

José Oswaldo
de Oliveira Júnior

Farmacoterapia Antálgica



Um guia prático

 **SBED**
SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR

Dilivros



SOBRE O AUTOR



José Oswaldo de Oliveira Júnior

- Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Pós-graduado em Medicina Legal, Social, e do Trabalho e Deontologia Médica pelo Instituto Oscar Freire da FMUSP (Prof. Dr. Armando Canger Rodrigues).
- Neurocirurgião pelo Serviço de Neurocirurgia da Divisão de Neurologia do Hospital das Clínicas (HC) da FMUSP (Prof. Dr. Gilberto Guimarães Machado de Almeida). Titulado pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) e Associação Médica Brasileira (AMB).
- Fundador do Grupo de Dor da Neurocirurgia da Divisão de Neurologia do HC da FMUSP e neurocirurgião responsável pelo ambulatório de cefaleia e algias craniofaciais do HC da FMUSP (prof. Dr. Gilberto Guimarães Machado de Almeida) entre 1982 e 1999.
- Neurocirurgião Funcional certificado pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia e Departamento de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia da SBN.
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) e da Associação Médica Brasileira (AMB).
- Doutor em ciências pelo programa de pós-graduação da Anestesiologia da FM da USP (Prof. Dr. Hazem Adel Ashmawi).
- Pós-Doutor pelo programa de pós-graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (Prof. Dr. Ricardo Vieira Botelho).

- Professor da Disciplina de “Dor Oncológica” da Escola de Cancerologia Celestino Bourroul do AC Camargo Cancer Center.
- Ex-presidente e atual membro da Comissão de Dor da AMB responsável pela certificação da área de atuação em dor para os especialistas da anestesiologia, acupuntura, fisioterapia e reabilitação, neurologia, neurocirurgia, pediatria, acupuntura, geriatria e reumatologia.
- Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional e Estereotaxia (biênio 2021 e 2022).
- Fundador, Titular e Diretor do Departamento de Terapia Antálgica e Cirurgia Funcional do AC Camargo Cancer Center e Diretor da Central da Dor e Estereotaxia da Fundação Antônio Prudente (FAP) (Prof. Dr. Ricardo Renzo Brentani e Prof. Dr. José Píndaro Pereira Plese).
- Fundador e Responsável pela Unidade de Neurocirurgia Funcional dos Transtornos do Movimento do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Brigadeiro de São Paulo (Prof. Dr. Arthur Cukiert)
- Corresponsável (em conjunto com a Dra. Soraya Aurani Jorge Cecílio) pelo Grupo Especializado em Dor e pela Unidade de Neurocirurgia Funcional do Serviço de Neurocirurgia do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (Prof. Dr. José Marcus Rotta).
- Neurocirurgião Funcional da Clínica Everest da Cidade de São Paulo.
- Presidente da Sociedade Brasileira do Estudo da Dor (SBED) (biênio 2022 e 2023).
- Vice-Presidente e Presidente Eleito da Sociedade Brasileira de Médicos da Dor (2023-2025)



SOBRE OS COLABORADORES





Bruno Burjaili

- Neurocirurgião pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN).
- Especialista em Dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).
- Neurocirurgia Funcional pela Central da Dor do A. C. Camargo Cancer Center (vinculada à World Federation of Neurosurgical Societies).
- Neurocirurgia Funcional pela Universidade da Flórida.
- Neurocirurgia Funcional pela Universidade de Oxford.

Carla Ceres Villas Miranda

- Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF).
- Especialidade em neurocirurgia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).
- Título de Especialista em dor pela Associação Médica Brasileira (AMB).
- Neurocirurgia Funcional pelo Hospital A. C. Camargo.
- Membro Titular pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN).
- Membro SBENF, INS, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

Carla Leal Pereira

- Anestesiologista com Acreditação em Dor.
- Supervisor Técnico do Serviço de Dor do Hospital São Luiz/Rede D'Or – Unidade Brasil.
- Conselho Fiscal da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).
- Conselho Diretivo FEDELAT.

