ENZO BENEVENTO
FISIOTERAPIA

DOR · MATERIAL DE ESTUDO

Definição de Dor e Multidimensionalidade

O que mudou na definição da IASP em 2020, o que cada nota significa na prática e como avaliar as dimensões da dor

ENZO BENEVENTO FISIOTERAPIA · NOVEMBRO DE 2026

DOR

Definição de Dor e Multidimensionalidade

O que mudou na definição da IASP em 2020, o que cada nota significa na prática e como avaliar as dimensões da dor

Em 2020, a IASP revisou a definição de dor pela primeira vez desde 1979. Este material mostra o que mudou e por quê, o que cada uma das seis notas significa na avaliação, por que dor e nocicepção são fenômenos diferentes e como avaliar as dimensões da experiência de dor.

SUMÁRIO

1.	A definição de dor da IASP	3
2.	O que cada nota muda na prática	5
3.	Dor e nocicepção	6
4.	A dor é multidimensional	8
5.	Resumo e frases para fixar	10
6.	Autoavaliação	11
7.	Referências verificadas	12

1. A definição de dor da IASP

Definir dor parece simples até alguém tentar. A definição da International Association for the Study of Pain (IASP) é a referência usada por clínicos, pesquisadores e pela Organização Mundial da Saúde, e em 2020 ela foi revista pela primeira vez desde 1979. Entender o que mudou, e por quê, ajuda a avaliar a dor e a explicá-la ao paciente com mais precisão.

A definição e as seis notas

DEFINIÇÃO DE DOR (IASP, 2020)

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

A redação acima é a tradução oficial da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). A definição vem acompanhada de seis notas, que fazem parte dela:

1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.
3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.
5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.
6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

Fontes: DeSantana et al., 2020 (tradução oficial da SBED); Raja et al., 2020.

De 1979 a 2020: o que mudou

A definição de 1979, recomendada pelo Subcomitê de Taxonomia da IASP, descrevia a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, **ou descrita nos termos dessa lesão**. Ela foi adotada no mundo todo e, embora a lista de termos associados tenha sido atualizada em 1986, 1994 e 2011, a definição em si ficou igual por mais de quatro décadas.

Em 2018, a IASP formou uma força-tarefa de 14 especialistas de vários países, com experiência clínica e em ciência básica, para decidir se a definição deveria mudar. O grupo trabalhou por quase dois anos com um método Delphi modificado, ouviu especialistas em ética, filosofia e

linguística e abriu uma consulta pública entre agosto e setembro de 2019, que recebeu 808 respostas de 46 países. A versão final foi aprovada por unanimidade pelo Conselho da IASP no início de 2020. As principais decisões da força-tarefa foram estas:

Ponto	O que aconteceu	Por quê
"Ou descrita nos termos dessa lesão"	Saiu. Entrou "ou semelhante àquela associada".	A expressão pressupunha relato verbal e deixava de fora quem não se comunica: recém-nascidos, pessoas com comprometimento cognitivo ou de linguagem e animais.
"Associada a"	Ficou. A força-tarefa chegou a propor "tipicamente causada por" e voltou atrás.	"Associada a" não indica relação de causa e efeito e reduz o peso da lesão na definição.
"Desagradável"	Ficou. Chegou a ser trocada por "aversiva" na proposta de 2019.	"Desagradável" é mais fácil de entender e de traduzir.
"Subjetiva" (proposta de 2019)	Virou "pessoal" na nota 1.	"Subjetiva" podia ser lida como "não objetiva" ou "não real".
Nota explicativa	O texto corrido deu lugar a seis notas em tópicos, mais a etimologia da palavra.	Destacar, em frases curtas, o que não cabe numa definição de uma linha.

Fonte: Raja et al., 2020.

O que não mudou também importa. A dor continua definida como **experiência**, com componente sensitivo e emocional. A referência à lesão tecidual foi mantida para distinguir a dor de outras experiências desagradáveis, como náusea, coceira e tontura. A definição vale para dor aguda e crônica, para qualquer mecanismo (nociceptivo, neuropático ou nociplástico) e para seres humanos e outros animais, e foi escrita do ponto de vista de quem sente a dor.

