified Nursing Assistant Burden." *Aging Ment. Health* 14: 303–9.

Pestana, M.H., Gageiro, J. N. 2008. *Análise de Dados Para Ciências Sociais: a Complementaridade Do SPSS*. Edições Sí. Lisboa. [www/EdicoesSilabo](http://www.EdicoesSilabo.com); Google; Scielo Network; ABC.

Pestana, M.H., Gageiro, J. N. 2009. *Análise Categórica, Árvores de Decisão e Análise de Conteúdo Em Ciências Sociais e Da Saúde Com o SPSS*. ed. Lidel Edições Técnicas Lda. Lisboa.

Pieper, Marjoleine J C, Annelore H van Dalen-Kok, Anneke L Francke, Jenny T van der Steen, Erik J a Scherder, Bettina S Husebø, and Wilco P Achterberg. 2013. "Interventions Targeting Pain or Behaviour in



Dementia: A Systematic Review.” *Ageing research reviews*.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727161>
(October 6, 2013).

S.U. Zuidema, J.F. de Jonghe, F.R. Verhey, R.T. Koopmans. 2007. “Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients: Factor Structure Invariance of the Dutch Nursing Home Version of the Neuropsychiatric Inventory in Different Stages of Dementia.” *Dementia Geriatric and Cognitive Disorders* 24: 169–76.

Scherder, Erik, Keela Herr, Gisèle Pickering, Stephen Gibson, Fabrizio Benedetti, and Stefan Lautenbacher. 2009. “Pain in Dementia.” *Pain* 145(3): 276–78.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19409705>
(October 13, 2013).

Sotto Mayor, M, O. Ribeiro, and C. Paúl. 2008. “Satisfaccion Percibida En El Cuidado de Ancianos.” *Gerokomos* 19(3).

De Souto Barreto, Philipe, Maryse Lapeyre-Mestre, Bruno Vellas, and Yves Rolland. 2013. “Potential Underuse of Analgesics for Recognized Pain in Nursing Home Residents with Dementia: A Cross-Sectional Study.” *Pain* 154(11): 2427–31.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23872102>
(November 10, 2013).

Souto, Philipe De, Maryse Lapeyre-mestre, Bruno Vellas, and Yves Rolland. 2013. “Potential Underuse of Analgesics for Recognized Pain in Nursing Home Residents with Dementia : A Cross-Sectional Study.” *PAIN* (0304): 0–4.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.017>.

Strien, Astrid M Van, Huiberdina L Koek, Rob J Van Marum, and Mariëlle H Emmelot-vonk. 2013. “Maturitas Psychotropic Medications, Including Short Acting Benzodiazepines , Strongly Increase the Frequency of Falls in Elderly.” *Maturitas* 74(4): 357–62.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.004>.

Tait, Raymond C, and John T Chibnall. 2008. “Under-Treatment of Pain in Dementia: Assessment Is Key.” *Journal of the American Medical Directors Association* 9(6): 372–74.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18585637>
(October 13, 2013).

Takai, Yukari, Noriko Yamamoto-Mitani, Yumi Chiba, Yuri Nishikawa, Yuichi Sugai, and Kunihiko Hayashi. 2013. “Prevalence of Pain Among Residents in Japanese Nursing Homes: a Descriptive Study.” *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses* 14(2): e1–9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23688366>
(November 18, 2013).

Tosato, Matteo, Albert Lukas, Henriette G van der Roest, Paola Danese, Manuela Antocicco, Harriet Finne-Soveri, Thorsten Nikolaus, Francesco Landi, Roberto Bernabei, and Graziano Onder. 2012. “Association of Pain with Behavioral and Psychiatric Symptoms Among Nursing Home Residents with Cognitive Impairment: Results from the SHELTER Study.” *Pain* 153(2): 305–10.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22093815>
(October 13, 2013).

Tracy, Bridget, and R Sean Morrison. 2013. “Pain Management in Older Adults.” *Clinical therapeutics*: 1–10.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24148553>
(November 10, 2013).

WP Achterberg, G. Gambassi, H. Finne-Soveri, R. Liperoti, A. Noro, DH Frijters, A. Cherubini, G. Eagle, MW Ribbe. 2010. “Pain in European Long-Term Care Facilities: Cross-National Study in Finland, Italy and The Netherlands.” *PAIN* 148 148: 70–74.

Y. Takai, N. Yamamoto-Mitani, Y. Okamoto, K. Koyama, A. Honda. 2010. “Literature Review of Pain Prevalence Among Older Residents of Nursing Homes.” *Pain Manag. Nurs* 11: 209–23.

Zwakhalen, Sandra M G, Raymond T C M Koopmans, Paul J E M Geels, Martijn P F Berger, and Jan P H Hamers. 2009. “The Prevalence of Pain in Nursing Home Residents with Dementia Measured Using an Observational Pain Scale.” *European journal of pain* (London, England) 13(1): 89–93.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18486509>
(October 13, 2013).

Zwakhalen, Sandra M G, Jenny T van der Steen, and M D Najim. 2012. “Which Score Most Likely Represents



Pain on the Observational PAINAD Pain Scale for Patients with Dementia?" *Journal of the American Medical Directors Association* 13(4): 384–89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21640656> (October 13, 2013).