

**HOSPITAL BRUNO BORN
CAMILA ZANCO**

**ANÁLISE DE DOR NOS PACIENTES DEMENCIADOS NA ENFERMARIA DO
HOSPITAL BRUNO BORN EM 2021**

**LAJEADO – RS
JANEIRO DE 2022**

Residente MEI Camila Zanco
Danielle Zanco

**ANÁLISE DE DOR NOS PACIENTES DEMENCIADOS NA ENFERMARIA DO
HOSPITAL BRUNO BORN EM 2021**

Trabalho de conclusão de Residência Médica, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Clínica Médica, no Hospital Bruno Born. Orientador: Dr Juliano Dalla Costa.

LAJEADO – RS
JANEIRO DE 2022

RESUMO

O crescimento da população idosa, no contexto atual, demonstra, estatisticamente, um aumento de doenças crônicas, cânceres e deficiências, estando estas, muitas vezes, relacionadas à dor. O quadro de idosos com demência e dor tem se mostrado em ascensão, sendo a algia uma das principais causas de perda de qualidade de vida. A dificuldade de comunicação, em pacientes neurologicamente afetados, diminui a percepção dos profissionais quanto ao sintoma da dor, que se torna incômodo e incapacitante, além de diminuir consideravelmente a qualidade de vida. A área de cuidado paliativo tem se mostrado importante aliada ao tratamento e alívio da dor, de maneira adequada, pois aplica medidas que visam aliviar o sofrimento do paciente. Para o presente estudo, foi aplicada a escala de dor em pacientes demenciados, bem como o correlacionamento desta dor, sua intensidade e etiologias, com as principais comorbidades apresentadas pelos indivíduos pesquisados.

Palavras chave: Demência; Dor; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

The growth of the elderly population, in the current context, statistically demonstrates an increase in chronic diseases, cancers and disabilities, which are often related to pain. The picture of elderly people with dementia and pain has been on the rise, with pain being one of the main causes of loss of quality of life. Difficulty in communication in neurologically affected patients reduces the perception of professionals regarding the pain symptom, which becomes uncomfortable and disabling, in addition to considerably reducing the quality of life. The area of palliative care has proved to be an important ally in the treatment and relief of pain, in an appropriate way, as it applies measures that aim to alleviate the suffering of the patient. For the present study, the pain scale was applied to demented patients, as well as the correlation of this pain, its intensity and etiologies, with the main comorbidities presented by the researched individuals.

Keywords: Dementia; Pain; Palliative care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	7
2.1 Cuidados paliativos	7
2.2 Princípios	7
2.3 Doença neurológica.....	8
3 METODOLOGIA	11
3.1 Tipo de pesquisa	11
3.2 Coleta de dados	11
3.3 Análise de dados	11
4 RESULTADOS.....	12
5 DISCUSSÃO	18
CONSIDERAÇÕES.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

A expressão Cuidados Paliativos, conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), pode ser considerada uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. Por meio deles, instituí-se medidas de alívio do sofrimento de doenças que ameaçam a continuidade da vida, sejam agudas ou crônicas, por meio de identificação, avaliação e tratamento impecável da dor, além de problemas físicos, psicossociais e espirituais. (WHO, 2002).

Observa-se, segundo dados do IBGE que, atualmente, tem-se tornado ainda mais relevante o cuidado paliativo em nosso país, devido ao envelhecimento progressivo da população e ao aumento de prevalência de doenças crônico-degenerativas e de câncer. (ERVATTI, 2015). Associado a isso, o avanço tecnológico, iniciado principalmente após a segunda metade do século XX, instituindo uma importante melhora terapêutica, fez com que diversas doenças, antes consideradas mortais, se transformassem em crônicas, levando seus portadores à longevidade (MAIELLO et al., 2020). Entretanto, por muitas vezes, o aumento da expectativa de vida vem acompanhado de dor e sofrimento e é nesse âmbito que o cuidado paliativo se destaca e ocupa uma posição importante, resgatando a possibilidade de permanecer e sentir-se vivo, até que a tão temida “morte” chegue. (MAIELLO et al., 2020).

A prática exercida por alguns profissionais da saúde, chamada distanásia, tem se tornado frequente. Distanásia, que é um neologismo dos termos gregos dis + thanatos (o prefixo “dis” tem como significado “dificuldade” e “thanatos”, morte), pode ser definida como dificuldade para morrer. O dicionário Aurélio define como “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. Nessa conduta, não se prolonga a vida propriamente dita, mas sim o processo de morrer, isso ocasiona maior sofrimento ao paciente e sua família, superlotação de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Urgência e Emergência, além de aumento de custos com atendimentos de baixa qualidade. (SANTIAGO; MATOS JUNIOR, 2019).

Há cada vez mais evidências de que, com a distanásia, há piores desfechos clínicos, como a redução da sobrevida. Para reduzir este ciclo, é importante que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades para exercer os Cuidados Paliativos, conhecendo os serviços de apoio da rede e utilizando suas ferramentas de trabalho de forma ética e humanizada. (FELIX et al., 2013).

A demência é uma das principais causas de diminuição e perda de qualidade de vida em idosos. É estimado que a incidência dessa patologia aumentará de 25 milhões, em 2020, para 114 milhões em 2025. (WIMO, 2006). Dados da literatura demonstram ainda que a prevalência da demência é de 5% a 10% aos 64 anos, aumentando para 15% a 20% aos 75 anos e para 40% entre os 90 e 95 anos.