Caroline Trindade

- Título de Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria (SBGG) e Gerontologia da Associação Médica Brasileira (AMB).
- Médica Assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Cláudia Carneiro de Araújo Palmeira

- Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Médica Anestesiologista da Equipe de Controle da Dor da Divisão de Anestesia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Eduardo Grossman

- Especialização em Dor e Anestesia Conduativa pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Especialização em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pelo Conselho Federal de Odontologia.
- Mestre e Doutor em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
- Professor Titular, responsável pela disciplina de Dor Crânio Facial aplicada à Odontologia da UFRGS.
- Membro Permanente e Orientador do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFRGS com uma linha de Pesquisa voltada para DTM e Dor Orofacial.
- Líder do Grupo de Pesquisa em Técnicas Intervencionistas, Imaginologia e Dor, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CNPQ.
- Diretor do Centro de Dor e Deformidade Orofacial (CENDDOR), RS.

Eliana Rezende Adami

- Professora do Curso de Medicina, Farmácia, Mestrado e Doutorado.
- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), Caçador, SC.
- Mestre e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).
- Mestre em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).
- Pós-Doutora em Ciências Farmacêuticas pela UFPR.

Emily Santos Montarroyos

- Anestesiologista com Área de Atuação em Terapia da Dor e Medicina Paliativa.
- Diretora de Defesa Profissional da Associação de Anestesiologia do Estado do Amazonas (ASSAEAM).
- Membro do Núcleo de Gestão de Trabalho do Anestesiologista (NGTA).
- Membro do Núcleo do Eu – SBA.

Fabício Passos

- Residente de Psiquiatria no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE).

Francisco Telésforo Celestino Junior

- Médico, com Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela Univasf, e área de atuação em Medicina Paliativa pelo Hospital Universitário Walter Cantídio.
- Atua como Médico Paliativista no Serviço de Cuidados Paliativos do HGF e na clínica NOHC.

Guilherme Antonio Moreira de Barros

- Professor Associado de Dor e Medicina Paliativa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Hazen Adel Ashimawi

- Professor Associado do Departamento de Anestesiologia, Oncologia e Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.
- Supervisor da Equipe de Controle de Dor da Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
- Supervisor do Programa de Residência Médica em Dor da Faculdade de Medicina da USP.

Henrique Bosio Zemel

- Médico pela Faculdade de Medicina de Petrópolis.
- Residência Médica no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Austa de São José do Rio Preto.
- Neurocirurgião Titulado pela SBN e AMB.
- Aprimorando em Neurocirurgia Funcional pelo A. C. Camargo Cancer Center.

Jose Cláudio Casali da Rocha

- Head do Departamento de Oncogenética.
- Coordenador do Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), A. C. Camargo Cancer Center.
- Doutor em Oncologia, Fundação Antonio Prudente, São Paulo.
- Pós-Doutor em Farmacogenética, St Jude Children Research Hospital, EUA.

Liane Carvalho de Brito de Souza

- Doutoranda em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP).
- Residência Médica em Anestesiologia no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira.
- Área de Atuação em Medicina da Dor e Cuidados Paliativos pela AMB-SBA.
- Graduação em Medicina na Universidade Federal do Piauí.

Luiz Gustavo Rachid Fernandes

- Psiquiatra Colaborador do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (PROTER).
- Psiquiatra Colaborador do Ambulatório de Dor e Neurocirurgia Funcional do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE).

Luiza Lamartine Nogueira Araújo

- Graduanda de Medicina do CESUPA.
- Monitora da Disciplina Habilidades Clínicas do CESUPA.

Marcus Vinicius de Moraes

- Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina.
- Residência em Neurocirurgia pelo Hospital Militar de Área de São Paulo.
- Aprimoramento em Neurocirurgia Funcional e Terapia Antálgica pelo A. C. Camargo Cancer Center.

Mauro Araújo

- Anestesiologista com Acreditação em Dor.
- Professor da Pós-Graduação em dor do Hospital Albert Einstein.

Mauro Brito de Almeida

- Especialização em Terapia Antálgica e Cirurgia Funcional pela Central da Dor do A. C. Camargo Cancer Center.
- Mestre em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).
- Coordenador do Grupo de Estudos de Dor do Hospital Ophir Loyola (HOL-PA).

Orlando Colhado

- Médico Anestesiista e Especialista em Dor.
- Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP).
- Professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM).
- Preceptor da Residência Médica de Anestesiologia do Hospital Universitário de Maringá.
- Pesquisador CNPq.

