

Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos

Autores da Força Tarefa da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP): Srinivasa N. Raja^{a,*}, Daniel B. Carr^b, Milton Cohen^c, Nanna B. Finnerup^{d,e}, Herta Flor^f, Stephen Gibson^g, Francis J. Keefe^h, Jeffrey S. Mogilⁱ, Matthias Ringkamp^j, Kathleen A. Sluka^k, Xue-Jun Song^l, Bonnie Stevens^m, Mark D. Sullivanⁿ, Perri R. Tutelman^o, Takahiro Ushida^p, Kyle Vader^q

Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

Autores da tradução: Diretoria da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - Gestão 2020-2021 (Josimari Melo DeSantana¹, Dirce Maria Navas Perissinotti², José Oswaldo de Oliveira Junior³, Luci Mara França Correia⁴, Célia Maria de Oliveira⁵, Paulo Renato Barreiros da Fonseca⁶).

RESUMO

A definição atual de dor da Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” foi recomendada pelo Subcomitê de Taxonomia e adotada pelo Conselho da IASP em

1979. 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. Nos últimos anos, alguns profissionais da nossa área argumentaram que os avanços no nosso entendimento da dor justificavam uma reavaliação da definição e propuseram modificações. Sendo assim, em 2018, a IASP formou 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. A revisão oferece uma sinopse dos conceitos críticos, análise dos comentários dos membros da IASP e do público, e as recomendações finais do comitê sobre as revisões da definição e das notas que foram discutidas por dois anos. Por fim, a Força Tarefa recomendou que a definição de dor fosse revisada para “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial,” e que as notas explicativas passassem a ser uma lista com itens que incluísse a etimologia. A definição revisada de dor e as notas foram unanimemente aceitas pelo Conselho da IASP no início de 2020.

Descritores: Definição, Terminologia, Taxonomia, Força tarefa, Revisão, IASP

“Definições científicas e médicas são ferramentas. Mesmo quando as reconhecemos como imperfeitas ou temporárias, aguardando sua substituição por uma versão aprimorada, elas realizam o trabalho que não poderia ser realizado por instrumentos menos precisos.” David B. Morris²⁷

INTRODUÇÃO

Em 1978, depois de dois anos de deliberações, o Subcomitê de Taxonomia da Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), presidido pelo Professor Harold Merskey e incluindo representantes de diversas especialidades, recomendou definições de “Termos da Dor” ao Conselho da IASP.¹⁹ As recomendações do Subcomitê,

Patrocínios e conflitos de interesse que possam ser relevantes ao conteúdo são apresentados ao final deste artigo.

^a Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Johns Hopkins University, School of Medicine, Baltimore, MD, United States, ^b Program in Public Health and Community Medicine, Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, United States, ^c St Vincent's Clinical School, UNSW Sydney, Sydney, New South Wales, Australia, ^d Department of Clinical Medicine, Danish Pain Research Center, Aarhus University, Aarhus, Denmark, ^e Department of Neurology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark, ^f Institute of Cognitive and Clinical Psychology, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany, ^g Stephen Gibson, Caulfield Pain Management and Research Centre, University of Melbourne, Melbourne, Australia, ^h Duke Pain Prevention and Treatment Research Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, NC, United States, ⁱ Departments of Psychology and Anesthesia, McGill University, Montreal, QC, Canada, ^j Department of Neurosurgery, Johns Hopkins University, School of Medicine, Baltimore, MD, United States, ^k Department of Physical Therapy and Rehabilitation Science, University of Iowa, Iowa City, IA, United States, ^l SUSTech Center for Pain Medicine, Southern University of Science and Technology School of Medicine, Shenzhen, Guangdong, China, ^m Lawrence S Bloomberg Faculty of Nursing, Faculties of Medicine and Dentistry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada, ⁿ Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington, Seattle, WA, United States, ^o Department of Psychology and Neuroscience, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada, ^p Multidisciplinary Pain Center, Aichi Medical University, Nagakute, Aichi, Japan, ^q Chronic Pain Clinic, Kingston Health Sciences Centre, Kingston, ON, Canada.

¹Diretora Financeira da SBED. Fisioterapeuta. Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe. Professora dos Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Ciências Fisiológicas. ²Diretora Administrativa da SBED. Psicóloga. Doutora em Ciências pelo Departamento de Tecnologia da Universidade de São Paulo. Pós-doutora pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. ³Vice-presidente da SBED. Neurocirurgião. Responsável pela Neurocirurgia Funcional e Grupo Especializado em Dor do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Servidor Público Estadual. ⁴Diretora Científica da SBED. Odontóloga. Instituto de Neurologia de Curitiba. ⁵Diretora Secretária da SBED. Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. ⁶Presidente da SBED. Anestesiologista. Professor Coordenador da Pós-graduação em Dor - Ensino Einstein-Rio de Janeiro.

Recebido em 23 de março de 2020

Recebido na forma revisada em 20 de maio de 2020 Aceito em 20 de maio de 2020

Disponível online em 13 de julho de 2020

fortemente endossadas pelo então presidente da IASP, John J Bonica, e aprovadas pelo Conselho há mais de quatro décadas, incluíam a atual definição de dor da IASP.⁷ A dor foi definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (quadro 1). 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.”^{7,19}

Quadro 1. Definição de dor da IASP (1979).

