



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

DOR CRÔNICA E SUAS IMPLICAÇÕES COMO DOENÇA.

Renata Santana Matiles

Manhuaçu

2022

RENATA SANTANA MATILES

DOR CRÔNICA E SUAS IMPLICAÇÕES COMO DOENÇA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médica.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador(a): Gustavo Henrique de Melo Silva

Manhuaçu

2022

RENATA SANTANA MATILES

DOR CRÔNICA E SUAS IMPLICAÇÕES COMO DOENÇA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médica.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador(a): Gustavo Henrique de Melo Silva

Banca Examinadora

Data de Aprovação: 04 de julho de 2022

Gustavo Henrique de Melo Silva, Médico geriatra pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Mestre em políticas públicas e privadas e desenvolvimento local pela Emescam.

Juliana Santiago da Silva, Mestre em Imunologia pela USP.

Jéssica Queiroz Alves do Vale, Médica pneumologista pelo Hospital Júlia Kubitschek.

Manhuaçu

2022

RESUMO

A dor crônica é uma entidade nosológica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo um dos maiores problemas em saúde que enfrentamos. O Brasil, por suas características econômicas e de atenção à saúde tem alta prevalência da doença, além de apresentar déficits no tratamento. Sendo assim, o reconhecimento dessa doença, bem como sua classificação e adequado manejo na atenção primária e secundária se faz de suma importância. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa das principais entidades especializadas no assunto e das bases de dados BVS, PubMed e Scielo. Baseado nos artigos de revisão, a dor crônica é tida como estímulo doloroso que se estende além do período da lesão e envolve um distúrbio nociceptivo e perdura por mais de 03 meses, com isso é importante identificar intensidade, percepção de qualidade, distribuição corporal e temporal da dor para assim fazer as melhores escolhas terapêuticas. Além disso, no tratamento é importante a definição de um plano terapêutico com metas bem estabelecidas com o paciente e a equipe multidisciplinar, fazendo com que o paciente compreenda a doença e suas flutuações tornando o manejo mais fácil e permitindo o compartilhamento de decisões o que torna-se crucial para o tratamento.

Palavras-chave: Dor; Dor crônica; Etiologia; Epidemiologia; Tratamento.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA	6
3. DISCUSSÃO E RESULTADOS	6
3.1. Diferenças e fisiopatologia da dor aguda e crônica	6
3.2. Definição	8
3.3. Epidemiologia	8
3.4. Fatores de risco	9
3.5. Diagnóstico e classificação	9
3.5.1. Dor crônica primária	10
3.5.2. Dor crônica por câncer	10
3.5.3. Dor crônica pós-cirúrgica ou pós-traumática	11
3.5.4. Dor crônica neuropática	11
3.5.5. Dor crônica orofacial ou cefaleia	12
3.5.6. Dor crônica visceral	12
3.5.7. Dor crônica musculoesquelética	12
3.6 Tratamento	13
3.6.1. Tratamento não-farmacológico	13
3.6.2. Tratamento farmacológico	14
3.6.3 Tratamento intervencionista	16
4. CONCLUSÃO	16
5. REFERÊNCIAS	17
ANEXOS	21
ANEXO A - Escala de Dor Facial	21
ANEXO B - Escala Numérica de Dor	21
ANEXO C - Questionário de dor de McGill (adaptado para língua portuguesa)	21

1. INTRODUÇÃO

A dor é um dos sintomas cardinais da maioria das doenças. É o indicativo de algo errado em nosso corpo e que está longe da busca da homeostase. Apesar de significar um incômodo ao paciente, a dor é um mecanismo de defesa do corpo, sua presença envolve a ativação de um processo de estresse com liberação de citocinas, ativação do córtex adrenal e sistema imunológico (LOESER; MELZACK, 1999). Em contrapartida, pacientes com deficiência de receptores da dor ou falhas em algum processo na aferência e interpretação, estão suscetíveis a agressões ambientais, devido a inativação de cascatas inflamatórias, por exemplo.

Segundo a IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor), a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou parecida com dano tecidual existente ou potencial (IASP, 2022). Trata-se de uma manifestação única, podendo ser dividida em transitória, aguda e crônica. Cada uma delas possui suas vias neurais, com mecanismos diferentes e, portanto, tratamento diferente. Por muito tempo a dor transitória foi o protótipo de estudo científico, todavia a dor crônica vem ganhando cada vez mais espaço por suas repercussões, não como apenas sintoma, mas como entidade nosológica e desdobramentos na vida diária do paciente (LOESER; MELZACK, 1999).

Uma revisão sistemática e metanálise produzida por Mansfield et al (2016), mostrou que, no mundo, um a cada dez indivíduos sofrem com dor crônica, e o Brasil é o país que conta com o mais alto nível da doença. Já no trabalho brasileiro produzido por Barreto et al (2012), que avaliou a prevalência de dor em pacientes no pronto-socorro, demonstrou que 45% dos atendimentos tinham como queixa dor de forma geral. Destes, os pacientes portadores de dores crônicas foram os que menos tiveram resolutividade do problema, apenas um terço saiu sem dor, o que indica uma oligoanalgesia e dificuldade no manejo pelos profissionais. Já no cenário da atenção primária, em um estudo feito em Portugal observou que 33,6% dos pacientes que procuravam atendimento sofriam de dores crônicas e destes, 31% disseram não estarem satisfeitos com a analgesia recebida (ANTUNES et al, 2021).

Nas últimas décadas, doenças relacionadas às dores crônicas têm colocado em evidência os estudos acerca dessa área da medicina. Apesar de ser um assunto em voga no meio médico, ainda não é bem dominado por médicos generalistas e nem por algumas especialidades, sendo o tema muito concentrado nas mãos da Acupuntura, Anestesiologia, Clínica Médica, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Reumatologia (AMB, 2021).

Além disso, seu tratamento ainda tem sido um desafio, principalmente em nosso país, seja pela falha no sistema público de saúde e seus baixos recursos, pela abordagem inadequada do tipo de dor ou pela falta de comprometimento com o tratamento associado ao baixo nível socioeconômico, que dificulta o entendimento do paciente sobre a fisiopatologia da doença e seu papel como membro ativo do tratamento (OGBOLI-NWASOR et al, 2021). Por conta dos motivos elencados, estes doentes, com frequência, possuem limitações em realizar atividades da vida diária, além de prejuízos relacionados à saúde mental e também no relacionamento no trabalho e com a família (ANTUNES et al, 2021).

A produção desse trabalho justifica-se na prevalência da dor crônica, no seu impacto na vida diária e na ainda baixa resolutividade que esses pacientes encontram ao buscarem serviço médico. O presente estudo busca difundir o

conhecimento acerca da doença e, assim, melhorar o cuidado em saúde ofertado aos enfermos, por consequência, diminuir o custo adicional devido à procura recorrente destes ao pronto-socorro e à atenção primária, além prevenir que tais pacientes desenvolvam transtornos mentais e melhorar a qualidade de vida tornando-os membros ativos da sociedade.

