

A DOR DO PONTO DE VISTA CLÍNICO

Noéli Boscato

Universidade Federal de Pelotas

Gabriela Garcia Torino

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS

Resumo: A dor do ponto de vista clínico é definida como estímulo e resposta a partir de fenômeno biológicos complexos e subjetivos nas dimensões sensorial-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativo. Sua definição tem sido um desafio ao longo da história, desde a sua percepção como uma experiência espiritual e mística nos primórdios tempos, até o seu entendimento em termos biológicos como uma sensação física e mecânica que passa pelas fibras e alcança o cérebro. A dor é um efeito extremamente necessário uma vez que é um sinal de alarme de que algum dano ou lesão está ocorrendo, embora a dor possa também estar presente na ausência de qualquer estímulo, dano ou doença detectável. Preponderantemente a dor é eliminada uma vez que o estímulo nocivo é removido, no entanto, a dor pode persistir apesar da remoção do estímulo e cicatrização aparente do tecido sendo denominada de dor crônica, com influência multidimensional. O limiar de dor fisiológico é definido como o ponto ou momento em que um dado estímulo é reconhecido como doloroso, o que pode variar de um indivíduo para o outro, e ainda estar associado as experiências prévias com lesão tecidual real ou potencial e a fatores psicológicos. Dessa forma, esta análise aborda a etimologia, histórico e evolução na concepção da definição da dor do ponto de vista clínico baseada na antiga e recente definição de dor pela Associação Internacional para Estudos da Dor frente ao contexto biológico que inevitavelmente é influenciado pelas condições psicossociais. Pode-se finalmente, estabelecer que há fortes indícios de associação entre lesão tissular e dor biológica com o sofrimento, comportamentos dolorosos e incapacidade. É evidente que o sofrimento e o comportamento originados a partir da dor do ponto de vista clínico, não se devem inteiramente à nocicepção originada por uma lesão tissular, pois os comportamentos dolorosos podem perpetuar-se em decorrência de fatores ambientais e de influências que não podem ser objetivamente avaliadas. A partir desse contexto, os bons programas de controle de dor devem ter uma abordagem cognitivo-comportamental e incorporar estratégias terapêuticas físicas, farmacológicas e psicológicas. Nenhum tratamento isolado é tão eficaz para a redução da dor crônica refratária como a conduta multidisciplinar.

Palavras-chave: Dor, psicossocial, sistema nervoso central, sistema nervoso periférico, IASP.

Abstract: Pain, from the clinical point of view, is defined as a stimulus and response from complex and subjective biological phenomena in the sensory-discriminative, affective-motivational, and cognitive-evaluative dimensions. The pain definition has been a challenge throughout history, from its perception as a spiritual and mystical experience in early times to its understanding in biological terms as a physical and mechanical sensation that passes through the fibers and reaches the brain. Pain is

an essential effect since it is an alarm signal that some damage or injury has occurred; however, pain can also be present without detectable stimulus, damage, or disease. Mostly pain disappears with the removal of the noxious stimulus; however, pain may persist despite removing the stimulation and apparent healing of the tissue, termed chronic pain with multidimensional influence. The physiological pain threshold is the point or moment at which a given stimulus is recognized as painful, which can vary from one individual to another and still be associated with previous experiences with actual or potential tissue damage and psychological factors. Thereby, this analysis approaches the etymology, history, and evolution in the conception of the definition of pain from a clinical point of view based on the old and recent definition of pain by the International Association for the Study of Pain, given the inevitable influence by psychosocial conditions in the biological context. Finally, it can be established that there are strong indications of an association between tissue injury and physical pain with suffering, painful behaviors, and disability. It is evident that the suffering and the behavior originating from the pain, from the clinical point of view, are not entirely due to the nociception originated by a tissue lesion since the painful behaviors can be perpetuated as a result of environmental factors and influences that cannot be objectively evaluated. From this context, good pain control programs must have a cognitive-behavioral approach and incorporate physical, pharmacological, and psychological therapeutic strategies. Each treatment is less effective in reducing chronic refractory pain than a multidisciplinary approach.

Keywords: Pain, psychosocial, central nervous system, peripheral nervous system, IASP.

1. Etimologia da Palavra

A dor adaptativa, ou dor nociceptiva, é uma qualidade sensorial fundamental que contribui com a preservação da integridade do organismo e atua como alerta aos indivíduos para a ocorrência de lesões teciduais, permitindo que mecanismos de defesa ou fuga sejam adotados (ASCHENBRENNER, 2009). A transitoriedade é uma característica da resposta dolorosa aos estímulos nociceptivos.

A dor não adaptativa, contudo, pode se apresentar de forma contínua ou intermitente, sendo a expressão de uma patologia no sistema somatossensorial. Não está necessariamente associada a um estímulo nociceptivo ou a uma lesão tecidual identificável, e é importante razão de incapacidade e sofrimento (WOOLF, 2004). De acordo com Margo McCaffrey (1968):

Dor é tudo aquilo que o indivíduo que sofre diz que é dor, sempre que o disser.