Dor

Uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão.

Nota

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 se a pessoa relatá-la 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.

A definição de dor da IASP foi globalmente aceita pelos profissionais da saúde e pesquisadores da área de dor, e adotada por diversas organizações profissionais, governamentais e não-governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde. 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.^{2,5,10,37} Várias propostas de modificação da definição atual de dor geraram uma considerável discussão, às vezes acalorada, com fortes opiniões em favor ou em oposição à necessidade de revisão.^{1,4,5,11,12,15,29,31,32,39,40} Tendo conhecimento das discussões em andamento, a presidente da IASP, Judith Turner, criou uma Força Tarefa Presidencial em 2018 para “avaliar a definição atual de dor da IASP e das notas explicati-

vas” e recomendar se elas “deveriam ser mantidas ou alteradas de acordo com o conhecimento atual baseado em evidência.” Foi formada uma Força Tarefa com 14 membros que incluiu pessoas de diversos países com ampla experiência em ciência clínica e/ou básica relacionada à dor. A Força Tarefa deliberou por quase dois anos (2018-2020). A revisão oferece uma sinopse das discussões dos membros da Força Tarefa sobre os conceitos críticos, análise dos comentários dos membros da IASP e do público, e as recomendações finais do comitê sobre as revisões da definição e das notas que foram aceitas por unanimidade pelo Conselho da IASP no início de 2020.

ARGUMENTOS A FAVOR E CONTRA PARA ATUALIZAR A DEFINIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA ESTUDOS DA DOR

A dor pode variar muito quanto à intensidade, qualidade e duração e possui vários mecanismos fisiopatológicos e significados. Portanto, é um desafio definir o conceito de dor de forma concisa e precisa. Vários líderes ilustres do século passado fizeram menção a esse problema, incluindo Sir Thomas Lewis, que escreveu no prefácio da sua monografia intitulada PAIN, “A reflexão me diz que estou tão longe de ser capaz de definir a dor e que a tentativa não teria nenhuma finalidade útil.”²³ Merskey, presidente do Subcomitê de Taxonomia da IASP, reconheceu que a dor era “um conceito psicológico e não uma medida física” e que a experiência da dor tinha que ser diferenciada de um estímulo nocivo.^{25,26} Sendo assim, a definição atual (1979) da IASP reconhece 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. A definição ajudou a criar um entendimento comum do termo dor para os médicos, pesquisadores e pessoas com dor em todo o mundo, e influenciou a política de saúde, pesquisa e atendimento clínico.^{21,27}

Críticas à definição e notas

As críticas à definição da IASP incluíam que ela é “cartesiana,” ignorando a multiplicidade das interações mente-corpo,²⁷ e que ela negligencia “as dimensões éticas da dor” e não aborda adequadamente a dor nas populações fragilizadas e negligenciadas, como os recém-nascidos e os idosos.^{3,13} 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.^{2,13} Uma preocupação expressa recentemente sobre a definição atual foi que ela exclui os fatores cognitivos e sociais que são inerentes à experiência da dor.³⁷ 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.^{8,10,17,37} 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,^{24,33} e, portanto, a definição deveria refletir essa perspectiva.

Nos últimos anos, várias definições alternativas foram propostas (Tabela 1). Williams e Craig³⁷ definiram dor como “uma experiência desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais.” Cohen et al.¹⁰ apresentaram a seguinte definição revisada: “A dor é uma experiência somática mutualmente reconhecível que reflete o receio da pessoa de uma ameaça à sua integridade corporal e existencial.” Outras definições e modificações à definição da IASP foram propostas por Wright³⁹ e Aydede⁵ (Tabela 1). As notas explicativas da definição atual também foram criticadas como redundantes, (reiteram conceitos que já estão presentes na definição), desatualizadas (comentários como “a dor na ausência de lesão tecidual ou qualquer causa fisiopatológica provável” geralmente tem “razões psicológicas”), e que carecem de precisão^{10,39}.

MÉTODOS

A Força Tarefa adotou diversas abordagens, inclusive um método modificado de pesquisa Delphi, acompanhado de webconferências mensais, discussões por e-mail e reuniões presenciais com seus membros. A Força Tarefa buscou consultoria externa com especialistas bioéticos, filósofos e linguistas. Além disso, a Força Tarefa obteve comentários de uma comunidade mais ampla que incluiu membros da IASP e do público. Uma definição inicial e notas explicativas foram publicadas no website da IASP em agosto de 2019, com um convite para feedback por escrito do público, durante um mês. A Força Tarefa encomendou uma análise qualitativa de conteúdo dos comentários recebidos que foram, então, discutidos detalhadamente. Uma recomendação revisada que levou todas as fontes de feedback em consideração foi submetida ao Conselho da IASP para aprovação em novembro de 2019. Com base no feedback do Conselho da IASP, pequenas alterações foram feitas nas notas, e uma recomendação final (Caixa 2) foi submetida em janeiro de 2020.

