



A Carga da Dor

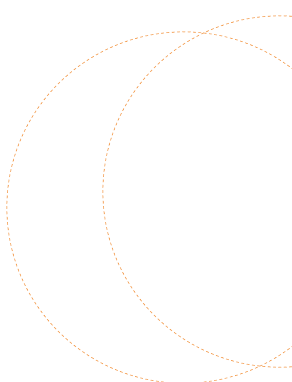
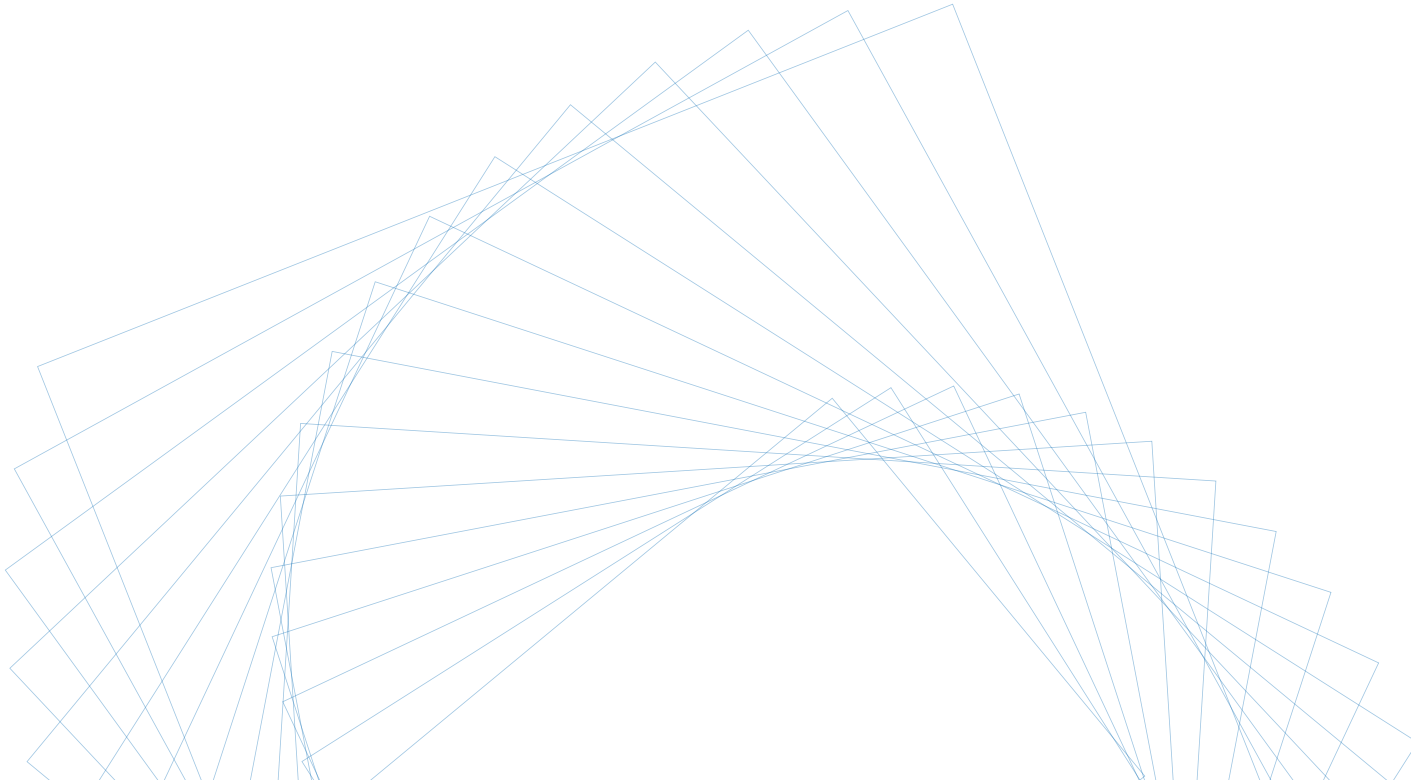
Um Livro de Evidências sobre o Impacto Social da Dor (SIP)





Índice

Resumo executivo e objetivo do documento	1-2
Endossantes	3-4
Prefácio	5-6
O que é a dor?	7-16
Tipos de condições de dor e testemunhos	17-34
Conclusões e recomendações	35-36
Sobre o impacto social da dor	37-40
Recursos	41-46



Resumo executivo

A dor é um dos problemas médicos mais comuns na Europa e no mundo. É a principal razão para procurar cuidados de saúde e a principal causa de incapacidade e de diminuição da qualidade de vida. Atualmente, cerca de 150 milhões de pessoas na Europa sofrem de dor crónica, um número equivalente à população conjunta da Alemanha e da França. Uma parte significativa das pessoas afetadas não recebe tratamento adequado da dor, com estimativas anteriores sugerindo taxas que chegam aos 40%. A compreensão das origens e dos impactos de várias condições de dor continua incompleta, com deficiências notáveis nos esforços de investigação a persistir em vários países europeus.

Este «Livro de Evidências» foi criado para que pessoas sem formação científica (por exemplo, decisores políticos e entidades financiadoras) adquiram conhecimentos sobre o que é a dor, compreendam as diferentes definições utilizadas (por exemplo, dor aguda, dor neuropática, dor nociceptiva) e os efeitos debilitantes que a dor tem nos doentes e nas sociedades.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante à associada a, uma lesão real ou potencial dos tecidos. De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em diferentes graus, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

No momento presente, a dor é considerada como uma experiência biopsicossocial. O modelo biopsicossocial é uma parte crucial da avaliação e do tratamento da dor na atualidade. O modelo defende que a dor é uma experiência pessoal que emerge de uma interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Isto substituiu o modelo biomédico em que se pensava que a dor era sempre causada apenas por fatores biológicos e pela patologia da doença.

O "Livro de Evidências" prossegue com a revelação de uma série de testemunhos de doentes, cada um deles partilhando o seu percurso ao lidar com diferentes tipos de dor e articulando as suas experiências vividas. Esperamos, através destes exemplos de tipos de dor e testemunhos comuns, proporcionar uma compreensão da diversidade e dos pontos comuns da dor. Para alguém sem formação científica que aborda a dor pela primeira vez, a análise de condições como a lombalgia, a dor oncológica e a dor pós-cirúrgica talvez possa esclarecer o que anteriormente foi ignorado ou incorretamente compreendido. Embora as condições de dor variem na sua patologia e na forma como são experienciadas, um fator que frequentemente as une é a falta de atenção que lhes é dada no sistema de saúde e nos enquadramentos políticos. A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) tem por objetivo alterar esta situação, sensibilizando para a dor e alterando as políticas relativas à dor.

Assim, a Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) apela aos decisores políticos nacionais para que reconheçam a carga e o impacto da dor nas sociedades e nos doentes e aumentem a sua prioridade nos sistemas de saúde, no financiamento e na elaboração de políticas; assegurem a aplicação secundária; desenvolvam instrumentos para avaliar o impacto da dor; iniciem políticas que abordem o impacto da dor no emprego e na produtividade do trabalho e incluam a dor em iniciativas relevantes existentes e desenvolvam ecossistemas de saúde digitais interoperáveis que incluam soluções digitais acessíveis para a avaliação, monitorização e gestão efetiva da ICD-11, uma vez que a sua utilização permite um acordo internacional sobre a utilização de diagnósticos e ferramentas estandardizadas e melhora a recolha de dados para utilização primária e da dor (aplicações, recursos em linha, etc.) e quadros jurídicos e regulamentares para a partilha de dados.

O objetivo do presente documento

Este «Livro de Evidências» foi criado para que pessoas sem formação científica (por exemplo, decisores políticos e entidades de financiamento) adquiram conhecimentos sobre o que é a dor, compreendam as diferentes definições utilizadas (por exemplo, dor aguda, dor neuropática, dor nociceptiva) e os efeitos debilitantes que a dor tem nos doentes e nas sociedades.

O documento explica os diferentes tipos de condições de dor (por exemplo, cefaleia, lombalgia), a respetiva frequência e as abordagens de tratamento.

O documento explica conceitos e desafios cruciais no domínio da dor, incluindo a medição e avaliação da dor, o estigma, a importância de reconhecer a natureza multidimensional pessoal da dor, que exige uma apreciação da interação entre uma miríade de fatores biológicos/físicos, psicológicos e socioculturais.

Globalmente, este documento deve ilustrar e descrever o que é a dor e chamar a atenção para a necessidade de uma ação política urgente e de um maior financiamento da investigação. Em particular, as Recomendações destacadas no final do presente documento constituem um apelo à ação por parte da Comissão Europeia, do Parlamento Europeu, do Conselho Europeu e da sociedade civil para fazer face aos desastrosos impactos sociais da dor.

A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) continuará a sensibilizar para o impacto devastador que a dor tem nos doentes, nas sociedades e nos sistemas económicos; continuará a trocar informações e melhores práticas entre todos os Estados-Membros da União Europeia; e continuará a desenvolver e promover estratégias e atividades políticas à escala europeia para melhorar o paradigma dos cuidados da dor na Europa.

Endossantes



Deputada europeia Cerdas (S&D)

“ A saúde mental/doenças/perturbações do humor e a dor ocorrem frequentemente em conjunto, devido a fatores moleculares, neurofisiológicos, de estilos de vida e ambientais comuns. Por conseguinte, abordar a dor nas políticas de saúde mental e aumentar o financiamento da investigação sobre o tema é fundamental para estabelecer um padrão de excelência para os programas de autogestão e aumentar o acesso a cuidados de elevada qualidade.



Deputado europeu Kypouropoulos (PPE)

“ A dor não tem apenas um impacto significativo no indivíduo, mas a sua ocorrência e o vasto número de pessoas que vivem com dor podem também ter um impacto significativo na sociedade. Temos de aumentar a sensibilização para o impacto devastador da dor; reduzir as disparidades entre os Estados-Membros através do intercâmbio de informações e de boas práticas em toda a União Europeia; e apoiar estratégias e atividades políticas à escala europeia para melhorar os cuidados com a dor.



Deputada europeia Montserrat (PPE)

“ Os fatores biológicos, psicológicos e sociais da dor não são mutuamente exclusivos e interagem uns com os outros. Por conseguinte, é fundamental uma aplicação abrangente do modelo biopsicossocial da dor nos cuidados clínicos (avaliação e gestão), na investigação, na educação e na política.



Deputada europeia Maxova (S&D)

“ A dor é a condição médica não transmissível mais prevalente na Europa e no mundo. Atualmente, 1 em cada 5 pessoas padecem de dor crónica na Europa. É a razão mais comum pela qual as pessoas procuram cuidados de saúde e é a causa número um de incapacidade e de redução da qualidade de vida. A dor crónica é mais prevalente nas mulheres do que nos homens, com algumas estimativas a sugerir que as mulheres têm duas vezes maior probabilidade de sofrer de dor crónica do que os homens.

Prefácio

A dor é uma das condições médicas mais prevalentes na Europa e no mundo. A dor é a condição médica não transmissível mais prevalente na Europa e no mundo. É a razão mais comum pela qual as pessoas procuram cuidados de saúde e é a causa número um de incapacidade e de redução da qualidade de vida. Existe uma forte variação socioeconómica em termos de prevalência e impacto, particularmente no que se refere à incapacidade para o trabalho e à ausência por doença. A carga da incapacidade devido à dor está a aumentar, ameaçando a sustentabilidade dos sistemas de saúde e sociais europeus. No entanto, a investigação sobre a dor é significativamente subfinanciada em comparação com outras áreas de investigação no domínio da saúde e este subinvestimento é considerado um fator-chave que contribui para o a carga. A Comissão Europeia identificou muitas condições de dor como sendo de carga elevada e pouco investigadas, exigindo bastante atenção.