A etimologia da palavra “*pain*”, no inglês, tem origem a partir do anglo-francês *peine*; do latim *poena* que significa pena, punição; e do grego

poine que significa pagamento, pena, recompensa. Na língua portuguesa, a palavra “*dor*” tem origem do latim *dolere*, que significa sofrimento (RAJA, 2020).

2. Histórico – Origem

Em 1644, René Descartes, filósofo, físico e matemático, teorizou que a dor era uma perturbação que passava pelas fibras nervosas até que o estímulo chegasse ao cérebro. Esta percepção transformou a percepção da dor de uma experiência espiritual e mística, para uma sensação física e mecânica. Segundo a teoria de Descartes, sem um estímulo nocivo não haveria dor (LINTON, 2005).

A partir do trabalho de Descartes e das teorias de Avicena, do século XI, foi desenvolvida a *teoria da especificidade* no século XIX (LINTON, 2005). Nesta teoria a dor era considerada como uma sensação específica, com seu próprio aparelho sensorial, independente do tato e de outros sentidos (FEBIGER, 1990). Nos séculos XVIII e XIX, a *teoria intensiva* foi também concebida, na qual a dor era considerada não apenas como uma modalidade sensorial única, mas também como um estado emocional produzido por estímulos mais fortes do que o normal, tais como luz intensa, pressão ou temperatura (LINTON, 2005).

Nos meados da década de 1890, a *teoria da especificidade* era apoiada principalmente por fisiologistas e médicos, e a *teoria intensiva* era principalmente apoiada por psicólogos. No entanto, após uma série de observações clínicas de Henry Head e experimentos de Max von Frey, os psicólogos migraram para a especificidade quase em massa e, ao final do século, a maioria dos livros didáticos sobre fisiologia e psicologia apresentavam a especificidade da dor como fato (MELZACK e WALL, 1965).

Nos anos 1960 e 1970, John J. Bonica, MD, chamou atenção para o tratamento inadequado da dor, e para a ausência de informações científicas sobre os mecanismos fisiológicos e psicológicos que influenciam na dor. Bonica estimulou o interesse de médicos e cientistas, levantou fundos do *Nacional Institutes of Health* e dos laboratórios farmacêuticos e atraiu um motivado grupo de seguidores que disseminaram a sua mensagem pelo mundo todo. Em 1980, o pesquisador Bonica já havia mudado muito o cenário e a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP na sigla em inglês), e muitas de suas divisões nacionais, já tinham sido fundadas, havia revistas sendo publicadas, as agências de financiamento passaram a reconhecer a necessidade de financiar pesquisas sobre a dor e a assistência médica foi melhorando. A

melhora do controle da dor teve como principal base a criação de novos conceitos e a *substituição de paradigmas*. Foram igualmente importantes o avanço tecnológico dos medicamentos, dos sistemas de aplicação de fármacos e dos sistemas de estimulação, *bem como das estratégias de intervenção psicológica*.

O artigo "*Pain Mechanisms: A New Theory*" de Ronald Melzack e Patrick D Wall foi publicado na revista Science em 1965. Nele, os autores descreveram pela primeira vez a "*Teoria do Controle do Portão da Dor*" que revolucionou a compreensão dos mecanismos da dor e sua gestão (MELZACK e WALL, 1965). Os autores propuseram que o sistema nervoso seria capaz de controlar o fluxo ascendente de informações para o encéfalo, modulando a atividade aferente através de circuitos descendentes. A hipótese do portão da dor também levou à compreensão de que os comportamentos dolorosos eram influenciados por eventos afetivos e ambientais e que era possível utilizar estratégias psicológicas para ajudar a reduzir o impacto da estimulação nóxica (estímulo que causa dor) sobre os processos cognitivos e afetivos da pessoa. Esta teoria fundamental, embora com falhas e excessivamente simplificada, mostrou que uma abordagem biopsicossocial da dor era muito mais eficaz do que o conceito biomédico tradicional da dor como uma resposta geneticamente determinada do encéfalo a um evento nóxico (MELZACK e WALL, 1965).

Uma segunda mudança de *paradigma* foi o reconhecimento de que lesão tissular não era sinônimo de dor e não estava diretamente ligada ao sofrimento ou aos comportamentos dolorosos. Em 1982, foram definidos os termos "nociceção", "dor", "sofrimento" e "comportamento doloroso", que ajudaram a encaminhar o pensamento, as pesquisas e o cuidado com os pacientes de acordo com diferentes componentes, que podiam ser abordados por técnicas farmacológicas, psicológicas ou cirúrgicas específicas (LOESER, 1982).