CONCEITOS, DISCUSSÕES E RECOMENDAÇÕES INICIAIS

Durante as discussões iniciais entre os membros da Força Tarefa, chegou-se ao consenso com relação a certas premissas básicas. A definição deveria ser válida para dor aguda e crônica, e se aplicar a todas as condições de dor, independentemente da sua fisiopatologia (nociceptiva, neuropática e nociplástica).^{20,22} Segundo a definição de dor deve se aplicar a seres humanos e animais. Terceiro, sempre que possível, a dor deve ser definida pela perspectiva da pessoa que sente a dor, e não por um observador externo. O objetivo era desenvolver um enunciado claro, conciso e inequívoco que descrevesse as variadas experiências de dor, reconhecendo, ao mesmo tempo, sua diversidade e complexidade.³¹ A Força Tarefa reconheceu, desde as deliberações iniciais, que a seção de notas merecia uma revisão. Os membros da Força Tarefa concordaram que as notas não tinham a função de ser um tratado sobre a biologia da dor, nem o critério de diagnóstico da dor, mas deveria enfatizar os aspectos importantes da complexidade da dor, que era difícil de captar em uma definição breve.

Houve muita discussão se os aspectos sociais da dor deveriam ser incluídos na definição. Embora os membros da Força Tarefa valorizassem a importância dos aspectos sociais, tanto na experiência de dor aguda como crônica, a opinião da maioria foi que se fazia relevante destacá-los nas notas, mas que não seriam um componente essencial da definição. Um dos argumentos foi que a influência do contexto social não era exclusiva à dor, mas compartilhado por outras experiências sensoriais, inclusive visão e audição. Rolf-Detlef Treede pergunta, retoricamente em seu comentário: “Pode uma pessoa sozinha em uma ilha deserta não sentir dor?”³² O uso da expressão “associada a” na definição atual para expressar a relação entre a experiência e a lesão tecidual também foi criticada por falta de clareza.³⁹ A expressão

Tabela 1. Matriz de palavras comparando a definição atual de dor da IASP com outras revisões propostas, e a definição inicial e a definição final revisada da Força Tarefa

Definição (IASP) atual, 1979 ¹⁹	Desagradável	Sensitiva e emocional	Experiência	Associada com	Lesão real ou potencial	Ou descrita nos termos de tal lesão
Wright ³⁹	Desagradável		Sensação	Que evoluiu motivando o comportamento	Que evita ou minimiza a lesão tecidual, ou promove recuperação	
Williams and Craig ³⁷	Angustiante	[com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais]	Experiência	Associada com	Lesão tecidual real ou potencial	
Cohen et al., ¹⁰	Mutualmente reconhecido	Somático	Experiência	Que reflete	Receio da pessoa de ameaça a sua integridade corporal ou existencial	
Aydede ⁵	Desagradável	Sensitiva e emocional	Experiência	que de forma paradigmática resulta de	Lesão real ou potencial	Ou é do mesmo tipo ou semelhante a tal experiência
Proposta inicial da Força Tarefa da IASP, 2019	Aversivo	Sensitiva e emocional	Experiência	Normalmente causada por	Lesão real ou potencial	[ou semelhante àquela causada por]
Definição revisada da Força Tarefa da IASP, 2020	Desagradável	Sensitiva e emocional	Experiência	Associada com	Lesão tecidual real ou potencial	[ou semelhante àquela associada com]

IASP, International Association for the Study of Pain; [...] ordem das palavras reordenadas pela definição.

“geralmente causada por” foi considerada como um substituto para esclarecer essa relação entre a lesão tecidual e a experiência da dor. Uma preocupação importante na definição atual relaciona-se à expressão “descrita nos termos de tal lesão.” Foram debatidos vários substitutos potenciais para essa expressão, que implica a exigência de comunicação *verbal*. Alguns verbos alternativos foram considerados, numa tentativa de englobar comportamentos não verbais dos humanos e dos animais, incluindo “expresso”, “percebido”, “interpretado”, “inferido” e “captado”. Nas deliberações iniciais, a maioria dos membros da Força Tarefa preferiu o verbo “percebido”. Uma definição preliminar proposta pela Força Tarefa foi: “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou percebida como tal lesão.” Entretanto, essa preferência inicial pela frase “percebida como tal lesão” como substituto para “descrito nos termos de tal lesão” foi posteriormente criticada como problemática e tendo, potencialmente, a consequência não intencional de excluir os mesmos grupos de pessoas que a Força Tarefa estava tentando incluir na sua revisão (recém-nascidos, pessoas com grave deficiência intelectual e de desenvolvimento, e os animais.)* Com base no feedback do Conselho da IASP sobre a definição preliminar e as notas, em novembro de 2018, a Força Tarefa fez outras consultas com especialistas em ética e filosofia e promoveu discussões adicionais para refinar a linguagem. A Força Tarefa também concordou em obter feedback da comunidade em geral sobre sua recomendação inicial e para revisar a definição e as notas com base nos comentários recebidos. (*Carta de M. Aydede para a Força Tarefa intitulada “Sobre a proposta da Força Tarefa Presidencial da IASP para uma nova definição de ‘dor’”, datada de 25 de novembro de 2018).

