



#### • FACT SHEET No. 4

## A gestão da dor na demência

São várias as doenças que podem provocar o declínio cognitivo, que leva a problemas progressivos na vida diária, na comunicação e no comportamento, como, por exemplo, agitação, apatia ou distúrbios do sono. A esta síndrome chamamos «demência». Inclui a doença de Alzheimer, a demência vascular e uma combinação de ambas. A doença de Parkinson, a doença de Huntington, a SIDA e várias outras doenças mais ou menos raras podem causar demência. Embora todas essas doenças possam terminar no mesmo estado de «demência», as neuropatologias são diferentes, assim como o impacto sobre o sistema de processamento da dor. Verificou-se que as pessoas com demência apresentam propensão para uma má avaliação da dor, tendo muitos estudos também averiguado que tomam menos analgésicos [1].

### Eventual alteração do processamento da dor na demência

- Na doença de Alzheimer, os indivíduos sentem dor, mas a interpretação e a avaliação cognitiva e emocional da dor podem ser diferentes.
- Na demência vascular, os indivíduos têm, muito provavelmente, mais dor, devido às lesões na matéria branca que podem potenciar a dor central.
- Dado que a demência é causada por doenças neuropatológicas progressivas, o impacto sobre o processamento da dor depende do estadió da doença.
- Em quase todos os tipos de demência, a comunicação acaba por ser gravemente afetada no processo.
- Foi demonstrado por estudos experimentais que o limiar da dor é um pouco maior na doença de Alzheimer e que as respostas autonómicas são prejudicadas [2].
- Os estudos experimentais também demonstram que o estímulo doloroso em pessoas com demência aumenta os movimentos faciais [6].

## Os desafios da avaliação da dor na demência

- O autorrelato da dor (e os efeitos primários e secundários da medicação) nem sempre é possível, especialmente em estadios mais avançados.
- Nem sempre é viável aplicar os instrumentos comuns de avaliação da dor, especialmente em estadios mais avançados.
- É frequente os profissionais de saúde não terem formação suficiente para comunicar com pessoas com demência, reduzindo a compreensão e o conhecimento sobre a demência e a dor [8].
- Quando os instrumentos tradicionais de avaliação da dor (autorrelato) perdem a validade, estão disponíveis instrumentos de observação.
- Existem mais de 35 instrumentos de observação, mas tanto a sua validação como aplicação são geralmente fracas [4].
- A dor é frequentemente expressa através do comportamento (por exemplo, agitação).
- Os cuidadores formais e informais concentram-se em tratar o comportamento, muitas vezes com medicação antipsicótica, em vez de tratar a dor.
- A diferenciação entre as causas dos sintomas neuropsiquiátricos não é fácil.

## Gestão interdisciplinar e não-farmacológica

- As pessoas com demência têm vastas necessidades médicas, sociais e psicológicas. A gestão da dor é sempre multidimensional, devendo, portanto, ser interdisciplinar.
- Dado que a maioria das pessoas com demência é idosa, existe um risco acrescido de reações adversas dos medicamentos. As intervenções não-farmacológicas (como atividades sociais, mentais e físicas, por exemplo, a musicoterapia) devem ser sempre a primeira linha de atuação.
- Sendo a avaliação e a apresentação da dor diferentes, existe uma forte componente psicológica e comportamental na experiência da dor. Portanto, as intervenções comportamentais e calmantes que tranquilizem e relaxem as pessoas com demência devem ser também a primeira linha de escolha. No entanto, escasseia a base científica e o consenso entre os especialistas sobre o conteúdo e o efeito da intervenção não-farmacológica para a dor na demência [7].

## Gestão farmacológica

- O paracetamol é um analgésico eficaz na maioria das pessoas com demência, mas não se deve incentivar a toma «quando for preciso», pois é frequente a dificuldade em comunicar a dor.
- Quanto à administração de AINE, recorde-se que a maioria das pessoas com demência é idosa, havendo o risco real de eventos adversos graves (gastroenterológicos, renais e cardiovasculares). Têm também dificuldade em comunicar os primeiros sinais possíveis de efeitos secundários graves, pelo que se aconselha cautela, começar com uma dose baixa e tentar parar no prazo de duas semanas.



© 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.**

- Não se apoia a administração de opioides devido à escassez de provas sobre a eficácia e os potenciais efeitos secundários, entre os quais o delírio, que é descrito com frequência.
- Se necessário, devem ser administrados opioides fortes, mas no pressuposto de uma terapia reduzida e lenta. Considere-se que as pessoas com demência também têm mais efeitos secundários com os opioides, devendo ser monitorizadas e avaliadas pelo menos uma vez por semana. O tratamento deverá ser suspenso no prazo de 6 semanas [5].
- Em muitos países, é comum o uso de adesivos com buprenorfina ou fentanilo em pessoas com demência, frequentemente durante meses ou anos.
- Os médicos devem questionar o uso prolongado de analgésicos, incluindo adesivos.
- A monitorização e a avaliação da eficácia e dos efeitos secundários do tratamento são importantíssimas, devendo ser realizadas regularmente.
- Segundo demonstrado por estudos experimentais, as pessoas com doença de Alzheimer com declínio das funções frontais não apresentam efeito placebo. Também foi demonstrado que esses doentes precisavam de uma dose maior de analgésicos para alcançar o mesmo nível de alívio da dor [3].
- Deve recorrer-se a um instrumento de avaliação para a monitorização. Se o autorrelato estiver condicionado, deve recorrer-se a um instrumento de avaliação comportamental, como, por exemplo, MOBID-2, PAINAD ou PAIC.

## REFERÊNCIAS

- [1] Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82.
- [2] Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999 Mar;80(1-2):377-82.
- [3] Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006 Mar;121(1-2):133-44.
- [4] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229.
- [5] Erdal A, Flo E, Aarsland D, Selbaek G, Ballard C, Slettebo DD, Husebo BS. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018 May 16;13:935-946.
- [6] Lautenbacher S, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(5):501-505.
- [7] Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebo BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep;12(4):1042-55.
- [8] Zwakhalen S, Docking RE, Gnass I, Sirsch E, Stewart C, Allcock N, Schofield P. Pain in older adults with dementia : A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Schmerz*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. [Epub ahead of print]

## AUTORES

Wilco Achterberg, MD, PhD



© 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.**

Leiden University Medical Centre  
LUMC Department of Public Health and Primary Care  
Leiden, Netherlands

Bettina Husebo, MD  
University of Bergen  
Department of Global Public Health and Primary Care  
Bergen, Norway

## 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.