2.1 Dimensões da Dor

Ronald Melzack e Kenneth Casey descreveram a dor em três dimensões em 1968: *sensorial-discriminativa* (sensação de intensidade, localização, qualidade e duração da dor), *afetivo-motivacional* (desagrado e desejo de escapar do desagrado), e *cognitivo-avaliativo* (cognições como avaliação, valores culturais, distração e sugestão hipnótica). Eles teorizaram que a intensidade da dor na dimensão sensorial-discriminativa, e o desagrado, na dimensão afetivo-motivacional, não são simplesmente determinados pela magnitude do estímulo doloroso, mas as atividades cognitivas mais intensas, podem influenciar a

intensidade percebida e o desagrado. Atividades cognitivas podem afetar a experiência sensorial e afetiva ou podem modificar principalmente a dimensão afetivo-motivacional (MELZACK, 1975).

3. Fisiopatologia da Dor Observada Clinicamente

A dor é a principal razão para visitar o serviço de emergência em mais de 50% dos casos, e está presente em 30% das visitas de prática familiar (ROENN e PAICE, 2008). Vários estudos epidemiológicos de diferentes países relataram taxas de prevalência amplamente variáveis para a dor crônica, variando de 12 a 80% da população.

3.1. Componentes da Dor Biológica

Componente sensorial-discriminativo na percepção e detecção do estímulo nociceptivo: intensidade, localização, duração, padrão temporal, qualidade; componente afetivo-emocional nas reações comportamentais frente aos estímulos (ROENN e PAICE, 2008).

Do balanço entre as atividades de vias excitatórias e de vias supressoras ocorre a dor (TEIXEIRA, 2001).

3.2. Mecanismos da Dor Relacionados à sua Origem

Distinguem-se basicamente três categorias: dores nociceptivas (inflamatórias); neuropáticas (que afetam o sistema nervoso central) e nociceptivas (decorrente da nocicepção alterada) (ROENN e PAICE, 2008).

3.2.1 Dor Nociceptiva

A dor é devido a um dano real ou potencial ao tecido não neural proveniente da ativação de nociceptores (não se define apenas pela inflamação). É causada pela estimulação de fibras nervosas sensoriais que respondem a estímulos que se aproximam ou excedem a intensidade nociva (nociceptores) e podem ser classificados de acordo com o modo de estimulação nociva que pode ser térmico, mecânico ou químico. No geral a dor é intensa, aguda ou latejante. Exemplos: osteoartrite, fraturas ósseas, queimaduras ou dores cirúrgicas (TEIXEIRA, 2001).

3.2.2 Dor Neuropática

É um tipo de dor *que ocorre quando os nervos sensitivos do sistema nervoso central e/ou periférico são feridos ou danificados*. A dor é causada por uma lesão ou doença que afetam qualquer parte do sistema nervoso somatossensorial, aquele envolvido em sensações corporais e que são responsáveis pelo processamento da informação sensorial. *A dor é descrita como queimação, lancinante, parestesia ou dormência que geralmente segue uma distribuição neuro anatômica*. Esse tipo de dor pode ser incapacitante e está presente em 10% da população. Sua intensidade causa diferentes sensações de dor, como queimação, agulhadas, formigamento ou adormecimento e choques. Neste tipo de dor a hipersensibilidade (hiperalgesia e alodinia) é frequentemente presente. Exemplos: neuralgia pós-herpética, neuralgia do trigêmeo, esclerose múltipla (FINNERUP, 2016).

3.2.3 Dor Nociplástica

A dor ocorre *em decorrência de alterações da nocicepção apesar da ausência da evidência de dano tecidual real ou potencial*. A dor nociplástica é ligada à sensibilização central da dor, que é a amplificação da sinalização dos neurônios nociceptivos no sistema nervoso central à entrada somatossensorial aferente. Ocorre por alterações neuroplásticas associadas à atividade nervosa espontânea, campos receptivos expandidos e aumento da resposta neural na medula espinhal. Do ponto de vista neurobiológico, há um desequilíbrio entre neurotransmissores nociceptivos (substância P, glutamato) e antinociceptivos (serotonina, noradrenalina). A dor pode ser descrita como *aguda, maçante, com parestesia, e também como não específica*. Exemplos: fibromialgia, síndrome do intestino irritável, enxaqueca e cefaleia tensional (KOSEK, 2021).

3.2.4 Dor Social versus Dor Biológica

Existem sobreposições subjetivas da dor social com a dor física/biológica quanto à intensidade e adversidade, bem como semelhanças no processamento neurobiológico. A exclusão social (dor social) é vivenciada como dolorosa porque as reações à rejeição são mediadas por sistemas de processamento neurológico comuns aos da dor física (BAUMEISTER e LEARY, 1995).