De acordo com o Estudo de 2020, sobre a carga global das doenças, lesões e fatores de risco, que inclui uma avaliação exaustiva da incidência, prevalência e anos vividos com incapacidade (AVI) relativamente a 354 causas em 195 países e territórios entre 1990 e 2017, as condições relacionadas com a dor, como as perturbações de dor de cabeça (por exemplo, enxaquecas) e as perturbações de dor musculoesquelética (por exemplo, lombalgia, osteoartrite da anca e do joelho, dor cervical), são duas das que mais contribuem para os anos vividos com incapacidade (AVI). A dor nas costas e a enxaqueca são responsáveis por 57,6 milhões e 45,1 milhões de anos de vida perdidos devido a incapacidade, respetivamente.

Na Europa, existem cerca de 740 milhões de pessoas, a maioria das quais sofre um episódio de dor grave em algum momento da sua vida. Para cerca de 20%, essa dor persiste por mais de três meses e trata-se de dor crónica. Assim, atualmente, 150 milhões de pessoas sofrem de dor crónica em toda a Europa, o que equivale aproximadamente à população combinada da Alemanha e da França.

As estatísticas não mostram verdadeiramente o impacto que a dor tem no indivíduo ou nos seus entes queridos. A dor tem um impacto devastador para as pessoas. Pode monopolizar a vida de uma pessoa, destruindo a sua capacidade de se dedicar a passatempos, caminhar pequenas distâncias, trabalhar ou sair com os amigos (por exemplo, ir ao cinema, porque é demasiado doloroso estar sentado durante muito tempo). A dor pode acordar as pessoas e destruir a sua capacidade de dormir. A sensação constante de cansaço excessivo, para além da dor, pode fazer com que as pessoas tenham dificuldade em concentrar-se e gerir as tarefas diárias. A dor torna-se frequentemente o fator dominante na vida do doente. Contribui para a diminuição do bem-estar, para as limitações de mobilidade e para a marginalização social ao longo da vida e está associada a depressão, cancro e mortalidade cardiovascular, bem como a uma menor esperança de vida.

Os entes queridos também são afetados negativamente de várias formas, como stress emocional (por exemplo, sentindo-se impotentes quando veem alguém de quem gostam a sofrer com dor), alterações na dinâmica da relação (por exemplo, de redução do tempo de qualidade devido ao facto de a pessoa estar limitada naquilo que pode fazer), problemas financeiros (o custo dos exames e dos tratamentos para a pessoa com dor) e aumento das responsabilidades de prestação de cuidados (ajudar uma pessoa a gerir a sua dor pode ser física e emocionalmente exigente), o que leva ao esgotamento e à exaustão ao longo do tempo.

Na Europa, uma grande percentagem de indivíduos com dor crónica tem um controlo inadequado da dor, com estimativas anteriores que chegam aos 40%. Existem lacunas substanciais na nossa compreensão do impacto de certas condições de dor e persiste uma notável falta de investigação em muitos países europeus. Esta escassez de dados dificulta a generalização dos resultados de investigação para todos os Estados-Membros da UE. A adoção das Recomendações apresentadas no final do presente documento é fundamental para o avanço do conhecimento sobre o impacto da dor na sociedade.

O que é a dor?

Esta secção descreve as definições comuns utilizadas para explicar a duração e o tipo de dor.

A **dor** é uma experiência consciente, sensorial e emocional desagradável, associada a, ou semelhante à associada a, uma lesão real ou potencial dos tecidos. De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em diferentes graus, por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Através das suas experiências de vida, os indivíduos aprendem o conceito de dor. O relato de uma pessoa sobre uma experiência como a dor deve ser respeitado. Embora a dor tenha normalmente um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para exprimir a dor; a incapacidade de comunicar não exclui a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

A **nociceção** é a codificação pelo sistema nervoso de eventos potencialmente prejudiciais (por exemplo, tocar num fogão quente, cortar-se acidentalmente). Nociceção não é igual a dor. É possível ter nociceção mas não ter dor e ter dor e não ter nociceção. Isto mostra a complexidade da experiência da dor. A nociceção é objetiva (pode ser medida com instrumentos), mas a dor é subjetiva (é relatada pela própria pessoa) e não resulta apenas da atividade nos neurónios sensoriais. A experiência da dor inclui frequentemente estes sinais nocetivos, no entanto, o cérebro tem também em conta outros fatores, como as crenças, as experiências passadas e o estado psicológico de uma pessoa, ao considerar uma resposta dolorosa. Isto significa que a dor em si não é um processo biológico, mas sim uma experiência biológica, psicológica e sociológica da qual a nociceção pode fazer parte.

A **dor aguda** é uma dor que se resolve de forma razoavelmente rápida. As definições de dor aguda variam. Alguns afirmam que a dor aguda dura menos de 30 dias, enquanto outros afirmam que a dor aguda pode referir-se a qualquer dor que se resolva em menos de 3 meses. A dor aguda é frequentemente vista como adaptativa – um mecanismo de sobrevivência útil que tem uma função protetora e curativa.

A **dor crónica** é uma dor que persiste ou se repete durante mais de 3 meses, embora as definições nem sempre sejam consensuais.

A **dor primária crónica** é a dor que se repete durante mais de 3 meses, que está associada a uma incapacidade funcional ou sofrimento emocional significativo e que não pode ser explicada por outra condição médica. Neste caso, a dor crónica é o problema clínico dominante e é considerada uma doença de pleno direito. As causas de muitas condições de dor crónica não são claras e o seu aparecimento é melhor compreendido como uma interação entre vários fatores biológicos, psicológicos e sociais que variam de pessoa para pessoa. Alguns exemplos são a dor crónica generalizada (como a fibromialgia), a síndrome de dor regional complexa e a dor musculoesquelética crónica (por exemplo, dor lombar crónica não específica).

A **dor secundária crónica** é uma dor que é um sintoma decorrente de uma doença subjacente especificamente classificada. Exemplos de condições de dor secundária crónica são a dor oncológica crónica, a dor musculoesquelética secundária crónica (por exemplo, osteoartrite, artrite reumatoide) e a dor visceral secundária crónica (por exemplo, colite ulcerosa, endometriose).

A **dor nociplástica** é a dor que resulta de uma alteração da nociceção, apesar de não existirem evidências claras de danos nos tecidos, reais ou potenciais, que causem a ativação dos nociceptores periféricos, nem evidências de doença ou lesão do sistema somatossensorial que causa a dor. Esta dor é também designada por "dor funcional". Os exemplos incluem a fibromialgia/dor crónica generalizada, a lombalgia crónica não específica, a síndrome de intestino irritável e a síndrome de dor na bexiga.

A **dor neuropática crónica (DNC)** refere-se à dor devida a uma doença/lesão no sistema nervoso somatossensorial. Quando dura três meses ou mais, é designada por dor neuropática crónica. Os exemplos incluem ciática, neuropatia diabética, lesão da medula espinal, dor após herpes zóster (nevralgia pós-herpética) e neuropatia induzida por quimioterapia.

O modelo biopsicossocial da dor

A dor é atualmente considerada como uma experiência biopsicossocial. O modelo biopsicossocial é, hoje em dia, uma parte crucial da avaliação e do tratamento da dor. O modelo defende que a dor é uma experiência pessoal que emerge de uma interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Isto substitui o modelo biomédico em que se pensava que a dor era sempre causada apenas por fatores biológicos e pela patologia da doença.

Os fatores **biológicos** (ou físicos) incluem a genética, a magnitude da lesão ou doença, a saúde/dano dos tecidos, os efeitos da medicação, as características do sistema nervoso (limiar da dor, tolerância à dor, predisposição para a sensibilização periférica e central) e o sono.

Os fatores **psicológicos** incluem a tristeza, a depressão, a ansiedade, a raiva, a percepção de injustiça, as capacidades de lidar com a situação (por exemplo, evitação, resistência), o medo, a autoeficácia, a catastrofização, as crenças cognitivas, o stress emocional, as atitudes negativas e a aceitação.

Os fatores **sociais** incluem as expectativas sociais, a satisfação profissional, o sistema de apoio social (apoio financeiro, apoio instrumental, apoio emocional), a situação de vida, o emprego, as experiências anteriores de dor, o seguro de saúde, o abuso de substâncias, a língua e as barreiras culturais.

Estes fatores não se excluem mutuamente e interagem entre si. A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) recomenda a aplicação abrangente do modelo biopsicossocial da dor nos cuidados clínicos (avaliação e gestão), na investigação, na educação e na política.

A natureza biopsicossocial da dor é promovida na 11.ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) e aplica-se a todas as condições relacionadas com a dor. Nomeadamente, através da inclusão do diagnóstico de Dor primária crónica, definida como dor em um ou mais sistemas corporais e em qualquer local do corpo, ou numa combinação de locais do corpo, que: (a) persiste ou se repete por mais de 3 meses; (b) está associada a sofrimento emocional significativo (por exemplo, raiva, ansiedade ou humor deprimido) e/ou incapacidade funcional significativa (impacto nas atividades da vida diária, passatempos e participação em papéis sociais); e (c) inclui sintomas que não podem ser explicados por outro diagnóstico.

Ao reconhecer o papel do sofrimento emocional e da função na definição de dor primária crónica, a CID-11 reconhece que existem numerosos fatores que afetam a dor e, por conseguinte, defende um modelo biopsicossocial abrangente de avaliação e tratamento.

O impacto social da dor

A dor não tem apenas um impacto significativo no indivíduo; a sua frequência significativa e o vasto número de pessoas que vivem com dor também fazem com que o impacto da dor seja perceptível a nível social.

É difícil medir os elementos do impacto social da dor na Europa, em parte devido à falta de dados. No entanto, a investigação tem tentado estimar a carga da dor a partir de muitas perspetivas, como a profissional, a financeira, a da incapacidade e a da qualidade de vida individual.

A dor pode interferir com a qualidade de vida e o funcionamento geral da pessoa. As pessoas que sofrem de dor podem ter problemas de atenção, controlo, memória de trabalho, flexibilidade mental, resolução de problemas e velocidade de processamento da informação.

Estima-se que o encargo financeiro global da dor na Europa possa situar-se entre 1,5% e 3% do PIB, e que esse encargo direto e indireto recaia na sociedade em geral (ou seja, empregadores, contribuintes, doentes e respetivas famílias) e seja responsável por despesas de saúde significativas.

A dor pode não só limitar a capacidade de trabalho de um indivíduo, o que tem um impacto negativo na produtividade laboral e no absentismo, como também pode aumentar os custos relativos dos cuidados de saúde, o que tem um impacto direto na qualidade de vida dos doentes e respetivas famílias. Mais de 40 milhões de trabalhadores da UE sofrem de perturbações musculoesqueléticas causadas pelo trabalho. Isto, por sua vez, resulta em quase 50% de todas as ausências do trabalho com duração igual ou superior a três dias na UE e 60% da incapacidade permanente para o trabalho. Os custos diretos e indiretos são estimados em 240 mil milhões de euros por ano.