Consulta com eticistas e filósofos em resposta ao *feedback* inicial do Conselho da Associação Internacional para Estudos da Dor

Uma crítica detalhada a então proposta de definição de dor foi apresentada à Força Tarefa pelo Professor Murat Aydede, um colaborador regular para a filosofia da psicologia e ciência cognitiva relacionada à dor.⁴⁵ Alguns membros da Força Tarefa concordaram com Aydede que substituir “descrito nos termos de” pela linguagem proposta “percebido como” pode ter consequências negativas não intencionais. Devido à importância de se considerar, em sua plenitude as nuances filosóficas e linguísticas implícitas da crítica, a Força Tarefa solicitou ao Professor Peter Singer (Princeton University), seus comentários sobre essa crítica. O Professor Singer também solicitou a participação dos Professores Adam Shriver e Nicholas Shea, de Oxford, Reino Unido, e da Universidade de Londres, respectivamente.

Suas deliberações foram resumidas em uma carta sucinta para a Força Tarefa, datada de 13 de fevereiro de 2019. A carta afirmava que a atual definição de dor da IASP mistura a questão do que é sentir dor para uma pessoa, com uma outra questão de como dizer que uma pessoa está sentindo dor. Singer e seus colegas propuseram a seguinte definição: “Sentir dor é ter uma experiência consciente particular, ou seja, em aspectos importantes semelhantes, como *experiência*, à experiência consciente que é

normalmente causada por lesão tecidual e facilmente considerada pelo sujeito que a vivencia como indesejável.” Eles sugeriram que essa definição fosse complementada com uma lista de “sinais de dor [sejam] verbais, fisiológicos, comportamentais ou neurais” e incluíssem “um enunciado claro de que o efeito da descrição verbal não é o único tipo de evidência de dor, e que pode haver evidência de dor na ausência de lesão tecidual.”

Recomendação inicial para a Associação Internacional para Estudos da Dor e para *feedback* da comunidade geral

A Força Tarefa recebeu bem esses comentários dos filósofos e considerou se esses conceitos estavam amplamente presentes na definição revisada. A Força Tarefa concordou que o termo “aversiva” pode ser igualmente aplicável a seres humanos e animais que sentem dor, enquanto que “indesejável” e “desagradável” pode ser menos aplicável a determinadas espécies animais. Sendo assim, o termo “desagradável” da definição atual foi substituído por “aversiva”. Muitos membros da Força Tarefa consideraram que definir a dor pela perspectiva de um observador era controversa e política.³⁵ A questão de quem tem autoridade de julgar quem está sentindo dor: profissionais de saúde, sofredores, laboratórios farmacêuticos, políticos, governo federal, os estados, advogados, ou juízes” é controverso.³⁵ A Força Tarefa concordou que o foco principal da definição deveria ser o indivíduo que sente a dor.

Seria difícil descrever, em detalhes, as nuances de todas as discussões para refinar as notas atuais. Fornecemos, aqui, um resumo da essência das discussões. Ficou acordado que os conceitos-chave que ajudam a ressaltar nosso entendimento aprimorado da dor em seu contexto biopsicossocial devem ser indicados em enunciados concisos e em formato de lista. A Força Tarefa reformulou muitos dos conceitos das notas explicativas da definição atual, reorganizou sua sequência, introduziu algumas alterações, e enumerou as notas para destacar esses pontos. Por exemplo, considerou-se importante enfatizar o conceito de que dor e noceção não são sinônimos. A noceção, ao contrário da dor, refere-se à atividade que ocorre no sistema nervoso em resposta a um estímulo nocivo. Foi discutido o papel da cognição na dor e a opinião geral foi que isso estava implícito nos enunciados de que a dor é subjetiva e modificada pelas experiências de vida. O conceito da natureza prejudicial da dor crônica, em contraste com o papel protetor da dor aguda, foi introduzido ao se descrever os efeitos adversos associados da dor na função e no bem-estar social e psicológico. A etimologia da palavra “dor” também foi incluída para conscientizar os leitores sobre o significado transacional, punitivo, em comparação com outras palavras que enfatizam a localização da dor ou seu efeito negativo no humor.

Depois de muita deliberação, e com base na opinião da maioria, a Força Tarefa apresentou para o Conselho da IASP, em julho de 2019, a seguinte recomendação para a definição e notas, publicada no website da IASP para feedback do público.

Recomendação inicial da Força Tarefa para feedback público Dor

Uma experiência sensitiva e emocional aversiva geralmente causada por, ou semelhante àquela causada por, uma lesão tecidual real ou potencial.

Notas

- (1) A dor é sempre uma experiência subjetiva, que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
- (2) Dor e nocicepção são fenômenos diferentes; a experiência de dor não pode ser deduzida pela atividade nas vias sensoriais.
- (3) Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor e suas aplicações.
- (4) O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser aceito como tal e 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.

Etimologia

Inglês Médio, do anglo-francês *peine* (dor, sofrimento), do latim *poena* (pena, punição), e do grego *poin-e* (pagamento, pena, recompensa).

