



- **FACT SHEET No. 11**

## **A dor no indivíduo com défice cognitivo (não demencial): gestão**

Muitas vezes, os indivíduos com défice cognitivo expressam a dor de formas pouco comuns. As mudanças subtis no comportamento e na aparência podem ser indicadoras de dor, já que as manifestações de dor podem ser variáveis e idiossincráticas [8]. Dependendo da causa do défice cognitivo e das áreas do cérebro envolvidas, podem ser afetadas as respostas afetivo-motivacionais, cognitivo-avaliativas e autonómicas à dor [4], criando a ideia errónea de que as pessoas com défice cognitivo são um grupo homogéneo menos sensível à dor e com um limiar da dor mais elevado [1].

### **O reconhecimento da dor na deficiência cognitiva**

As pessoas com défices cognitivos podem expressar a dor de forma diferente, o que torna o seu reconhecimento muito subjetivo devido a indicadores não verbais, que não são identificados com facilidade devido à subtilidade e à individualidade dos comportamentos de dor. Sendo a dor um fenómeno altamente individualizado e subjetivo, os potenciais indicadores de dor incluem mudanças nos sinais físicos e/ou comportamentais, juntamente com o conhecimento das competências individuais normais [13]. No entanto, as reações distintas devido a diferentes competências verbais e cognitivas limitam a aplicabilidade prática dos instrumentos de avaliação da dor [31]. Verifica-se, deste modo, a necessidade de uma multiplicidade de métodos e medidas de dor que sejam compatíveis com as capacidades da pessoa avaliada. Nesse processo, os registos do “estado basal” devem fazer parte da avaliação anual de saúde de cada indivíduo, em que se documentam e analisam as respostas à dor e que é disponibilizada aos profissionais de saúde não familiarizados com a medição da dor [14]. A dor deve ser avaliada com recurso a uma escala de dor reconhecida e adequada, aplicando uma panóplia de modalidades, incluindo: autorrelato, observação comportamental e medidas fisiológicas, dependendo do indivíduo e da sua capacidade de comunicação. Além disso, devem ser consideradas as reações atípicas à dor, como o riso ou sons que tanto expressam entusiasmo, como felicidade ou dor [22]. Alguns exemplos de instrumentos de avaliação da dor disponíveis e validados para crianças com défice cognitivo são: a



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.**

Escala Numérica Individualizada (INRS), relativamente simples e fácil de usar [27], a Escala FLACC revista (expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade) (r-FLACC) [32] e o mais complexo Perfil da Dor Pediátrica (PPP) [15]. Para adultos com défice cognitivo, existem os seguintes instrumentos de avaliação da dor validados, entre outros: *Checklist* de Dor em Adultos Não Comunicativos (NCAPC) [19], Escala de Dor e Desconforto (PADS) [2], *Checklist* de Indicadores de Dor Não verbais (CNPI) [7] e a Ferramenta de Avaliação de Deficiência e Sofrimento (Dis-Dat) [26]. A fiabilidade da maioria dos instrumentos de avaliação da dor é adequada, sendo também suficiente a validade do constructo estimado pela correlação dos resultados de uma nova escala com os de uma escala existente [15,20,28]. Embora existam numerosos instrumentos de avaliação da dor, o essencial é que a avaliação seja realizada à luz da possibilidade de avaliar a pessoa com défice cognitivo quanto a todos os aspetos do instrumento e que as observações durante períodos sem dor tenham ficado registadas. De preferência, este processo inclui pessoas que conhecem o indivíduo sem e com dor. Para identificar e tratar a dor, é fundamental analisar, caso a caso, as observações físicas, fisiológicas e comportamentais e as reações atípicas [25].

### **A gestão da dor na deficiência cognitiva**

A gestão da dor exige a avaliação eficaz da dor e respetivas fontes. Devem ser avaliadas as condições que causam dor nociceptiva (aguda), por exemplo, fraturas e problemas dentários [10]. A doença do refluxo gastroesofágico é uma das principais causas de dor em doentes com défice cognitivo [9], podendo estar associada a vômitos, pneumonia e problemas dentários, todos estes potencialmente dolorosos [5]. Estão disponíveis instrumentos validados para quantificar a frequência dos sintomas e a gravidade do refluxo gastroesofágico [3]. A sua deteção e tratamento precoces são fundamentais para prevenir a dor e outros sintomas [3]. Além da dor nociceptiva, a dor neuropática também deve ser considerada como causa.