Patrícia Guazzelli Vial Cury

- Médica (FMUSF)
- Neurocirurgiã (HUSF)
- Titulada (SBN e AMB).
- Preceptora da Residência de Neurocirurgia de Bragança (2016/2023).
- Docente do Curso de Medicina da USF (2020/2023).

Paulo Sérgio Feliz

- Ortopedista com Acreditação em Dor.
- Supervisor Assistente do Serviço de Dor do Hospital São Luiz/Rede D'Or – Unidade Brasil.
- Diretor Técnico do Pronto-Socorro do Hospital Heliópolis.

Pedro Henrique Teixeira Soto

- Médico pela Universidade Cesumar.
- Residente Cursando Final do Quinto Ano em Neurocirurgia pela Irmandade da Santa Casa de Londrina (ISCAL).

Pietro Califano

- Residente de Psiquiatria no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE).

Rafaela Queiroz de Rezende

- Neurocirurgiã com Especialização em Terapia Antálgica e Cirurgia Funcional pela Central da Dor do A. C. Camargo Cancer Center.
- Neurocirurgiã do Hospital de Amor da Amazônia e Neurocirurgiã Funcional do Instituto de Neurocirurgia e Neurologia da Amazônia Ocidental.

Rodolfo Costa Sousa Saraiva

- Médico Anestesiologista em Especialização em Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Rodrigo Lorenzi Poluha

- Cirurgião Dentista pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).
- Especialista em DTM e Dor Orofacial pelo Instituto de Ensino Odontológico (IEO/Avantis).
- Doutor pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP).
- Professor da Universidade Estadual de Maringá e Unicesumar.

Rosimary Amorim Lopes

- Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual.
- Especializada em Dor e Neuromodulação pela Escola de Cancerologia Celestino Bourroul do A. C. Camargo Cancer Center.

Sanderland José Tavares Gurgel

- Mestrado e Doutorado FMB/UNESP, Área de Atuação em Dor AMB.
- Professor Adjunto Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Departamento de Medicina.

Sandra Caires Serrano

- Pediatra, Neurologista Infantil, Clínica de Dor e Cuidados Paliativos.
- Médica Assistente de Ensino do Departamento de Emergência Pediátrica da Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo.
- Certificação na Área de Atuação em Medicina Paliativa – AMB.
- Certificação na Área de Atuação em Dor – AMB.
- Mestre em Ciências da Saúde com Área de Concentração em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente.
- Médica Docente do Curso de Pós-Graduação em Dor e Cuidados Paliativos em Pediatria do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE).
- Professora Associada – Dor e Cuidados Paliativos do Hospice Lo Thedal, Campinas.

Soraya Aurani Jorge Cecilio

- Faculdade de Medicina de Pouso Alegre – UNIVAS – Pouso Alegre, MG.
- Coordenadora do Grupo Especializado em Tratamento da Dor e Neurocirurgia Funcional do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.
- Médica Assistente do Serviço de Neurocirurgia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.
- Membro Titular da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor.
- Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Funcional.
- Membro da Sociedade Brasileira de Radiocirurgia.

Vanessa Milanesi Holanda

- Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba.
- Mestre em Ciências da Saúde e Doutora em Biofotônica pela Universidade Nove de Julho.
- Titular e Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.
- Professora Adjunta Assistente de Neurocirurgia na Mayo Clinic.



Lâminas em Cores, **XXXIII**

- 1 Conceituação e Taxonomia da Dor, 1**
José Oswaldo de Oliveira Júnior
Henrique Bosio Zemel

- 2 Glossário Básico da Terapia Antálgica, 13**
Mauro Brito de Almeida
Henrique Bosio Zemel
José Oswaldo de Oliveira Júnior

- 3 Estratégias Básicas da Farmacoterapia Antálgica, 27**
José Oswaldo de Oliveira Júnior
Marcus Vinicius de Moraes

- 4 Dipirona ou Metamizol: Uma História de Injustiça, 35**
Hazem Adel Ashimawi
Cláudia Carneiro de Araújo Palmeira