Dor social tem sido definida como um estado emocional negativo desencadeado pela percepção de ser excluído ou rejeitado de um grupo ou

relacionamento com uma pessoa significativa. A dor social é a reação emocional posterior à percepção do indivíduo de sua exclusão ou rejeição por pessoas ou grupos com os quais deseja se relacionar, produzindo os mesmos sentimentos de sofrimento que a dor física, gerando uma experiência emocional de dor.¹² Alterações comuns e alterações neuroplásticas nos níveis de representação estrutural, neuroquímica e cortical têm sido observadas em pessoas com dor física crônica. Alterações comuns na substância cinzenta e alterações na atividade das regiões cerebrais que processam a dor, incluindo o córtex cingulado anterior dorsal, a ínsula anterior e o córtex pré-frontal medial, também estão envolvidas na dimensão afetiva da dor (TANAKA, 2017).

Atualmente o papel dos fatores sociais na adaptação à dor é bem compreendido. A experiência subjetiva da dor tem sido relacionada a fatores psicossociais como personalidade, expectativas, estratégias de enfrentamento, crenças, emoções, humores, habilidades sociais, e a memória de experiências passadas de dor. Os significados atribuídos à dor e ao aprendizado neurobiológico, psicológico e social são processos que se tornam importantes na modulação da dor à medida que ela se mantém ao longo do tempo (MACDONALD e LEARY, 2005). A utilidade biológica da sobreposição entre dor física e social foi teorizada como um mecanismo evolutivo para ajudar os animais sociais a responder às ameaças à inclusão. As evidências mostram que em humanos e animais os dois tipos de dor convergem, tanto em pensamento, emoção, e comportamento como em neurofisiologia (SLAVICH, 2009). A sobreposição entre dor física e social parece estar conectada por respostas inflamatórias pois os estressores sociais se correlacionam com o aumento da circulação de citocinas pró-inflamatórias (MERSKEY e BOGDUK, 1994).

3.3 Duração da Dor: Aguda e Crônica

Em 1994, respondendo à necessidade de um sistema mais útil e prático para descrever a dor crônica, a IASP classificou a dor de acordo com características específicas (SCHWEINHARDT, 2019):

3.3.1 Dor aguda

A dor aguda é uma dor recente com duração limitada no tempo. É aquela desencadeada por lesão tissular imediata, como aquela que experimentamos quando levamos uma pancada. Com a resolução ou cura da lesão ocorre a sua remissão. Este tipo de dor é parte do sistema de proteção do

organismo, serve de alerta para uma iminente ou real lesão e protege de lesões adicionais. Ainda é uma dor que responde adequadamente ao tratamento. Por causa disso, esse incômodo desempenha uma função essencial à manutenção da integridade física do organismo pela ativação dos nociceptores e sistema nervoso simpático.

Geralmente é um sintoma bem tolerável, embora, se não tratado adequadamente, possa evoluir para complicações médicas mais graves e até mesmo para dor crônica. Quanto ao tempo de duração a dor aguda pode durar apenas alguns segundos ou minutos, ou se estender por alguns dias. Quando não tratada adequadamente, a dor aguda pode ou não evoluir para dor crônica (EISENBERGER e LIEBERMAN, 2003).

3.3.2 Dor Crônica

A dor crônica possui como principal característica a longa duração, que se perpetua após a cura ou resolução da lesão tissular. Difere da dor aguda, pois não tem mais a função de alertar, e geralmente não está relacionado a algum evento traumático em particular. Envolve sensibilização central e anormalidades transitórias ou permanentes do sistema nervoso central. O incômodo gerado costuma ser persistente e gera uma adaptação fisiológica que pode afetar gravemente a qualidade de vida do doente, sendo resistente aos tratamentos analgésicos comuns.

Devido à sua complexidade, a dor crônica é um grande desafio tanto para profissionais da saúde como para pacientes. Na maioria dos casos há vários componentes físicos e psicológicos envolvidos, o que pode levar ao surgimento de problemas associados, como ansiedade, mobilidade reduzida, alterações do sono e do apetite, e a depressão. Embora a dor crônica possa ser considerada a própria doença, é muito comum que essa dor seja o principal sintoma de alguma outra patologia, podemos citar como exemplo aqui a fibromialgia, uma síndrome de causa desconhecida caracterizada pelo aparecimento de dores fortes e constantes por todo o corpo, e a enxaqueca, uma dor de cabeça latejante, que geralmente vem acompanhada por fotofobia, enjoos etc. O principal fator para caracterização da dor crônica é o seu tempo de duração, que deve ser de pelo menos 3 meses (EISENBERGER e LIEBERMAN, 2003).