Por conseguinte, é necessário um maior investimento na investigação sobre o impacto social da dor, para compreender plenamente a vasta gama de aspetos da vida dos doentes afetados pela dor, bem como para aumentar a sua qualidade de vida e o acesso à gestão e ao tratamento da dor.



O estigma aumenta a carga da dor crónica vivida

O estigma é um desafio permanente na vida das pessoas que vivem com dor. A sua elevada prevalência mostra como a complexidade da dor não é compreendida, estando ainda enraizada num modelo biomédico ultrapassado. A estigmatização dos doentes desvaloriza as lutas pessoais com a gestão da dor e os impactos associados nos comportamentos individuais. Os doentes são essencialmente privados da dignidade humana básica pelo simples facto de as suas experiências se desviarem das normas sociais. As pessoas deparam-se frequentemente com a descrença dos parceiros românticos, familiares e amigos, que podem não compreender ou reconhecer totalmente a extensão da sua dor. Existe um sentimento predominante de que os profissionais de saúde podem duvidar da legitimidade da sua dor, considerando-a exagerada ou mesmo imaginária. Este ceticismo pode levar à autculpabilização e à dúvida, o que pode resultar numa baixa autoestima, para além de enfrentarem a ignomínia de verem as suas experiências narradas serem rejeitadas durante as interações com os prestadores de cuidados de saúde. Além disso, as pessoas com dor são frequentemente estigmatizadas no local de trabalho, sendo hostilizadas por colegas que podem não compreender o impacto da sua doença. A sensibilização para o que é a dor, em particular a natureza biopsicossocial e pessoal de toda a dor, é crucial para combater o estigma.

Ciclo vicioso de dor e problemas de saúde mental

A saúde mental/condições/perturbações de humor e a dor ocorrem frequentemente em conjunto, potencialmente devido a fatores moleculares, neurofisiológicos, de estilo de vida e ambientais comuns. Por exemplo, as perturbações do humor, como a depressão e a ansiedade, e a dor têm uma taxa de comorbilidade estimada de 80%. Nos indivíduos com perturbação bipolar, a prevalência da dor é de cerca de 30% (principalmente dor musculoesquelética crónica e enxaqueca). Isto representa mais do dobro do risco das pessoas sem problemas de saúde mental.

Além disso, as pessoas sem problemas de saúde mental correm um risco substancial de os desenvolver se continuarem a ter dor moderada a severa ao fim de 12 meses. As pessoas que sofrem de dor e de problemas de saúde mental, como depressão grave, perturbação bipolar e esquizofrenia, têm uma saúde física substancialmente pior, um risco acrescido de cancro e doenças cardiovasculares, o que contribui para uma menor esperança de vida.

Infelizmente, a dor não é avaliada ou abordada rotineiramente em pessoas com problemas de saúde mental e a comunicação e avaliação da dor podem ser ocultadas pela natureza do problema de saúde mental (por exemplo, doenças mentais graves como a psicose). Além disso, as doenças mentais, como a depressão, são muitas vezes sub-reconhecidas e, por conseguinte, frequentemente subtratadas em pessoas com dor crónica.

A importância da ICD-11 para a comunidade da dor

A ICD-11, ou Classificação Internacional de Doenças, 11.ª revisão, é um sistema mundial utilizado por médicos, prestadores de cuidados de saúde e investigadores para classificar e codificar várias doenças, condições e problemas relacionados com a saúde. Trata-se de uma grande lista organizada de diferentes problemas de saúde e respetivos códigos que ajuda as pessoas da área médica a comunicar sobre doenças e condições de forma consistente em todo o mundo. Este sistema de classificação foi criado e é mantido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A ICD-11 foi um grande passo em frente para a dor, pois introduziu códigos específicos que permitem que a dor seja classificada e reconhecida como um problema de saúde e não apenas como um sintoma. A ICD-11 é uma ferramenta útil para categorizar adequadamente as condições de saúde relacionadas com a dor, o que não só contribui para uma melhor gestão das pessoas com dor crónica, como também apoia os profissionais de saúde que prestam esses cuidados.

Utilizando a ICD-10 (a antecessora da ICD-11), várias condições de dor crónica, como a lombalgia crónica, foram registadas de forma incorreta, o que evidenciou uma falta de normalização no registo e na comunicação dos diagnósticos de dor. Por conseguinte, a aplicação da ICD-11 contribui para a prestação de tratamentos adequados e promove uma boa qualidade de vida para as pessoas com condições de dor. Com a ICD-11 e o seu aumento significativo de formas de categorizar as condições de dor, conseguimos agora apoiar melhor o processo de elaboração de políticas, bem como a gestão clínica, a monitorização, a investigação e o ensino de várias condições de dor.



Como é avaliada e medida a dor?

A medição ou avaliação da dor é essencial para determinar o sucesso e o prognóstico da recuperação. A dor é um fenómeno complexo e muitas vezes difícil de medir com exatidão, pelo que se recomenda que os profissionais de saúde utilizem várias medidas para avaliar a dor de um indivíduo.

A dor é relatada pelo próprio indivíduo que a sente. Não pode ser medida objetivamente, da mesma forma que os profissionais de saúde medem a tensão arterial ou os níveis de açúcar no sangue. A única forma de avaliar a dor de um indivíduo é se ele a referir. Por conseguinte, as ferramentas ou os instrumentos de medição de resultados relatados pelos doentes (PROM) utilizados nos cuidados de saúde para recolher informações diretamente junto dos indivíduos sobre as suas condições de saúde, sintomas, estado funcional e qualidade de vida são realmente importantes. Os PROM foram concebidos para captar a perspetiva do doente sobre a sua própria saúde, fornecendo informações valiosas sobre o impacto de uma doença ou tratamento do ponto de vista do doente. Os PROM são frequentemente questionários ou inquéritos que os doentes preenchem para expressar as suas experiências, preferências e preocupações relacionadas com a sua saúde. Os PROM relacionados com a dor podem incluir perguntas não só sobre a intensidade da dor, mas também sobre o seu impacto na qualidade de vida, nas atividades diárias, no bem-estar emocional e na eficácia de vários tratamentos. Ao incorporar os PROM, os prestadores de cuidados de saúde podem compreender melhor a experiência do doente, tomar decisões partilhadas com as pessoas com dor para adaptar os planos de tratamento às necessidades individuais e monitorizar as alterações nos sintomas e no bem-estar geral ao longo do tempo.

Atualmente, não existem medidas objetivas validadas para a dor e a nossa compreensão global das causas da dor em muitos indivíduos é fraca. É desesperadamente necessária investigação para identificar medidas biológicas objetivas (biomarcadores) que permitam compreender melhor o desenvolvimento e a progressão de várias condições de dor. Em particular, o motivo pelo qual algumas pessoas desenvolvem dor crónica e se podemos encontrar formas de a prevenir. Uma combinação de biomarcadores objetivos e de medidas comunicadas pelos doentes será a forma mais promissora de encontrar tratamentos melhores e personalizados para as pessoas com dor.



Tratamentos para a dor

Existem muitos tratamentos disponíveis para a dor, que têm como objetivo melhorar, manter ou modificar a dor, o sofrimento relacionado com a dor ou a funcionalidade relacionado com a dor. As evidências que sustentam os vários tratamentos são muito variáveis. Embora alguns tratamentos para algumas condições de dor específicas tenham evidências de alta qualidade de alguma eficácia, existe uma grande incerteza quanto aos efeitos de certos tratamentos utilizados. É da maior importância garantir que todos os tratamentos para a dor são avaliados de forma rigorosa para compreender os benefícios e os malefícios de cada um. Os tratamentos devem ser amplamente agrupados nas seguintes categorias: medicina complementar e alternativa; eletroterapia; terapia de exercício; terapêutica de intervenção na dor; terapia manual; terapias orientadas para a participação; educação do doente; farmacoterapia; terapia psicológica; gestão cirúrgica; e termoterapia. Nota: os tratamentos que se seguem estão listados por ordem alfabética e não por ordem de importância ou eficácia.

Medicina complementar e alternativa: tratamento que complementa a medicina convencional, contribuindo para um todo comum, satisfazendo uma procura não satisfeita pela ortodoxia ou diversificando os quadros conceptuais da medicina. Os exemplos incluem a acupuntura, as ervas medicinais, os probióticos e os suplementos alimentares.

Eletroterapia: diversos tipos de estimulação elétrica e de radiações eletromagnéticas. Os exemplos incluem a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), a terapia por ondas de choque e a terapia laser.

Terapia de exercício: o tratamento por exercício físico engloba um conjunto diversificado de tratamentos prescritos ou planeados por um profissional de saúde qualificado que incluem a realização de atividades, posturas ou movimentos específicos (ou todos). Os exemplos incluem programas de manutenção física geral ministrados em grupo, exercício aeróbico sob a forma de programas de caminhada, alongamentos e fortalecimento de músculos ou grupos de músculos específicos e atividade gradual.

Terapêutica de intervenção na dor: aplicação de técnicas de intervenção centradas nos potenciais geradores de dor para tentar eliminá-los. Os exemplos incluem injeções, por exemplo, injeções periféricas, injeções nos tecidos moles, intra-articulares, neuraxiais; analgesia intravenosa, sublingual, oral ou epidural controlada pelo doente; analgesia intratecal; analgesia através de bloqueio de nervos periféricos principais; analgesia do plexo; bloqueios de nervos paravertebrais; bloqueios de planos; estimulação elétrica (por exemplo, estimulação elétrica percutânea de nervos); eletroacupuntura; técnicas ablativas; neuromodulação química, elétrica/térmica; estimulação da medula espinal; estimulação dos gânglios das raízes dorsais; estimulação magnética transcraniana, cerebral profunda, do córtex motor; epiduroscopia.

Terapia manual: movimentos hábeis realizados com as mãos e movimentos hábeis passivos realizados em articulações e tecidos moles. Os exemplos incluem a massagem, a manipulação e a mobilização.

Terapias orientadas para a participação: promover a participação em atividades diárias relacionadas com o trabalho, os cuidados pessoais, a produtividade e o lazer.

Educação do doente: qualquer conselho, formação ou informação dado por um profissional de saúde para melhorar a compreensão do doente sobre a sua dor ou a gestão adequada. Isto inclui conselhos sobre como ser fisicamente ativo, regresso gradual às atividades, ritmo, gestão da carga (incluindo educação sobre dispositivos de assistência adequados), estilo de vida saudável, conselhos sobre como autogerir e lidar com a dor, prognóstico, educação sobre a gestão da dor, educação sobre a ciência da dor. O aconselhamento pode ser prestado em qualquer modalidade (verbal, escrita, com base em tecnologias ou uma combinação destas).

Farmacoterapia: qualquer analgésico administrado por qualquer via e dose, incluindo terapias adjuvantes.

Estes incluem anti-inflamatórios não esteroides, acetaminofeno, antidepressivos, anticonvulsivantes, medicamentos opióides, corticosteroides, relaxantes musculares. Alguns podem ser tomados por via oral, outros por injeção e outros por aplicação tópica.

Psicoterapia/Terapia psicológica: tratamento psicológico ou psicoterapêutico que fornece conteúdos psicológicos reconhecíveis para alterar pensamentos, emoções, comportamentos e processos corporais. Os exemplos incluem a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia comportamental (TC) e a terapia de aceitação e compromisso (ACT).