- 5 Paracetamol, 41**
Eduardo Grossman
Rodrigo Lorenzi Poluha
Bruno Burjaili

6 Fármacos Analgésicos Anti-inflamatórios, **53**

José Oswaldo de Oliveira Júnior

Patrícia Guazzelli Vial Cury

7 Fármacos Analgésicos Opiáceos: Uma Visão Geral, **83**

Carla Leal Pereira

José Oswaldo de Oliveira Júnior

8 Fármacos Analgésicos Opiáceos: Tolerância, Dependência, Abuso e Adição ao Opióide no Tratamento da Dor, **103**

Cláudia Carneiro de Araújo Palmeira

Guilherme Antonio Moreira de Barros

Rodolfo Costa Sousa Saraiva

9 Anestésicos Locais, **113**

Orlando Carlos Gomes FColhado

Emily SaFntos Montarroyos

Sanderland José Tavares Gurgel

10 Fármacos Analgésicos Adjuvantes, **137**

Carla Ceres Villas Miranda

Vanessa Milanesi Holanda

11 Canabinoides para o Alívio da Dor, **153**

Carla Leal Pereira

Mauro Araújo

Paulo Sérgio Feliz

Luiza Lamartine Nogueira Araújo

12 Benzodiazepínicos, 179

Luiz Gustavo Rachid Fernandes

Fabício Passos

Pietro Califano

13 Miscelânea: Bifosfonatos, Mistura Gasosa de Oxigênio e Ozônio, Oxigênio e Relaxantes Musculares, 199

Rafaela Queiroz de Rezende

Soraya Aurani Jorge Cecilio

14 Vias de Administração e Dispositivos Potencializadores, 235

Rosimary Amorim Lopes

José Oswaldo de Oliveira Júnior

15 Associações Farmacológicas, Riscos e Benefícios das Interações, 251

Liane Carvalho de Brito de Souza

Francisco Telésforo Celestino Junior

16 Farmacogenética e a Individualidade da Resposta Analgésica, 269

Jose Cláudio Casali da Rocha

Eliana Rezende Adami

17 Populações Especiais: Pediatria, 283

Sandra Caires Serrano

18 Populações Especiais: Geriatria, 299*Caroline Trindade***19 Listagem de Fármacos Analgésicos Utilizados na Prática: Nome Genérico, Vias de Administração, Apresentações, Posologia e Nomes Comerciais, 311***Henrique Bosio Zemel**Pedro Henrique Teixeira Soto***Índice Remissivo, 321**

Conceituação e Taxonomia da Dor

• José Oswaldo de Oliveira Júnior • Henrique Bosio Zemel

Introdução

A palavra taxonomia vem do grego *tassein*: classificação; *nomos*: lei. Foi usada por muito tempo quase que exclusivamente como sinônimo de classificação dos organismos vivos.

Mais tarde, porém, o sentido da taxonomia foi ampliado, abrangendo muito mais que apenas os organismos vivos, podendo significar hoje em dia: classificação das coisas ou princípios subjacentes da classificação. Dessa forma, podemos, por meio de um esquema taxonômico, classificar quase tudo.

Quando falamos de taxonomia da dor, estamos nos referindo a termos usados pelos profissionais que lidam com doentes com dor. Com essas definições preestabelecidas fica muito mais fácil a comunicação entre os vários profissionais de várias áreas da saúde em vários lugares ao redor do mundo, facilitando o diagnóstico, o tratamento e a pesquisa em um problema que cresce na realidade do nosso dia a dia à medida que o tempo vai passando.

Pensando nisso, a International Association for Study of Pain (IASP) criou em 2007 uma força-tarefa em taxonomia da dor, que, além de padronizar e atualizar a nomenclatura utilizada pelos diversos profissionais

da área, mantém-se constantemente em revisão à medida que novos conhecimentos são incorporados, permitindo a reconstrução contínua da taxonomia.

Definição

A palavra dor tem origem do grego: *algos* e do latim: *dolor*, que originou os termos *dolore* em italiano, *doleur* em francês, *pain* em inglês e dor em português. Os primeiros dois termos têm associação filológica clara com a ideia de dolo ou culpa e o terceiro com a de pena ou castigo. Na palavra “Dor”, adotada pela última flor do lácio italiano, as ideias originais ficaram camufladas.

Desde os primórdios da civilização, a dor é reconhecida como uma experiência desagradável que aflige o ser humano, atribuída a uma perturbação de seu bem-estar. Com a evolução do entendimento de seus múltiplos aspectos e de sua fenomenologia, fez-se necessário defini-la de maneira apropriada.