A dor neuropática é uma descrição clínica de dor crónica ou recorrente causada por uma lesão do sistema nervoso somatossensorial. Pode incluir sintomas como dor resultante de estimulação não dolorosa, sendo a dor descrita como uma sensação de queimadura e corrente elétrica. A dor neuropática também pode ser mais difícil de tratar e responder melhor a outros analgésicos, como gabapentinoides e antidepressivos tricíclicos [11,12]. Algumas pessoas com défice cognitivo têm comportamentos autodestrutivos, por exemplo, batendo com a cabeça ou mordendo-se, e a dor pode ser um fator causal (ou seja, uma maneira de expressar a dor). A incidência de comportamentos autodestrutivos em crianças com autismo pode atingir os 50%, mas só numa pequena percentagem é que a dor nociceptiva foi identificada como causa [23]. Contudo, já foi apontado que a dor neuropática desencadeia comportamentos autodestrutivos [24,29].

Após o reconhecimento e a avaliação da dor, o passo seguinte consiste em prescrever agentes analgésicos adequados com as respetivas instruções de dosagem. A gestão da dor pode ser levada a cabo de acordo com a Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde [33]. Em muitos casos, a dor é difícil de tratar, requerendo avaliação, revisão e titulação contínuas e/ou o teste de medicamentos antes de se alcançar um resultado satisfatório [30]. Em geral, as pessoas com deficiência intelectual recebem menos alívio da dor, tendo dois estudos retrospectivos [17,18] demonstrado que as crianças



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.**

com déficit cognitivo receberam doses menores de opioides no intraoperatório em comparação com os controlos [17,18]. Malviya et al. [21] também indica que 89% dos médicos têm tendência para prescrever doses subterapêuticas de analgésicos às crianças com déficit cognitivo.

A epilepsia é uma comorbidade muito comum em doentes com déficit cognitivo e muitos destes necessitam de tratamento vitalício com medicamentos antiepiléticos (ou seja, fenitoína, fenobarbital e carbamazepina) que podem causar interações medicamentosas, já que são potentes indutores de múltiplas enzimas do citocromo P450. A gestão da dor deve ser abrangente e integrativa, envolvendo todas as pessoas relevantes. Devem ser consideradas as intervenções multimodais, que incluem tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos. Estas intervenções podem incluir abordagens farmacológicas, físicas, sociais, psicológicas e espirituais, tendo em vista a gestão da dor a nível molecular, funcional, comportamental, cognitivo e afetivo [6]. Assim, as ações no âmbito da gestão da dor irão variar de acordo com a etiologia da dor, as características e as preferências do doente e as diretrizes relativas às boas práticas. É essencial uma abordagem estruturada que incorpore a avaliação eficaz da dor e a identificação da fonte e do tipo de dor, bem como uma minuciosa documentação.

Dada a complexidade da dor na população com déficit cognitivo, a gestão eficaz da dor requer uma abordagem multidimensional e a reavaliação contínua para garantir o foco nos indicadores de qualidade de vida e não apenas na redução da dor. Além disso, devem ser incluídas no registo inicial, na gestão e na avaliação as pessoas pertinentes, como a família/os cuidadores e o próprio indivíduo com déficit cognitivo [6]. É necessário atentar à falta de formação e conhecimento sobre o déficit cognitivo, que é considerada o obstáculo primário à gestão eficaz da dor.