Cirurgia: utilização de técnicas cirúrgicas manuais e instrumentais numa pessoa para tratar ou corrigir anomalias anatómicas que se presume afetarem a dor. Os exemplos incluem artroscopia [cirurgia minimamente invasiva] (desbridamento ± sinovectomia ± condroplastia); artroplastia; substituição articular; cirurgia percutânea versus cirurgia aberta; rizotomia; tenotomia; radiocirurgia; cordotomia; ablações guiadas por RM, ultrassons, laser; técnicas cirúrgicas estereotáxicas; e outras técnicas cirúrgicas do SNC para o tratamento da dor.

Termoterapia: aplicação de calor ou frio nas articulações e/ou nos músculos para melhorar os sintomas da osteoartrite e que pode ser efetuada com compressas, toalhas, cera, etc. O calor pode funcionar melhorando a circulação e relaxando os músculos, enquanto o frio pode anestesiar a dor, diminuir o inchaço, contrair os vasos sanguíneos e bloquear os impulsos nervosos para a articulação.

Autocuidado e autogestão da dor

As pessoas que vivem com dor passam a maior parte das suas vidas fora do sistema de saúde e é neste contexto que gerem diariamente as consequências da condição de dor nas suas vidas. O autocuidado ou autogestão da dor eficaz é um percurso educativo que requer apoio e o domínio de muitos aspetos, incluindo: lidar com a exacerbação/agravamento dos sintomas, saber quando consultar um profissional de saúde, tomar decisões sobre exames e tratamentos, criar ou manter estratégias positivas para lidar com a condição, incluindo a gestão do stress e do sono, a atividade física e o envolvimento social. Um componente fundamental para uma autogestão bem-sucedida é o reforço da confiança ou da autoeficácia das pessoas para gerir a dor e o respetivo impacto nas suas vidas. Atualmente, não existe uma definição clara do que é uma boa autogestão/autocuidado. Os profissionais de saúde precisam de ter as competências necessárias para ajudar as pessoas com dor a fazer a autogestão com confiança. Isto inclui boa capacidade para ouvir e competências de comunicação, fornecendo informações de autogestão aos indivíduos no início do percurso da dor para ajudar a prevenir a dor crónica ou os seus efeitos negativos. Um desafio crucial que requer atenção urgente é garantir que as pessoas que sofrem de dor, independentemente da localização ou do rendimento, tenham acesso fácil a programas/opções de autogestão a preços acessíveis.

Tipos de condições de dor

Existem muitas condições diferentes de dor. Em seguida, são apresentados vários tipos de condições de dor, juntamente com informações sobre o que é a dor, como pode ser diagnosticada e outras informações úteis. As condições listadas têm uma carga muito elevada.

É importante salientar que esta lista não é exaustiva e não abrange todas as doenças agudas e crónicas.

É também de salientar que, embora todas as doenças tenham a sua classificação individual, é comum que os indivíduos apresentem mais do que uma doença e que, provavelmente, preencham os critérios de diagnóstico para várias doenças. Neste caso, a avaliação e o tratamento podem tornar-se difíceis devido à consideração de qual a condição que é a causa primária, ou se todas as condições partilham uma patologia subjacente. Este complexo entrelaçamento de comorbilidades deve ser tido em conta.

Sempre que possível, apresentámos dados que refletem a incidência e a prevalência das condições relacionadas com a dor na Europa. Para explorar a lista completa de condições de dor aguda/crónica, visite o sítio Web oficial da ICD-11.

Dor musculoesquelética

O que é: a dor que se apresenta em áreas constituídas por ossos, músculos, articulações ou tecidos moles relacionados é considerada dor musculoesquelética. As condições de dor musculoesquelética mais comuns são a lombalgia, a dor cervical, a dor na anca e no joelho secundária à osteoartrite, a dor no ombro e a dor multifocal (dor em várias partes do corpo).

Prevalência: afeta cerca de 1,71 mil milhões de pessoas em todo o mundo e é a principal causa de incapacidade na Europa e no mundo. É também a doença que mais contribui para os anos vividos com incapacidade (AVI), mais do que a saúde mental, a diabetes e o cancro (aproximadamente 149 milhões de AVI, representando 17% de todos os AVI). A osteoartrite (OA), o tipo mais comum de artrite, afeta mais de 40 milhões de pessoas em toda a Europa. Tem um risco ao longo da vida de 45% para a OA do joelho e de 25% para a OA da anca. A OA é a causa de incapacidade com crescimento mais rápido em todo o mundo. A lombalgia é a condição de dor musculoesquelética mais comum e incapacitante. Na Europa, a maior taxa de prevalência normalizada por idade, por 100 000 indivíduos, para lombalgia encontra-se na Europa Central (12 800; 11 500 a 14 400), seguida da Europa Oriental (11 200; 10m 100 a 12 500) e da Europa Ocidental (9540; 8510 a 10 700). Prevê-se que, em 2050, a nível mundial mais de 800 milhões de pessoas sofram de lombalgia.

Opções de tratamento: o tratamento pode incluir a educação do doente (por exemplo, sobre os fatores de risco, autogestão), farmacoterapia (por exemplo, anti-inflamatórios não esteroides), terapia de exercício, terapias psicológicas, terapêutica de intervenção na dor (por exemplo, injeções), cirurgia, terapia manual (por exemplo, massagem), medicina complementar e alternativa, termoterapia (por exemplo, calor) e terapias laborais e sociais.

Comorbilidades prováveis: a dor musculoesquelética e a incapacidade relacionada estão frequentemente associadas à dor em vários locais, à obesidade, a perturbações da saúde mental (por exemplo, depressão) e a perturbações do sono (por exemplo, insónia).

Conclusões e recomendações

Esperamos, através destes exemplos de tipos de dor e testemunhos comuns, proporcionar uma compreensão da diversidade e dos pontos comuns da dor. Para alguém sem formação científica que aborda a dor pela primeira vez, a análise de condições como a lombalgia, a dor oncológica e a dor pós-cirúrgica talvez possa esclarecer o que anteriormente foi ignorado ou incorretamente compreendido. Embora as condições de dor variem na sua patologia e na forma como são experienciadas, um fator que frequentemente as une é a falta de atenção que lhes é dada no sistema de saúde e nos enquadramentos políticos. A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) tem por objetivo alterar esta situação, sensibilizando para a dor e alterando as políticas relativas à dor.

A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) apela aos decisores políticos nacionais e da UE para que:

1

Reconheçam a carga e o impacto da dor nas sociedades e nos doentes e aumentem a respetiva prioridade nos sistemas de saúde, no financiamento e na elaboração de políticas.

2

Assegurem a aplicação eficaz da ICD-11, uma vez que a sua utilização permite um consenso internacional sobre a utilização de diagnósticos e instrumentos normalizados e melhora a recolha de dados, tanto para utilização primária como secundária.

3

Assegurem a criação de registos de doentes e a utilização frequente dos mesmos, uma vez que isso melhorará a compreensão da dor e a gestão e o tratamento da dor.

4

A dor como indicador de qualidade: desenvolvam instrumentos para avaliar o impacto da dor.

Dor neuropática relacionada e exemplos

O que é: a dor neuropática é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. Os sintomas mais comuns relatados podem incluir dor aguda, ardor ou pontadas localizadas ou referidas. A dor neuropática pode ser de natureza central (por exemplo, pós-acidente vascular cerebral, esclerose múltipla) ou periférica (por exemplo, nevralgia do trigêmeo, neuropatia periférica diabética, dorsalgia, pós-cirúrgica, pós-herpética).

Prevalência: a dor neuropática afeta aproximadamente 7-10% da população. No caso do herpes zóster (zona), o risco ao longo da vida estimado atual na Europa é de 23% a 30%, com um risco de recorrência ao longo da vida < 5%. Relativamente à nevralgia pós-herpética (dor neuropática residual após o herpes zóster), 10% a 30% dos doentes desenvolvem-na; este valor aumenta para 60-70% nas pessoas com idade > 60 anos. Relativamente à ciática (dor irradiada na perna causada por inflamação ou compressão das raízes nervosas lombossacrais (L4-S1) que formam o nervo ciático), a prevalência varia consoante os estudos. Num estudo de cuidados primários no Reino Unido (609 doentes), cerca de 60% dos doentes com dor nas costas e nas pernas foram clinicamente diagnosticados com ciática. A dor de membro fantasma (sensações dolorosas referentes ao membro ausente) ocorre em 50-80% de todos os amputados. Relativamente à polineuropatia diabética dolorosa, a prevalência não está bem estabelecida, mas, de acordo com os dados disponíveis, a prevalência da dor é de 10% a 20% nos doentes com diabetes e de 40% a 50% nos doentes com neuropatia diabética. Num estudo realizado em Itália (816 doentes), 36% apresentavam polineuropatia diabética associada ao sexo masculino, à idade e à gravidade da diabetes.

Opções de tratamento: as opções de tratamento incluem abordagens farmacológicas e não farmacológicas, como a educação do doente, a educação de apoio, a farmacoterapia, a terapia de exercício, as terapias psicológicas, a terapêutica de intervenção na dor, a cirurgia, a terapia manual, os dispositivos de assistência e as terapias sociais e laborais. Os medicamentos opióides devem ser reservados para os doentes que não respondam a alternativas terapêuticas com um risco menor de efeitos adversos.

A vacina contra o herpes zóster pode ser administrada para prevenir a incidência de nevralgia pós-herpética (dor nos nervos que persiste após a cura de um surto de herpes zóster).

Comorbilidades prováveis: As potenciais comorbilidades da dor neuropática incluem depressão, perturbação do sono e humor deprimido ou ansiedade. Estas comorbilidades impedem a felicidade do doente, afetando negativamente a funcionalidade e a qualidade de vida.

“

Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor

”

- **Nome:** Ruth Fitzmaurice
- **Idade:** 52
- **Nacionalidade:** irlandesa
- **Nome da doença/do:** múltiplas condições de dor: dor neuropática; espinha bífida; escoliose; síndrome de intestino irritável (SII); endometriose; e dor orofacial.
- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Há 38 anos. Nasci com espinha bífida e fui operada no dia seguinte ao meu nascimento. As minhas dores começaram aos 14 anos, quando comecei a estudar. Infelizmente, a dor progrediu desde então e é agora uma doença com a qual vivo a tempo inteiro.
- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formigueiro, picadas, etc.)?** A minha dor normal do dia a dia é descrita como ardor e dor. Quando a dor se agrava, é normalmente um formigueiro, pontadas e latejar.
- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** À medida que fui envelhecendo, a minha dor afetou cada vez mais a minha vida. Agora, aos 52 anos, já não consigo trabalhar e as minhas atividades são ditadas pelos meus níveis de dor. Tento caminhar na praia todos os dias, faço fisioterapia na piscina, normalmente duas a três vezes por semana. Essas duas atividades são uma constante na minha vida, tudo o que não seja isso, é ditado pelos meus níveis de dor.
- **Como gere e/ou trata a sua dor?** Eu controlo a minha dor com uma combinação de positividade e mindfulness e com o mínimo de medicação possível. Ao longo dos anos, tomei todos os medicamentos, como os medicamentos opióides, complementados com anti-inflamatórios. A minha opção pessoal foi deixar de tomar a medicação e foi nessa altura que tive de deixar de trabalhar, infelizmente tornou-se uma questão de qualidade de vida. Atualmente, tomo dois comprimidos por dia, uma combinação de anti-inflamatório e analgésico, e tento passar com esses dois comprimidos ou nada mais. A positividade e o mindfulness desempenham um papel muito importante na minha vida e, sem eles, voltaria a enveredar pela via da medicação.
- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** Medo do futuro. Medo do desconhecido. Medo de que o meu estado de saúde se agrave.
- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** Faço tudo o que está ao meu alcance para não permitir que a dor afete o meu humor e a minha saúde mental. Faço tudo para encarar a minha dor de forma positiva, quer seja no dia a dia ou durante um agravamento da dor.

