

## A Necessidade de uma Taxonomia ‡

John J Bonica, MD

O relatório apresentado pela Subcomissão de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor é publicado com meu apoio integral e com aprovação do Conselho. Estes termos são o resultado final de muitas horas de discussão e de extensa correspondência entre os membros da comissão e representam o seu consenso final. O desenvolvimento e a adoção generalizada de definições universalmente aceitas de termos e a classificação das síndromes dolorosas constituem um dos objetivos e responsabilidades mais importantes da Associação Internacional para o Estudo da Dor (segundo a Seção F de seus estatutos). Solicitei ao Prof. Merskey e sua comissão que tratassem com rapidez de desenvolver a classificação que a sua comissão vem considerando no momento. Espero que este projeto esteja terminado em tempo para ser analisado pelo Conselho em sua reunião de 1980. Após ser aprovada pelo Conselho ela será submetida à Assembléia Geral no Congresso de 1981 para aprovação final e subseqüentemente será submetida à Organização Mundial de Saúde para inclusão em sua classificação de doenças. Durante o preparo da classificação os diversos centros poderão ser solicitados a usarem versões experimentais visando ajudar a resolver dificuldades imprevistas. Todavia, as definições dos termos agora apresentadas representam uma conclusão definitiva proveniente de todas as especialidades que contribuem para os estudos da dor.

No passado muitas pessoas consideraram impossível a definição de dor e de uma lista uniforme de termos e síndromes dolorosas devido às inúmeras diferenças de opinião entre cientistas e clínicos de diferentes disciplinas, assim como as diferenças de uso nacional. Por este motivo temos sido bastante prejudicados em nossas comunicações referentes a pesquisa e tratamento da dor. Isto ficou impressionantemente evidente para mim enquanto estava escrevendo meu livro "Tratamento da Dor", pois nessa ocasião perdi enorme quantidade de tempo e esforço procurando analisar e sintetizar os resultados relatados por numerosos autores que estavam obviamente descrevendo a mesma condição sob uma variedade enorme de nomes diferentes. Esta experiência, assim como outras subseqüentes, levaram-me a desenvolver as seguintes sólidas convicções com referência ao problema: a) é possível definir termos e desenvolver uma classificação de síndro-

mes dolorosas que sejam aceitas por muitos, embora não todos, leitores e pesquisadores desta área; b) mesmo se as definições e a classificação adotadas não forem perfeitas, elas são melhores do que as condições de "torre de Babel" existente atualmente; c) adotar uma tal classificação não implica em que ela permaneça "fixa" no futuro e não possa ser modificada à medida que se adquire maiores conhecimentos; e d) a adoção de uma tal taxonomia, com a condição de que possa ser modificada, encorajará o seu uso mesmo por aqueles que possam estar em desacordo com alguma parte da classificação. De fato esta tem sido a experiência e a característica de classificações amplamente aceitas, como aquelas relacionadas com cardiopatias, hipertensão, diabete, toxemia gravídica, distúrbios psiquiátricos e muitas outras. Espero, portanto, que todos os membros da Associação Internacional para o Estudo da Dor cooperem usando estes termos e subseqüentemente a classificação de síndromes dolorosas após sua adoção pela Associação Internacional para o Estudo da Dor, de molde a melhorar nossos sistemas de comunicação. Isto exige que sejam incorporadas na transferência oral e escrita de informações, especialmente em trabalhos científicos, livros, etc., assim como no desenvolvimento de protocolos de pesquisa, de registros clínicos e bancos de dados para o armazenamento e obtenção de dados de pesquisa e clínicos.

John J Bonica M D, D Sc, F. F. A. R. C. S.  
Presidente, A. I. E. D.