ANÁLISE DO FEEDBACK DA COMUNIDADE GLOBAL DE DOR

A consulta pública sobre a proposta da nova definição de dor e notas explicativas foi aberta em 7 de agosto de 2019 até 11 de setembro de 2019 (vide Suplemento 1 para mais informações sobre os métodos da consulta e resumo dos resultados, disponível em <http://links.lww.com/PAIN/B53>). Membros da comunidade global de dor foram convidados a apresentar seu feedback sobre a definição proposta para dor através de pesquisa na web. A pesquisa foi em inglês e incluiu cinco perguntas demográficas, uma pergunta sobre satisfação com a definição proposta (classificada em uma escala Likert de cinco pontos), e duas perguntas abertas relativas ao feedback sobre a definição e as notas. A pesquisa foi postada na página da IASP e distribuída para os membros da IASP através de e-mail, e para o público pela mídia social. Foi usada a estatística descritiva para resumir as características demográficas e a satisfação. As respostas às perguntas abertas foram analisadas usando a análise indutiva do conteúdo.¹⁶

Foram recebidas 808 respostas de pessoas de 46 países. Cinquenta e oito por cento dos respondentes se autoidentificaram como profissionais de saúde, pesquisadores clínicos e de ciências básicas, administradores, educadores ou estagiários/estudantes. Os outros 42% se identificaram como pessoas que vivem com dor, pessoas com deficiência relacionada à dor, ou cuidadores de uma pessoa que vive com dor. A proporção de respondentes que estavam muito satisfeitos ou satisfeitos (41,7%) com a definição proposta foi quase igual à proporção que estava insatisfeita ou muito insatisfeita (41,5%). Dos insatisfeitos ou muito insatisfeitos, 49,7% eram pacientes e/ou seus cuidadores, e apenas 32,4% eram profissionais de saúde, pesquisadores, administradores, educadores e estudantes/estagiários. Os membros da Força-Tarefa receberam um resumo detalhado das respostas da pesquisa, junto com os comentários individuais por escrito, antes das discussões adicionais para considerar as revisões à definição inicial proposta e às notas.

Todos os comentários qualitativos foram organizados usando o processo de codificação aberta, tanto para a definição como para as notas. Quatro categorias abrangentes foram geradas para descrever o feedback dos respondentes à nova definição proposta de dor (Figura 1; e Suplemento 1 para maiores detalhes, disponível em <http://links.lww.com/PAIN/B53>). As quatro categorias (e as 11 subcategorias listadas no Suplemento 1, disponível em <http://links.lww.com/PAIN/B53>) foram as seguintes: (1) a definição de dor deve ser simples e prática (a redação do texto é difícil, o nível de leitura deveria ser modificado para facilitar a tradução para outros idiomas); (2) a definição deveria captar melhor a experiência pessoal da dor (“aversiva” como descritor de dor, impacto da dor na qualidade de vida, e subjetividade da dor); (3) a definição deveria fornecer mais especificidade em relação aos diversos componentes da dor (a dor acontece de muitas formas e é influenciada por muitos fatores); e (4) a referência na definição à lesão tecidual deveria estar melhor alinhada com as conceitualizações modernas de dor (lesão tecidual como causa da dor, dor como uma interpretação, e dor semelhante à lesão tecidual). Sete categorias abrangentes foram geradas para descrever o feedback dos respondentes sobre as notas da nova definição proposta para a dor. As sete categorias (e 14 subcategorias listadas no Suplemento 1, disponível em <http://links.lww.com/PAIN/B53>) incluído: (1) comentários gerais sobre as notas propostas (formato, clareza e relevância, nível de exposição e importância do tratamento da dor) (2) comentários relacionados à primeira nota (subjetividade da dor e dor ser influenciada por muitos fatores); (3) comentários relacionados à segunda nota (relação entre dor e nocicepção e clareza das vias sensitivas); (4) comentários relacionados à terceira nota (falta de clareza sobre o significado e implicações para recém-nascidos e bebês); (5) comentários relacionados à quarta nota (experiência

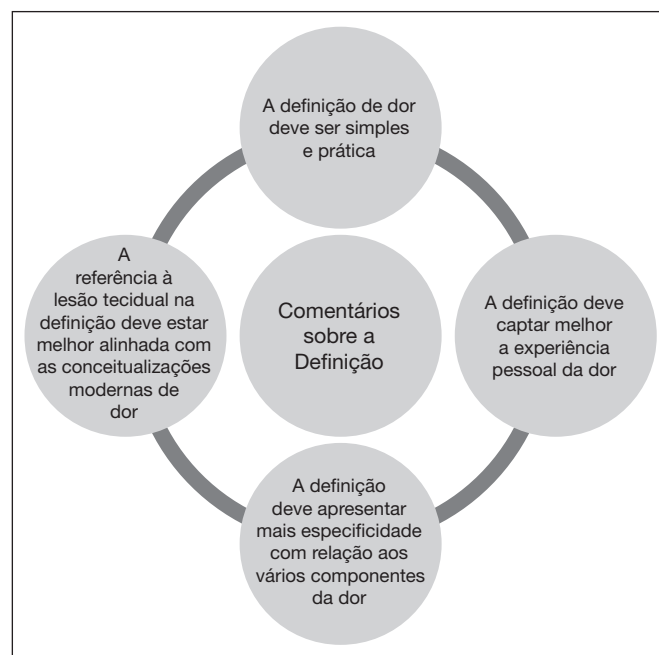


Figura 1. Resumo dos principais comentários recebidos dos membros da IASP e do público sobre a definição inicial recomendada, com base na análise qualitativa do conteúdo, realizada pela Força Tarefa. IASP, International Association for the Study of Pain