Dor relacionada com o cancro

O que é: a dor relacionada com o cancro é a dor causada pelo próprio cancro primário ou por metástases. As causas da dor relacionada com o cancro incluem o próprio tumor, a inflamação ou a erosão dos ossos, das vísceras ou dos nervos devido às metástases. Pode também incluir dor relacionada com danos nos tecidos ou nos nervos induzidos por tratamentos oncológicos. A dor nos sobreviventes de cancro deve ser rigorosamente monitorizada, uma vez que as alterações na dor podem indicar uma recidiva da doença maligna inicial. Muita da dor relacionada com o cancro pode ser causada por tratamentos oncológicos, como a cirurgia, que pode resultar em dor neuropática crónica, neuropatia periférica induzida por quimioterapia e neuropatia periférica induzida por radioterapia. À medida que uma percentagem maior de doentes sobrevive, felizmente, ao cancro, o impacto do tratamento do cancro torna-se mais visível.

Prevalência: a dor é um dos sintomas mais comuns dos doentes com cancro aquando do diagnóstico. Cerca de 30% a 40% dos sobreviventes de cancro sofrem de dor crónica. Todos os anos, 1,7 milhões de doentes com cancro europeus morrem devido ao cancro, dos quais, pelo menos, 66% sentirão dor antes da morte e 55% sentirão dor de intensidade moderada a severa.

Opções de tratamento: as opções de tratamento incluem farmacoterapia (por exemplo, analgesia simples, anti-inflamatórios não esteroides, medicamentos opióides, antidepressivos, corticosteroides, anticorpos monoclonais, radioterapia, quimioterapia), educação, cirurgia, terapia de exercício, terapias psicológicas (incluindo apoio espiritual), terapêutica de intervenção na dor (por exemplo, bloqueios de nervos), terapias laborais e sociais. Por vezes, pode ser difícil distinguir entre tratamentos específicos para o cancro e tratamentos específicos para a dor. Por exemplo, a radioterapia pode ser curativa ou um tratamento para a dor.

Comorbilidades prováveis: a avaliação clínica deve distinguir entre dor oncológica, dor causada pelo tratamento oncológico e dor causada por comorbilidades. As comorbilidades que afetam a dor podem incluir doença crónica, cirurgia, traumatismo, humor, cognições, perturbações do uso de substâncias e medicamentos.

“

Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor

”

- **Nome:** Ernesto Carreiro
- **Idade:** 72
- **Nacionalidade:** portuguesa
- **Nome da doença/do:** dor relacionada com o cancro
- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Há 10 anos. Começou antes do meu diagnóstico.
- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formigueiro, picadas, etc.)?** Ardor e formigueiro.
- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** Fraqueza, comer menos apesar de ter apetite, perda de peso, sono de má qualidade.
- **Como gere e/ou trata a sua dor?** Medicamentos orais.
- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** Falta de vontade para as atividades diárias, perda de força para fazer as minhas atividades diárias.
- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** Sim, frustração por não conseguir fazer as minhas atividades diárias.

Cefaleia e dor orofacial

O que é: a cefaleia ou dor orofacial é definida como dor de cabeça ou dor na boca ou no rosto. Os sintomas crônicos são aqueles que ocorrem durante mais de duas horas por dia em, pelo menos, 50% dos dias durante os 3 meses anteriores. Os sintomas variam desde dor ligeira e disfunção do maxilar, que podem desaparecer com o tempo, até condições crônicas de dor intratável e limitações na função do maxilar, que são gravemente debilitantes.

Prevalência: A cefaleia crônica – dor de cabeça que ocorre 15 ou mais dias por mês durante, pelo menos, 3 meses – é uma das principais causas de dor e incapacidade. A enxaqueca crônica afeta cerca de 1% a 4% da população e a cefaleia de tensão crônica cerca de 2,2%. Cerca de 25% a 50% das pessoas afetadas também sofrem de cefaleia por uso excessivo de medicamentos, cuja prevalência na população é de 1%. A dor na articulação temporomandibular afeta aproximadamente 31% dos adultos e 11% das crianças/adolescentes.

Opções de tratamento: as opções de tratamento incluem educação do doente, educação de apoio, farmacoterapia, terapêutica de intervenção (por exemplo, injeção), exercício, terapia psicológica (por exemplo, relaxamento, biofeedback), termoterapia, eletroterapia e terapias sociais e laborais. A intervenção cirúrgica pode também ser indicada quando a terapia não cirúrgica se revela ineficaz.

Comorbilidades prováveis: a frequência de dor de cabeça, alergias, depressão, fadiga, artrite degenerativa, fibromialgia, doenças autoimunes, apneia do sono e queixas gastrointestinais era mais elevada entre as pessoas afetadas.

“

Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor

”

- **Nome:** anónimo
- **Idade:** 62
- **Nacionalidade:** belga
- **Nome da doença/do:** dor orofacial
- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Há 3 anos. Começou com um quisto contra o osso nasal na região dos dentes superiores 21-22. Quando o quisto foi removido, havia danos ósseos. Há 3 anos que sofro de dor.
- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formigueiro, picadas, etc.)?** Dor ardente.
- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** Dor ardente constante, mas sobretudo depois de comer, beber, etc.
- **Como gere e/ou trata a sua dor?** Escovando os dentes e enxaguando depois com produtos especiais e, por vezes, tomando medicamentos anti-inflamatórios.
- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** Comer tornou-se um inferno para mim, já não consigo saborear a comida.
- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** N/A

Dor pós-cirúrgica

O que é: dor após a cirurgia. A dor crónica pós-cirúrgica (DCPC) é definida como uma dor crónica que se desenvolve ou aumenta de intensidade após um procedimento cirúrgico ou uma lesão tecidual e que persiste para além do processo de cicatrização previsto. A fisiopatologia da dor pós-operatória é única e as consequências são específicas para cada indivíduo. A dor localiza-se frequentemente na área da cirurgia ou é referida em padrões de dermatomas e outras causas, como doenças ou infeções preexistentes, devem ser excluídas.

Prevalência: o maior ensaio prospetivo europeu sobre este tema mostra que cerca de 10% dos doentes desenvolvem DCPC após a cirurgia (com muitas diferenças entre cirurgias). Outro estudo salientou que, três meses ou mais após a cirurgia, 40,4% relataram dor. Dor moderada ou severa foi relatada por 18,3% das pessoas. Existem grandes discrepâncias no relato de DCPC, pelo que se sugere que estes números podem variar.

Opções de tratamento: as opções de tratamento incluem educação do doente, educação de apoio, farmacoterapia, eletroterapia, exercício e terapias psicológicas.

Comorbilidades prováveis: Os doentes com dor crónica pré-operatória, particularmente no local da cirurgia, correm um risco acrescido de desenvolver DCPC. Os fatores de risco psicológicos, como angústia psicológica, ansiedade, catastrofização, capacidade reduzida de lidar com a dor, depressão e hipervigilância, também devem ser tidos em consideração.

“ Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor ”

- **Nome:** Koert Hommel
- **Idade:** 49
- **Nacionalidade:** holandesa
- **Nome da doença/do:** dorsalgia; síndrome da cirurgia lombar falhada; e dor neuropática.
- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Há 10 anos. Quando era estudante na Universidade BUAS, em 1993, tive dor lombar pela primeira vez. Na verdade, o maior problema não eram as “costas”, mas sim a dor irradiante na minha perna esquerda. Em 2013, esta dor voltou e, desde então, nunca mais se foi embora.
- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formigueiro, picadas, etc.)?** A dor que sinto é dolorosa, por vezes com ardor, por vezes com picadas. Varia, mas nunca passa para outras parte do corpo.
- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** A dor que sinto tem impacto em todas as áreas da minha vida. É claro que este impacto varia, mas afeta o meu trabalho (voluntário), os passatempos, as relações, a família, o desporto – tudo muda
- **Como gere e/ou trata a sua dor?** Após uma longa, cansativa e exaustiva procura de tratamento, descobri a «abordagem multidisciplinar à dor crónica». Esse conhecimento deu início a uma mudança na minha forma de pensar. Atualmente, faço muito trabalho voluntário e toco piano.
- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** Não poder ter um trabalho remunerado, manter limites (especialmente para mim), gerir o impacto da minha dor nos outros, a minha própria impaciência com a dor.
- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** Claro que afeta. Ter dor todos os dias é um desporto de topo. Fisicamente, mas certamente também mentalmente. A irregularidade deixa-nos mentalmente atordoados.

Dor visceral

O que é: dor nos órgãos internos torácicos, pélvicos ou abdominais. A localização respetiva da dor pode coincidir com padrões de referência típicos dos órgãos internos.

Prevalência: a dor visceral crónica representa uma parte significativa de todas as formas de dor crónica, tal como demonstram os estudos epidemiológicos. Até 25% da população apresenta dor visceral em qualquer momento, o que leva a custos substanciais de cuidados de saúde.

Opções de tratamento: As opções de tratamento incluem educação do doente (por exemplo, sobre a dieta, estilo de vida), educação de apoio, farmacoterapia, exercício (por exemplo, alongamentos), terapias manuais (por exemplo, massagem), abordagens de intervenção (por exemplo, neuromodulação e bloqueios de nervos), terapias psicológicas (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) e cirurgia.

Comorbilidades prováveis: a fibromialgia é altamente associada com várias perturbações de dor visceral. É também provável que o doente apresente múltiplas síndromes de dor visceral ou dor visceral crónica e outras síndromes de dor crónica não relacionadas com as vísceras.

“ Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor ”

- **Nome:** anónimo
- **Idade:** 40
- **Nacionalidade:** irlandesa
- **Nome da doença/do:** endometriose

- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Há 19 anos. Começou gradualmente, com os sintomas a intensificarem-se ao longo de vários meses, até que precisei de cuidados hospitalares de emergência por suspeita de apendicite, que revelou ser uma torção do ovário devido a endometriose e síndrome de ovário poliquístico

- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formigueiro, picadas, etc.)?** Dor ardente, intensa e severa.

- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** Na maior parte dos dias consigo lidar com a dor, mas há 3 dias por mês em que não consigo fazer nada, nem sair de casa.

- **Como gere e/ou trata a sua dor?** Compressas quentes, medicamentos para a dor, reflexologia, cinesiologia, terapia craniossacral.

- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** Não consigo planear a minha vida em absoluto, estou constantemente preocupada com os planos que posso realisticamente fazer no caso de haver um agravamento da endometriose e ter de me confinar a casa.

- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** Por vezes, é muito desmoralizante estar tão limitada e é deprimente perder eventos e atividades quando há um agravamento da endometriose.

Perturbações funcionais da dor

O que é: as perturbações funcionais da dor (ou perturbações de sintoma somático funcional não específicas) podem ser referidas como queixas que não podem ser classificadas como pertencentes a uma doença específica que afeta um órgão, ou sistema de órgãos, e que persistem durante pelo menos 6 meses. Exemplos comuns são a síndrome de intestino irritável (SII, uma perturbação gastrointestinal funcional caracterizada por dores abdominais recorrentes associadas a alterações na frequência e forma das fezes, sem etiologia patológica ou orgânica subjacente reconhecida) e as disfunções temporomandibulares (DTM, um grupo de condições clínicas que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular ou ambos).