Sendo assim, os objetivos gerais dessa produção se baseiam em: descrever a diferença entre dor aguda e crônica, bem como seus aspectos neurofisiológicos. Já em relação aos objetivos específicos são, de uma forma geral, explicitar os diferentes aspectos da dor crônica como doença, serão abordados: definição, epidemiologia, classificação, etiologia, diagnóstico, complicações e tratamento. Buscando assim otimizar o tratamento da dor ao inteirar o profissional de saúde acerca do reconhecimento e tratamento dos diferentes tipos de dor crônica e definir a importância do protagonismo do paciente no controle da dor.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da bibliografia. Este tipo de produção tem o objetivo de fornecer educação continuada acerca do tema de forma rápida e eficaz. Aqui buscou-se discutir sobre a Dor crônica, definir sua prevalência e relevância dentro dos serviços de saúde, caracterizar e elencar cada tipo de dor de acordo com as últimas publicações e também discorrer sobre o tratamento já validado e àqueles ainda não tão difundidos. Para isso, foram consultados todos os artigos disponibilizados no site da maior autoridade mundial no assunto - a IASP, *International Association Study of Pain* - e selecionados aqueles que contribuíssem para a temática abordada. Além disso, realizou-se busca ativa por artigos acadêmicos nas plataformas online *Scielo*, *PubMed* e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). As palavras-chave utilizadas foram “*chronic pain physiopathology*”, “*chronic pain prevalence in emergency*”, “*chronic pain prevalence in primary care*”, “*chronic pain treatment*”, “*chronic pain management guidelines*”. Os artigos encontrados na busca foram selecionados a partir de dois fatores, pela leitura dos resumos disponibilizados - escolhidos aqueles que mais se integravam ao assunto - e os que tinham data de publicação mais recente, foram excluídos aqueles que não se enquadraram à temática ou possuíam baixo valor metodológico. Em seguida, foram definidas também as informações a serem extraídas de cada estudo. No caso de informações conflitantes, foram utilizadas aquelas que possuíam maior valor metodológico.

3. DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1. Diferenças e fisiopatologia da dor aguda e crônica

A dor é um mecanismo de defesa do organismo e indica sinal de lesão inicial ou em desenvolvimento. Suas manifestações se apresentam como um estado de estresse corporal com dilatação pupilar, taquicardia, taquipneia, elevação da pressão arterial e aumento do metabolismo (CONNOR-BALLARD, 2009). Todavia, sua cronificação implica na perda dessa função e passa a ser sinônimo de sofrimento, prejuízos sociais e na atividade cotidiana do indivíduo (CUNHA, 2015). A dor crônica é causa de incapacidade e responde por grande demanda e gastos no setor de saúde e encontra-se entre as principais causas de licenças médicas, absenteísmo,

aposentadoria por doença e baixa produtividade no trabalho (CORDEIRO *et al.*, 2008 apud ANDRADE, 2014).

De acordo com Loeser e Melzack (1999), a dor pode ser classificada em três tipos: a dor transitória, a qual é capaz de nos proteger agressões ambientais; a dor aguda, que está intimamente ligada a nocicepção, lesão tecidual e ativação de transdutores; e a dor crônica, que nem sempre está associada à estímulo nociceptivo, mas sim à lesões supra-segmentares.

A dor aguda é decorrente de um estímulo associado ao dano tecidual. Esse estímulo é captado pelos nociceptores especializados - os receptores periféricos - que transduzem o estímulo através de fibras que carregam o estímulo até a medula ou o gânglio trigeminal, este último responsável pela aferência dolorosa do rosto. Existem dois tipos de fibra, A - relacionadas com o estímulo agudo e rápido, por que são mielinizadas - e C - relacionadas ao estímulo lento por serem desmielinizadas (PATEL, 2010).

No via espinotalâmica por exemplo, o dano tecidual estimula a liberação de moléculas inflamatórias como catecolaminas, prostaglandinas, substância P, bradicinina e histamina que ativam os nociceptores e geram potenciais de ação capazes de levar a informação do estímulo doloroso até o segundo neurônio no corno dorsal da medula, o estímulo sobe pelo trato espinotalâmico até o córtex. Durante esse trajeto, antes de chegar ao córtex para serem processadas, essas informações são enviadas ao tálamo, sistema de ativação reticular e hipotálamo, os quais são responsáveis por gerar emoções desagradáveis relacionadas à dor no giro cingulado e amígdala. (BRAŁ *et al.*, 2010; PAK *et al.*, 2018)

No entanto, as vias ascendentes da dor sofrem neuromodulação por projeções descendentes supraespinhais, como a substância cinza periaquedutal, que retransmite essas informações à medula rostral ventromedial, e inibem as vias ascendentes através da liberação de noradrenalina e serotonina que hiperpolarizam o segundo neurônio. Esse é o chamado “portão da dor” (PAK *et al.*, 2018).

Essas áreas do tronco cerebral - substância cinzenta periaquedutal e núcleo ventromedial - recebem também influência de outras áreas - respectivamente, prosencéfalo que implicam no humor, atenção e estresse e da amígdala, ínsula e hipotálamo - logo sua função de modulação é também modulada por outras áreas e, vice-versa, já que essas áreas também têm a capacidade de condicionar não só os arco-reflexos, mas também contribuem para que a dor tenha o caráter de uma experiência sensorial de aversão. A área do núcleo rostroventromedial também é capaz de controlar funções autonômicas, como frequência cardíaca e respiratória, temperatura corporal e funções de defesa, apesar de não necessariamente estarem relacionadas aos estímulos algícos, podem ter sua função ativada diante deste (HEINRICHER, 2016).

O núcleo rostroventromedial nas suas funções de modulador da dor possui dois tipos de células, as *ON*, que tem papel pronociceptivo, e as *OFF*, que tem papel antinociceptivo. Essas células respondem aos estímulos nocivos fazendo com que todas as regiões do corpo estejam mais sensíveis aos próximos estímulos desse tipo. Nos casos de lesão sustentada cria-se uma ativação forte de células *ON* e sua produção aumentada através da substância P e supressão de células *OFF* (HEINRICHER, 2016).

O processo de cronificação da dor está relacionado principalmente ao estado de hiperexcitabilidade neural. Tal fato pode levar à hiperalgesia, situação na qual o paciente se torna mais sensível ao estímulo doloroso. Na periferia, dois fatores contribuem para o estado de hiperexcitabilidade, estímulos dolorosos repetidos

liberam moléculas inflamatórias e culminam para fenômeno de *upregulation* dos canais excitatórios TRPV1, outro fator é o aumento do número de canais de sódio controlados por voltagem e a diminuição de de canais de potássio, isso faz com que a célula fique mais suscetível à despolarização e a mantém nesse estado (PAK *et al*, 2018; AASHBURN; STAATS, 1999).