Tendo em vista as considerações acima, o presente estudo aborda a importância dos cuidados paliativos em pacientes demenciados, inclusive no tratamento e controle de dor, amenizando, conseqüentemente, o sofrimento dos pacientes neurologicamente afetados.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Cuidados paliativos

A falta de compreensão correta do termo de Cuidados Paliativos ainda é frequente em nosso meio, sendo relacionado apenas à fase final da vida. Entende-se, entretanto, que o cuidado paliativo deve ocorrer simultaneamente aos cuidados curativos e modificadores da doença. Desse modo, é importante lembrar que a indicação dessa abordagem se faça presente não só na terminalidade da vida, mas a partir do momento em que haja sofrimento, em qualquer âmbito – físico, psíquico, social e espiritual – da vida do paciente. O cuidado paliativo pode e deve ser ofertado em todos os níveis de assistência de saúde (atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência). (ALVES et al., 2019).

2.2 Princípios

O cuidado paliativo tem uma visão ampla e transdisciplinar, que foca no cuidado de pacientes e também de seus familiares. Leva em consideração o triunfo das tecnologias médicas, analisando, de forma meticulosa, a transição entre as tentativas palpáveis de manter a vida, quando existem possibilidades reais de recuperação, e a abordagem paliativa, por meio do controle de sintomas, sem desconsiderar a finitude humana. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Os princípios básicos da OMS (Organização Mundial da Saúde), necessários para o conhecimento e compreensão sobre cuidado paliativo são, entre outros, proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes; afirmação da vida considerando a morte um processo natural do ser humano; não apressar nem postergar a morte; promover a integração entre o biológico, psicológico e espiritual do paciente; ofertar sistema de apoio ao paciente para ajudar os pacientes a viverem de forma ativa e menos dolorosa até o momento da morte.

A WHO (2002) considera ainda que os cuidados paliativos têm, como princípios, oferecer uma rede de apoio à família, objetivando que esta entenda mais sobre a doença do paciente durante o enfrentamento, dando suporte e amparo, se necessário, no período de luto. Trata-se, da mesma maneira, de auxiliar na melhora da qualidade de vida do paciente e ser influência positiva no decurso da doença; iniciando os cuidados a partir do diagnóstico e, em casos condizentes, associar as demais terapias

destinadas ao prolongamento da vida, como quimioterapia ou radioterapia, incluindo a investigação necessária para compreensão do melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados. (WHO, 2002).

Em resumo, o cuidado paliativo preocupa-se com o bem estar e qualidade de vida do paciente e do seu entorno. Entre seus objetivos, visa tornar, o atendimento mais humano, tentando, de forma singela, fazer parte da rotina dos hospitais, ambulatórios e domicílios. Busca, cuidadosamente, evitar o uso de termos como “terminalidade”, substituindo-os por outros, como “doença que ameaça a vida”. Em seus procedimentos, evita explanar sobre impossibilidade de cura, mas sobre a possibilidade, ou não, de tratamento modificador da doença, preocupando-se com termos que dão a ideia de que não há mais nada para fazer, diminuindo a desesperança. (MAIELLO et al., 2020).

Foram criados alguns critérios clínicos para determinadas doenças, os quais auxiliam na decisão de encaminhar ao Cuidado Paliativo. Algumas patologias têm suas condições clínicas específicas, como a insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, esclerose lateral amiotrófica, demência e outras doenças degenerativas progressivas. (MAIELLO et al., 2020).

2.3 Doença neurológica

Pacientes com *déficits* neurológicos, graves, com doenças irreversíveis e progressivas são um desafio na prática diária. Ainda mais, quando apresentam instalação precoce ou adquirida na fase mais tardia da vida e apresentam sofrimento de maior ou menor intensidade físico, emocional, familiar, social ou espiritual e isso não é detectado pelo seu médico, cuidador ou familiar. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Cuidados paliativos em pacientes não oncológicos estão sendo progressivamente reconhecidos, inclusive em condições que são rapidamente fatais como a Doença do Neurônio Motor (DNM). Defendem-se novos *guidelines* para iniciar precocemente os cuidados paliativos. Pacientes neurológicos possuem necessidades diferentes de paciente oncológicos. Devido ao comprometimento cognitivo, muitas vezes os sintomas são avaliados de forma indireta, através da percepção de familiares e cuidadores. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Em pacientes com demência, como a doença de Alzheimer e outras doenças relacionadas, devem-se analisar alterações estruturais e comprometimentos funcionais, além de comorbidades, para se realizar intervenções e realizar o planejamento dos cuidados paliativos. Importantes fatores de análise são incapacidade para andar, incontinência fecal ou urinária, falar menos de seis palavras inteligíveis, albumina menor do que 2,5 ou menor ingestão por via oral, idas frequentes ao pronto socorro. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Observa-se dificuldade também de consentir com o estágio nutricional do paciente paliativo por motivos neurológicos. Dúvidas enquanto a alimentação na fase final: Disfagia, anorexia progressiva e, conseqüente, sarcopenia fazem parte da evolução habitual da doença e não devem ser encaradas como intercorrências que precisam ser revertidas. Parar de comer é uma das mais tranquilas e confortáveis formas de morrer. As funções corporais vão deixando de funcionar e alimentos e líquidos deixam de ser necessários. (BYOCK, 1997, n.p).