### Pontos-chave

- 1) A gestão da dor em pessoas com déficit cognitivo envolve muitas considerações, tendo em conta as dificuldades na avaliação da dor, a elevada incidência de comorbidades e a polimedicação.
- 2) A avaliação adequada da dor é a pedra angular da gestão da dor. Os doentes com déficit cognitivo podem beneficiar de instrumentos de avaliação da dor validados e correspondentes ao seu nível individual de capacidades.
- 3) Os prescritores devem estar cientes das possíveis alterações na farmacocinética e farmacodinâmica dos analgésicos em pessoas com déficit cognitivo, como interações medicamentosas com medicamentos antiepiléticos.

### REFERÊNCIAS

- [1] Beacroft M. and Dodd K. (2010) I feel pain - audit of communication skills and understanding of pain and health needs with people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*. 39: 139–147.
- [2] Bodfish J., Harper V., Deacon J. and Symonds F. (2001) Identifying and measuring pain in persons with developmental disabilities: A manual for the Pain and Discomfort Scale (PADS). Available from Western Carolina Center Research Reports, 300 Enola Rd. Morganton NC 28655.
- [3] Deal L., Gold B.D., Gremse D.A., Winter H.S., Peters S.B., Fraga P.D., Mack M.E., Gaylord S.M., Tolia V. and Fitzgerald J.F. (2005) Age-specific questionnaires distinguish GERD symptom frequency and severity in infants and young children: development and initial validation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 41(2):178–185.



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.**

- [4] de Knecht N. and Scherder E. (2011) Pain in adults with intellectual disabilities. *Pain*.152(5):971–4.
- [5] de Veer A.J., Bos J.T., Niezen-de Boer R.C., Bohmer C.J. and Francke A.L. (2008) Symptoms of gastroesophageal reflux disease in severely mentally retarded people: a systematic review. *BMC Gastroenterol.* 8:23.
- [6] Doody O. and Bailey M.E. (2017) Interventions in pain management for persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, <https://doi.org/10.1177/1744629517708679>
- [7] Feldt K S. (2000) The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing.* 1(1): 13-21.
- [8] Findlay L., Williams A.C.D.C., Baum S. and Scior K. (2015) Caregiver experiences of supporting adults with intellectual disabilities in pain. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 28: 111–120.
- [9] Gossler A., Schalamon J., Huber-Zeyringer A. and Hollwarth M.E. (2007) Gastroesophageal reflux and behavior in neurologically impaired children. *Journal of Pediatric Surgery.* 42(9):1486–1490.
- [10] Hauer J. and Houtrow A.J. (2017) Pain assessment and treatment in children with significant impairment of the Central Nervous System. *Pediatrics.* 139(6): e20171002.
- [11] Hauer J.M. and Solodiuk J.C. (2015) Gabapentin for management of recurrent pain in 22 nonverbal children with severe neurological impairment: a retrospective analysis. *Journal of Palliative Medicine.* 18(5): 453-456.
- [12] Hauer J.M., Wical B.S. and Charnas L. (2007) Gabapentin successfully manages chronic unexplained irritability in children with severe neurologic impairment. *Pediatrics*, 119(2): e519-e522.
- [13] Herr K., Coyne P.J., McCaffery M., Manworren R. and Merkel S. (2011) Pain assessment in the patient unable to self-report, position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 12: 230–250.
- [14] Hoghton M., Martin G. and Chauhan U. (2012) Annual health checks for people with intellectual disabilities. *British Medical Journal.* 345, e7589.
- [15] Hunt A., Goldman A., Seers K., Crichton N., Mastroyannopoulou K., Moffat V., Oulton
- [16] K. and Brady M. (2004) Clinical validation of the paediatric pain profile. *Developmental Medicine and Child Neurology.* 46(1):9-18.
- [17] Koh J.L., Fanurik D., Harrison R.D., Schmitz M.L. and Norvell D. (2004) Analgesia following surgery in children with and without cognitive impairment. *Pain* 111: 239–244.
- [18] Long L.S., Ved S. and Koh J.L. (2009) Intraoperative opioid dosing in children with and without cerebral palsy. *Paediatric Anaesthesia.* 19: 513–20.
- [19] Lotan M., Ljunggren A.E., Johnsen T.B., Defrin R., Pick C.G. and Strand L.I. (2009) A modified version of the Non-Communicating Children Pain Checklist-Revised (NCCPC-R), adapted to adults with intellectual and developmental disabilities. Sensitivity to pain and internal consistency. *Journal of Pain.* 10(4): 398-407.
- [20] Malviya S., Voepel-Lewis T., Burke C., Merkel S. and Tait A.R. (2006) The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatric Anaesthesia.* 16(3):258-65.
- [21] Malviya S., Voepel-Lewis T., Merkel S. and Tait A. (2005) Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge are ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. *Acute Pain.* 1(7):27–32.
- [22] Masterson M. (2011) Understanding pain in patients with intellectual disabilities. *American Nurse Today.* 6: 1–6.
- [23] Minshawi N.F., Hurwitz S., Morriss D. and McDougle C.J. (2015) Multidisciplinary assessment and treatment of self-injurious behavior in autism spectrum disorder and intellectual disability: integration of psychological and biological theory and approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 45(6):1541–68.
- [24] Peebles K.A. and Price T.J. (2012) Self-injurious behaviour in intellectual disability syndromes: evidence for aberrant pain signalling as a contributing factor. *Journal of Intellectual Disability Research.* 56(5): 441-452.
- [25] Rattaz C., Dubois A., Michelon C., Viellard M., Poinso F. and Baghdadli A. (2013) How do children with autism spectrum disorders express pain? A comparison with developmentally delayed and typically developing children. *Pain*, 154, 2007–2013.
- [26] Regnard, C., Reynolds, J., Watson, B., Matthews, D., Gibson, L., & Clarke, C. (2007). Understanding distress in people with severe communication difficulties, Developing and assessing the disability distress assessment tool (DisDAT). *Journal of Intellectual Disability Research.* 51(4): 277-292.
- [27] Solodiuk J. and Curley M.A.Q. (2003) Evidence based practice, Pain assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments - The Individualized Numeric Rating Scale (INRS). *Journal of Pediatric Nursing.* 18:(4), 295-299.
- [28] Solodiuk J.C., Scott-Sutherland J., Meyers M., Myette B., Shusterman C., Karian V.E., Harris S.K. and Curley M.A. (2010) Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. *Pain.* 150(2):231-6.
- [29] Symons FJ. (2011) Self-injurious behavior in neurodevelopmental disorders: relevance of nociceptive and immune mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2011; 35(5):1266-1274.