Já na sensibilização central, a transmissão repetitiva de sinal doloroso do nervo periférico através da substância P e o glutamato, interagem com os receptores acoplados à proteína G da membrana do segundo neurônio na coluna dorsal e induzem o estado de hiperexcitação. As vias descendentes regulatórias também diminuem a liberação de GABA e glicina. Os estímulos dolorosos frequentes também levam ao aumento de receptores do tipo NMDA (N-metil-D-aspartato), tais receptores estão associados ao estado de dor persistente e enviam informações ascendentes mesmo sem de fato existirem estímulos. Além disso, há uma reorganização fenotípica de expansão dos receptores e aumento deles, fazendo com que pequenos estímulos, como o toque, levem a estados de extremo desconforto, que chamamos de alodínia (AASHBURN; STAATS, 1999).

Entender como funciona o mecanismo da dor, sua neuroplasticidade e modulação, nos faz compreender melhor também seu tratamento.

3.2. Definição

De acordo com a IASP a dor é caracterizada como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial. De acordo com o CID-11, a dor crônica é aquela que dura mais de 03 meses.

3.3. Epidemiologia

Uma revisão sistemática e metanálise produzida por Mansfield *et al* (2016), mostrou que, no mundo, um a cada dez indivíduos sofrem com dor crônica generalizada, e o Brasil é o país que conta com o mais alto nível da doença, cerca de 24% da população contra 15% na população mundial. Ainda segundo esse estudo, as mulheres sofrem até quatro vezes mais com a doença e sua prevalência começa a partir dos quarenta, e, depois disso, mantém um platô. Essas características estão em consonância com achados em estudos brasileiros (ANDRADE, 2014; BONETTI; SOUZA; RESMINI, 2020). Aliado a isso, o estudo conta que parece haver uma relação maior de prevalência da dor em populações de baixo nível socioeconômico.

De acordo com um estudo realizado no Reino Unido (A FAYAZ *et al.*, 2016), apesar da dor crônica ser um sintoma prevalente em faixas etárias mais altas, mesmo na população mais jovem, foi encontrada uma prevalência de 30% dos casos. Uma taxa alta e que afeta principalmente a parcela economicamente ativa.

Um estudo canadense que selecionou pacientes com alta frequência de idas ao pronto-atendimento e os dividiu em grupo de paciente com dor crônica e sem dor crônica, demonstrou que o primeiro grupo busca ainda mais essas unidades e tem taxa de internação maior (SHERGILL *et al*, 2020). Outro estudo canadense feito por Small *et al* (2019) buscou mensurar a prevalência de dor crônica em pacientes no pronto-socorro e evidenciou que cerca de 16% dos atendimentos nessas unidades tinham a dor como queixa principal, sendo as localizações mais comuns o abdômen, cabeça/face e a lombar. Já no trabalho brasileiro produzido por Barreto *et al* (2012), foi avaliada a prevalência de dor em pacientes também no pronto-socorro e expôs

que 45% dos atendimentos tinham como queixa dor de forma geral. Desses, os pacientes portadores de dores crônicas foram os que menos tiveram resolutividade do problema, apenas um terço saiu sem dor. Todavia, metade disse ter ficado satisfeito com a analgesia, o que indica uma oligoanalgesia e dificuldade no manejo pelos profissionais e também conformismo do paciente com o quadro.

Já no cenário da atenção primária, em um estudo feito em Portugal observou-se que 33,6% dos pacientes que procuravam atendimento sofriam de dores crônicas e destes, 31% disseram não estarem satisfeitos com a analgesia recebida (ANTUNES *et al*, 2021).

3.4. Fatores de risco

De acordo com Pak *et al* (2018), são fatores de risco para o desenvolvimento da dor crônica: dano neural intraoperatório, cirurgias abertas ao invés das laparoscópicas, tempo de cirurgia maior que três horas, anestesia geral com gases voláteis, uso de altas doses de opioides, síndromes dolorosas pré-existent, predisposições genéticas associadas a canais de sódio por voltagem e canais de cálcio, transtornos de humor e ansiedade, transtornos de personalidade, sexo feminino, obesidade e jovens.

A relação entre a dor crônica e transtornos mentais é muito próxima. Na depressão, a dor é o segundo sintoma mais comum depois da insônia. Existem estudos que sustentam tanto a teoria da dor crônica como um sintoma da depressão, bem como a depressão advinda da condição dolorosa devido aos episódios de incapacidade, conflitos e culpa. Com isso, podemos dizer que existe conexão entre as duas condições através dos sintomas adrenérgicos e serotoninérgicos. A ansiedade também está intimamente ligada à dor, aquela possui também papel adaptativo e protetivo, contudo, seu excesso pode gerar efeitos negativos como o aumento da dor, em contrapartida, estratégias de redução desse estado levam ao alívio. Pacientes portadores de dor crônica tem prevalência maior dos transtornos ansiosos do que a população em geral. A fibromialgia, uma síndrome de dor crônica, tem como fator agravante e, até desencadeante, transtornos psiquiátricos ansiosos, do sono, depressivos e pós-traumáticos. Pacientes com história de abuso de substâncias e abuso sexual também possuem maior prevalência de dor crônica do que a população em geral (BRAŁ *et al.*, 2010).

3.5. Diagnóstico e classificação

Para Fillingim *et al.* (2016), na avaliação de um paciente com dor, é indispensável a avaliação de 04 componentes: intensidade, percepção de qualidade - ou seja, o tipo da dor - distribuição corporal e distribuição temporal da dor. Para cada um desses componentes, temos métodos para avaliação que serão brevemente discutidos aqui.

Para determinar a intensidade da dor a tabela numérica da dor (NRS) (ANEXO B), além de ser a mais comumente utilizada e também a mais fácil de ser aplicada, todavia, para crianças e que não verbalizam corretamente, a Escala de Dor Facial (ANEXO A) é uma alternativa. Aqui, além da intensidade da dor, pode ser estimado também quão desagradável é a dor. A percepção da dor diz respeito à qualidade dela, como em queimação, em cólica, em choque e também pode ser mensurada através de ferramentas como o *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) (ANEXO C), que possui 20 grupos de palavras dentre as quais o paciente deve escolher as que melhor descrevem sua dor, contudo essa ferramenta ainda não está bem validada na língua portuguesa. A distribuição corporal da dor pode ser

demonstrada através de desenhos nos quais os pacientes pintam os locais que sentem dor, além disso, pode haver correlação entre as cores e a intensidade da dor.