Além disso, a gastrostomia, embora tenha se tornado frequente, não demonstra aumento de sobrevida, não melhora as condições de nutrição nem a imunidade, e não previne a broncoaspiração de secreção bucal, podendo inclusive ser fonte de infecções cutâneas e de desconforto. Por isso, a recusa alimentar do paciente demenciado deve ser respeitada, obedecendo-se a quantidade e os horários de oferta do alimento. É importante atentar para que a mucosa não fique ressecada, umidificando com gases embebida de água ou gelo picado. (BYOCK, 1997).

Foram desenvolvidas estratégias para o alívio da escala de dor em pacientes neurologicamente afetados. Estudos informam que a experiência da dor é mais comum na fase final da demência do que na fase final do câncer e que o prejuízo na comunicação representa a maior barreira para a avaliação da dor. (ANDRADE et al., 2006).

A percepção da dor é normalmente preservada nos idosos, porém a habilidade de expressar a dor pode estar modificada, inclusive nos pacientes com *delirium* e com prejuízo cognitivo. (MOSELE et al., 2012). Estudos sugerem que os doentes com demência não são menos sensíveis a dor, tornando-se apenas menos capazes de perceberem algumas sensações, inclusive a dor. Idosos, portadores de demência avançada e dor, descrevem esta como sendo de menor intensidade do que os idosos com cognição preservada, recebendo menos analgésicos, apesar de terem o mesmo diagnóstico de dor. (SHERDER et al., 2003).

É importante conseguir identificar fatores causais de dor e tentar modificá-los. Alguns distúrbios como prejuízo no equilíbrio, distúrbios do sono, diminuição do apetite, agitação, agressividade podem ser consequências de dor, os quais não foram avaliados adequadamente pelo médico. Além disso, redução nas atividades diárias, prejuízo cognitivo, agressão verbal, depressão, ansiedade, isolamento social e sensação de abandono também podem ser consequências de dor não controlada. (THE et al.,2016).

É de importante funcionalidade observar e, se possível, obter o auto relato da dor do paciente, uma vez que será a descrição mais fidedigna sobre o que ele está sentindo. Para o autor, demonstram-se importantes também os relatos do cuidador e do familiar que está presente na rotina do doente; isso auxilia apenas na forma significativa na identificação da dor e não na sua intensidade. (SHEGA et al., 2007). Segundo a American Society Pain Management, de forma clínica, deve-se investigar condições clínicas que podem estar causando dor e observar comportamentos que sugiram sofrimento. (THE et al., 2016).

Algumas manifestações de dor em idosos, com *déficits* cognitivos, podem ser a expressão facial (tristeza, raiva, assustado, caretas, piscadas rápidas), verbalização ou vocalização (gemidos, gritos, suspiros, respiração nasal, pedidos de socorro), movimentos corporais (rigidez, tensão muscular a movimentação, perambulação, inquietude, alteração de marcha), mudança na interação interpessoal (agressividade, apatia, isolamento social), mudanças nas atividades rotineiras (recusa alimentar, mudança no apetite, sonolência), mudança no estado mental (confusão mental, choros, irritabilidade, agitado). (THE et al., 2016).

A fase final da doença é caracterizada por declínio funcional, fragilidade e falência dos órgãos. Neste estágio, o paciente já se encontra em situação irreversível diante de qualquer possível terapêutica aplicada. Torna-se, portanto, imprescindível a comunicação clara e explícita para a família sobre a tomada de decisões e condutas, reforçando que o foco deve ser centrado na pessoa e não em algum determinado órgão ou sistema que se encontra em falência evidente. (THE et al., 2016).

Embora exista tanto conhecimento acumulado e esforço dos pesquisadores, a morte continua sendo uma certeza. É nesse âmbito que o cuidado paliativo se destaca e ocupa uma posição importante, visto que resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado, na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Diante da proposta definida neste trabalho de conclusão de residência médica, o presente estudo foi classificado como epidemiológico, descritivo, quantitativo e retrospectivo.

O método de pesquisa relacionou-se à aplicação de uma escala de dor aos pacientes internados na enfermaria do Hospital Bruno Born, da cidade de Lajeado, Rio Grande do Sul, associada à análise do prontuário dos mesmos.

O estudo foi realizado em pacientes acima de 18 anos, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou tiveram o termo assinado por seu responsável. Os pacientes incluídos no estudo deviam apresentar, como critério principal, alguma forma importante de demência, diagnosticada pelo médico assistente. Os profissionais envolvidos foram médicos e doutorandos de medicina.

