ENZO BENEVENTO
FISIOTERAPIA

DOR · MATERIAL DE ESTUDO

Epidemiologia e Carga Global da Dor

Quanto a dor pesa no mundo e no Brasil, por que tratar mais não trouxe resultados melhores e onde entra o fisioterapeuta

ENZO BENEVENTO FISIOTERAPIA · NOVEMBRO DE 2026

DOR

Epidemiologia e Carga Global da Dor

Quanto a dor pesa no mundo e no Brasil, por que tratar mais não trouxe resultados melhores e onde entra o fisioterapeuta

A dor lombar é a principal causa de incapacidade do planeta, e a dor está entre as contas mais caras dos sistemas de saúde. Este material mostra como essa carga é medida, quanto ela pesa no mundo e no Brasil, por que gastar mais com exames e procedimentos não melhorou os resultados e por que o fisioterapeuta é peça central da resposta.

SUMÁRIO

1.	A dor como problema de saúde pública	3
2.	O paradoxo do excesso de tratamento	9
3.	O fisioterapeuta como profissional de alto valor	14
4.	Resumo e números para memorizar	16
5.	Autoavaliação	17
6.	Referências verificadas	18

1. A dor como problema de saúde pública

A dor musculoesquelética está no topo da incapacidade mundial: a dor lombar é, sozinha, a principal causa de anos vividos com incapacidade no planeta. Para entender por que esse dado é sólido, e para não cair em comparações erradas, é preciso saber primeiro como se mede a carga de uma doença.

Como se mede a carga de uma doença

O Global Burden of Disease (GBD), coordenado pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), compara centenas de doenças e lesões com uma moeda comum. Ela tem dois componentes:

- **AVP, anos de vida perdidos** (YLL, na sigla em inglês): os anos que deixam de ser vividos por causa de morte prematura.
- **AVI, anos vividos com incapacidade** (YLD): a prevalência de cada estado de saúde multiplicada pelo seu peso de incapacidade, um número entre 0 (saúde plena) e 1 (equivalente à morte) que cresce com a gravidade.
- **DALY** (anos de vida ajustados por incapacidade) é a soma dos dois: DALY = AVP + AVI.

Na dor lombar, o GBD não atribui mortes. Cada óbito só pode ser contado uma vez e vai para a causa final (uma overdose de opioide, por exemplo, entra como overdose). Por isso, na dor lombar o DALY é igual ao AVI. É essa a razão de a dor quase não aparecer em rankings de mortalidade e liderar os rankings de incapacidade.



Figura 1. Os dois componentes da carga de doença no GBD. Na dor lombar não há mortes atribuídas, então toda a carga é incapacidade.

Crédito: elaborado a partir da metodologia descrita em GBD 2021 Low Back Pain Collaborators (2023).

PONTO-CHAVE

Quando alguém disser que a dor “pesa mais” que outra doença, pergunte em qual métrica. Em AVI, a dor lombar é a primeira causa do mundo. Em DALY, que soma as mortes, as doenças que matam ganham peso. Comparar sem dizer a métrica é comparar coisas diferentes.

A dor lombar lidera a incapacidade no mundo

A estimativa mais recente do GBD para a dor lombar (GBD 2021, publicada em 2023) cobre 204 países e territórios. Para o estudo, dor lombar é dor na região entre a 12ª costela e a prega glútea, com ou sem irradiação para os membros inferiores, que dura pelo menos um dia.

Indicador	Valor	Detalhe
Pessoas com dor lombar em 2020	619 milhões	intervalo de incerteza de 95%: 554 a 694 milhões; cerca de 1 em cada 13 pessoas
Variação de casos entre 1990 e 2020	+60,4%	efeito do crescimento e do envelhecimento da população
Taxa de prevalência padronizada por idade	7.460 por 100 mil	queda de 10,4% desde 1990
AVI por dor lombar em 2020	69,0 milhões	cerca de 8% de toda a incapacidade do planeta; principal causa de AVI
Projeção para 2050	843 milhões	+36,4% em relação a 2020
AVI atribuíveis a fatores modificáveis	38,8%	exposição ocupacional ergonômica 22,0%; tabagismo 12,5%; IMC elevado 11,5%

Fontes: GBD 2021 Low Back Pain Collaborators, 2023; OMS, 2023.

Três leituras dessa tabela valem para a prova e para a clínica.