Acerca da distribuição temporal da dor, é importante definir seu início, que em algumas doenças pode não ser bem específico, como a osteoartrite. Já em casos de trauma, por exemplo, pode ser mais específico. Outro ponto a ser questionado é sobre a relação temporal da dor, se ela é persistente ou possui padrão flutuante e se agrava ou melhora na presença de determinado fator. Essas informações são obtidas durante a anamnese e podem ser refinadas com o auxílio de “diários” da dor, as quais são de extrema relevância para o tratamento e monitoramento da dor.

Ainda de acordo com Fillingim *et al.* (2016), testes sensoriais quantitativos, como os feito a beira leito com diapasão para sensibilidade mecânica ou hastes de metal para sensibilidade térmica ou puntiformes para avaliar dor, também são importantes parâmetros a serem avaliados, aliados a avaliação física e psicológica discutida mais à frente. Hodiernamente, tem-se outros mecanismos mais sofisticados como biópsias de pele e genotipagem, todavia, são métodos restritos à pesquisas.

Para o *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, é necessário a reavaliação contínua do paciente, visto que o diagnóstico, principalmente da dor crônica primária, pode mudar. Além disso, ela pode coexistir com outra causa de dor de origem secundária.

Com o intuito de visibilizar a doença, foi implementado no novo CID (Classificação Internacional de Doenças), com o auxílio de *experts* da IASP, novos códigos e definições capazes de classificar a dor crônica e suas manifestações que podem ser aplicados desde à atenção primária até serviços especializados em dor. Essa atitude justifica-se no fato da importância de documentar, epidemiologicamente, de forma mais fidedigna a doença, além de uniformizar pesquisas clínicas e financeiras acerca do problema. Assim, como em outras doenças, essa classificação não foi simples e, com certeza, com a sua difusão e aplicação, novas modificações serão feitas. Aqui deu-se prioridade à etiologia, mecanismos fisiopatológicos e local da dor (TREEDE *et al.*, 2015).

3.5.1. Dor crônica primária

A dor crônica primária está em uma ou mais regiões anatômicas, com duração ou recorrência por mais de três meses, associada a distúrbios emocionais e/ou limitação funcional. No entanto, não pode ser explicada por nenhuma condição de base ou descreve-se aquelas que não se encaixam em nenhuma das outras classificações (TREEDE *et al.*, 2022). A dor crônica primária pode se apresentar como uma dor generalizada como é o caso da fibromialgia, por exemplo, e nesse vem acompanhada de distúrbios do sono, cognitivos e outros sintomas somáticos. A dor crônica primária também pode se apresentar de forma esquelética e visceral. Nessa categoria é importante ressaltar que o diagnóstico deve ser firmado após a correta investigação clínica, através de provas diagnósticas, como endoscopia ou tratamento sem melhora. Investiga-se na dor crônica primária a presença de um novo descritor fisiológico, termo de dor nociplástica, todavia, sua legitimação ainda está em andamento (NICHOLAS *et al.*, 2019).

3.5.2. Dor crônica por câncer

A dor é um sintoma prevalente do câncer e é comum sua complicação, visto que de 33 a 40% dos sobreviventes da doença sofrem com esse sintoma mesmo

após a cura do câncer. A dor se dá pela ação direta do tumor e suas metástases ao comprimir feixes nervosos ou induzir inflamação local, por exemplo, sendo classificada em visceral, musculoesquelética ou neuropática. A dor também pode ter como causa o tratamento, como cirurgias, radio e quimioterapias por induzirem neuropatias e inflamação local (TREEDE *et al*, 2022). É comum ocorrer o erro no qual todas as dores referidas pelo paciente com câncer são atribuídas a essa afecção, no entanto, essa constatação nem sempre é verdade. Encontrar a etiologia da dor em um paciente com câncer é de extrema importância, pois pode trazer benefícios importantes ao tratamento da dor e bem-estar do paciente ao elencar novas estratégias, recrutar especialistas para fornecer tratamento multimodal e educar o paciente a respeito dos sintomas. Além disso, a dor do paciente curado deve ser monitorada, pois mudanças na intensidade e características dessa dor podem apontar para a recidiva do tumor (BENNETT *et al*, 2019). A dor crônica do câncer, associada aos outros sintomas negativos da doença geram efeitos extremamente debilitantes ao paciente e podem levar ao quadro depressivo. Nesse sentido, é importante atentar aos fatores que influenciam o tratamento inadequado da dor, como pouco conhecimento, controle deficiente e medo da dependência das drogas (BRAŁ *et al.*, 2010).

3.5.3. Dor crônica pós-cirúrgica ou pós-traumática

A dor crônica pós-cirúrgica ou pós-traumática persiste por mais de três meses após o procedimento ou lesão. É um diagnóstico de exclusão, depois que já foi descartado qualquer tipo de injúria tecidual persistente no tecido, como infecções (TREEDE *et al*, 2022). Sua prevalência foi subestimada por um tempo, hoje, sabe-se que determinadas cirurgias, como amputações, têm índices de incidência que chegam a 85% da ocorrência dessa afecção. Diferente de outras causas insidiosas, aqui é possível determinar com precisão o início da dor, que acompanha o momento do trauma ou cirurgia. Frequentemente está associada a dor neuropática e se limita ao local da lesão ou incisão e do dermatomo do nervo atingido (SCHUG *et al.*, 2019).

3.5.4. Dor crônica neuropática

A dor crônica neuropática é proveniente de um dano no sistema somatossensorial, mais especificamente na condução nervosa, e pode ser dividida em dor neuropática periférica - na qual são afetados os nervos periféricos - ou central - onde existe injúria de coluna vertebral ou cérebro. Ela possui uma particularidade em que nem sempre é necessário três meses para se obter o diagnóstico, pois caracteriza-se por crises, provocadas ou não, de dor com períodos de remissão que podem variar sua duração (SCHOLZ *et al.*, 2019). É necessária a história e a confirmação do dano neural compatível com a área da dor através de exames de imagem, biópsia e testes de laboratório. Esse dano pode ser causado por outras injúrias, como trauma, acidente vascular e neuropatia diabética. A dor neuropática pode se manifestar através da hiperalgesia ou da alodínia, em vários casos. Seu tratamento de primeira linha é baseado no uso de anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclicos. Os analgésicos opióides são reservados a casos refratários (TREEDE *et al*, 2022).