### TERMOS DE DOR: UMA LISTA DE DEFINIÇÕES COM OBSERVAÇÕES QUANTO AO SEU USO

Recomendada pela Subcomissão de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor \*

- 
- \* H Merskey, Londres, Ont, Canadá (Presidente)
  - Sra D G Albe-Fessard (Paris, França)
  - J J Bonica (Seattle, Wash, U.S.A.)
  - A Carmon (Haifa, Israel)
  - R Dubner (Bethesda, Md, U.S.A.)
  - F W L Kerr (Rochester, Minn, U.S.A.)
  - U Lindblom (Huddinge, Suécia)
  - J M Mumford (Liverpool, Inglaterra)
  - P W Nathan (Londres, Inglaterra)
  - W Noordenbos (Amsterdam, Holanda)
  - C A Pagni (Torino, Itália)
  - M J Renaer (Louvain, Bélgica)
  - R A Sternbach (La Jolla, Calif, U.S.A.)
  - Sir S Sunderland (Victoria, Australia)

‡ Editorial, *The Need of a Taxonomy*, Pain 6:247-252, 1979  
Traduzido por Carlos Pereira Parsloe, EA - Comissão de Assuntos Internacionais da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, com permissão de Elsevier/North-Holland Biomedical Press

## INTRODUÇÃO

O emprego de termos individuais em medicina frequentemente é muito variável. Isto não deve ser motivo de preocupação desde que cada autor deixe perfeitamente claro como usa o termo. Todavia, é conveniente e útil para todos o emprego de termos que tenham significado técnico concordante. Após correspondência e reuniões durante o período 1976-1978, a atual comissão concordou nas definições que seguem e as observações foram preparadas pelo presidente, valendo-se dos comentários dos membros. As definições visam ser específicas e explanatórias e servir como uma estrutura operacional, e não como um obstáculo a desenvolvimentos futuros. Representam o acordo entre diversas especialidades incluindo anestesia, odontologia, neurologia e neurocirurgia, neurofisiologia, psiquiatria e psicologia. Um ponto de partida para algumas dessas definições foi o relatório de um grupo de trabalho sobre Dor Oro-Facial realizado no Instituto Nacional de Pesquisa Odontológica em novembro de 1974.

Os termos e as definições não pretendem representar um glossário compreensivo, mas antes um vocabulário padronizado mínimo, para membros de diferentes disciplinas que trabalham no campo da dor. Esperamos que sejam aceitáveis por todos os profissionais da saúde que lidam com dor. Representam apenas uma seleção limitada dos termos existentes, e, com exceção do termo dor em si, são definidos primariamente em relação à pele, com exclusão dos órgãos dos sentidos. Poderão ser usados, quando apropriado para indicar respostas à estimulação somática em outro local ou às vísceras. Exceto por Dor, os termos aparecem em ordem alfabética.

## DOR

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

Obs. : A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra através experiências relacionadas com lesões nos primeiros anos de vida. Os biólogos sabem que os estímulos causadores de dor são capazes de lesão tecidual. Assim, a dor é aquela experiência que associamos com lesão tecidual real ou potencial. Sem dúvida é uma sensação em uma ou mais partes do organismo mas também sempre é desagradável, e portanto representa uma experiência emocional. Experiências que assemelham-se a dor, por exemplo: picadas, mas que não são desagradáveis, não devem ser rotuladas de dor. Experiências anormais desagradáveis (disestesias) também podem ser dolorosas, porém não o são necessariamente porque subjetivamente podem não apresentar as qualidades sensitivas usuais da dor.

Muitas pessoas relatam dor na ausência de lesão tecidual ou de qualquer outra causa fisiopatológica provável; geralmente isto acontece por motivos psicológicos. É impossível distinguir a sua experiência da que é devida a lesão tecidual se aceitarmos o relato subjetivo. Caso encarem sua experiência como dor e a relatem da mesma forma que a dor causada por lesão tecidual, ela deve ser aceita como dor. Esta definição evita ligar a dor ao estímulo. A atividade provocada no nociceptor e nas vias nociceptivas

por um estímulo nocivo não é dor. Esta sempre representa um estado psicológico, muito embora saibamos que a dor na maioria das vezes apresenta uma causa física imediata.