Datada de 1979, a primeira definição recomendada pelo Subcomitê de Taxonomia e adotada pelo Conselho da IASP conceituava a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. Com as mudanças revolucionárias que ocorreram na compreensão do fenômeno doloroso nos últimos 40 anos, fez-se necessária uma nova definição da dor, para que abordasse seus novos conceitos e abrangência.

O conceito foi redefinido, em 2020 como “*uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante, àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial*”.

A nova definição abrange as mais variadas experiências de dor, sua diversidade e complexidade, sendo válida tanto para dor aguda como crônica; sendo aplicável a todas as condições de dor, a humanos e animais e, sobretudo, definida pela perspectiva da pessoa que sente a dor.

A definição é complementada por seis notas explicativas que passam a ser uma lista com itens que incluem a etimologia:

1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

2. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.
3. Por meio das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.
5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.
6. 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.

Esses itens explicativos complementam a definição de dor, reconhecendo, mas não se restringindo aos avanços nos conhecimentos pautados na moderna neurociência da dor, também incorporando outros fatores relevantes como cognição, comportamentos, fatores culturais e educacionais.

Classificação da dor

Segundo a taxonomia desenvolvida pela IASP para facilitar sua interpretação e comunicação, a dor é classificada por meio de cinco itens principais, de acordo com a região acometida, o sistema envolvido, a característica temporal da dor, a intensidade da dor relatada pelo doente e a etiologia da dor.

Conforme a região acometida

- Região cefálica;
- Cabeça, face e boca;
- Região cervical;
- Ombros e membros superiores;
- Região torácica;
- Região abdominal;

- Coluna lombossacral e cóccix;
- Membros inferiores;
- Região pélvica;
- Região perineal, anal e genital.

Conforme o sistema envolvido

- Sistema nervoso central, periférico e/ou neurodegenerativo;
- Fatores psicológicos e sociais;
- Sistema respiratório e/ou cardiovascular;
- Musculoesquelético e/ou tecido conjuntivo;
- Sistema cutâneo, subcutâneo e/ou glandular;
- Gastrointestinal;
- Geniturinário;
- Outros órgãos ou vísceras.

Conforme as características temporais da dor

- Contínua ou quase contínua, sem flutuações;
- Contínua com exacerbações;
- Recorrente com regularidade;
- Recorrente sem regularidade;
- Paroxística;
- Combinações.

Conforme a intensidade da dor

- Leve, moderada e intensa;
- Fraca, moderada e forte;
- Ausente, fraca, moderada, forte e insuportável.

- **Nota I:** escalas unidimensionais podem se referir exclusivamente a intensidade da dor (p. ex., a escala visual analógica, a escala verbal numérica, entre outras); enquanto escalas mais sofisticadas são multidimensionais e possuem domínios complementares não apenas relacionados com a intensidade (questionário de McGill, inventário breve de dor, entre outras).

- **Nota II:** o questionário de dor de McGill foi o instrumento multidimensional pioneiro para avaliação do fenômeno doloroso e durante muitos anos foi mais utilizado para medir a qualidade e a intensidade da dor. Na versão “Longa”, desenvolvida por Melzack em 1975, o doente descreve sua dor escolhendo entre 78 termos divididos em 20 grupos de 4 categorias. O formato é longo e cansativo, especialmente para um doente que sofre do desconforto.
- **Nota III:** o inventário breve da dor é a resposta menos longa e mais fácil de aplicar quando comparamos com o de McGill, embora traga um número de informações menor. Também conhecido como formulário resumido (*Brief Pain Inventory-Short Form*, BPI-SF) é um método válido, rápido e útil de medição da dor para doentes no contexto do pronto-socorro.