3.5.5. Dor crônica orofacial ou cefaleia

As cefaleias estão em terceiro lugar entre as causas que levam à incapacidade, atrás apenas das lombalgias e depressão. O diagnóstico de cefaleia crônica pode ser firmado quando o paciente tem episódios em, pelo menos, 50% dos dias durante um período de três meses com duração mínima de duas horas por dia. As dores orofaciais são diferenciadas das cefaleias por terem um padrão musculoesquelético e desordens da articulação temporomandibular e associadas principalmente à disfunções trigeminais, todavia, pela dificuldade de determinação da etiologia da dor e sua separação anatômica, na prática clínica elas andam em conjunto (TREEDE *et al*, 2022). Essas doenças podem ser divididas em dois domínios, primárias e secundárias, na qual as primárias têm caráter etiológico desconhecido ou não são bem compreendidas e podem ser elencadas aqui a migrânea, o cluster e a cefaleia tensional. Já as secundárias têm doença de base capaz de cursar com esse sintoma e podem ser desencadeadas por traumas, complicações vasculares, variação da quantidade de líquido cefalorraquidiano, infecções, desordens de homeostase (hiper e hipocapnia, hipertensão arterial), início ou retirada abrupta de substâncias neuromoduladoras, afecções dentárias e neuropatias (BENOLIEL *et al.*, 2019).

3.5.6. Dor crônica visceral

A dor crônica visceral possui uma particularidade, a dor referida. Muitas vezes a aferência da dor não corresponde a sua eferência, isso acontece porque a dor é percebida nos tecidos somáticos que compartilham a inervação com o órgão injuriado e, por conta disso, faz-se necessária uma investigação mais profunda com endoscopia, análises bioquímicas e eletrocardiograma. Aqui também podem ocorrer fenômenos de hiperalgesia. É importante ressaltar que essa nova classificação engloba um importante aspecto da dor visceral crônica, a dor secundária. Essa dor diz respeito àquela que permanece mesmo após o tratamento da enfermidade que a induziu e possui uma causa orgânica subjacente, como inflamação persistente, disfunções vasculares (isquemia e trombose) e disfunções mecânicas (compressão, tração, dilatação), como os casos de endometriose e colite ulcerativa, sendo importante tratar a causa, ao contrário da dor primária, na qual não se pode encontrá-la (AZIZ, 2019; TREEDE *et al*, 2022).

3.5.7. Dor crônica musculoesquelética

A dor crônica musculoesquelética é a mais prevalente condição que representa essa nosologia. Afeta músculos, tendões, ossos e articulações e está relacionada a condições como a osteoartrite, artrites inflamatórias e doenças do tecido conectivo (TREEDE *et al*, 2022). Pode ser de origem primária, quando não se é capaz de determinar dano tecidual ou secundária, a qual trata-se de uma dor nociceptiva que surge nessas localidades, causada por inflamação crônica por infecção, deposição de imunocomplexos e cristais ou por mudanças estruturais ou por danos no sistema nervoso como *Parkinson* e esclerose. Aqui é necessário diferenciar dores musculoesqueléticas de outras dores causadas por compressão nervosa, por exemplo, que também geram dor nesses locais (PERROT *et al.*, 2019).

3.6 Tratamento

No estudo feito por Antunes (2021), um em cada sete pacientes que sofriam de dores crônicas estavam afastados do trabalho e 48,8% eram aposentados. Aqui é válido ressaltar que 73% dos entrevistados tinham mais de 55 anos de idade. Além disso, mais de 60% tinham mais outras três comorbidades associadas, sendo as cardiometabólicas as mais prevalentes. Entretanto, não demonstrou relação entre intensidade da dor e número de comorbidades. Mais de 66% disseram ter limitações para se vestir, cuidar da higiene pessoal e de mobilidade, 68,6% tinham algum grau de ansiedade ou depressão, além desses sintomas é comum aparecer sinais de perturbação do sono e fadiga (AASHBURN; STAATS, 1999).

Na Europa, apenas 2% dos pacientes são referenciados ao serviço especializado e aproximadamente 50% recebem tratamento inadequado (ANTUNES 2021). Já um estudo realizado por Ernst *et al.* (2015) apontou que cerca de 92,6% dos atendidos em unidades de emergência nos EUA receberam prescrição de opioides subótimas.

De acordo com o *guideline* do Reino Unido elaborado pelo NICE, para efetividade do tratamento é necessário que o paciente seja tratado de forma holística e seja aplicado um atendimento centrado na pessoa. Para isso, a introdução de uma terapia multidisciplinar e simbiótica é essencial. Nesse sentido, esses profissionais, em conjunto com o paciente, devem alinhar metas e expectativas sobre carreira, família e controle da dor e, ainda, definir quais estratégias utilizarão no tratamento fazendo com que estejam de acordo com a realidade do indivíduo. É importante deixar o paciente a par de toda situação, visto que no tratamento nem sempre é possível extinguir toda a dor, mas sim aliviar os sintomas, o tratamento da dor crônica deve buscar restabelecer a independência do indivíduo, minimizar seus impactos sociais e físicos e, acima de tudo, promover qualidade de vida.

Para o manual confeccionado e publicado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS), o *Pain Management Best Practice*, o tratamento da dor é feito sob cinco pilares: medicação (opióides e não-opióides), terapias restaurativas, procedimentos intervencionistas, mudanças no estilo de vida, medidas integrativas e complementares de saúde. Esse manual foi compilado por uma força-tarefa de vários órgãos públicos e privados com o objetivo de discutir falhas, inconsistências e atualizações, além de definir recomendações para o manejo da dor, principalmente devido à crise dos opioides vivida pelos americanos.

De acordo com o manual, no manejo de pacientes complexos por médicos não especialistas, é adequada a discussão com especialistas em dor e equipe multidisciplinar para obter maior sucesso terapêutico e evitar iatrogenias. É imperativo que os médicos conheçam bem todo o arsenal terapêutico disponível para o tratamento, principalmente dos não-opióides, a fim de instituir uma terapia poupadora dessas drogas e, ainda sim, efetiva.

Antes de instituir o tratamento, é preciso uma avaliação ampla da condição do indivíduo, sua história clínica, exame físico, identificar fatores de risco para dependência, e planejamento de monitorização do tratamento.

3.6.1. Tratamento não-farmacológico

Nem todas as técnicas realizadas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais possuem validade robusta no controle da dor por conta de vieses metodológicos, mas, por atuarem como restauradores da funcionalidade do

indivíduo, tem sua prática recomendada para a sociedade norte-americana. É necessário correlacionar cada modalidade ao tipo de dor para qual possui maior efetividade, algumas delas possuem indicações claras, como acupuntura, ioga e pilates (HHS, 2019). Para o guideline britânico, não se deve recomendar terapias relacionadas à estimulação elétrica, apenas é recomendada acupuntura, com ressalvas, observando seu índice custo-efetivo (NICE, 2021). Ainda para os ingleses, o exercício físico é recomendado como terapia visando o alívio da dor e também como forma de ter benefícios de saúde em vários aspectos a longo prazo.