3.2 Coleta de dados

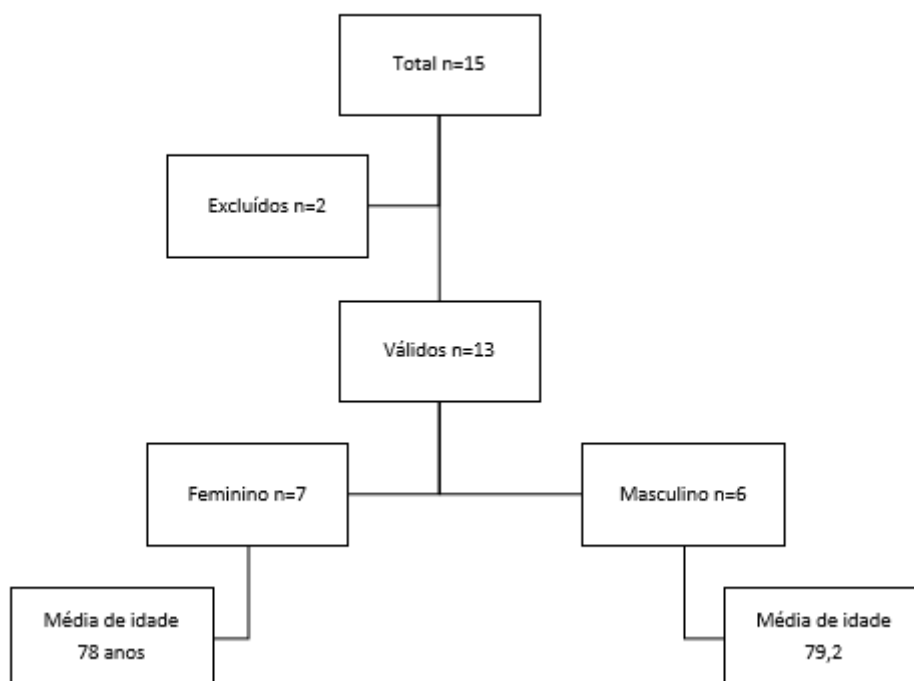
A coleta dos dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2021, a partir da análise da escala PAINAD BR, que analisa a possibilidade de dor em pacientes com demência. Os quesitos comportamentais dos pacientes, analisados pela escala, são respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e a consolabilidade, onde pontuam entre 0 e 2. Além disso, para avaliação de comorbidades associadas, foram analisados dados dos prontuários eletrônicos, dispostos no sistema Tasy.

3.3 Análise de dados

A análise de dados foi realizada pela equipe de pesquisa do estudo, incluindo médicos e doutorandos de medicina. Foi analisado o perfil de pacientes demenciados na enfermaria do Hospital Bruno Born, como sexo, idade, motivo principal de internação, comorbidades relacionadas (hipertensão, diabetes, acidente vascular isquêmico prévio, cardiopatia prévia e tabagismo), presença de familiar ou cuidador e escala de dor.

4 RESULTADOS

Fluxograma 1 - População da amostra

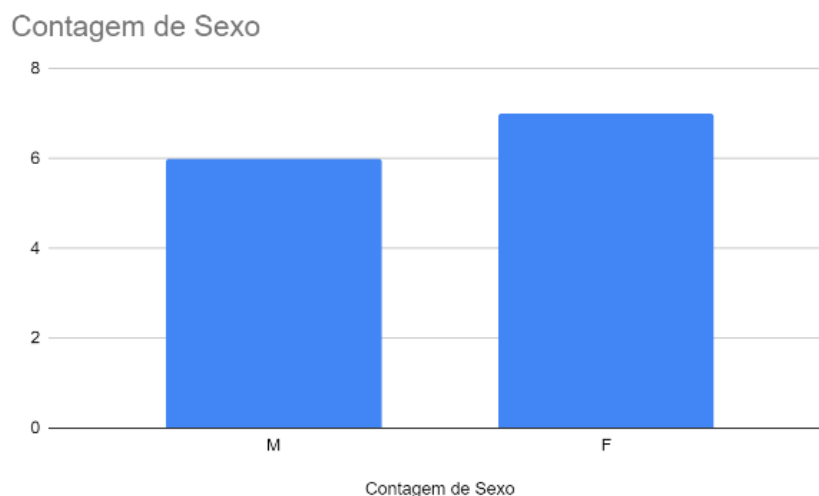


Fonte: Autora.

Foram eleitos 15 pacientes com o diagnóstico de demência na enfermaria do Hospital Bruno Born de Lajeado, nos meses de novembro e dezembro de 2021, de forma aleatória. Foram incluídos no estudo 13 pacientes, 1 paciente foi excluído por não querer participar do projeto e 1 paciente foi excluído por não apresentar responsável para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e por não ter autonomia suficiente para a assinatura.

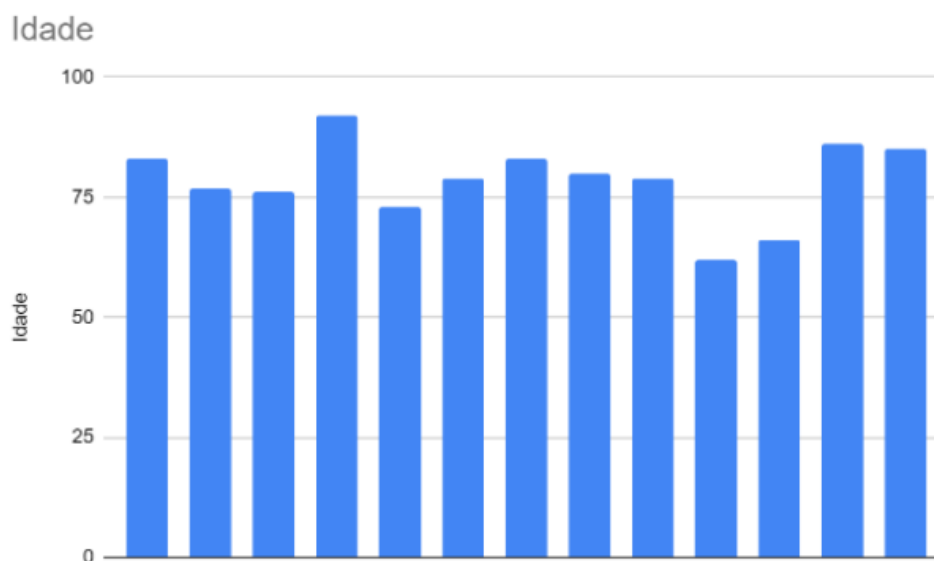
Observou-se então que, dos 13 pacientes, 6 (46,1%) pertencem ao sexo masculino e 7 (53,9%) pertencem ao sexo feminino. As idades, mínima e máxima, respectivamente, entre os participantes, são de 62 e 92, com uma idade média de 78,5 anos.