A decisão não agradou a todos. Parte da força-tarefa, em linha com boa parte da consulta pública, achou que a lesão tecidual ainda tem destaque demais: na dor neuropática, a dor pode ser sentida longe da lesão do nervo, e na dor nociplástica não há papel comprovado de lesão tecidual. Outros membros consideraram que a expressão "semelhante àquela associada" já contempla esses casos. A consulta pública também se dividiu: 41,7% dos participantes ficaram satisfeitos com a proposta inicial e 41,5%, insatisfeitos.

A nova definição traz ainda a etimologia da palavra inglesa *pain*: do latim *poena* (pena, punição), que vem do grego *poinē* (pagamento, castigo). A força-tarefa a incluiu para lembrar o sentido de castigo que a palavra carrega. Em português, "dor" vem do latim *dolor*.

2. O que cada nota muda na prática

Cada nota tem consequência direta para a avaliação e o tratamento:

Nota	Na prática
1. Experiência pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais	Investigue os três tipos de fator em toda avaliação, como parte da anamnese, e não só quando o quadro "não fecha".
2. Dor e nocicepção são diferentes	A intensidade relatada não mede a quantidade de lesão. Dor sem lesão visível, ou maior do que a lesão sugere, continua sendo dor.
3. O conceito de dor é aprendido	Crenças, cultura e experiências anteriores moldam o significado da dor e o jeito de relatá-la. Pergunte o que a pessoa acha que a dor significa: é sobre esse significado que a educação em dor trabalha.
4. O relato deve ser respeitado	O relato é a principal fonte de informação sobre a dor. Escalas, testes e exames complementam a avaliação, mas não servem para desmentir a dor relatada.
5. A dor costuma ser adaptativa, mas pode prejudicar	A dor aguda costuma proteger. Quando persiste, pode prejudicar a função e o bem-estar social e psicológico, que também entram na avaliação e no tratamento.
6. Falar é só uma das formas de expressar dor	Quem não se comunica também pode sentir dor. Use escalas de observação do comportamento, validadas para cada população.

Respeitar o relato não dispensa a avaliação: significa levar a queixa a sério e investigá-la, em vez de desacreditá-la. A força-tarefa registra que exames de imagem cerebral ajudam a estudar os mecanismos da dor, mas não substituem o relato verbal em seres humanos (Raja et al., 2020).

Quando a pessoa não consegue relatar a dor

Nesses casos, a avaliação se apoia em comportamentos como expressão facial, movimentos e vocalização. Algumas escalas de observação (prefira as versões validadas para o português do Brasil):

- **PAINAD:** demência avançada; cinco itens e escore de 0 a 10 (Warden et al., 2003).
- **BPS (Behavioral Pain Scale):** paciente crítico sedado e em ventilação mecânica; pontua expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador (Payen et al., 2001).
- **CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool):** paciente crítico sem comunicação verbal, consciente ou não (Gélinas et al., 2006).
- **FLACC:** crianças que não verbalizam a dor; validada de 2 meses a 7 anos no pós-operatório, pontua face, pernas, atividade, choro e consolabilidade (Merkel et al., 1997).

3. Dor e nocicepção

Duas coisas diferentes

Para a IASP, **nocicepção** é o processo neural de codificação de estímulos nocivos, isto é, de estímulos que lesionam ou ameaçam lesionar tecidos normais. As consequências dessa codificação podem ser autonômicas, como o aumento da pressão arterial, ou comportamentais, do reflexo de retirada a comportamentos de proteção mais complexos. A própria definição avisa: nocicepção não implica, necessariamente, sensação de dor.

Dor é a experiência. Ela costuma acompanhar a nocicepção, mas não é a mesma coisa, e a nota 2 da definição diz exatamente isso: a dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.

Uma pode existir sem a outra

- **Nocicepção sem dor.** Sob anestesia geral, o estímulo cirúrgico ativa a nocicepção e pode elevar a pressão arterial, sem experiência de dor. Na Segunda Guerra Mundial, o anestesiologista Henry Beecher entrevistou 215 soldados gravemente feridos na Itália, e cerca de um terço disse não sentir dor (Beecher, 1946).
- **Dor sem estímulo nocivo no local.** Na dor do membro fantasma, a dor é sentida num membro que não existe mais; ela vem de lesão do sistema nervoso, e não do tecido onde é sentida. Na **alodínia**, um estímulo que normalmente não dói, como um toque leve, provoca dor. Alodínia é um termo clínico: descreve o fenômeno sem indicar o mecanismo.
- **Dor que não acompanha a lesão.** A intensidade da dor e as alterações estruturais vistas na imagem muitas vezes não andam juntas, como na artrose de joelho (Raja et al., 2020).