Medidas não-farmacológicas, como a terapia-cognitivo-comportamental, são de extrema importância no controle da dor na reabilitação pós-operatória do paciente ao colocá-lo no controle da doença, fazendo que ele entenda que parte da dor é um processo, diminuindo a angústia e promovendo relaxamento e que também seja capaz de controlar suas sensações e reconhecer os gatilhos para dor (PAK *et al*, 2018; NICE 2021). Técnicas de relaxamento e biofeedback não são recomendadas, como técnicas hipnóticas e de atenção plena, as quais ensinam o indivíduo a entender melhor seu corpo, sensações e pensamentos visto as evidências conflituosas (NICE, 2021).

Apesar de algumas dessas técnicas funcionarem para a melhora da dor, seu acesso ainda possui barreiras que devem ser transpostas, para isso é necessário esforço dos profissionais de saúde e do poder público de democratizar esse atendimento, aquelas ainda não bem validadas devem ser incluídas nos planos de incentivo à pesquisa por esses órgãos. É válido lembrar que tais medidas não são curativas, mas possibilitam alívio da dor e melhoram a funcionalidade do paciente.

3.6.2. Tratamento farmacológico

Os analgésicos simples, como o Paracetamol, são eficazes para a dor fraca ou moderada. Apesar do seu uso ordinário, é válido lembrar que sua superdosagem é hepatotóxica e por isso é necessária a vigilância quanto a dose e associação com outras medicações (HHS, 2019).

Os AINES (anti-inflamatórios não esteroidais) são as drogas mais comumente prescritas para dor crônica e de fácil acesso. São consideradas boas alternativas na prevenção visto seu potencial de inibir a cascata inflamatória através do bloqueio da COX-2, destaque aqui para os seletivos, e da diminuição da produção de prostaglandinas que contribuem para a hiperalgesia. Não obstante, os AINES não seletivos, ao inibirem a COX-1, são responsáveis pelos efeitos colaterais dessa medicação como: irritação e ulceração intestinal, bloqueio da agregação plaquetária, disfunção renal e hepática (PAK *et al*, 2018; A ASHBURN; STAATS, 1999). São uma alternativa para o tratamento de dores não oncológicas e não neuropáticas (HHS, 2019)

Os antidepressivos, principalmente os tricíclicos, em doses menores que as usadas para os transtornos depressivos, funcionam como analgésicos adjuvantes ao inibirem a recaptção de serotonina e norepinefrina e ativar as vias inibitórias descendentes como já discutido aqui. Ainda assim, essa classe possui muitos efeitos colaterais, como constipação, boca seca, retenção urinária e hipotensão postural, além do risco de síndrome serotoninérgica se associados com inibidores seletivos de serotonina, inibidores das enzimas MAO, tramadol e triptanos (BRAŁ *et al*, 2010). Aqui é necessário salientar que os inibidores seletivos de serotonina são a classe com menor evidência sob o tratamento dor crônica, todavia, pode-se lançar mão no caso de pacientes que possuem transtornos ansiosos em concomitância, visto que a ansiedade é potencial fator para a pior controle da dor (HHS, 2019). Os

tricíclicos são muito efetivos em pacientes com cefaleia crônica, dor de origem central, dor neuropática e, principalmente, a fibromialgia, por ter um caráter neuropsiquiátrico, e acabam tendo dupla função no tratamento. Além disso, eles melhoram outros sintomas comuns em pacientes com dor crônica, como a insônia (ASHBURN; STAATS, 1999). A duloxetine, um inibidor da recaptação de serotonina e norepinefrina, também possui evidências de bom controle da dor crônica de origem primária, aqui é válido salientar que nesse tipo de dor é recomendado o uso dos antidepressivos, outras drogas aqui discutidas, nesse caso, possuem um denominador risco/benefício, muito aquém do preconizado (NICE, 2021).

O uso de anticonvulsivantes, como a gabapentina e a pregabalina, também atuam no tratamento da dor. Eles se ligam a uma das subunidades do canal de cálcio voltagem-dependente e inibem sua ativação e, dessa forma, bloqueiam a liberação de neurotransmissores excitatórios nas vias ascendentes da dor. Eles são usados em muitos casos como tratamento de primeira linha para dores neuropáticas e também previnem a incidência de dor pós-cirúrgica e mostraram bons resultados quando usados em pacientes submetidos à artroplastia total de joelho (PAK *et al*, 2018). Seu efeito colateral principal é a sedação. Recentemente, também tem sido demonstrado seu uso abusivo (HHS, 2019).

Os opioides possuem diferentes formulações e vias de administração e, por conta disso, são largamente utilizados na dor crônica. Contudo, não devem ser utilizados como primeira linha para o tratamento, seu uso deve ser feito em casos específicos em que é avaliada qualidade, intensidade, nível de atividade da dor e capacidade funcional do paciente, e deve ser constantemente monitorado de perto, além de reavaliada a dor e o risco/benefício (DOWELL *et al.*, 2016). Isso porque tal droga traz efeitos colaterais, como constipação, sedação, dor rebote e até cognição prejudicada (PAK *et al*, 2018; ASHBURN; STAATS, 1999). A sedação geralmente diminui ao longo do tempo, mas a constipação frequentemente requer tratamento. A sedação pode vir acompanhada da depressão respiratória, principal causa de morte associada ao abuso dessa substância e/ou combinação dela com outras drogas, como álcool, cocaína e benzodiazepínicos. Esse efeito é menor com agonistas parciais dos receptores μ , por isso devem ser preferidos. Sabe-se que o risco aumenta junto com a dose, porém cada paciente parece ter um limiar diferente. Aqui também é necessário salientar o risco de dependência gerado por essas drogas. O tratamento com essas drogas deve ser instituído quando os benefícios superarem os riscos e a dor interferir na qualidade de vida, sempre buscando a menor dose possível e pelo menor espaço de tempo, considerando o uso de adjuvantes e rotação, através de um plano terapêutico bem estruturado. Em pacientes que já utilizam outras medicações ou possuem outras comorbidades psiquiátricas, a buprenorfina é uma boa escolha (HHS, 2019).

Os profissionais apresentam diversas razões para não lançar mão de opioides, seus efeitos adversos, a sub mensuração da dor e não valorização do relato do paciente estão dentre eles, principalmente nos serviços de urgência, o que mascara o real motivo da oligoanalgesia, o desconhecimento acerca do mecanismo de ação, efeitos colaterais, interações medicamentosas, potência, uso racional, uso das escalas da dor, identificação do tipo de dor. O pouco uso dessas drogas é demonstrado por Barreto (2012), no qual apenas 2,6% dos pacientes com dor no PS receberam opioides e 43% não ficaram satisfeitos com a analgesia. O tratamento da dor é importante porque, como já demonstrado, o estímulo doloroso persistente é um mecanismo que contribui para a cronificação da dor.