Uma das principais diferenças entre dor crônica e dor aguda é que, nos casos crônicos, os efeitos sobre o corpo podem ser muito estressantes, chegando a tensionar músculos, limitar movimentos, reduzir a energia ou promover alterações no apetite. Por conta das limitações que esse tipo de dor

traz, ela pode gerar também danos emocionais, como ansiedade e depressão. As questões emocionais podem estar ligadas ao medo de novas lesões. A dor crônica nem sempre tem cura, mas existem tratamentos que ajudam a amenizar e controlar seus efeitos.

A dor aguda é geralmente transitória, e dura apenas até que o estímulo nocivo seja removido ou o dano subjulgado ou a patologia tenha cicatrizado, mas algumas condições dolorosas crônicas, como artrite reumatoide, neuropatia periférica e dor idiopática, podem persistir por anos. Tradicionalmente, a distinção entre dor aguda e crônica baseou-se em um intervalo arbitrário de tempo em que os dois marcadores foram mais comumente usados: Aguda é a dor que dura menos de 30 dias, e crônica é a dor que dura mais de 6 meses, aquela dor que se estende além do período esperado de cura. Uma revisão sistemática prévia, destaca a importância relativa da nocicepção *versus* fatores psicológicos para o estabelecimento da dor crônica. Sobre este aspecto um raciocínio pode ser estabelecido através do exemplo de dor presente meses após a substituição cirúrgica da articulação para osteoartrite grave no joelho e quadril. No entanto, embora as definições *atuais de dor não exigem dano ao tecido*, o que faz justiça ao paciente com dor *em que uma fonte nociceptiva não é detectável*; isso pode ter levado a uma desvalorização do papel da nocicepção na dor crônica (BUSHNELL e CEKO, 2013). No entanto, na grande maioria dos pacientes com dor crônica devido à osteoartrite grave por exemplo, a remoção da fonte nociceptiva putativa, por substituição cirúrgica da articulação, leva à eliminação/redução da dor. Ainda, pode-se estabelecer que *a influência de fatores psicológicos pode ser maior para a incapacidade da dor* do que para *a magnitude da dor*, o que pode ter distorcido a percepção da importância dos fatores psicológicos. A definição de dor da IASP acomoda essa dificuldade, incluindo a possibilidade de que a dor seja uma experiência. É claro que isso é crucial para fazer justiça aos pacientes nos quais o dano ao tecido não é aparente ou não parece escalar com a magnitude da dor experimentada. No entanto, também leva potencialmente a uma desvalorização relativa da importância da nocicepção para a dor crônica. Está bem estabelecido que fatores psicológicos podem exercer efeitos poderosos na percepção e no processamento da dor. Também foi demonstrado que estados psicológicos estão relacionados à sensibilidade à dor dos indivíduos. Ainda é concebível que *fatores psicológicos tenham uma influência maior na incapacidade originada pela dor do que na intensidade da dor* (BONICA, 1953).

3.4 Avaliação da Dor

A dor deve ser quantificada para um melhor tratamento, para tal existem vários instrumentos de avaliação, sendo que os mais usuais são: Escala Visual Analógica; Escala Numérica; Escala Qualitativa, e Escala de Faces (MELZACK, 1975; OHNHAUS e ADLER, 1975; PAIN TERMS, 1979). Estes instrumentos de avaliação são unidimensionais, permitindo quantificar apenas a intensidade da dor. Os mecanismos ideais de avaliação são multidimensionais, levando em conta a intensidade, localização e o sofrimento ocasionado pela experiência dolorosa.

Importante pontuar que quando a pessoa toma remédios para dor a todo momento ou por um período prolongado, o corpo cria uma tolerância aos medicamentos. Portanto, eles deixam de fazer efeito e o paciente precisa de uma quantidade/dose cada vez maior. Porém, além da questão da tolerância, o analgésico não soluciona a causa da dor. Ele apenas anestesia o corpo para que o cérebro deixe de processar aquele sinal e a pessoa fique temporariamente livre daquela sensação. No entanto, a causa continua ali. Para efetivamente reduzir a dor, primeiro é preciso entender sua causa, o que muitas vezes, isso exige mudança de hábitos relacionados à alimentação, à prática de exercícios, ao sono, entre outros fatores.

4. Conceito Atual de Dor (2020) Versus Conceito Anterior (1979)

De acordo com a *International Classification of Orofacial Pain* (ICOP), em 1978, depois de dois anos de deliberações, o Subcomitê de Taxonomia da IASP, presidido pelo Professor Harold Merskey e incluindo representantes de diversas especialidades, recomendou definições de “Termos da Dor” ao Conselho da IASP (PAIN TERMS, 1979; ANAND e CRAIG, 1996).