Gráfico 1 – Gênero da amostra



Fonte: Autora

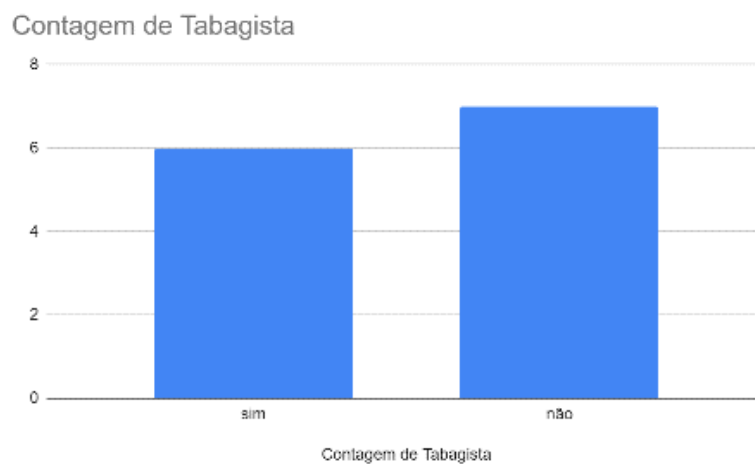
Gráfico 2 – Idade da amostra



Fonte: Autora

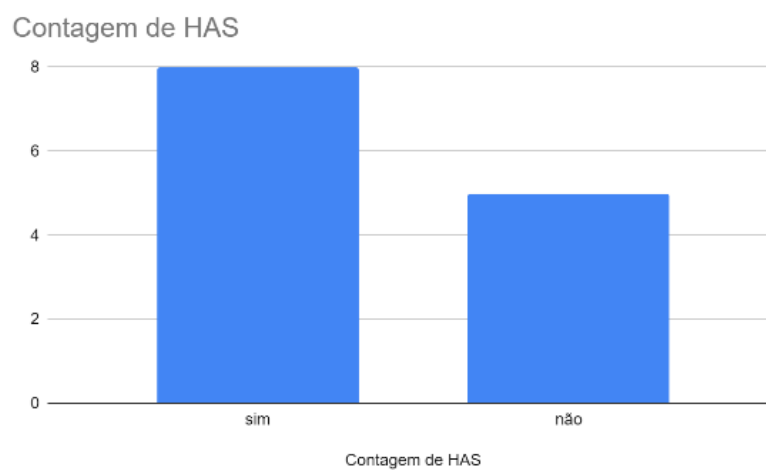
Dentre a amostra total, os Gráfico 3 evidenciam que 6 pacientes (46,1% da amostra) eram tabagistas, enquanto 7 (53,9%), não eram tabagistas. As informações dos Gráficos 4 e 5 indicam que 8 pacientes (61,5% da amostra) apresentavam hipertensão e 3 (23,1%) possuíam diabetes melitus.

Gráfico 3 – Tabagistas da amostra



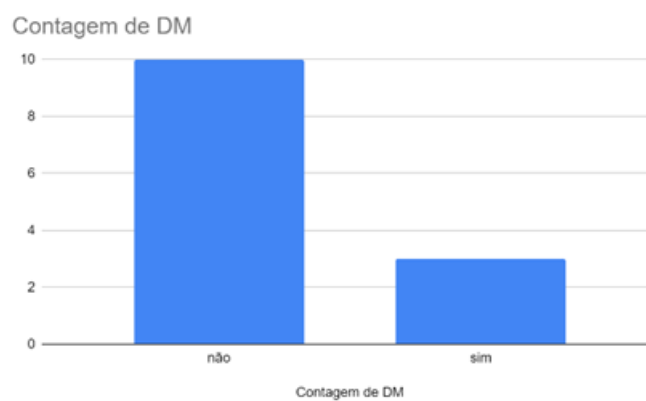
Fonte: Autora

Gráfico 4 – Hipertensos da amostra



Fonte: Autora

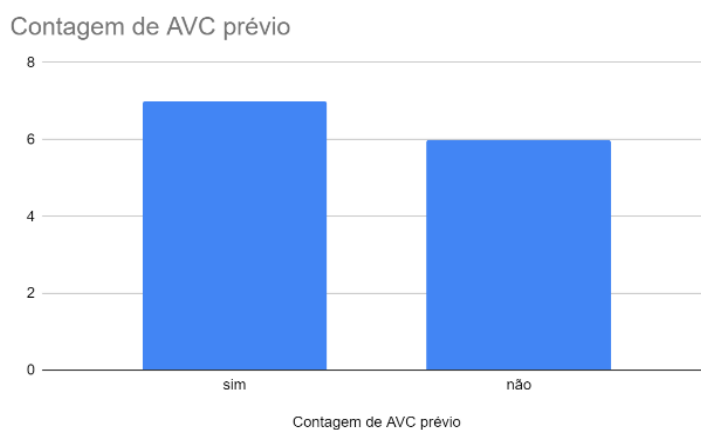
Gráfico 5 – População com diabetes melitus