3.6.3 Tratamento intervencionista

Os tratamentos intervencionistas identificam e tratam, de forma cada vez menos invasiva, a dor. São alternativas poderosas, pois podem retardar uma cirurgia ou o início de uma terapia com opioides. Entretanto, essa não é uma técnica curativa, principalmente se usada de forma isolada, como qualquer estratégia no tratamento da dor crônica (HHS, 2019).

Injeções de corticosteróides no espaço epidural são exemplos dessas terapias e consistem no depósito de medicações diretamente no espaço epidural e são capazes de diminuir a inflamação e irritação no tecido radicular e regional. São opções para o tratamento da dor lombar e outras causadas por compressão nervosa (HHS, 2019). Essa medida, além de reduzir custos de frequentes idas ao pronto-socorro, também pode retardar a abordagem cirúrgica. A administração de baixas doses de medicação intratecal através de cateteres é bem sedimentada. Contudo, é preciso salientar seus riscos, no caso dos opioides, a depressão respiratória se torna significativa (NICE, 2021).

O bloqueio nervoso periférico com anestésicos, corticosteroides e anti-inflamatórios, por uma única injeção, ou contínuo por cateter, são uma opção para prevenir dor crônica e também tratá-la. São capazes de diminuir inflamação local, edema, produção de prostaglandinas e a atividade das fibras do tipo C. Esses procedimentos melhoram a qualidade de vida do paciente, principalmente ao permitir realizar atividade física e melhorar o condicionamento, frequentemente prejudicado nesses pacientes, devido à limitação causada pela dor (NICE, 2021).

Aqui também se encaixam os métodos implantáveis, os quais precisam de procedimento cirúrgico, envolvem todas as complicações deste e, logo, devem ser usados após a falha das outras estratégias (HHS, 2019).

Existem outras opções menos difundidas, todas podem se tornar uma boa opção a depender da queixa e avaliação correta do paciente, a única recomendação efetiva é que tratamentos intervencionistas devem ser realizados por médicos capacitados (HHS, 2019).

Antes de instituir qualquer terapia, é necessário avaliar as particularidades de cada paciente. Na população geriátrica, por exemplo, temos maior risco de polifarmácia. Na população infantil, o tratamento da dor se faz categórico, visto a neuroplasticidade. O cuidado no tratamento de gestantes, puérperas e lactentes ainda possui limitações, visto a falta de evidência dos seus efeitos sobre o bebê (HHS, 2019).

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto neste estudo, conclui-se que assim como no mundo, o Brasil possui limitações no que tange à resolutividade da dor crônica. Compreender a fisiologia, bem como os gatilhos, fatores de risco e potenciais desencadeadores da doença é essencial para seu adequado diagnóstico. Entender que a doença possui diferentes apresentações, é multifacetada, por isso, a avaliação da dor crônica deve ser feita de forma pormenorizada através da intensidade, percepção de qualidade, distribuição corporal e temporal. Visto que esses fatores ajudam a classificar a dor de forma correta e, por consequência, influenciam no tratamento.

Os aspectos supracitados dizem respeito ao tecnicismo médico, todavia a dor não se trata apenas de um distúrbio sensitivo, mas caminham com ela e dão sentido fatores sociais e psicológicos, cada paciente traz consigo o conceito de dor a partir da sua própria vivência, logo é percebido por cada paciente de forma particular e de

caráter único. Criar uma linha de comunicação próxima do paciente, sem julgamentos e sem duvidar das experiências sentidas faz parte do tratamento. Por isso é necessário salientar que a individualização do tratamento é crucial, definir planos de cuidado e compartilhar a decisão com a equipe multidisciplinar capaz de amenizar todo esse aspecto social e psicológico já descrito, nesse plano de cuidado é preciso definir metas e também novas reavaliações acerca das características da dor, pois estas podem mudar e, por consequência requerer novas estratégias terapêuticas.

Por conta desses pormenores que envolvem essa nosologia ainda existem muitas inconsistências acerca do tratamento da dor crônica, entidades mundiais se empenham para criar diretrizes adequadas para cada população específica. Contudo, sabemos que o tratamento centrado no paciente, a comunicação e entendimento deste acerca da sua condição clínica são recomendações absolutas, respeitando e avaliando cada paciente de acordo com suas necessidades.

5. REFERÊNCIAS

A ASHBURN, Michael; STAATS, Peter s. Management of chronic pain. **The Lancet**, [S.L.], v. 353, n. 9167, p. 1865-1869, maio 1999. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)04088-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(99)04088-x). Acesso em: 25 mar. 2022.

A FAYAZ, *et al.* Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and ambmeta-analysis of population studies. **Bmj Open**, [S.L.], v. 6, n. 6, p. 1-12, maio 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>. Acesso em: 1 jun. 2022.

ANDRADE, Rodrigo Motta Quinet de. **Dor crônica na atenção primária: um problema de saúde pública**. 2014. 23 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora – Minas Gerais, 2014.

ANTUNES, Filipe *et al.* Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. **Pain And Therapy**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1427-1437, 28 ago. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>. Acesso em: 25 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (Brasil). Comissão de Dor. **Edital de convocação do exame de suficiência para obtenção de certificado de área de atuação em dor - 2021**. São Paulo: AMB, 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/10/EDITAL-DOR-.pdf>. Acesso em: 30 maio 2022.

AZIZ, Qasim *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain. **Pain**, [S.L.], v. 160, n. 1, p. 69-76, jan. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>. Acesso em: 30 maio 2022.

BARRETO, Renato de Freitas *et al.* Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Dor**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 213-219, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-00132012000300004>. Acesso em: 30 maio 2022.

BENNETT, Michael I. *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. **Pain**, [S.L.], v. 160, n. 1, p. 38-44, jan. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>. Acesso em: 30 maio 2022.

BENOLIEL, Rafael *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary headache or orofacial pain. **Pain**, [S.L.], v. 160, n. 1, p. 60-68, jan. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001435>. Acesso em: 25 mar. 2022.

BONETTI, Debora Fornasa; SOUZA, Lucas; RESMINI, Marcus Barg. Avaliação do perfil epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de reumatologia das clínicas integradas de uma universidade. **Saúde (Santa Maria)**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 1-2, 20 abr. 2020. Universidad Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583441433>. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRAŁ, Marijana *et al.* Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain. **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 22, n. 2, p. 221-226, 22 jun. 2010.

CONNOR-BALLARD, Patricia A.. Understanding and Managing Burn Pain. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [S.L.], v. 109, n. 4, p. 48-56, abr. 2009. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.naj.0000348604.47231.68>. Acesso em: 25 mar. 2022.

CUNHA, Pedro Evaristo Machado. **Avaliação do perfil epidemiológico e estratégias para o manejo da dor crônica na atenção básica**. 2015. 10 f. Tese (Doutorado) - Curso de Especialização em Saúde da Família, Unasus / Unifesp, Botucatu, 2015.