Prevalência: A SII afeta até 18% dos adultos nos países ocidentais, predominantemente mulheres, em especial entre os que procuram cuidados de saúde. A prevalência global de DTM está estimada em 31% para adultos/idosos e 11% para crianças/adolescentes, sendo a DTM mais prevalente o deslocamento do disco com redução (DDCR) (cerca de 41% em pessoas com DTM), em comparação com o deslocamento do disco sem redução.

Opções de tratamento: as opções de tratamento incluem educação do doente (relativamente aos fatores de risco), educação de apoio, farmacoterapia, terapias psicológicas (por exemplo, gestão do stress, relaxamento, terapia cognitivo-comportamental), terapia de exercício, eletroterapia, termoterapia, terapia manual e terapias sociais e laborais.

Comorbilidades prováveis: Algumas doenças associadas à SII incluem doenças gastrointestinais, como a dispepsia funcional, a doença do refluxo gastroesofágico, a obstipação funcional, juntamente com a fibromialgia, a síndrome de fadiga crónica e a dor pélvica crónica. Exemplos de comorbilidades relacionadas com as DTM incluem, entre outros: fibromialgia, hipermobilidade articular sistémica, artrite idiopática juvenil, zumbidos, perturbação de stress pós-traumático, osteoartrite sistémica, nevralgia do trigémeo, dor facial atípica e enxaquecas.

“ Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor ”

- **Nome:** Kaat Cleenewerck
- **Idade:** 57
- **Nacionalidade:** belga
- **Nome da doença/do:** múltiplas condições de dor: síndrome de intestino irritável (SII); lombalgia; e dor ciática.
- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Lombalgia e SII: há 25 anos; dor neuropática: há 12 anos; e dor ciática: há 2 anos.
- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formiguelo, picadas, etc.)?** Uma combinação de dores, pontadas e formiguelo.
- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** É uma incapacidade invisível, que impede a realização de atividades diárias normais e de coisas que se fazem por prazer. A dor crónica é muito cansativa. A meio da tarde, sinto muito cansaço e já não consigo fazer qualquer atividade física.
- **Como gere e/ou trata a sua dor?** Tudo o que eu e os meus prestadores de cuidados conseguimos fazer: manter-me ativa apesar das dores fortes, o que significa caminhadas diárias e/ou fazer recados/trabalhos domésticos leves; alongamentos diários e ioga leve, fisioterapia, agulhamento a seco, acupuntura, massagens (quando as posso pagar); tratamentos na clínica da dor: infiltrações, radiofrequência (desnervação); medicação: analgésicos (médios) fortes; mais recentemente: canábis medicinal (que é incrivelmente útil).
- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** Viver sozinha a maior parte da minha vida adulta, tendo, por isso, de suportar sozinha a dor crónica no dia a dia, uma vez que não tenho qualquer apoio da minha família e muito pouco dos meus amigos. Desafios financeiros, uma vez que os chamados «remédios alternativos» são bastante caros. Isto causa também um stress adicional. Apoio exclusivamente profissional (felizmente muito bom). Mesmo eles, sinto muitas vezes que «subestimam» o nível de dor com que estou a lidar.
- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** Imensamente! Sendo uma pessoa bastante vulnerável do ponto de vista psiquiátrico (desde a minha adolescência), ter dor crónica tem um impacto enorme na minha saúde mental. A solidão é um fardo e pode ser terrível em certos momentos. Viver com dor crónica pode desencadear a minha depressão crónica e torná-la muito presente durante um determinado período. No passado, a dor (entre muitos outros problemas) contribuiu para uma dependência do álcool, que - tenho muita sorte!
- consegui ultrapassar. Isso teve um impacto enorme na melhoria da minha saúde mental.

Dor crónica generalizada

O que é: a dor crónica generalizada (DCG) é uma dor que se apresenta de forma difusa em, pelo menos, 4 das 5 regiões do corpo e em, pelo menos, 3 quadrantes do corpo (superior-inferior-esquerdo-direito do corpo) e no esqueleto axial (pescoço, costas, tórax e abdómen). É geralmente classificada como dor musculoesquelética. Os sintomas podem incluir dor que persiste durante, pelo menos, três meses, juntamente com sinais de incapacidade funcional ou sofrimento emocional. Um exemplo comum é a fibromialgia, uma doença caracterizada por dor crónica generalizada, perturbações do sono (incluindo sono não reparador), exaustão física e dificuldades cognitivas.

Prevalência: A prevalência de indivíduos que referem sintomas de fibromialgia situa-se entre 2% e 4% na população em geral, no entanto, o número de pessoas a quem é diagnosticada a doença é significativamente inferior. Isto deve-se ao facto de os rótulos de diagnóstico relacionados com a dor crónica generalizada serem muito contestados e de ainda não se ter chegado a um consenso sobre os critérios e rótulos de diagnóstico.

Opções de tratamento: Os tratamentos incluem educação do doente, educação de apoio, farmacoterapia, terapia de exercício, terapias psicológicas, terapias manuais, termoterapia, eletroterapia e terapias sociais e laborais.

Comorbilidades prováveis: é difícil inferir as causas desta doença, mas alguns fatores que podem contribuir para a sua ocorrência são a obesidade, a diabetes, a depressão, a ansiedade, a cefaleia, a síndrome de intestino irritável, a síndrome de fadiga crónica, o lúpus eritematoso sistémico e a artrite reumatoide.

“ Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor ”

- **Nome:** Tristan Vandepuuten
- **Idade:** 27
- **Nacionalidade:** belga
- **Nome da doença/do:** fibromialgia e distonia

- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Há 11 anos. Começou com uma gripe num momento de stress. Ainda estou a viver com a minha condição de dor. Diariamente. Após 3 anos e muitos médicos, foi-me diagnosticada distonia, dor crónica.

- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formiguelo, picadas, etc.)?** Como se estivesse a ser virado do avesso, constantemente.

- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** Mal consigo sobreviver, tenho uma doença progressiva.

- **Como gere e/ou trata a sua dor?** Não estou a conseguir fazê-lo muito bem. Tocar música e guitarra dá-me algum alívio. Reabilitação neurológica, relaxamento, terapia respiratória, banhos quentes, caminhadas, audição de audiolivros, cabina de infravermelhos e medicamentos como anestésicos locais, opióides e antidepressivos.

- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** Fazer coisas simples.

- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** Sim, o isolamento, não ter uma vida normal e sentir que não há futuro, porque não há muito apoio em termos de falta de investigação.

Síndromes de dor regional complexa, tipo I e II

O que é: a síndrome de dor regional complexa (SDRC) é uma doença dolorosa que afeta um membro, associada a anomalias sensoriais, motoras, autonómicas, cutâneas e ósseas. Os sintomas apresentam-se de forma diferente em cada pessoa. As anomalias ósseas incluem osteoporose localizada em partes do membro afetado, que normalmente se resolve espontaneamente. As anomalias cutâneas incluem alterações reversíveis da textura ou do aspeto da pele, por exemplo, a pele pode parecer fina ou brilhante. Em quase todos os casos, a SDRC é desencadeada por um traumatismo num membro. A SDRC pode surgir mesmo após lesões muito pequenas. Em 7% dos casos, não existe qualquer lesão e a SDRC surge espontaneamente.

A SDRC afeta tanto homens como mulheres, mas as mulheres são mais frequentemente afetadas. Pode afetar pessoas de qualquer faixa etária, incluindo crianças; afeta mais frequentemente mulheres ou homens com mais de 40 anos. Podem existir dois tipos desta doença, que inicialmente parecem a mesma. (a) Cerca de 80% dos doentes têm um bom prognóstico. O seu estado vai melhorar. Este tipo de SDRC pode ser causado por uma inflamação no membro afetado. (b) Em cerca de 20% dos doentes a dor persistirá. Isto significa que a sua dor não melhora muito, independentemente do que nós/eles façamos. Dados recentes sugerem que, nestes doentes, uma reação autoimune pode estar na origem da doença.

Para maior clareza, na literatura, a CRPS "Tipo 1" ou "Tipo 2" refere-se à CRPS sem lesão de um nervo principal (Tipo 1) ou com lesão desse nervo (Tipo 2, o que é raro). Investigações recentes demonstraram que esta classificação não contribui muito para a compreensão científica ou para a prática clínica e que o tratamento destes dois "tipos" é bastante semelhante. É diferente dos dois tipos (a) e (b) acima referidos.

Prevalência: Na população em geral, 20-26 pessoas em cada 100.000 desenvolverão SDRC por ano. A prevalência da SDRC é difícil de determinar, no entanto, ocorre de forma aguda em cerca de 7% dos doentes que sofrem fraturas de membros, são submetidos a cirurgia de membros ou outros eventos como entorses e cirurgia eletiva.

Opções de tratamento: as opções de tratamento incluem educação do doente, educação de apoio, farmacoterapia, terapia de exercício, terapia psicológica (por exemplo, imagética motora gradual, terapia por caixa de espelho), terapêutica de intervenção, terapias para melhorar o fluxo sanguíneo, incluindo termoterapia e eletroterapia, terapias laborais e sociais. O exercício gradual, em particular, ajuda a i) reduzir a gravidade da SDRC, ii) encurtar a duração deste tipo de SDRC, iii)

minimizar os problemas residuais e iv) quando aplicado muito cedo após um traumatismo, pode prevenir a ocorrência deste tipo de SDRC. Pode ser necessário incentivar a atenção consciente ao membro, encorajando-o a olhar, pensar, tocar e voltar a envolver o membro antes de qualquer movimento. Os espelhos podem ser utilizados para realçar e corrigir o controlo dos movimentos.

Comorbilidades prováveis: os fatores emocionais relacionados com a SDRC podem ter um maior impacto na intensidade da dor do que nas condições de dor não SDRC, pelo que é importante considerar a presença de comorbilidades psicológicas.

“ Testemunho de uma pessoa com experiência vivida de dor ”

- **Nome:** Juergen Werner
- **Idade:** 56
- **Nacionalidade:** alemã
- **Nome da doença/do:** síndrome de dor regional crónica tipo II.
- **Há quanto tempo vive com a sua condição de dor e como começou?** Desde 2021. Começou após uma cirurgia do túnel cárpico.
- **Como descreveria as sensações de dor que tem com a sua condição de dor (por exemplo, ardor, pontada, dormência, dor, formigueiro, picadas, etc.)?** Sinto uma vibração constante no pulso e um ardor e uma pontada no antebraço 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- **Qual é o impacto da dor na sua vida quotidiana?** Limita-me todos os dias porque é constante e também é difícil meditar ou algo semelhante porque está sempre presente.
- **Como gere e/ou trata a sua dor?** É difícil não pensar nela. Aprendemos a ser atores e a disfarçar tudo. No entanto, isso destrói-nos a longo prazo.
- **Qual é o maior desafio que enfrenta ao viver com a doença?** É difícil lidar com a vida quotidiana. Concentrar-me durante mais de 30 minutos é quase impossível. As pessoas também evitam grandes eventos.
- **A dor afeta o seu humor e a sua saúde mental?** É difícil concentrarmo-nos durante longos períodos de tempo e, como seres humanos, perdemos a alegria e esquecemo-nos de rir. Já não sou a mesma pessoa que era antes desta doença. Perdemos a esperança porque somos tratados como doentes em todo o lado e, no final, todos nos dizem que a doença não está explorada.