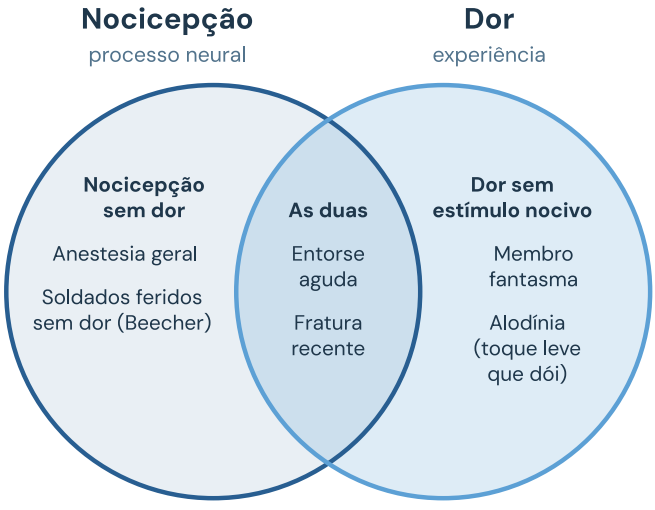


Figura 1. Dor e nocicepção se sobrepõem com frequência, mas uma pode existir sem a outra.
Crédito: definições da IASP; exemplos de Beecher (1946) e Raja et al. (2020).

Por isso o modelo linear, em que mais lesão significa sempre mais dor, não se sustenta.

Três descritores de mecanismo

A IASP usa três descritores para o mecanismo que predomina na dor:

Descritor	Definição da IASP
Nociceptiva	Dor que surge de lesão real ou ameaça de lesão a tecido não neural e se deve à ativação de nociceptores.
Neuropática	Dor causada por lesão ou doença do sistema nervoso somatossensitivo.
Nociplástica	Dor que surge de nocicepção alterada, sem evidência clara de lesão tecidual real ou ameaça de lesão que ative nociceptores periféricos, nem de doença ou lesão do sistema somatossensitivo que cause a dor.

Acredita-se que a dor nociplástica seja comum e participe de condições crônicas frequentes, como fibromialgia, dor lombar e cefaleia (Raja et al., 2020).

PONTO-CHAVE

Confundir dor com nocicepção é um erro conceitual frequente. Dor intensa não prova lesão grave, e lesão grave pode doer pouco. A nota numa escala de dor mede a intensidade da experiência, não a quantidade de dano no tecido.

4. A DOR É MULTIDIMENSIONAL

As três dimensões clássicas

Em 1968, Ronald Melzack e Kenneth Casey propuseram que a dor tem três dimensões que interagem:

- **sensório-discriminativa:** onde dói, quanto dói, como é a dor e como ela varia no tempo;
- **afetivo-motivacional:** o quanto a dor é desagradável e o impulso de se proteger ou de fugir dela;
- **cognitivo-avaliativa:** o significado que a pessoa dá à dor, a partir de experiências anteriores, crenças e contexto.

O Questionário de Dor McGill nasceu dessa ideia: seus descritores se dividem em três classes principais, sensitivos, afetivos e avaliativos (Melzack, 1975).

A dimensão comportamental e social

Na clínica, costuma-se somar uma quarta dimensão, comportamental e social, que vem do modelo biopsicossocial, hoje a abordagem mais aceita para a dor crônica (Gatchel et al., 2007). Ela reúne o que a pessoa passa a fazer ou deixa de fazer por causa da dor: a evitação, o trabalho, os papéis na família e a participação social. A nota 1 da IASP vai na mesma direção ao incluir os fatores sociais.