DOWELL, Deborah *et al.* CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. **Jama**, [S.L.], v. 315, n. 15, p. 1624, 19 abr. 2016. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.1464>. Acesso em: 25 mar. 2022.

ERNST, Frank R. *et al.* Opioid Medication Practices Observed in Chronic Pain Patients Presenting for All-Causes to Emergency Departments: prevalence and impact on health care outcomes. **Journal Of Managed Care & Specialty Pharmacy**, [S.L.], v. 21, n. 10, p. 925-936, out. 2015. Academy of Managed Care Pharmacy. <http://dx.doi.org/10.18553/jmcp.2015.21.10.925>. Acesso em: 25 mar. 2022.

FILLINGIM, Roger B. *et al.* Assessment of Chronic Pain: domains, methods, and mechanisms. **The Journal Of Pain**, [S.L.], v. 17, n. 9, p. 10-20, set. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010>. Acesso em: 25 mar. 2022.

HEINRICHER, Mary M.. Pain Modulation and the Transition from Acute to Chronic Pain. **Advances In Experimental Medicine And Biology**, [S.L.], p. 105-115, 2016. Springer Netherlands. http://dx.doi.org/10.1007/978-94-017-7537-3_8. Acesso em: 25 mar. 2022.

IASP (Washington, DC). **Terminologia**: Dor. Washington, DC: IASP, 2011. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>. Acesso em: 30 maio 2022.

LAZARIDOU, Asimina; ELBARIDI, Nick; EDWARDS, Robert R.; BERDE, Charles B.. Pain Assessment. **Essentials Of Pain Medicine**, [S.L.], p. 39-46, 2018. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-323-40196-8.00005-x>. Acesso em: 30 maio 2022.

LOESER, John D; MELZACK, Ronald. Pain: an overview. **The Lancet**, [S.L.], v. 353, n. 9164, p. 1607-1609, maio 1999. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)01311-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(99)01311-2). Acesso em: 30 maio 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE) (Londres). **Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain**. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569960/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MANSFIELD, Kathryn E *et al.* A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. **Pain**, [S.L.], v. 157, n. 1, p. 55-64, jan. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000314>. Acesso em: 30 maio 2022.

NICHOLAS, Michael *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. **Pain**, [S.L.], v. 160, n. 1, p. 28-37, jan. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>. Acesso em: 30 maio 2022.

PATEL, Nilesh B. Fisiologia da dor. In: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh B. (ed.). **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. Seattle: IASP Press, 2010. cap. 3, p. 9-13. Disponível em: https://iaspfiles.s3.amazonaws.com/production/public/2021/IASP-Guide_to_Pain_Management_in_Low-Resource_Settings-Portuguese.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

OGBOLI-NWASOR, Elizabeth *et al.* **Pain Education in Low-Resource Countries**. Washington, DC: IASP, 2018. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-education-in-low-resource-countries/>. Acesso em: 30 maio 2022.

PAK, D. J. *et al.* Chronification of Pain: Mechanisms, Current Understanding, and Clinical Implications. **Current Pain and Headache Reports**, v. 22, n. 2, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0666-8>. Acesso em: 19 jun. 2022.

PERROT, Serge *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. **Pain**, [S.L.], v. 160, n. 1, p. 77-82, jan. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>. Acesso em: 19 jun. 2022.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Questionário de Dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev Bras Anesthesiol**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 117-186, abr. 1997. Disponível em: <https://www.bjan-sba.org/article/5e498bf80aec5119028b48aa/pdf/rba-47-2-177.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SCHOLZ, Joachim *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. **Pain**, [S.L.], v. 160, n. 1, p. 53-59, jan. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>. Acesso em: 30 maio 2022.

SCHUG, Stephan A. *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. **Pain**, [S.L.], v. 160, n. 1, p. 45-52, jan. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SHERGILL, Yaadwinder *et al.* Characteristics of frequent users of the emergency department with chronic pain. **Cjem**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 350-358, 26 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1017/cem.2019.464>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SMALL, Rebecca N. *et al.* Understanding the Impact of Chronic Pain in the Emergency Department: prevalence and characteristics of patients visiting the emergency department for chronic pain at an urban academic health sciences centre. **Canadian Journal Of Pain**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 106-113, 1 jan. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/24740527.2019.1587290>. Acesso em: 02 mar. 2022.

TREEDE, Rolf-Detlef *et al.* A classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, [S.L.], v. 156, n. 6, p. 1003-1007, jun. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>. Acesso em: 02 mar. 2022.

U.S. Department of Health and Human Services (US). **Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations.** 2019. Disponível em: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/pmtf-final-report-2019-05-23.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

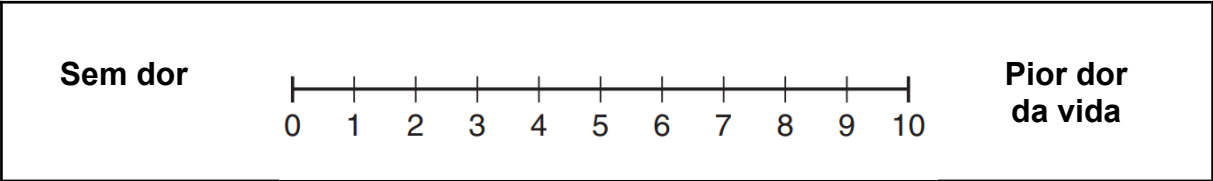
ANEXOS

ANEXO A - Escala de Dor Facial



Fonte: IASP, 2014.

ANEXO B - Escala Numérica de Dor



Fonte: Adaptado de Lazaridou A. *et al*, 2018.

ANEXO C - Questionário de dor de McGill (adaptado para língua portuguesa)

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2-tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-aterroizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doída		4-atraversa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	18
6-como pancada			1-castigante	1-aperta
2	6	10	2-atormenta	2-adormece
1-pontada	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	3-repuxa
2-choque	2-puxão	2-esticada	4-maldita	4-espreme
3-tiro	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	5-rasga
3	7	4-rachando		19
1-agulhada	1-calor		15	1-fria
2-perfurante	2-queimação	11	1-miserável	2-gelada
3-facada	3-fervente	1-cansativa	2-enlouquecedora	3-congelante
4-punhalada	4-em brasa	2-exaustiva	16	20
5-em lança	8		1-chata	1-aborrecida
4	1-formigamento	12	2-que incomoda	2-dá náusea
1-fina	2-coceira	1-enjoada	3-desgastante	3-agonizante
2-cortante	3-ardor	2-sufocante	4-forte	4-pavorosa
3-estrapalha	4-ferroada		5-insuportável	5-torturante

Fonte: Pimenta e Teixeira, 1997.