Conclusões e recomendações

Esperamos, através destes exemplos de tipos de dor e testemunhos comuns, proporcionar uma compreensão da diversidade e dos pontos comuns da dor. Para alguém sem formação científica que aborda a dor pela primeira vez, a análise de condições como a lombalgia, a dor oncológica e a dor pós-cirúrgica talvez possa esclarecer o que anteriormente foi ignorado ou incorretamente compreendido. Embora as condições de dor variem na sua patologia e na forma como são experienciadas, um fator que frequentemente as une é a falta de atenção que lhes é dada no sistema de saúde e nos enquadramentos políticos. A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) tem por objetivo alterar esta situação, sensibilizando para a dor e alterando as políticas relativas à dor.

A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) apela aos decisores políticos nacionais e da UE para que:

1

Reconheçam a carga e o impacto da dor nas sociedades e nos doentes e aumentem a respetiva prioridade nos sistemas de saúde, no financiamento e na elaboração de políticas.

2

Assegurem a aplicação eficaz da ICD-11, uma vez que a sua utilização permite um consenso internacional sobre a utilização de diagnósticos e instrumentos normalizados e melhora a recolha de dados, tanto para utilização primária como secundária.

3

Assegurem a criação de registos de doentes e a utilização frequente dos mesmos, uma vez que isso melhorará a compreensão da dor e a gestão e o tratamento da dor.

4

A dor como indicador de qualidade: desenvolvam instrumentos para avaliar o impacto da dor.

5

Investigação sobre a dor: aumentem o investimento na investigação para compreender melhor as causas (fisiopatologia) de várias condições de dor, desenvolver novos tratamentos para a dor, compreender e abordar a comorbilidade entre as condições de dor e de saúde mental, aumentar o desenvolvimento e a utilização de medidas de resultados relatados pelos doentes para todas as condições de dor, estabelecer um padrão de referência para os programas de autogestão e aumentar o acesso a cuidados de elevada qualidade.

6

Dor no trabalho: iniciem políticas que abordem o impacto da dor no emprego e na produtividade laboral e incluam a dor nas iniciativas relevantes existentes.

7

Educação sobre a dor: atribuem prioridade à educação sobre a dor para os profissionais de saúde, os doentes, os decisores políticos e o público em geral.

8

Tecnologias da informação para a dor: desenvolvam ecossistemas de saúde digitais interoperáveis que incluam soluções digitais acessíveis para a avaliação, monitorização e gestão da dor (aplicações, recursos online, etc.) e quadros jurídicos e regulamentares para a partilha de dados.

Sobre a Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP)

A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) é uma parceria com vários intervenientes interessados liderada pela Federação Europeia da Dor (EFIC) e pela Aliança Europeia da Dor (PAE), cujo objetivo é aumentar a sensibilização para a dor e alterar as políticas relativas à dor.

A Plataforma oferece oportunidades de debate para profissionais de saúde, grupos de defesa contra a dor, políticos, prestadores de seguros de saúde, representantes das autoridades de saúde, reguladores e responsáveis por orçamentos.

O enquadramento científico da Plataforma SIP está sob a responsabilidade da EFIC e a direção estratégica do projeto é definida por ambos os parceiros. As empresas farmacêuticas Grünenthal GmbH e GSK são os principais patrocinadores da Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP).

Para mais informações, contactar:

Ángela Cano Palomares, Gestora de projeto, Societal Impact of Pain (SIP) Europe, na Federação Europeia da Dor (EFIC) - angela.palomares@efic.org.

Deirdre Ryan, Presidente, Aliança Europeia da Dor - president@pae-eu.eu.

Declaração de exoneração de responsabilidade

A SIP não recomenda nenhuma das opções de tratamento mencionadas no presente documento. As informações não se destinam a substituir uma relação individual com um profissional de saúde qualificado e não constituem aconselhamento médico. O Livro de Evidências sobre a carga da dor fornece informações gerais e debates sobre a dor. As informações e outros conteúdos fornecidos, ou em quaisquer materiais associados, não se destinam e não devem ser interpretados como aconselhamento médico e as informações não constituem um substituto para conhecimentos ou tratamentos médicos profissionais.

Os testemunhos de doentes que constam do presente documento foram recolhidos por correio eletrónico através dos contactos dos membros da Aliança Europeia da Dor. São experiências individuais da vida real daqueles que optaram por contribuir para o Livro de Evidências sobre a carga da dor. Os testemunhos não são necessariamente representativos de todas as pessoas que sofrem de dor e muitas outras experiências podem ser dadas, mesmo que não tenham sido recolhidas no presente documento.

Os testemunhos apresentados são textuais, exceto no que se refere à correção de erros gramaticais ou ortográficos. Alguns foram encurtados. Isto é feito apenas quando um testemunho é longo ou quando a totalidade do testemunho aparenta não ter relevância para o público.

Autores:

(Por ordem alfabética)

Angela Cano Palomares; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Deirdre Ryan; Pain Alliance Europe PAE, Brussels, Belgium.

Joanne O'Brien Kelly; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; Department of Pain Management, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland; RCSI, Dublin Ireland.

Ketan Kumar Bhatt; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Luis García-Larrea; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; European Journal of Pain; NeuroPain Lab - Central Integration of Pain in Humans; Lyon Centre for Neuroscience - Inserm; Hôpital de Valence (Drôme), France.

Mary O'Keeffe; School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

Nathaniel Skidmore; Centre for Rehabilitation, School of Health & Life Sciences, Teesside University, Middlesbrough, UK.

Patrice Forget; Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK, Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK.

Sam Kynman; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Colaboradores:

Representantes das Plataformas de Impacto Social da Dor (SIP) (por ordem alfabético)

André Ljutow

André Mouraux

André Wolff

Anna B. Sellius

Anna Kiernan

Anna Server

Carina Raposo

Eddy Claes

Ellen Gepts

Françoise Launois

Gertrude Buttigieg

Gisèle Pickering

Gunilla Goran

Iben Rohde

Ilona Thomassen

Isabel Pireza

Ivone Machado

Joanna Vicente

Lars Bye Moeller

Liisa Jutila

Maria Luz Padilla del Rey

Maria Madariaga

Maria Teresa Flor de Lima

Marja Kinnunen

Martina Phelan

Mateja Krzan

Miren Revuelta

Monica Rebelo

Monika Löfgren

Nevenka Skvarc

Paulin Andréll

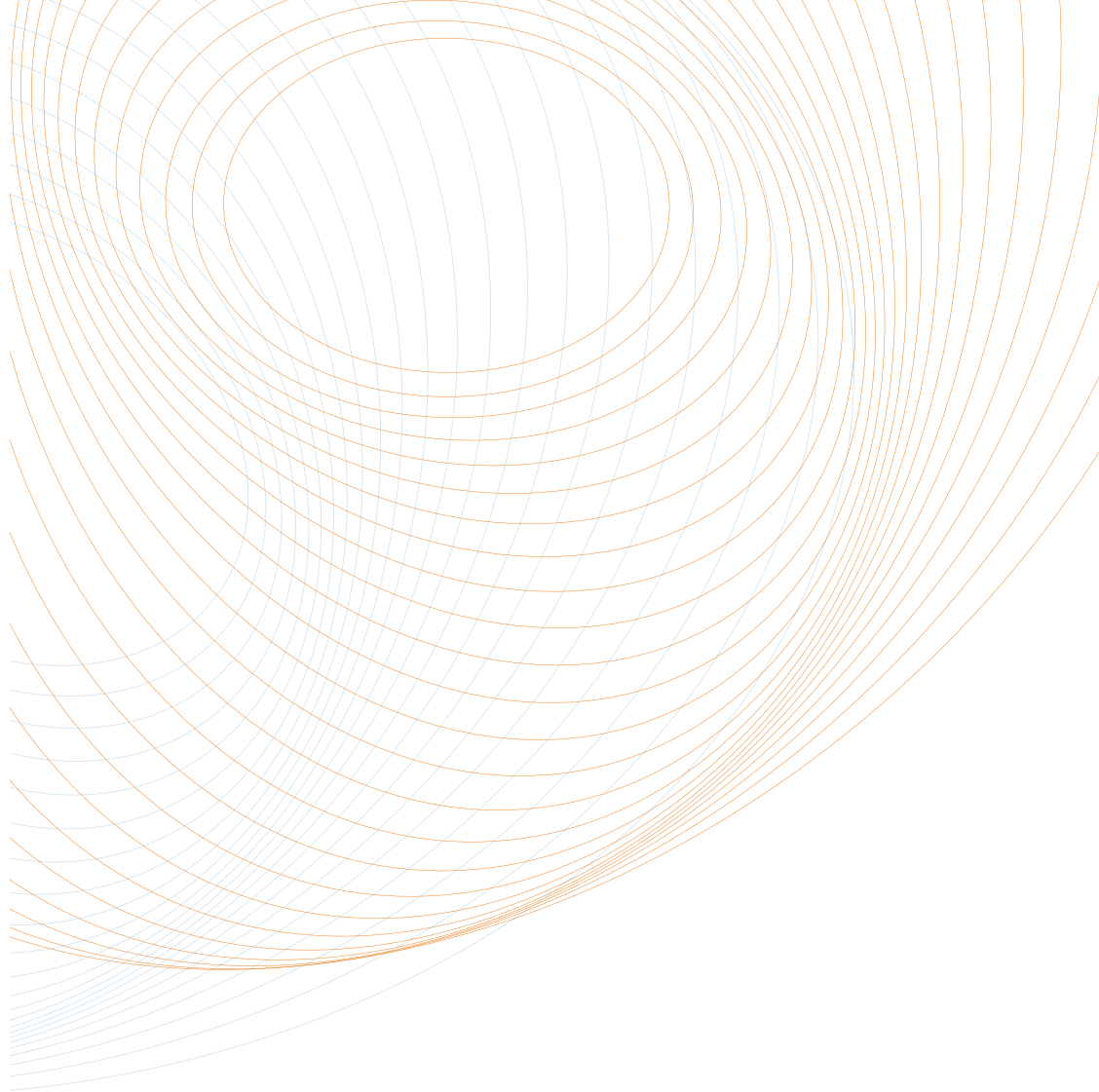
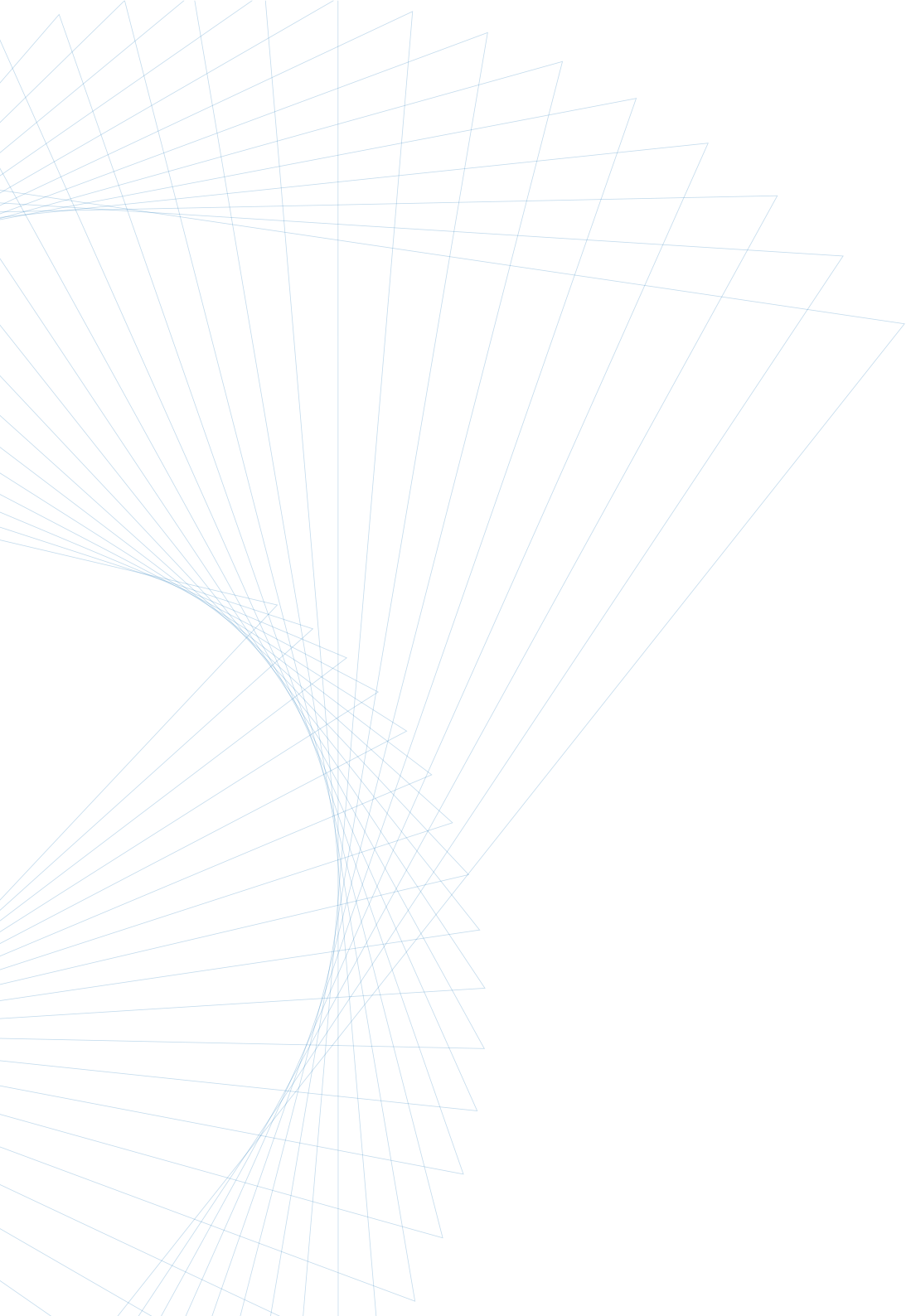
Sanne Lydo