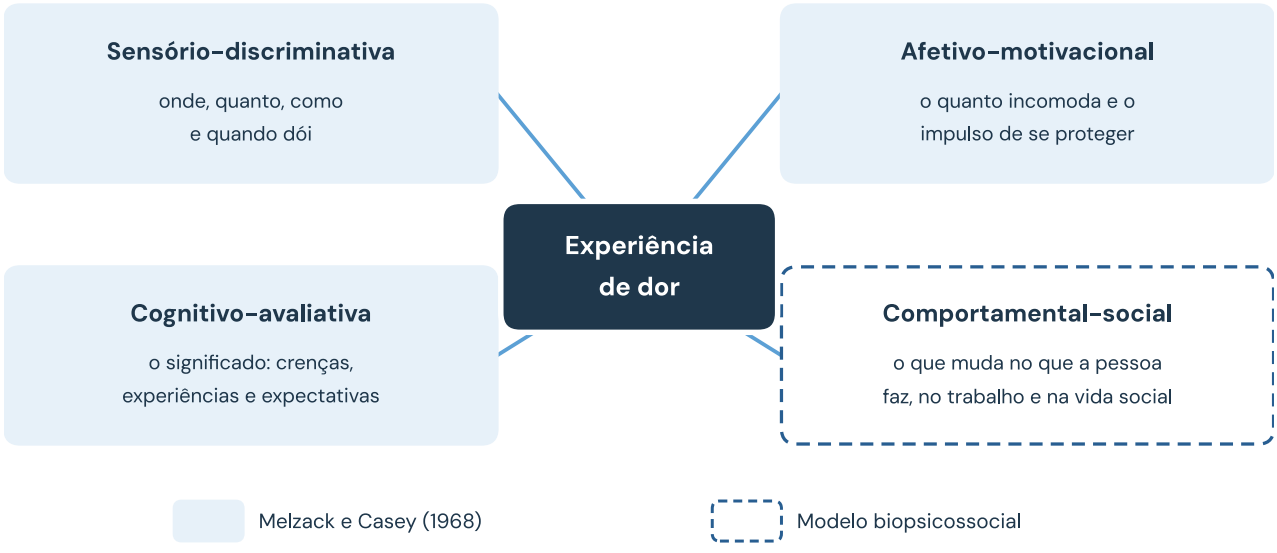


Figura 2. As quatro dimensões da experiência de dor. As três primeiras foram propostas por Melzack e Casey (1968); a comportamental e social vem do modelo biopsicossocial.
Crédito: elaborado a partir de Melzack e Casey (1968) e Gatchel et al. (2007).

Como avaliar cada dimensão

Dimensão	O que avaliar	Exemplos de instrumentos
Sensório-discriminativa	Intensidade, localização, qualidade e padrão no tempo	Escala visual analógica (EVA), escala numérica, mapa corporal da dor, Questionário McGill, DN4 (rastreio de dor neuropática)
Afetivo-motivacional	Desagrado, sofrimento, humor, ansiedade e depressão	HADS (ansiedade e depressão), PHQ-9 (depressão), GAD-7 (ansiedade)
Cognitivo-avaliativa	Significado, crenças, catastrofização, medo do movimento, autoeficácia e expectativas	PCS (catastrofização), TSK (cinesiofobia), FABQ (crenças de medo e evitação), PSEQ (autoeficácia)
Comportamental-social	Evitação, função, trabalho e participação	Oswestry (ODI) e Roland-Morris (coluna lombar), DASH (membro superior), PSFS (atividades escolhidas pelo paciente), SF-36 (qualidade de vida)

As fronteiras não são rígidas. A catastrofização e o medo do movimento têm componentes afetivos e cognitivos, e o McGill passa por mais de uma dimensão. Escolha poucos instrumentos, de acordo com a pergunta clínica, e prefira versões validadas para o português do Brasil.

Na prática: uma pergunta por dimensão

1. **Sensório-discriminativa:** "Onde dói, quanto dói, como é essa dor e o que faz ela piorar ou melhorar?"
2. **Afetivo-motivacional:** "Como você tem se sentido com essa dor? Quanto ela tem incomodado você?"
3. **Cognitivo-avaliativa:** "O que você acha que está causando essa dor? O que você tem medo de que aconteça?"
4. **Comportamental-social:** "O que você deixou de fazer por causa da dor? Como estão o trabalho, a casa e o lazer?"

5. Resumo e frases para fixar

O quê	Detalhe	Fonte
Definição de dor da IASP	Experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial	IASP 2020; tradução da SBED
Definição anterior	De 1979, sem mudanças por mais de quatro décadas	Raja et al., 2020
Força-tarefa	14 especialistas de vários países, de 2018 a 2020	Raja et al., 2020
Consulta pública	808 respostas de 46 países, em 2019	Raja et al., 2020
Notas	Seis, mais a etimologia	Raja et al., 2020
Soldados gravemente feridos sem dor	Cerca de 1 em cada 3, entre 215	Beecher, 1946
Dimensões clássicas	Sensório-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa	Melzack e Casey, 1968

Frases para fixar

- Dor é experiência; nocicepção é processo neural. Uma pode existir sem a outra.
- A definição de 2020 trocou “descrita nos termos dessa lesão” por “semelhante àquela associada”: quem não fala também pode sentir dor.
- “Associada a” não quer dizer “causada por”: a lesão é referência, não condição.
- O relato da pessoa deve ser respeitado. Escalas e exames complementam a avaliação, não desmentem a dor.
- A nota na escala mede a intensidade da experiência, não a quantidade de lesão.
- Avaliar dor é olhar quatro dimensões: a sensação, o afeto, o significado e o que muda na vida da pessoa.