Conforme a etiologia da dor

A classificação etiológica da dor pode ser simplesmente reduzida a existir uma etiologia ou causa detectada e reconhecida:

- Primária: quando não há causa ou etiologia detectável e reconhecida:
 - Primária;
 - Disfuncional e/ou psicológica;
 - Desconhecida, criptogenética.
- **Nota:** este grupo depende do denodo, da capacidade de investigação etiológica e do conhecimento sobre o mecanismo do tipo de dor. A classificação é mudada conforme novos dados possam ser acrescentados.
- Secundária: quando há causa ou etiologia detectável e reconhecida:
 - Transtornos congênitos ou genéticos;
 - Traumatismos acidentais, cirurgias e/ou queimaduras;
 - Infecciosa e/ou parasitária;
 - Inflamatória;
 - Neoplásica;
 - Tóxica, metabólica e/ou por irradiação;
 - Mecânica e/ou degenerativa.

A essa classificação foram adicionados outros itens para diversas síndromes, o que gerou a seguinte classificação:

- Síndromes algicas generalizadas;

- Síndromes álgicas localizadas;
- Dor craniofacial de origem musculoesquelética;
- Lesões do ouvido, nariz e cavidade bucal;
- Cefaleias primárias;
- Dor de origem psicológica da cabeça e da face;
- Dor decorrente de disfunção musculoesquelética das regiões suboccipital e cervical;
- Dor visceral do pescoço;
- Dor de origem neurológica no pescoço, no ombro e na extremidade superior;
- Lesão do plexo braquial;
- Dor nos braços, no ombro e na cabeça;
- Doença dos membros;
- Vascular;
- Colágeno;
- Funcional vasodilatadora;
- Insuficiência arterial;
- Psicológica;
- Dor torácica;
- Somática;
- Referida no abdome e trato gastrointestinal;
- Dor abdominal;
- Neurológica;
- Visceral.

Outras formas de classificação

Conforme os mecanismos da dor

- Nociceptiva: dor que surge de dano real ou potencial a tecido não neural e devida à ativação de nociceptores.
- **Nota:** a classificação da dor por aumento de nociceção ou nociceptiva é a mais aceita, a mais bem compreendida e a mais intuitiva. A definição é mecanicista e pouco recebeu críticas e mudanças ao longo do tempo.

- **Neuropática:** dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somático sensitivo. Não é contemplada a possibilidade de dor neuropática primária ou idiopática.

■ **Nota I:** esta nova conceituação de dor neuropática colocou imediatamente muitas dores até então consideradas tacitamente como neuropáticas como as neuralgias cranianas idiopáticas (ou ainda essenciais) em um limbo classificatório.

■ **Nota II:** até meados da última década (2010/2020) a dor era classificada e descrita como nociceptiva ou neuropática; essa visão dicotômica, porém, excluía o desconforto experimentado e relatado por muitos doentes. A título de exemplo, portadores de síndrome dolorosa fibromiálgica ou de dor lombar inespecífica não se encaixavam em nenhuma das duas possibilidades. Não apresentam nem ativação óbvia dos receptores dolorosos nem tampouco lesão ou doença comprovada do sistema nervoso somático sensitivo. Portanto, foi necessário um terceiro descritor para melhor classificar as dores desses e outros doentes.

- **Psicogênica:** condição rara, representando diagnóstico de exclusão, sintoma exclusivamente relacionado com transtornos psicoafetivos. Paradoxalmente, os doentes consideram que é o diagnóstico do tipo de dor mais realizado pelos profissionais de saúde. As síndromes de dor psicogênica incluem dor principalmente ligada a conflitos emocionais ou problemas psicossociais, em vez de danos a órgãos somáticos ou viscerais ou estruturas do sistema sensitivo somático. Na prática, as síndromes dolorosas psicogênicas são caracterizadas pela presença de dor que não pode ser explicada por nenhum distúrbio somático conhecido nem a alguma lesão às estruturas do sistema nervoso.

■ **Nota I:** os transtornos mentais desempenham um papel importante na síndrome dolorosa psicogênica enquanto os somáticos e/ou neurológicos, se houverem, não têm significado patogenético na dinâmica da síndrome.

■ **Nota II:** até o momento da edição deste capítulo, não existe uma classificação única nem estratégia no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e prevenção para as dores psicogênicas.