peçoal da dor e deturpação da dor para ganho secundário); (6) comentários relacionados à quinta nota (nem toda dor é adaptativa); e (7) comentários relacionados à sexta nota (comunicação da dor e inclusão de animais) (vide Suplemento 1 para mais detalhes, disponível em <http://links.lww.com/PAIN/B53>).

DISCUSSÕES ADICIONAIS COM BASE NO FEEDBACK LEVANDO A RECOMENDAÇÕES PARA A DEFINIÇÃO REVISADA

Definição

Como indicado acima, o termo “aversiva” foi criticado por não ser de fácil entendimento, principalmente para o público leigo, e não facilmente traduzível para muitos idiomas. Foi dito que, em algumas situações, a dor, além de ser desagradável, pode não ser evitada (ex.: atletas). O termo desagradável realça o aspecto negativo associado à dor, enquanto aversiva refere-se ao aspecto negativo que resulta em uma mudança motivacional. A descrição de “desagradabilidade” da dor tem uma longa história, com discussões de Hardy, Wolff, e Goodell em seu texto clássico sobre sensações de dor.¹⁸ Embora ambos os termos “aversiva” e “desagradável” fossem aplicáveis, o Subcomitê optou pelo termo mais simples, desagradável, que tem maior possibilidade de ser facilmente entendido pelo público em geral (Tabela 1). Um outro comentário comum foi que a definição deveria dar menos ênfase à lesão tecidual. Parcialmente, em resposta a essa preocupação, a frase “geralmente causada por” foi revertida para “associada a”, que não implica uma relação direta de causa e efeito e reduz a ênfase sobre a lesão tecidual.

Notas

Foram feitas algumas modificações adicionais nas notas, com base no feedback recebido. Foi levantado o fato de que, embora a dor e a nociceção não sejam a mesma coisa, a frase adicional “a experiência da dor não pode ser deduzida pela atividade das vias sensitivas” pode não ser exata, porque estudos recentes sugerem que um padrão multivariado da assinatura nas regiões cerebrais pode prever a dor além e aquém do input nociceptivo. Entretanto, o papel atual da imagem cerebral como um “dolorímetro” é controverso. Davis et al.¹⁴ oferecem o consenso para a Força Tarefa da IASP, que embora a imagem cerebral tenha o potencial de aumentar o entendimento dos mecanismos neurais da dor e seu tratamento, ela não é um substituto para o relato verbal dos seres humanos sobre a dor. A descrição nas notas sobre a dor como uma experiência “subjetiva” preocupou muitos respondentes. A preocupação levantada foi que ela poderia ser interpretada com conotação negativa, como “não objetiva” ou “não real”. O feedback recebido foi que a dor é “exclusiva para cada indivíduo” e, portanto, pessoal. A Força Tarefa aceitou a sugestão e reformulou, a nota para dor como uma “experiência pessoal”.

DISCUSSÕES DE QUESTÕES CONTROVERSAS ONDE AS DECISÕES SE BASEARAM NA OPINIÃO DA MAIORIA

A definição revisada mantém, da definição atual, a ênfase da dor como uma experiência. A nota distingue, explicitamente, a dor

como uma experiência pessoal diferente da nociceção. Embora a Força Tarefa tenha voltado atrás para o uso do termo “desagradável” ao invés de “aversiva”, a nova definição mantém a referência à lesão tecidual: “...associada a, ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial” para distinguir a dor de outras experiências aversivas (ex.: náusea, coceira, e tontura). Alguns membros da Força Tarefa concordaram com um tema proeminente no feedback do público, de que a lesão tecidual recebeu muita importância na nova definição. Embora a lesão tecidual tenha um papel na dor nociceptiva, a dor neuropática é uma consequência direta de uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensitivo e pode ser sentida em áreas sem lesão tecidual. Na dor neuropática, a dor pode ser sentida distante da lesão ou doença do sistema nervoso (ex.: na perna e pé, naquelas pessoas com compressão radicular, ou dor fantasma nas pessoas com membro amputado). Da mesma forma, a lesão tecidual não tem papel comprovado na dor nociplástica. Além disso, foi argumentado que, na dor crônica, a relação entre dor e estado dos tecidos é menos previsível.^{6,30,36} Um exemplo ilustrativo é a discordância entre os relatos de dor e as anormalidades estruturais visualizadas por imagem em pacientes com osteoartrite no joelho.^{6,30,36} A IASP definiu dor nociplástica como “dor que surge de uma nociceção alterada, apesar de não haver evidência clara, ou ameaça, de lesão tecidual real provocando a ativação de nociceptores periféricos, ou evidência de doença ou lesão no sistema somatossensitivo que cause a dor²²”. A dor nociplástica é considerada comum e desempenha um papel nas condições de dor crônica como fibromialgia, dor lombar, e dor de cabeça. Embora muitos membros da Força Tarefa tenham opinado que a dor nociplástica foi captada na definição revisada pela frase “ou semelhante àquela causada por lesão tecidual real ou potencial,” outros membros da Força Tarefa contestaram, dizendo que isso era inadequado. O último grupo achou que uma definição que não incluísse mais especificamente as síndromes de dor nociplástica, não englobaria totalmente a complexidade da dor crônica humana. Alguns membros também argumentaram que o dano social, como trauma psicológico ou abuso, precisava ser incluído na nova definição para abordar todas as formas de dor crônica clinicamente importantes.