4.1 Definição de Dor em 1979

Em 1979, a dor era definida como *“Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão.* Constam nas Notas Explicativas da definição da IASP:

A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo, nas fases iniciais da vida, aprende a usar a palavra através das experiências relacionadas à lesão. Os biólogos reconhecem que esses estímulos que causam a dor são responsabilizados pela lesão. Da mesma forma, a dor é aquela experiência que associamos com uma lesão tecidual real ou potencial. É, sem dúvida, uma sensação em uma parte ou

partes do corpo, mas também é sempre desagradável e, portanto, também é uma experiência emocional. As experiências que se assemelham à dor, por exemplo, uma agulhada, mas que não são desagradáveis, não devem ser chamadas de dor. Experiências desagradáveis anormais (disestesia) também podem ser dor, mas não necessariamente, porque, subjetivamente, elas podem não ter as qualidades sensitivas usuais da dor. Muitas pessoas relatam dor na ausência de uma lesão tecidual ou qualquer outra causa fisiopatológica; e em geral isso acontece por razões psicológicas. Não há como diferenciar essa experiência daquela decorrente de uma lesão tecidual, se tomarmos o relato subjetivo. Se a experiência for encarada como dor, e relatada da mesma maneira que a dor causada por uma lesão tecidual, ela deve ser aceita como dor. Essa definição evita a ligação da dor com um estímulo. A atividade induzida nos nociceptores por um estímulo nocivo não é dor, que é sempre um estado psicológico, embora possamos entender muito bem que a dor frequentemente tem uma causa física próxima.” (PAIN TERMS, 1979; ANAND e CRAIG, 1996).

Essa definição foi amplamente aceita pelos profissionais da saúde e pesquisadores da área da dor, e adotada por diversas organizações profissionais, governamentais e não-governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No editorial correspondente, John Bonica enfatizou que o desenvolvimento e ampla adoção das definições dos termos universalmente aceitos foi um dos principais objetivos e responsabilidades da organização. O relatório do Subcomitê destacou que as definições poderiam ser modificadas à medida que novos conhecimentos fossem adquiridos e que as recomendações tinham a finalidade de oferecer uma estrutura operacional, e não uma restrição ao desenvolvimento futuro. Embora tenham sido feitas revisões e atualizações subsequentes à lista de termos associados à dor (1986, 1994, 2011), a definição de dor da IASP, em si, permaneceu inalterada. Entretanto, nos últimos anos, alguns profissionais da área argumentaram que os avanços no entendimento da dor, no seu sentido mais amplo, justificavam uma reavaliação da definição (CUNNINGHAM, 1999; WILLIAMS e CRAIG, 2016; COHEN, 2018; AYDEDE, 2019). Os argumentos contra a revisão consideravam que a dor pode variar muito quanto à intensidade, qualidade e duração e possui vários mecanismos fisiopatológicos, sendo, portanto, e um desafio definir o conceito de dor de forma concisa. Apontavam que tanto a definição antiga como a atual da IASP reconhecia que, embora a lesão tecidual seja um antecedente comum da dor, a dor pode estar presente, mesmo quando uma lesão tecidual não é perceptível. Os pontos fortes dessa definição incluem

o reconhecimento dos aspectos multidimensionais da dor, sua brevidade e simplicidade.

Já as críticas à definição da IASP e notas incluíam que a definição era “cartesiana,” ignorando a multiplicidade das interações mente-corpo, (Morris) e que o conceito negligenciava “as dimensões éticas da dor” e não aborda adequadamente a dor nas populações fragilizadas e negligenciadas, como os recém-nascidos e os idosos (WILLIAMS e CRAIG, 2016; AYDEDE, 2019). Ainda, foi argumentado que a definição atual enfatiza o autorrelato verbal em detrimento de comportamentos não-verbais que podem proporcionar informações valiosas, especialmente em animais e seres humanos com cognição comprometida ou inabilidade linguística. Outra preocupação expressa sobre a definição atual foi que ela exclui os fatores cognitivos e sociais que são inerentes à experiência da dor (LOESER e TREEDE, 2008). Além disso, o termo “desagradável” foi debatido como forte banalizador da dor grave e do sofrimento associado a muitos estados clínicos de dor aguda e crônica e não capta “toda a gama de palavras que poderiam ser usadas para descrever a experiência” e o sofrimento a ela associado. Por fim, também houve o argumento de que a dor é mais que um sintoma, que a dor crônica pode ser uma doença com seu próprio curso clínico (NUGRAHA, 2019) e, portanto, a definição deveria refletir essa perspectiva.

A partir desses argumentos, em 2018, a presidente da IASP, Judith Turner, organizou uma Força Tarefa Presidencial multinacional, com 14 membros, composta por profissionais com ampla experiência em ciência clínica e/ou básica relacionada à dor para avaliar a definição atual e as notas explicativas e recomendar se tal definição deveria ser mantida ou alterada de acordo com o conhecimento atual baseado em evidência, o que se estendeu de 2018 até 2020.

4.2 Definição de Dor e Notas Explicativas Revisadas (IASP 2020)

Apesar das críticas e sugestões, poucas alterações foram feitas na atualização do conceito de dor definido pela IASP:

Uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencia (RAJA, 2020).