Recursos:

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain: Chronic secondary visceral pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>
2. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
3. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, et al. What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008;35(2):177-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.011>
4. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
5. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain: Chronic cancer-related pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):38-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
7. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. *Pain* [Internet]. 2017;158(1):S74-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000825>
8. Boland EG, Ahmedzai SH. Persistent pain in cancer survivors. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2017;11(3):181-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000292>
9. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness—evidence of a bidirectional relationship. *European Journal of Pain*. 2018 Aug;22(7):1304-11.
10. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* [Internet]. 2009;20(8):1420-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001>
11. Bruehl S. Complex regional pain syndrome. *BMJ* [Internet]. 2015;351:h2730. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2730>
12. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache* [Internet]. 2012;52(10):1456-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
13. Butler S, Landmark T, Glette M, Borchgrevink P, Woodhouse A. Chronic widespread pain—the need for a standard definition. *Pain* [Internet]. 2016;157(3):541-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000417>
14. Carville S, Padhi S, Reason T, Underwood M, on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2012;345(sep19 1):e5765-e5765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5765>
15. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: An integrative overview of research on mechanisms. *J Pain* [Internet]. 2017;18(4):359.e1-359.e38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
16. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2011;40(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.006>
17. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(5):680-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
19. corporate-body. RTD:Directorate-General for Research, Innovation. Scoping study on evidence to tackle high-burden under-researched medical conditions: Discussion paper. Publications Office of the European Union; 2023.
20. Cui C-X, Liu H-Y, Yue N, Du Y-R, Che L-M, Yu J-S. Research progress on the mechanism of chronic neuropathic pain. *IBRO Neurosci Rep* [Internet]. 2023;14:80-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.007>
21. De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain*. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
22. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain* [Internet]. 2007;129(1-2):12-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>
23. De Rudderd L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain* [Internet]. 2016;157(8):1607-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
24. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. Apr. 2006;130:1377-90.
25. Eccleston C, Wells C, Morlion B, editors. *European Pain Management*. London: Oxford University Press; 2017.
26. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2018 Oct 1;29:iv166-91.
27. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*. 2023;5:e316-329
28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* [Internet]. 2015;14(2):162-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
29. Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* [Internet]. 2021;397(10289):2098-110. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
30. Flor H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. *Lancet Neurol* [Internet]. 2002;1(3):182-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00074-1)
31. Gibbins J, Bhatia R, Forbes K, Reid CM. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(1):71-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
32. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10180):1537-46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
33. Govaerts R, Tassignon, B., Ghillebert, J. et al. Prevalence and incidence of work-related musculoskeletal disorders in secondary industries of 21st century Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 22, 751 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04615-9>
34. Graf N, Geißler K, Meißner W, Guntinas-Lichius O. A prospective cohort register-based study of chronic postsurgical pain and long-term use of pain medication after otorhinolaryngological surgery. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):5215. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-84788-4>
35. Gylfadottir SS, Christensen DH, Nicolaisen SK, et al. Diabetic polyneuropathy and pain, prevalence, and patient characteristics: a cross-sectional questionnaire study of 5,514 patients with recently diagnosed type 2 diabetes. *Pain*. 2020;161(3):574-583. doi:10.1097/j.pain.0000000000001744

36. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* [Internet]. 2013;14(2):180–229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12033>
37. Hart RP, Wade JB, Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain: The significance of stress. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2003;7(2):116–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0021-5>
38. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
39. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(1):139–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
40. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* [Internet]. 2011;27(3):268–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.Ob013e31820215f5>
41. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014 Jun 1;73(6):968–74.
42. IASP announces revised definition of pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2020 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
43. ICD-11 [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
44. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* [Internet]. 2019;16273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6273>
45. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* [Internet]. 2012;153(7):1390–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.018>
46. Kapos FP, Exposto FG, Oyanzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg* [Internet]. 2020;13(4):321–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ors.12473>
47. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1;133:104510.
48. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(5):937–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket463>
49. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
50. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Vogel S, Hay EM. the ATLAS study research team. Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: baseline results from the ATLAS cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16:1–1.
51. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x>
52. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T93–T107. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
53. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain* [Internet]. 2016;17(9):T93–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
54. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain—challenge for health care. *Eur J Pain* [Internet]. 2002;6(2):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0311>
55. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol* [Internet]. 2011;10(7):637–48. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70106-5)
56. Measuring pain in the clinic [Internet]. European Pain Federation. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
57. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: the scale of the problem and outlook for the future. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013 Dec 1;4(4):102–8.
58. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: The scale of the problem and outlook for the future. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013;4(4):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.03.001>
59. Mitsikostas D-D, Moka E, Orrillo E, Aurilio C, Vadalouca A, Paladini A, et al. Neuropathic pain in neurologic disorders: A narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22419>
60. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
61. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
62. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* [Internet]. 2010;30(5):599–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
63. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):28–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
64. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653–60
65. Peirse JA. Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain* [Internet]. 2011;152(3 Suppl):S84–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.010>
66. Pain Alliance EU. Pain and stigma survey [Internet]. Pain Alliance Europe. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://pae-eu.eu/pain-and-stigma-survey/>
67. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* [Internet]. 2012;143(5):1179–1187.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
68. Peng K-P, Oppermann T. Orofacial pain disorders: An overview and diagnostic approach. *Cephalalgia Rep* [Internet]. 2022;5:251581632210973. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/25158163221097349>
69. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):77–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
70. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* [Internet]. 2009;3(1):2–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/204946370900300102>
71. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
72. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser A-S, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008;64(6):573–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.021>
73. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*. 2014 Feb 21:99–115.
74. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012;109(47):803–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
75. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):53–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
76. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>

77. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA [Internet]. 1998;279(5):381-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.5.381>
78. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain [Internet]. 2014;155(12):2461-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.020>
79. Silva MAG, Pantoja LLQ, Dutra-Horstmann KL, Valladares-Neto J, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2020;48(10):942-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2020.08.004>
80. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management: Acute postoperative pain management. Br J Surg [Internet]. 2020;107(2):e70-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11477>
81. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015 Feb;131(2):75-88
82. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. Psychiatry research. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
83. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. Schizophrenia research. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
84. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res [Internet]. 2008;87(4):296-307. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910808700406>
85. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
86. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33:629-808. 2013;33:629-808.
87. The Societal Impact of Pain (SIP), Barke A, Cano Palomares A, Cameron P, Forget P, Ryan D, et al. Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. Eur J Pain [Internet]. 2022;26(9):2003-5. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/European-Journal-of-Pain-2022-Why-do-we-need-to-implement-the-ICD%E2%80%9011-When-pain-science-and-practice-meet-policies.pdf>
88. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain [Internet]. 2019;160(1):19-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
89. Truini A, Spallone V, Morganti R, Tamburini S, Zanette G, Schenone A, et al. A cross-sectional study investigating frequency and features of definitely diagnosed diabetic painful polyneuropathy. Pain [Internet]. 2018;159(12):2658-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001378>
90. Understanding the cause of pain, what to expect during treatments combined with personalised pain management techniques are of patient preference. Bender et al; 2008.
91. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig [Internet]. 2021;25(2):441-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
92. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. Pain [Internet]. 2014;155(4):654-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
93. Veves A, Backonja M, Malik RA. Painful diabetic neuropathy: epidemiology, natural history, early diagnosis, and treatment options. Pain Med [Internet]. 2008;9(6):660-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00347.x>
94. Visceral pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/visceral-pain/>
95. Volpi, A., Gross, G., Hercogova, J. et al. Current Management of Herpes Zoster. Am J Clin Dermatol 6, 317-325 (2005). <https://doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>
96. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020;396:1204-22.
97. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes: A population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, 9th revision codes. J Clin Rheumatol [Internet]. 2006;12(3):124-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18>
98. What is Chronic Primary Pain? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/what-is-chronic-primary-pain/>
99. What is CRPS? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://crps.europeanpainfederation.eu/what-is-crps/>



European Pain Federation EFIC®, Rue de Londres - Londenstraat 18, B1050 Bruxelas. Registo de transparência n.º 3510244568-04

A Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP) é uma parceria com vários intervenientes interessados liderada pela Federação Europeia da Dor (EFIC) e pela Aliança Europeia da Dor (PAE), cujo objetivo é aumentar a sensibilização para a dor e alterar as políticas relativas à dor. O enquadramento científico da Plataforma SIP está sob a responsabilidade da EFIC e a direção estratégica do projeto é definida por ambos os parceiros. As empresas farmacêuticas Grünenthal GmbH e GSK são os principais patrocinadores da Plataforma para o Impacto Social da Dor (SIP)