POTENCIAIS BENEFÍCIOS DESSA NOVA DEFINIÇÃO PARA A PESQUISA E CUIDADO DO PACIENTE

Em 2013, a IASP formou uma Força Tarefa para produzir e atualizar uma classificação de dor para uso internacional.^{28,33} Como resultado desse trabalho, a nova edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), adotada pela Organização Mundial da Saúde em 2019, inclui, pela primeira vez, uma classificação para dor crônica. A CID-11 será adotada por vários países nos próximos anos. Sendo assim, uma definição revisada da dor é bastante oportuna e se alinha com este e outros esforços atuais para o avanço de estruturas ontológicas onde a dor reside.^{9,34} Esses esforços combinados da IASP são ações importantes para reconhecer que a dor é uma importante condição de saúde e que transformará a pesquisa em dor e o cuidado com as pessoas com dor em todo o mundo.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

O quadro 2 apresenta a recomendação final da Força Tarefa que foi aprovada, por unanimidade, pelos membros do Conselho da IASP, junto com pequenas alterações baseadas no feedback dos revisores do manuscrito. Consistente com a visão dos membros fundadores da IASP e do primeiro Subcomitê de Taxonomia da IASP, esta Força Tarefa espera que a definição revisada e as notas explicativas sejam um documento vivo, a ser atualizado em consonância com o futuro progresso da área.

Quadro 2. Definição de dor revisada da IASP (2020)

Dor

Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.

Notas

- 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.

Etimologia

Inglês Médio, do anglo-francês *peine* (dor, sofrimento), do latim *poena* (pena, punição), e do grego *poin-e* (pagamento, pena, recompensa).

*A Declaração de Montreal, documento desenvolvido durante o Primeiro Encontro Internacional de Dor em 3 de setembro de 2010, declara que o “acesso ao tratamento da dor é um direito humano fundamental.”

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

S.N. Raja é consultor para a Allergan and Lexicon Pharmaceuticals, Inc, e é co-investigador em um patrocínio da Medtronic, Inc. N.B. Finnerup faz parte da IMI (Innovative Medicines Initiative), projeto PainCare, um consórcio público-privado, e as empresas envolvidas são Grunenthal, Bayer, Eli Lilly, Esteve e Teva. N.B. Finnerup foi consultor para a Mitsubishi Tanabe Pharma, Merck, Almirall e NeuroPN. M. Ringkamp recebeu um patrocínio da Merck para pesquisa. Dr. Sluka é consultor para a GSK Consumer Health, e Psychogenics. Os demais autores não têm nenhum conflito de interesse a declarar.

AGRADECIMENTOS

A Força Tarefa agradece aos presidentes da IASP, Judy Turner e Lars Arendt-Nielsen, por seu inestimável apoio e estímulo. Os

autores agradecem aos membros do Conselho da IASP e às inúmeras pessoas que deram seu feedback para as recomendações preliminares da Força Tarefa, incluindo os Drs. Murat Aydede e Andrew Wright, cujas observações levaram a revisões detalhadas para a definição e notas. A Força Tarefa também agradece as valiosas considerações de Peter Singer (Ira W. DeCamp Professor de Bioética, Princeton University), Adam Shriver (Uehiro Center for Practical Ethics, Oxford University), e Nicholas Shea (Professor, Instituto de Filosofia, Faculdade de Estudos Avançados, University of London). A Força Tarefa também agradece ao Dr. Llevelyn Morgan (Professor de Línguas Clássicas e Literatura, Brasenose College, University of Oxford) por suas contribuições sobre a etimologia da palavra dor. A Força Tarefa agradece a Matthew D’Uva (ex-CEO) e Yulanda Grant do escritório da IASP por seu apoio administrativo, e Claire F. Levine, MS, ELS, (editora científica, Departamento de Anestesiologia/Cuidados Críticos, Johns Hopkins University), por sua assistência na edição do manuscrito. Srinivasa Raja agradece o apoio do National Institutes of Health, NIH-NS26363. Francis J. Keefe agradece aos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) abaixo pelo apoio financeiro: NIH P30AG064201, NIH R01 AG058702, NIH UG1 CA189824, e NIH U2C NR014637. Matthias Ringkamp agradece o patrocínio do NIH R01AR070875 e R01NS097221. Dr. Sluka agradece os Institutos Nacionais de Saúde R01AR073187, U24NS112873, e UG3AR076387 pelo apoio financeiro.