## ALODÍNIA

Dor devida a um estímulo não nocivo à pele normal.

Obs.: Este é um termo novo destinado a referir-se a uma situação na qual tecidos, de outra forma normais e que podem ter inervação anormal ou podem ser pontos de referência para outros locais, determinam dor após estimulação por meios não nocivos. "Alo" significa "outro" em grego, e é um prefixo comum para condições médias inesperadas. "Odínia" deriva-se da palavra grega "odune" ou "odine", que é usada em "pleurodínia" e em "coccigodínia", e tem um significado semelhante à raiz da qual derivamos termos contendo -algia ou -algesia. Alodínia foi sugerido após discussões com o Professor Paul Potter, do Departamento de História da Medicina e Ciências na Universidade Ocidental de Ontário.

## ANALGESIA

Ausência de dor após estimulação nociva.

## ANESTESIA DOLOROSA

Dor em área ou região que apresente anestesia.

## CAUSALGIA

Uma síndrome de dor constante como queimadura após lesão traumática de nervo associada com disfunção vasomotora e sudomotora, e com alterações tróficas tardias.

## DOR CENTRAL

Dor associada e lesão do sistema nervoso central.

## DISESTESIA

Sensação anormal desagradável.

Obs.: Comparar com dor e com parestesia.

## HIPERALGESIA

Sensibilidade exagerada à estimulação nociva.

Obs.: Representa um limiar diminuído para a estimulação nociva e não uma resposta exagerada a uma estimulação supra-limiar. Não deve ser empregada com referência a uma resposta a estimulação não nociva.

## HIPERESTESIA

Sensibilidade exagerada à estimulação, excluindo os órgãos dos sentidos.

Obs.: Devem ser especificados tanto o estímulo quanto o local. O termo tem sido usado frequentemente não só para indicar diminuição do limiar mas também a resposta exagerada a uma estimulação nociva, assim como dor após estimulação não nociva. No primeiro caso deve ser empregado o termo hiperpatia. Para o último sugere-se o novo termo Alodínia.

**HIPERPATIA**

Síndrome dolorosa, caracterizada pelo retardo, hiper-reação e sensação posterior a um estímulo, especialmente de natureza repetitiva.

Obs.: Pode ocorrer com hipo- ou hiperestesia, ou com disestesia. Podem ocorrer identificação e localização falhas do estímulo, retardo, sensação de radiação e sensação posterior, e a dor freqüentemente é de caráter explosivo.

**HIPOALGESIA**

Sensibilidade diminuída para estimulação nociva.

Obs.: A Hipoalgesia representa um caso particular de hipoestesia (q v).

**HIPOESTESIA**

Sensibilidade diminuída à estimulação, com exclusão dos órgãos dos sentidos.

Obs.: Especificar o estímulo e o local.

**LIMIAR DE DOR**

A menor intensidade de estímulo na qual o indivíduo percebe dor.

Obs.: Este tem sido o uso comum pela maior parte dos pesquisadores em dor. Em psicofísica, os limiares são definidos como o nível no qual 50% dos estímulos são identificados. Neste caso o limiar de dor seria o nível no qual 50% dos estímulos seriam identificados como dolorosos. Dor neste sentido serve como uma medida do estímulo. O estímulo não é dor (q v) e não pode ser uma medida da dor.

**NEURALGIA**

Dor na distribuição de um ou mais nervos.

Obs.: O emprego usual freqüentemente implica uma qualidade paroxística. Isto é especialmente comum na Europa. Mais freqüentemente emprega-se neuralgia para dores não paroxísticas. O uso técnico é como foi apresentado, e o termo neuralgia não deve ser limitado às dores paroxísticas.

**NEURITE**

Inflamação de um ou mais nervos.

Obs.: Só deve ser usado se supõe presença de inflamação.

**NEUROPATIA**

Distúrbio de função ou alteração patológica em um nervo. Em um nervo, mononeuropatia; em vários nervos, mononeuropatia multiplex; quando simétrica e bilateral, polineuropatia.