Foi ainda decidido que a apresentação das “Notas Explicativas” (conjunto de informações complementares ao conceito principal) passasse a

ser uma lista com itens que incluíssem a etimologia e abordassem aspectos considerando as críticas à definição, como segue:

Notas Explicativas:

- A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais;
- Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos;
- Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
- O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado;
- Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico;
- A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor. (RAJA, 2020).

Dessa forma, toda a dor, independentemente do tipo, em percentuais variáveis apresentará um componente emocional decido as 3 dimensões “didáticas” para a dor: sensorio-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa. A segunda dimensão contempla estruturas que compõem o sistema límbico, e refere-se ao desagrado com a percepção da dor ou quanto a dor incomoda o paciente sendo desagradável, aversiva, sofrido). A emoção é uma reação a um estímulo ambiental e cognitivo que produz tanto experiências subjetivas, quanto alterações neurobiológicas significativas. Está associada a temperamento, personalidade e motivações tanto reais quanto subjetivas.

A Declaração de Montreal em 2010, declara que o “acesso ao tratamento da dor é um direito humano fundamental” através de um documento desenvolvido durante o Primeiro Encontro Internacional de Dor. Já em 2013, a nova edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019, inclui, pela primeira vez, uma definição para a dor que fará parte do documento oficial a partir de 2022 (MORRIS, 2003; TREEDE, 2019).

O “bio” da influência biopsicossocial na dor baseia-se no fato de que as definições atuais de dor não exigem danos aos tecidos. Isso é importante porque considera o paciente com dor em que uma fonte nociceptiva não é detectável, segundo a CID-11, a dor crônica primária.

5. Reflexões Conclusivas

A dor do ponto de vista clínico é o produto de um complexo processamento supraespinhal, em sua maioria desencadeado por estímulos nocivos. No entanto, a dor não se limita a nocicepção de um dano real ou aparente, e ainda considera a experiência subjetiva da dor, a qual é extremamente maleável e é influenciada por uma miríade de fatores, incluindo processos de sensibilização no sistema nervoso central ou periférico e variáveis psicológicas e sociais. Assim, a extensa modulação de sinais nociceptivos significa que não há uma relação proporcional de 1:1 entre nocicepção e dor (OHNHAUS, E. E; ADLER, 1975). A confluência de dor física observada clinicamente e dor psicossocial, por si só torna mais complexa e adiciona mais pressão àquela exercida por ambos os estressores separadamente, exigindo diferentes estratégias de enfrentamento no que se refere à dor crônica, visto que esta pode ser entendida como um produto da sinalização neural anormal, com dimensões biopsicossociais que requerem abordagem multimodal.

A dor pode ser tratada não só pela redução da entrada sensorial por bloqueio anestésico, intervenção cirúrgica e similares, mas também devem ser observados e tratados os fatores motivacionais-afetivos e cognitivos de uma forma multidimensional (MELZACK, 1975). Faz-se necessário que a população seja conscientizada e informada sobre os fatores envolvidos na dor, dissipando assim conceitos errôneos que reduzem a busca por cuidados e, também, evitando o risco de estigmatização e marginalização do sofrimento social (THE LANCET, 2021).

Devido ao forte impacto das dores crônicas sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas, ressaltamos a importância do entendimento acerca do tema, da difusão dos novos conceitos sobre a dor e da sistematização de uma adequada abordagem multiprofissional. Dessa forma, será evitado a prática de condutas clínicas inadequadas para a resolução das dores orofaciais, principalmente no que diz respeito as dores crônicas, evitando-se assim custos financeiros desnecessários e impacto emocional e social negativo aos indivíduos acometidos.

Referências

ANAND K. J., CRAIG K. D. “New perspectives on the definition of pain”. In: *PAIN*, 67, 1996, p. 3-6.

