

Dor

Nas últimas duas décadas houve um aumento gigantesco da literatura relacionada à caracterização e ao tratamento da dor.

Mudanças nos conceitos humanos de sofrimento e desejo moderno de existir sem dor muito contribuíram para tal desenvolvimento.

Em 1983 a "American Association for the Study of Pain" designou o nome Algologia para a nova especialidade.

A dor crônica é um dos problemas maiores na medicina que ainda não foi resolvido. Até a década de 60 acreditava-se que a dor fosse semelhante a outras modalidades sensoriais tais como tato, pressão e temperatura, ou seja, ativando-se os receptores periféricos produzir-se-ia atividade aferente na fibra nervosa que estimularia neurônios ascendentes na medula espinal. Porém, tal mecanismo nunca poderia explicar a imensa variação da percepção da dor entre as pessoas e em uma mesma pessoa a dificuldade de caracterização desta percepção.

Nos últimos 20 anos muito se aprendeu sobre os mecanismos nociceptivos periféricos, mecanismos do corno dorsal da medula, das vias ascendentes e descendentes e do papel do sistema nervoso simpático no relacionamento com receptores e vias da dor.

A seqüência da informação nociceptiva desde a patologia periférica até o Sistema Nervoso Central, incluindo os fenômenos neuroelétricos, neuro-humoral e a relação da dor com o metabolismo das prostaglandinas e ácido aracnóideo são hoje conhecidos. Tal conhecimento levou ao desenvolvimento de vários produtos farmacológicos como analgésicos não esteróides e antiinflamatórios (NSAIDS). Estes produtos têm sido de grande utilidade no tratamento da dor aguda após lesão periférica quer nas salas de emergências, nos centros cirúrgicos, na recuperação traumática cirúrgica, na medicina de esporte, e tem tido utilidade também nas dores intratáveis de câncer

terminal quando associadas a hipnoanalgésicos que agem centralmente.

Com o conhecimento dos mecanismos centrais ligados aos opiáceos e dos caminhos pelos quais a informação nociceptiva aferente é manipulada do ponto de vista neuroanatômico, neurofisiológico, neuroclínico e neurofarmacológico, dentro do sistema nervoso central há possibilidade de atenuar ou bloquear os impulsos nociceptivos da dor na periferia.

De importância no campo da algologia atualmente é poder conceituar o que é dor aguda e o que é dor crônica, assim como discutir a controvérsia entre os centralistas e periferalistas em relação à conceituação da dor crônica.

As palavras aguda e crônica são adjetivos que apenas dão idéia temporal da dor. A gravidade da dor, às vezes, é associada a dor aguda. Porém pode haver tanto dor crônica como aguda, de intensidade moderada ou exacerbada.

Antigamente quando a dor ultrapassava o tempo de seis meses era arbitrariamente tida como crônica.

Em base do que se sabe em termos de neuroquímica e farmacologia das vias que ligam a periferia ao sistema nervoso central é que se pode elucidar um pouco a questão.

Lesão ou inflamação de um tecido, como no câncer ou incisão cirúrgica, dá origem a uma cadeia inicial de estímulo nociceptivo ascendente e subsequente percepção cerebral. Este é o modelo que caracteriza a dor aguda.

Quanto à dor crônica, muitos pensam que é a continuação ou a persistência da dor aguda. Há, porém, a controvérsia entre os chamados centralistas e periferalistas.

Os periferalistas acreditam que na dor crônica há e persiste os estímulos nociceptivos seqüenciais periféricos. Como conseqüência acreditam que o tratamento deva ser dirigido no sentido de bloquear ou atenuar estes impulsos na periferia

através de analgésicos não esteróides, bloqueios de nervos periféricos, ou procedimentos neurocirúrgicos como rizotomia, cordotomia etc.

Os centralistas acreditam que a patologia periférica com seus impulsos nociceptivos originam mecanismos neurofisiológicos dentro do sistema nervoso central e, estes mecanismos se perpetuam mesmo cessando os impulsos periféricos originais. Porém admitem outros tipos de impulsos que não são nociceptivos mas que seriam pervertidos dentro do sistema nervoso central, atuando como nociceptivos. Acreditam também os centralistas que conflitos emocionais não resolvidos e seus efeitos como depressão, ansiedade, medo, tristeza, hostilidade, culpa, vergonha, originam ou mantêm o gerador ativo de dor crônica central.

Considerando-se que ainda há muita dúvida nas interpretações clínicas dos casos de dor e pouco se sabe tanto em relação à dor aguda como à crônica da energia resultante de todos os impulsos que chegam ao cérebro e que resulta na percepção da dor, onde e como o estímulo se torna perceptível, é importante em relação ao tratamento lembrar o princípio básico que se aprende em medicina: "Primeiro não lesar".

M. P. Reis Oliveira, TSA
Campus Universitário
Monte Alegre
14100 — Ribeirão Preto, SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burgess P R, Perl E R — Cutaneous mechanoreceptores and nociceptors, in Iggo A. (ed.): Handbook of sensory physiology. New York, Springer-Verlag, 1973; 2: 29-78.
2. Crue B L, Carregal E J A — Pain begins in the dorsal hem — With a proposed classification of the primary senses. In Pain, Research and Treatment, Crue B L (Ed.), Ch. 3. Academic Press, New York, 1975.
3. Crue B L — Guest editor for issue on pain. Bull. L. S. Neurol. Soc, 1979; 44.
4. Crue B L — The courage to risk being wrong. Bull, L. A. Neurol. Soc., 1981; 46: 1-20.
5. Duggan A W — Transmitters involved in central processing of nociceptive information. Anaesth Int Care, 1982; 10: 133-138.
6. Kirk E J — Impulses in dorsal spinal nerve rootlets in cats and rabbits arising from dorsal root ganglia isolated from the periphery. J Comp Neurol, 1975; 115: 165-176.
7. Zimmerman M — Peripheral and central nervous mechanisms of nociception, pain and pain therapy: facts and hypotheses, in Bonica J.J., et al. (eds): advances in pain research and therapy. New York, Raven Press, 1979; 3: 3-32.