Obs.: A neurite é um caso especial de neuropatia limitada atualmente para processos inflamatórios comprometendo os nervos. Neuropatia não se destina a ocultar casos de neurapraxia, neuronotnese ou secção de nervo.

**NÍVEL DE TOLERÂNCIA À DOR**

A maior intensidade do estímulo determinante de dor que o indivíduo é capaz de tolerar.

**NOCICEPTOR**

Um receptor preferencialmente sensitivo para um estímulo nocivo ou potencialmente nocivo.

Obs.: Evitar o uso de termos tais como receptor de dor, via dolorosa, etc.

**NOCIVO**

Um estímulo nocivo é um estímulo capaz de lesar tecidos.

## ANALGESIA UNILATERAL SUBSEQÜENTE A BLOQUEIOS EPIDURAL E SUBARACNÓIDEO

*É relatado um caso de hemianalgesia após bloqueios epidural e subaracnóideo. Tratava-se de paciente de 27 anos encaminhada a cesariana, sem história de anestesia regional prévia, em boas condições gerais. Recebeu dose única constando de 19 ml de solução de bupivacaína a 0,75% no espaço epidural após punção em L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> na posição lateral e, vinte minutos depois, acusava analgesia entre L<sub>2</sub> e T<sub>8</sub> mas apenas do lado direito. A situação persistiu por mais de vinte minutos, sendo então praticado novo bloqueio, agora subaracnóideo, em L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>, com 1,0 ml de solução de tetracaína a 1,0% adicionada de adrenalina 1/200000. Com a paciente sentada, o anestesiolegista observou a existência de escoliose, não evidente na posição de decúbito lateral. O bloqueio estendeu-se agora até o nível T<sub>6</sub>, porém apenas do lado direito. Como a paciente não tolerasse a estimulação cirúrgica à esquerda, o ato foi realizado completando-se a analgesia com infiltração local.*

*Os autores recordam quatro hipóteses para a ocorrência de analgesia epidural unilateral:*

- 1 Pequeno volume injetado com o paciente em posição lateral.*
- 2 Existência de adesões, adquiridas ou congênitas, entre a dura-máter e a lâmina vertebral, atuando como barreira à dispersão da solução.*
- 3 Quando a extensão do catéter introduzido é grande, ele pode passar ao espaço paravertebral, originando analgesia unilateral.*
- 4 O catéter pode localizar-se no espaço epidural anterior, o que favorece a dispersão longitudinal e ipsilateral da solução, ao invés de circunferencial ao redor da dura.*

*No presente caso, onde não foi utilizado catéter, as hipóteses 1, 3 e 4 ficam excluídas. Resta a hipótese 2, a qual entretanto não se explica a analgesia unilateral após o bloqueio subaracnóideo. Os autores oferecem a seguinte explicação para o fenômeno: a pia-máter emite quatro prolongamentos ligamentares em direção à dura, os quais, quando superdesenvolvidos, podem interferir com a dispersão dos anestésicos locais no espaço subaracnóideo, causando bloqueio unilateral. Está demonstrado que este fenômeno é particularmente passível de ocorrência em pacientes com escoliose, como foi a do presente caso.*

*(Bozeman P M , Chandra P – Unilateral analgesia following epidural and subarachnoid block. Anesthesiology 52: 356 - 357, 1980).*

**COMENTÁRIO:** *A ocorrência de adesões concomitantes entre a dura-máter e a lâmina vertebral, e entre a pia-máter e a dura-máter, deve ser bastante rara; não obstante, é realmente a explicação mais plausível para o caso relatado. Uma noção importante a ser adquirida desta apresentação, é a de que a escoliose pode facilitar o desenvolvimento exagerado de trabéculas entre a pia-máter e a dura-máter. No espaço compreendido entre duas destas trabéculas pode alojar-se a solução anestésica, dando origem a analgesia incompleta para o procedimento. (Nocite J R)*