- ASCHENBRENNER, D. S. *Drug therapy in nursing*. 3 ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2009, p. 373-398.
- AYDEDE, M. “Does the IASP definition of pain need updating?”. In: *Pain reports*, [s. l.], v. 4, n. 5, 2019, p. e777.
- BAUMEISTER, R F; LEARY, M R. “The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation”. In: *Psychological bulletin*, United States, v. 117, n. 3, 1995, p. 497-529.
- BONICA, J. J. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1953, p. 1533.
- BUSHNELL, M. C.; CEKO, M.; LOW, L. A. “Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain”. In: *Nature reviews. Neuroscience*, [s. l.], v. 14, n. 7, 2013, p. 502-511.
- CAUDA, F. *et al.* “Gray matter alterations in chronic pain: A network-oriented meta-analytic approach. NeuroImage”. In: *Clinical*, [s. l.], v. 4, 2014, p. 676-686.
- COHEN, M.; QUINTNER, J.; VAN RYSEWYK, S. “Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain”. In: *Pain reports*, [s. l.], v. 3, n. 2, 2018, p. e634.
- CUNNINGHAM, N. “Primary requirements for an ethical definition of pain”. 2. ed. Pain Forum, 1999, p. 93-99.
- EISENBERGER, N. I; LIEBERMAN, M. D; WILLIAMS, K. D. “Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion”. In: *Science* (New York, N.Y.), United States, v. 302, n. 5643, 2003, p. 290-292.
- FEBIGER, L. *The management of pain*. 2 ed. London, 1990.
- FINGER, S. *Origins of neuroscience: a history of explorations into brain function*. USA: Oxford University Press, 2001.
- FINNERUP, N. B.; HAROUTOUNIAN, S.; KAMERMAN, P.; BARON, R.; BENNETT, D. L. H.; BOUHASSIRA, D.; CRUCCU, G.; FREEMAN, R.; HANSSON, P.; NURMIKKO, T.; RAJA, S. N.; RICE, A. S. C.; SERRA, J.; SMITH, B. H.; TREEDE, R. D.; JENSEN, T. S. “Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice”. In: *Pain*, 157(8), August, 2016, p. 1599-1606.
- KOSEK, E.; CLAUW, D.; NIJS, J.; BARON, R.; GILRON, I.; HARRIS, R. E.; MICO, J. A.; RICE, A. S. C.; STERLING, M. “Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system”. In: *Pain*, 162(11), Nov. 2021, p. 2629-2634.
- LINTON, S. *Models of Pain Perception*. Elsevier Health, 2005.
- LOESER, J. D.; TREEDE, R. “The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology”. In: *Pain*, United States, v. 137, n. 3, 2008, p. 473-477.

- LOESER, J. D. "Concepts of Pain". In: STANTON-HICKS, M.; BOAS, R. A. (Eds.). *Chronic Low Back Pain*. Nova York: Raven Press, 1982, p. 145-148.
- MACDONALD, G.; LEARY, M. R. "Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain". In: *Psychological bulletin*, United States, v. 131, n. 2, 2005, p. 202-223.
- MELZACK, R.; WALL, P. D. "Pain mechanisms: a new theory". In: *Science* (New York, N.Y.), United States, v. 150, n. 3699, 1965, p. 971-979.
- MELZACK, R. "The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods". In: *Pain*, United States, v. 1, n. 3, 1975, p. 277-299.
- MERSKEY, H.; BOGDUK, N. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2 ed. Seattle: IASP Press, 1994.
- MORRIS, D. B. *Clinical pain management: chronic pain*. 1 ed. London: Arnold, 2003, p. 3-14.
- NUGRAHA, B. *et al.* "The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain". In: *Pain*, United States, v. 160, n. 1, 2019, p. 88-94.
- OHNSHAUS, E. E.; ADLER, R. "Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale". In: *Pain*, United States, v. 1, n. 4, 1975, p. 379-384.
- PAIN TERMS: A LIST WITH DEFINITIONS AND NOTES ON USAGE. RECOMMENDED BY THE IASP SUBCOMMITTEE ON TAXONOMY. In: *Pain*, United States, v. 6, n. 3, 1979, p. 249.
- RAJA, S. N. *et al.* "The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises". In: *Pain*, [s. l.], v. 161, n. 9, 2020, p. 1976-1982.
- ROENN, V.; PAICE, J.; PREODOR, M. *Current medicina diagnóstico e tratamento da dor*. Tradução de Cosendey CHA. Setúbal S. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.
- SCHWEINHARDT, P. "Where has the 'bio' in bio-psycho-social gone?". In: *Current opinion in supportive and palliative care*, United States, v. 13, n. 2, 2019, p. 94-98.
- SLAVICH, G. M. *et al.* "Targeted rejection predicts hastened onset of major depression". In: *Journal of social and clinical psychology*, [s. l.], v. 28, n. 2, 2009, p. 223-243.
- TANAKA, Y. *et al.* "Uncovering the influence of social skills and psychosociological factors on pain sensitivity using structural equation modeling". In: *Journal of pain research*, [s. l.], v. 10, 2017, p. 2223-2231.
- THE LANCET. "Rethinking chronic pain". In: *Lancet*. 2021 May 29; 397(10289): 2023.

TREEDE, R. et al. “Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)”. In: *Pain*, United States, v. 160, n. 1, 2019, p. 19-27.

WILLIAMS, A. C. C.; CRAIG, K. D. “Updating the definition of pain”. In: *Pain*, United States, v. 157, n. 11, 2016, p. 2420-2423.

WOOLF, C. J. “American College of Physicians; American Physiological Society. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management”. In: *Ann Intern Med*; 140(6): 441-51, 2004.

Email: gabrielagtorino@gmail.com

Email: noeliboscato@gmail.com

Recebido: 12/2022

Aprovado: 03/2023