Fonte: Autora

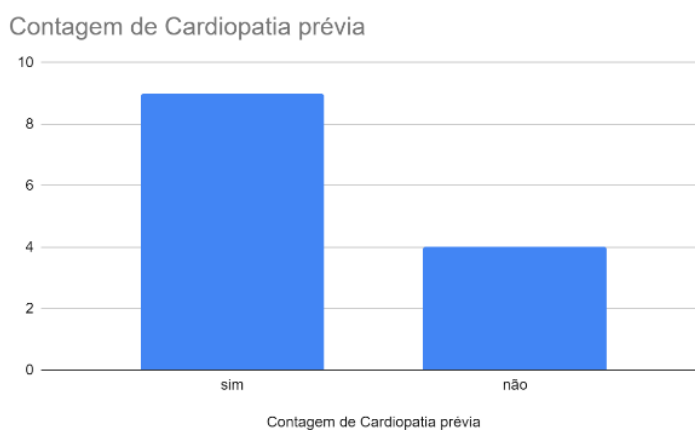
Foi possível observar que 7 (53,9%) pacientes apresentava histórico de eventos vasculares cerebrais prévios ao estudo, quer fosse isquêmico ou hemorrágico; enquanto 9 (69,2%) pacientes portavam algum tipo de cardiopatia prévia, isquêmica ou alguma forma de arritmia. (Gráficos 6 e 7).

Gráfico 6 – População com AVC prévio



Fonte: Autora.

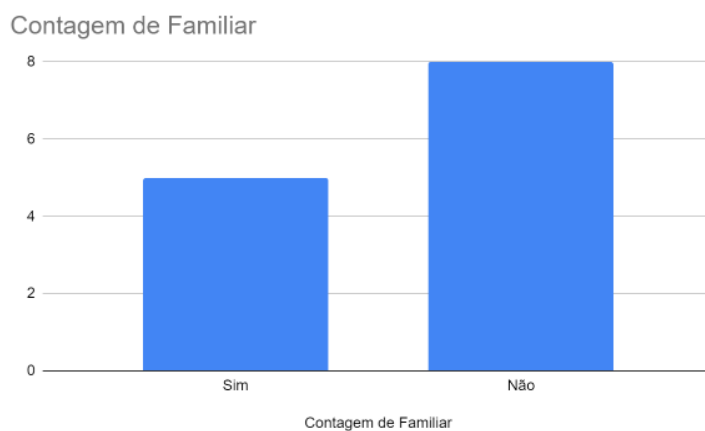
Gráfico 7 – Cardiopatas da amostra



Fonte: Autora.

Em análise sobre a presença ou não de um acompanhante que seja familiar, observa-se que a maioria dos pacientes da amostra apresentava-se com um acompanhante externo à família, num total de 8 (61,5%) pacientes sem familiares presentes, conforme o Gráfico 8.

Gráfico 8 – Familiares presentes na amostra



Fonte: Autora.

Quadro 1 - Aplicação da escala - PAINad

PAINad	PAINad	PAINad	PAINad	PAINad	TOTAL PAINad
Respiração	Vocalização negativa	Expressão facial	Linguagem corporal	Consolabilidade	
1	0	0	0	1	2
0	1	0	0	0	1
0	1	1	0	0	2
0	1	1	1	1	4
0	2	2	2	1	7
0	1	2	2	1	6
2	2	2	2	2	10
0	0	0	0	0	0
0	1	1	1	1	4
0	0	1	1	1	3
2	2	2	2	2	10
2	1	0	0	0	3
1	0	0	2	1	4

Fonte: Autora

A escala PAINad foi aplicada aos participantes do estudo. De acordo com a mesma, a pontuação entre 1 a 3 é considerada dor leve; 4 a 6 dor moderada; 7 a 10 dor severa. Observou-se que, dentre os pacientes participantes do estudo, apenas 3 (23,1%) enquadraram-se como dor severa, e destes, todos têm pontuação máxima nos quesitos de vocalização negativa, expressão facial e linguagem corporal. Com a aplicação da escala, 4 (30,8%) pacientes apresentaram dor moderada, enquanto 5 (38,5%) pacientes da amostra enquadram-se em dor leve. 1 paciente teve pontuação zero, não apresentando característica nenhuma de dor.

Analisando estes escores, percebeu-se que os pacientes que se enquadram em dor severa não apresentavam familiar como responsável principal, não tinham hipertensão arterial e não eram diabéticos.

O grupo da dor moderada apresentou 75% dos participantes com hipertensão arterial, 75% dos participantes sem histórico de diabetes melitus, 25% com histórico de tabagismo e 75% sem presença de familiar como acompanhante.

Dentre participantes que foram classificados como portadores de dor leve, 60% são tabagistas, 80% possuem hipertensão arterial, 40% tem diabetes melitus e 100% apresentava algum histórico de cardiopatia prévia. Além disso, 80% apresentavam um familiar como principal responsável.

Os motivos das internações foram diversos, tendo como predominante (23,1%) o acidente vascular cerebral - tanto isquêmico, quanto hemorrágico -, seguido por pneumonia (15,4%) e infecção do trato urinário (15,4%) e por outras comorbidades como trombose venosa profunda extensa (7,7%), erisipela (7,7%), pancreatite (7,7%), controle de agitação (7,7%), convulsão (7,7%), tromboembolia pulmonar (7,7%).