6. Autoavaliação

1. Qual é a definição de dor da IASP de 2020, e qual expressão da definição de 1979 ela substituiu?
2. Por que a força-tarefa retirou a expressão “descrita nos termos dessa lesão”?
3. Por que a referência à lesão tecidual foi mantida, e por que se preferiu “associada a” a “causada por”?
4. Por que a palavra “subjetiva”, da proposta de 2019, virou “pessoal” na versão final?
5. Como a IASP define nocicepção, e o que significa dizer que ela não implica sensação de dor?
6. Dê um exemplo de nocicepção sem dor e um de dor sem estímulo nocivo no local onde é sentida.
7. O que é alodínia, e por que ela é considerada um termo clínico?
8. Como a IASP define dor nociplástica?
9. Quais são as três dimensões da dor propostas por Melzack e Casey, e qual dimensão a prática clínica costuma somar a elas?
10. Que escala de observação você usaria num paciente com demência avançada e num paciente crítico sedado e em ventilação mecânica?

Gabarito

1. “Uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.” Ela substituiu “ou descrita nos termos dessa lesão” por “ou semelhante àquela associada”.
2. Porque a expressão pressupunha relato verbal e deixava de fora quem não se comunica: recém-nascidos, pessoas com comprometimento cognitivo ou de linguagem e animais.
3. A lesão foi mantida para distinguir a dor de outras experiências desagradáveis, como náusea, coceira e tontura. “Associada a” não indica relação de causa e efeito e reduz o peso da lesão na definição.
4. Porque “subjetiva” podia ser lida como “não objetiva” ou “não real”. “Pessoal” mantém a ideia de que a experiência é única de cada indivíduo.
5. É o processo neural de codificação de estímulos nocivos. Ela pode gerar respostas autonômicas ou comportamentais sem que haja experiência de dor.
6. Nocicepção sem dor: o estímulo cirúrgico sob anestesia geral, ou o terço dos soldados gravemente feridos estudados por Beecher que dizia não sentir dor. Dor sem estímulo nocivo no local: a dor do membro fantasma.
7. É a dor provocada por um estímulo que normalmente não dói, como um toque leve. É um termo clínico porque descreve o fenômeno sem indicar o mecanismo.
8. Dor que surge de nocicepção alterada, sem evidência clara de lesão tecidual real ou ameaça de lesão que ative nociceptores periféricos, nem de doença ou lesão do sistema somatossensitivo que cause a dor.
9. Sensório-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa. A prática costuma somar a dimensão comportamental e social, que vem do modelo biopsicossocial.
10. PAINAD na demência avançada; BPS ou CPOT no paciente crítico sedado e em ventilação mecânica.

7. Referências verificadas

Consultadas em 16 de novembro de 2026.

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976–1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
2. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Definição de dor revisada após quatro décadas. BrJP. 2020;3(3):197–198. doi:10.5935/2595-0118.20200191
3. IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain. 1979;6(3):249. PubMed 460932
4. IASP Task Force on Taxonomy. Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. In: Merskey H, Bogduk N, editores. Classification of Chronic Pain. 2. ed. Seattle: IASP Press; 1994. Lista atualizada em 2011.
5. Beecher HK. Pain in men wounded in battle. Ann Surg. 1946;123(1):96–105. PMC1803463
6. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. In: Kenshalo DR, editor. The Skin Senses. Springfield: Charles C Thomas; 1968. p. 423–443.
7. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1(3):277–299. doi:10.1016/0304-3959(75)90044-5
8. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007;133(4):581–624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
9. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003;4(1):9–15. doi:10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7
10. Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med. 2001;29(12):2258–2263. doi:10.1097/00003246-200112000-00004
11. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. Am J Crit Care. 2006;15(4):420–427. PubMed 16823021
12. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs. 1997;23(3):293–297. PubMed 9220806



ENZO BENEVENTO

FISIOTERAPIA