ANEXO A. CONTEÚDO DIGITAL SUPLEMENTAR

Conteúdo digital suplementar associado a este artigo encontra-se disponível online em <http://links.lww.com/PAIN/B53>.

REFERÊNCIAS

1. Alcock MM. Defining pain: past, present, and future. *PAIN* 2017;158:761–2.
2. Anand KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *PAIN* 1996;67:3–6.
3. Anand KJS, Rovnaghi C, Walden M, Churchill J. Consciousness, behavior, and clinical impact of the definition of pain. *Pain Forum* 1999;8:64–73.
4. Aydede M. Defending the IASP definition of pain. *Monist* 2017;100:439–64.
5. Aydede M. Does the IASP definition of pain need updating? *Pain Rep* 2019;4:e777.
6. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:116.
7. Bonica JJ. The need of a taxonomy. *PAIN* 1979;6:247–8.
8. Carr DB, Loeser JD, Morris DB. Narrative, pain and suffering. Seattle: IASP Press, 2005.
9. Ceusters W, Michelotti A, Raphael KG, Durham J, Ohrbach R. Perspectives on next steps in classification of oro-facial pain—Part 1: role of ontology. *J Oral Rehabil* 2015;42:926–41.
10. Cohen M, Quintner J, van RS. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Rep* 2018;3:e634.
11. Craig KD, de CWA. Reply. *Pain* 2017;158:363–5.
12. Cunningham N. Comments on derbyshire, *PAIN*, 67 (1996) 210–11. *PAIN*;1998;74:102–6.
13. Cunningham N. Primary requirements for an ethical definition of pain. *Pain Forum* 1999;8:93–9.
14. Davis KD, Flor H, Greely HT, Iannetti GD, Mackey S, Ploner M, Pustilnik A, Tracey I, Treede RD, Wager TD. Brain imaging tests for chronic pain: medical, legal and ethical issues and recommendations. *Nat Rev Neurol* 2017;13:624–38.
15. Derbyshire SWG. Comment on editorial by Anand and Craig. *PAIN* 1996;67:210–1.
16. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62:107–15.
17. Fields HL. Pain: an unpleasant topic. *PAIN* 1999(suppl 6):S61–9.
18. Hardy JD, Wolff HG, Goodell H. *Pain Sensations and Reactions*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1952.
19. IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *PAIN* 1979;6:249–52.
20. Jensen TS, Baron R, Haanpaa M, Kalso E, Loeser JD, Rice AS, Treede RD. A new definition of neuropathic pain. *PAIN* 2011;152:2204–5.

21. Jensen TS, Gebhart GF. New pain terminology: a work in progress. *PAIN* 2008;140:399-400.
22. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice AS, Rief W, Sluka AK. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *PAIN* 2016;157:1382-6.
23. Lewis ST. *Pain*. New York: Macmillan, 1942.
24. Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *PAIN* 2008;137:473-7.
25. Merskey H. Logic, truth and language in concepts of pain. *Qual Life Res* 1994;3(suppl 1):S69-76.
26. Merskey H. History and definition of chronic pain. In: Rashedi S, Schopflocher D, Taenzer P, Jonsson E, editors. *Chronic pain: a health policy perspective*. Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, 2008. pp. 19-28.
27. Morris DB. The challenges of pain and suffering. In: Jensen TS, Wilson PR, Rice ASC, editors. *Clinical pain management: chronic pain*. London: Arnold, 2003. pp. 3-14.
28. Nugraha B, Gutenbrunner C, Barke A, Karst M, Schiller J, Schafer P, Falter S, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. *PAIN* 2019;160:88-94.
29. Osborn M. Situating pain in a more helpful place. *Pain Rep* 2018;3:e642.
30. Schiphof D, Kerkhof HJ, Damen J, de Klerk BM, Hofman A, Koes BW, van Meurs JB, Bierma-Zeinstra SM. Factors for pain in patients with different grades of knee osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013;65:695-702.
31. Tesarz J, Eich W. A conceptual framework for "updating the definition of pain". *PAIN* 2017;158:1177-8.
32. Treede RD. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Rep* 2018;3:e643.
33. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). *PAIN* 2019;160:19-27.
34. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN* 2015;156:1003-7.
35. Wailoo K. *Pain: A Political History*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2014.
36. Wenham CY, Conaghan PG. Imaging the painful osteoarthritic knee joint: what have we learned? *Nat Clin Pract Rheumatol* 2009;5:149-58.
37. Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. *PAIN* 2016;157:2420-3.
38. Woo CW, Schmidt L, Krishnan A, Jepma M, Roy M, Lindquist MA, Atlas LY, Wager TD. Quantifying cerebral contributions to pain beyond nociception. *Nat Commun* 2017;8:14211.
39. Wright A. A criticism of the IASP's definition of pain. *J Conscious Stud* 2011;18:19-44.
40. Wright A, Aydede M. Critical comments on Williams and Craig's recent proposal for revising the definition of pain. *PAIN* 2017;158:362-3.