Quadro 2 - Cruzamento de dados

Sexo	Idade	Comorbidades	Tabagista	HAS	DM	AVC prévio	Cardiopatia prévia	Familiar presente	Respiração	Vocalização negativa	Expressão facial	Linguagem corporal	Consolidação	Total
M	83	Tvp extensa	sim	sim	não	sim	sim	Sim	1	0	0	0	1	2
M	77	Pneumonia	sim	sim	não	não	sim	Não	0	1	0	0	0	1
F	76	AVC h	sim	não	não	sim	sim	Sim	0	1	1	0	0	2

F	92	Erisipela	sim	sim	sim	sim	sim	Sim	0	1	1	1	1	4
M	73	Itu	não	não	não	não	não	Não	0	2	2	2	1	7
F	79	Pancreatite	não	não	não	não	não	Não	0	1	2	2	1	6
M	83	Pneumonia	sim	não	não	sim	sim	Não	2	2	2	2	2	10
M	80	Avci	não	sim	não	não	sim	Não	0	0	0	0	0	0
M	79	Controle de agitação	não	sim	não	não	não	Não	0	1	1	1	1	4
F	62	Avci	não	sim	sim	não	sim	Sim	0	0	1	1	1	3
F	66	Convulsão	sim	não	não	sim	não	Não	2	2	2	2	2	10
F	86	TEP	Não	Sim	Sim	sim	sim	Sim	2	1	0	0	0	3
F	85	ITU	Não	Sim	Não	sim	sim	Não	1	0	0	2	1	4

Legenda de cores dos Quadros 1 e 2:



Grupo acometido por dor severa.



Grupo acometido por dor moderada.



Grupo acometido por dor leve.



Paciente que nega estar acometido por dor.

Fonte: Autora

5 DISCUSSÃO

Tendo em vista a amostra de pacientes, podemos perceber que a média de idade dos pacientes demenciados presentes na enfermaria do Hospital Bruno Born gira em torno de 78,5 anos; acima da expectativa de vida média da população brasileira (76,6 anos), conforme informa o IBGE.

A amostra, assim como os estudos prévios, demonstra que a expressão de dor está muito relacionada com a expressão facial dos pacientes, mais especificamente, à apresentação de caretas, que é uma das principais manifestações de dor. A vocalização negativa, onde se incluem chamados perturbadores excessivos, resmungos, choros e gemidos também são a expressão principal do quadro de sofrimento.

A linguagem corporal relativa ao quadro de algia intensa inclui ter punhos cerrados, joelhos encolhidos e comportamento agressivo como expressão de dor. É importante ressaltar que a equipe médica, ao se deparar com essas condições, deve

sempre ter em vista a revisão da prescrição médica e otimizar a analgesia do paciente, pois muitas vezes o paciente com demência não apresenta condições de comunicação verbal adequada.

A partir dos dados obtidos, considera-se que pelo menos 53,9% dos participantes do estudo apresentam dor na escala moderada ou severa. Diante deste quadro, torna-se importante desenvolver técnicas e realizar treinamentos para as equipes do serviço multiprofissional, com o intuito de que sejam identificadas as causas de dor e, conseqüentemente, poder fazer a adequação das maneiras farmacológicas e não farmacológicas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

O número total de participantes selecionados não foi extenso, porém teve uma importante diversidade nos motivos e causas de internação, entre as principais sendo infecção do trato urinário, acidente vascular cerebral.

CONSIDERAÇÕES

O presente estudo foi realizado na enfermaria do Hospital Bruno Born, de Lajeado, Rio Grande do Sul. Os pacientes selecionados foram os que apresentavam demência e quadro de dor, num total de 13 pacientes incluídos na pesquisa que visou compreender a intensidade e a manifestação da dor, por meio da escala PAINad BR e de manifestações corporais, faciais e análise do prontuário dos indivíduos da amostra.

Dentre as mais diversas patologias apresentadas, 100% dos pacientes classificados com dor severa não apresentavam acompanhantes que fossem parte da família, bem como 75% do grupo de dor moderada não apresentavam familiar como principal responsável. Em contrapartida, 80% do grupo que apresentou dor leve era acompanhado por um familiar como cuidador principal. Independente de apresentarem maior ou menor quantidade de comorbidades, a característica mais importante na manifestação da dor foi o vínculo familiar com o cuidador e/ou acompanhante.

Desse modo, poder-se-ia inferir que os pacientes que se apresentam com menos sofrimento e dor possuem a presença da família, estando esta mais participativa no processo de cuidar e tratar.

Outrossim, identificou-se que grande parte dos pacientes de enfermaria estão em estágio moderado ou severo de dor, sendo necessário um treinamento específico para os colaboradores e equipe multidisciplinar, com o intuito de diminuir o sofrimento nos pacientes internados.