- **Nota III:** na dor psicogênica, a excitação dos nociceptores é mediada: seja pela ativação retrógrada por eferentes simpáticos e/ou devido à tensão muscular reflexa. A tensão muscular prolongada em distúrbios psicoemocionais é acompanhada por aumento da síntese de substâncias algiogênicas no tecido muscular e sensibilização de terminais nociceptores localizados nos músculos.
 - **Nota IV:** o conflito psicológico também é quase sempre acompanhado pela ativação do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que, por meio de receptores $\alpha 2$ -adrenérgicos localizados na membrana nociceptora, pode promover excitação retrógrada de nociceptores e subsequente sensibilização por meio de mecanismos de inflamação neurogênica.
 - **Nota V:** o principal aspecto que fundamenta o tratamento de qualquer síndrome de dor crônica psicogênica é a compreensão da relação entre fatores biológicos, sociais e psicológicos na patogênese da dor. A síndrome da dor psicogênica geralmente ocorre por motivos não relacionados com o estresse. Mas o estresse emocional pode aumentar a percepção ou prolongar a dor. De grande interesse é o estudo do papel dos fatores epigenéticos na formação do componente afetivo da dor. Foi demonstrado que a disfunção do miRNA em vários sistemas sensitivos do cérebro resulta em comprometimento do comportamento normal da dor em resposta à dor neuropática. Foi observado o papel dos fatores epigenéticos em modelos animais para depressão e ansiedade decorrentes da dor crônica.
 - **Nota VI:** os miRNAs ou microRNAs são pequenos RNAs não codificantes, conservados ao longo da evolução, capazes de regular a expressão de genes em nível pós-transcricional pela degradação ou repressão da tradução de moléculas-alvo de RNA mensageiro. Recentemente, os miRNAs foram implicados na maioria das principais funções celulares, como proliferação, diferenciação, apoptose, resposta ao estresse e regulação transcricional, e também no processamento doloroso.
 - **Nota VII:** um RNA não codificante é uma molécula de RNA funcional que, na verdade, pula a última etapa e não é traduzido em nenhuma proteína, ou seja, logo após a transcrição já desempenha qualquer função vital da célula sem a necessidade de ser traduzido.
- **Nociplástica (ou nocipática):** dor que surge da nocicepção alterada, apesar de nenhuma evidência clara de dano tecidual real ou ameaçador causando a ativação de nociceptores periféricos ou evidência de doença ou lesão do sistema somático sensitivo causando a dor.

- **Nota I:** muitas dores antes consideradas psicogênicas como a dor oral idiopática são agora consideradas como componente nociplástico dentro de uma síndrome de dor crônica primária. Embora a etiologia exata da dor permaneça ainda desconhecida, existe uma desregulação central no processamento de informações de estímulos periféricos na dor nociplástica. A inibição da dor descendente é prejudicada, resultando na amplificação da dor. A disfunção do sistema nervoso dopaminérgico desempenha um papel fundamental na dor nociplástica, em especial na região oral.
 - **Nota II:** a dor nociplástica, ao contrário da dor nociceptiva e da dor neuropática, pode ser amplificada por condições do sistema nervoso central, tais como fadiga, sono inadequado, memória, ansiedade e depressão. Consistente com esse componente central, esse tipo de dor normalmente responde de modo pobre a terapias dirigidas periféricamente, como medicamentos anti-inflamatórios e opioides, cirurgia ou infiltrações.
- Dor mista: o grupo que mais comumente representa o desconforto dos doentes. Na prática, pode haver predomínio de um tipo (neuropático, nociceptivo ou nociplástico), no entanto, a grande maioria dos doentes se queixa de dores que possuem componentes de mais de um tipo (**Figura 1.1**).

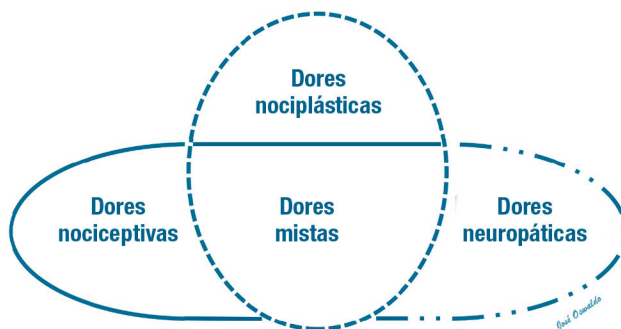


Figura 1.1. Na prática a grande maioria das dores são mistas. Com predomínio de um ou outro tipo.