- [30] Taverner T. (2014) Neuropathic pain: an overview. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 10: 116–123.
- [31] Temple B., Dube´ C., McMillan D., Secco L., Kepron E., Dittberner K., Ediger J. and Vipond G. (2012) Pain in people with developmental disabilities: a scoping review. *Journal of Developmental Disabilities* 18: 73–86.
- [32] Voepel-Lewis T., Malviya S. and Tait A.R. (2005) Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment. *Pain Management Nursing*. 6(4): 168–174.
- [33] World Health Organization (1996) *Treatment of Cancer Pain*. Geneva: World Health Organization.

## AUTORES

Owen Doody, PhD, MSc, BSc, RNID  
Department of Nursing and Midwifery  
University of Limerick,  
Limerick, Ireland

Abraham J. Valkenburg, MD, PhD  
Department of Anesthesiology  
Erasmus University Medical Center  
Rotterdam, the Netherlands

## TRADUTOR

Tiago Campos, com revisão técnica da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor)

### Sobre a International Association for the Study of Pain®

A IASP é o principal fórum para a ciência, o exercício de Medicina e a educação na área da dor. [A associação está aberta a qualquer profissional](#) envolvido na investigação, no diagnóstico ou no tratamento da dor. A IASP conta com mais de 7000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais e 20 Grupos de Interesse Especial.

**No âmbito do Ano Global Contra a Dor em Grupos Vulneráveis, a IASP disponibiliza uma série de fichas informativas sobre tópicos específicos relacionados com a dor em populações vulneráveis. Esses documentos foram traduzidos para diversas línguas e encontram-se disponíveis para download gratuito. Consulte mais informações em [www.iasp-pain.org/globalyear](http://www.iasp-pain.org/globalyear).**



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.**