Dada a complexidade do assunto e a pequena população da amostra, além do tempo restrito de contato com os pacientes, não foi possível esgotar o assunto nem exprimir considerações definitivas sobre como as comorbidades podem estar relacionadas com a dor. Recomenda-se portanto que este estudo sirva de início para pesquisas mais aprofundadas, sendo necessários estudos complementares para demais conclusões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. S. F. et al. **Cuidados Paliativos**: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 39, e185734, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100130&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 Apr. 2021. Epub July 29, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.
- ANDRADE , F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. **Mensuração da dor no idoso: uma revisão**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000200018> Acesso em 16 mar. 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Conselho Nacional de Saúde.
- BYOCK, I. **Dying well**: Peace and possibilities at the end of life. In *Dying well: Peace and possibilities at the end of life*, 1997.
- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.
- CRELIER, Cristiane. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018**. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- ERVATTI, L. R. **Mudança demográfica no brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Subsídios para as projeções da população. 2015.
- FASANELLA, R. S. **Habilidades de comunicação nas demências avançadas**. Dissertação Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- FELIX, Z. C. et al. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Sept. 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 Abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas S/A, 2002. Disponível em <https://home.ufam.edu.br/salomao/Tecnicas%20de%20Pesquisa%20em%20Economia/Textos%20de%20apoio/GIL,%20Antonio%20Carlos%20-%20Como%20elaborar%20projetos%20de%20pesquisa.pdf> Acesso 22 fev. 2021.
- IBGE. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população – 3 ed. 2015 – Acessado em 22/02/2021, às 15:15 Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> Acesso: 22 fev. 2021.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos**: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003 . Disponível em

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 25 fev. 2021.
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>.

MACIEL, M. G. S.; CARVALHO, R. T. **Palliative performance scale: PPS versão 2**. São Paulo, 2009. Disponível em
https://victoriahospice.org/wpcontent/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf Acesso: 21 fev. 2021.

MAIELLO, A. P. M. V.; COELHO, F. P., MESSIAS, A. D. A.; D'ALESSANDRO, M. P. S. **Manual de Cuidados Paliativos**, 2020. Disponível em
[https://doi.org/10.1016/s0212-5382\(08\)70792-1](https://doi.org/10.1016/s0212-5382(08)70792-1) Acesso: 15 fev. 2021.

MORESI, E. **Metodologia da Pesquisa**. Universidade Católica De Brasília – UCB, Pró-Reitoria de Pós-Graduação. Brasília: 2003. Disponível em
www.inf.ufes.br/~pdcosta/ensino/2010-2-metodologia-depesquisa/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf Acesso 21 fev. 2021.

MOSELE, M.; INELMEN, E. M.; TOFFANELLO, E. D.; GIRARDI, A.; COIN, A.; SERGI, G.; MANZATO, E. **Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients**. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2012. Disponível em
<https://doi.org/10.1159/000341582> Acesso em 10 mar. 2021.

MOTTA, T. S.; GAMBARO, R. C.; SANTOS, F. C.. **Mensuração da dor em idosos: avaliação das propriedades psicométricas da versão em português do Geriatric Pain Measure**. *Rev. dor*, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 136-141, June 2015 .Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000200136&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 Apr. 2021.
<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150026>.

OMS – OMS **revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre2000-e>> Acesso 25 fev. 2021.

PINTO, A. C. et al. **Manual de cuidados paliativos** / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em
https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf Acesso: 22 fev. 2021.

Programa de Ciências da Reabilitação. Área de concentração: **Comunicação humana**: São Paulo, 2011. Disponível em
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5162/tde-08122011-162856/publico/RegianeSouzaFasanella.pdf> Acesso em 22 fev. 2021.

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 Acesso 15 mar. 2021.

SANTIAGO, T. B.; MATOS JUNIOR, P. H. C. Bioética e distanásia. V Seminário Científico do UNIFACIG e IV Jornada de Iniciação Científica do UNIFACIG – 07 e 08

de novembro de 2019. Disponível em

<http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/1444/1173> Acesso: 05 abr. 2021.

SCLAN, S. G.; REISENBERG, B. **Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality.** International 27

Psychogeriatrics; Cambridge Vol. 4, Ed. 3, Apr 1992, 1: 55-69.

DOI:10.1017/S1041610292001157 Disponível em

<https://search.proquest.com/openview/da049de6cada7d2658fda8490c2bccf0/1?pqorigsite=gscholar&cbl=31252> Acesso: 05 abr. 2021.

SHEGA, J.; EMANUEL, L.; VARGISH, L.; LEVINE, S. K.; BURSCH, H.; HERR, K.; KARP, J. F.; WEINER, D. K. **Pain in Persons With Dementia: Complex, Common, and Challenging.** Journal of Pain, 2007. Disponível em

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.03.003> Acesso: 23 abr. 2021.

SHERDER, E. J. A.; SERGEANT, J. A.; SWAAB, D. F. **Processamento da dor na demência e sua relação com a neuropatologia.** Lancet Neurol, Nov. 2003; 2 (11):

677-86. doi: 10.1016 / s1474-4422 (03) 00556-8. Disponível em

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14572736/> Acesso: 23 fev. 2021. THE, K. B. et al.

Avaliação de dor em idosos dementados: validação da versão brasileira da escala PACSLAC. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 14, n. 2, p. 152-157, June 2016.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 Apr.

2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3628>

UFRGS. **Escala de avaliação clínica da demência (CDR).** Ambulatório de NeuroGeriatría e Demências - Serviço de Neurologia - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2006. Disponível em

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/26142819-escala-de-avaliacaoclinica-da-demencia.pdf> Acesso em 23 fev. 2021.

WIMO A., JONSSON L., WINBLAD B. **An estimate of worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003.** Dement Geriatr Cogn Disord. 2006; 21(3):175-81.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **National Cancer Control**

Programmes: Policies and managerial guidelines 2nd edition. Health (San Francisco) 2002.