- **Nota I:** o termo “dor mista” é amplamente utilizado, mas não existe na taxonomia da IASP. A definição comum de dor mista é uma dor com “uma sobreposição de sintomas nociceptivos e neuropáticos”. Na dor oncológica, o termo não se refere a uma classificação etiológica e abrange dores diferentes como secundária à invasão neoplásica, artralguas, neuropáticas e miofasciais (estas as mais prevalentes). A combinação de dores diferentes em um mesmo doente representa um desafio terapêutico ímpar e maior complexidade de diagnose.

- **Nota II:** o relato de dor mista na literatura tem aumentado ao longo dos últimos 20 anos. A dor crônica múltipla é considerada um estado misto de dor e inclui: dor oncológica, dor lombar, artralgia da osteoartrite, dor pós-operatória e dor na atenção primária. Ainda não existem ferramentas validadas para triagem da dor mista e do componente nociceptivo. A proposta atualmente em pauta para o conceito de dor mista é que se trata de uma sobreposição complexa dos diferentes tipos de dor conhecidos (nociceptiva, neuropática e nociplásica) em qualquer combinação, agindo simultaneamente e/ou concomitantemente para causar dor na mesma área do corpo. Qualquer um dos mecanismos pode ser mais clinicamente predominante em qualquer momento. A dor mista pode ser aguda ou crônica.

Conforme a evolução da dor

- Dor aguda: dor de início recente. É o tipo de dor esperada mediante uma determinada estimulação dolorosa. Sua duração não excede algumas semanas.

- **Nota:** na dor aguda, as mudanças detectadas no sistema nervoso desaparecem com a resolução da causa dos estímulos dolorosos. Há sensibilização do sistema nervoso, no entanto, parece que alguém do ponto de não retorno e das mudanças na expressão genética celular. O prognóstico é bom, com boas perspectivas em relação a resposta analgésica.

- Dor crônica: dor que perdura por tempo além do esperado mediante determinada estimulação dolorosa. O tempo mínimo para que a dor possa ser considerada crônica está dentro de uma faixa entre três e seis meses.

- **Nota I:** a dor crônica é a que continua presente mesmo após a afecção causal ter sido sanada. A dor crônica é a dor que passa da condição de mero sintoma para ser considerada a própria doença. A dor crônica não é curável, mas, com certeza é tratável. A dor persistentemente “zerada” não deve ser o objetivo do tratamento de uma dor crônica. O alvo terapêutico é na verdade a melhora da qualidade de vida do doente que dela sofre.

- **Nota II:** a sensibilização do sistema nervoso na dor crônica é intensa, e é o fator que predomina na classificação da dor em relação ao tempo de evolução.

- Dor subaguda: dor que se situa entre a aguda e a crônica. Tanto o grau de sensibilização do sistema nervoso central e/ou periférico como as consequências como o prognóstico de resolução do desconforto são incertas.

- **Nota:** muitas vezes a analgesia plena alcançada no tratamento de uma dor subaguda a classifica como dor aguda e vice-versa, como uma correção *a posteriori* da taxonomia inicial. O termo é pouco adotado pelos especialistas com atuação na área da dor.

Bibliografia sugerida

- Castelnovo G, Giusti EM, Manzoni GM, Saviola D, Gatti A, Gabrielli S, et al. Psychological considerations in the assessment and treatment of pain in neurorehabilitation and psychological factors predictive of therapeutic response: evidence and recommendations from the Italian consensus conference on pain in neurorehabilitation. *Front Psychol.* 2016 Apr 19;7:468.
- DeSantana JM, Perissinotti DM, Oliveira Junior JO, Correia LM, Oliveira CD, Fonseca PD. Definition of pain revised after four decades. *Braz J Pain.* 2020 Jul;3(3):197-8.
- Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin.* 2019 Jun 3;35(6):1011-8.
- Loeser JD, Black RG. A taxonomy of pain. *Pain.* 1975 Mar 1;1(1):81-4.
- Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *PAIN®.* 2008 Jul 31;137(3):473-7.
- Merskey H. The taxonomy of pain. *Medical Clinics.* 2007 Jan 1;91(1):13-20.
- Trouvin AP, Perrot S. New concepts of pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2019 Jun 1;33(3):1014-15.
- Vervest AC, Schimmel GH. Taxonomy of pain of the IASP. *Pain.* 1988 Sep 1;34(3):318-21.