Contagem e taxa contam histórias diferentes. O número de casos subiu 60% em trinta anos, mas a taxa padronizada por idade caiu cerca de 10%. O risco de cada pessoa não aumentou; o que aumentou foi o número de pessoas, e de pessoas mais velhas. A projeção para 2050 segue a mesma lógica: o crescimento vem primeiro do aumento da população e depois do envelhecimento.

A dor lombar acompanha a idade. A prevalência sobe com a idade e atinge o pico por volta dos 85 anos; a maior taxa de AVI está entre 80 e 84 anos. As mulheres têm taxa padronizada maior que os homens (9.330 contra 5.520 por 100 mil). Mesmo com o pico na velhice, o peso em idade de trabalho é enorme, porque essa faixa concentra muita gente e é onde a dor custa afastamento e produtividade.

Os fatores de risco se sobrepõem. Os três fatores modificáveis explicam juntos 38,8% dos AVI. Os percentuais individuais somam mais que isso porque uma mesma pessoa pode ter mais de um fator ao mesmo tempo.

O quadro se repete em escala maior: segundo a Organização Mundial da Saúde, 1,71 bilhão de pessoas vivem com alguma condição musculoesquelética, e a dor lombar é a principal causa de incapacidade em 160 países (dados do GBD 2019).

Fonte: OMS, Musculoskeletal health, 2022.

Um dado da Série Lancet sobre dor lombar ajuda a entender o resto deste material: para quase todas as pessoas com dor lombar não é possível identificar uma causa nociceptiva específica. Só uma pequena parte tem uma causa patológica bem compreendida, como fratura vertebral, neoplasia ou infecção.

Fonte: Hartvigsen et al., 2018.

PONTO-CHAVE

A dor lombar segue como a principal causa de anos vividos com incapacidade no mundo. O número de pessoas com dor cresce porque a população cresce e envelhece, não porque o risco individual aumentou. Para o fisioterapeuta, isso significa mais demanda a cada ano e uma clientela cada vez mais velha.

Quantas pessoas vivem com dor crônica

Definição. Dor crônica é a dor que persiste ou recorre por mais de 3 meses. Essa definição da International Association for the Study of Pain (IASP) entrou na CID-11, em vigor desde 1º de janeiro de 2022, que pela primeira vez deu à dor crônica códigos próprios (MG30). São sete grupos:

- **Dor crônica primária** (MG30.0): a dor como doença em si, como na fibromialgia e na dor lombar inespecífica.
- **Dor crônica secundária**, em que a dor nasce de outra condição: relacionada ao câncer (MG30.1), pós-cirúrgica ou pós-traumática (MG30.2), neuropática (MG30.3), cefaleia ou dor orofacial secundária (MG30.4), visceral secundária (MG30.5) e musculoesquelética secundária (MG30.6).

Fontes: Treede et al., 2019; European Pain Federation, ICD-11 and Chronic Pain.

Os números. As estimativas de prevalência variam muito, e quase toda a variação vem de três escolhas: o tempo mínimo de dor (3 ou 6 meses), a frequência exigida (qualquer dor ou dor na maioria dos dias) e quem foi amostrado.

População	Estimativa	Definição e fonte
Adultos no mundo	cerca de 20% com dor; 10% com novo diagnóstico de dor crônica a cada ano	estimativa de síntese (Goldberg e McGee, 2011)
Adultos em países de baixa e média renda	34% (IC 95%: 26 a 42%)	dor crônica sem causa clara; revisão de estudos de 28 países (Jackson et al., 2016)
Adultos de 25 anos ou mais em 52 países	27,5% (de 9,9% a 50,3% conforme o país)	dor em geral, não só crônica; World Health Survey 2002 a 2004 (Zimmer et al., 2022)
Adultos nos EUA, 2023	24,3%; 8,5% com alto impacto	dor na maioria dos dias ou em todos os dias nos últimos 3 meses (Lucas e Sohi, 2024)
Adultos no Brasil	35,7% (IC 95%: 30,4 a 41,2%)	dor por mais de 3 meses; metanálise de estudos populacionais de 2005 a 2020 (Santiago et al., 2023)
Idosos no Brasil	47,3% (IC 95%: 33,7 a 61,1%)	mesma metanálise
Adultos no Brasil, inquérito nacional por telefone	39%	dor por 6 meses ou mais; 723 entrevistados (de Souza et al., 2017)

Dor crônica de alto impacto. É a dor crônica que limita a vida ou o trabalho na maioria dos dias. O conceito separa quem convive com dor de quem é incapacitado por ela, e é o grupo que mais procura serviços de saúde. Nos EUA, a dor crônica vai de 12,3% entre 18 e 29 anos a 36,0% a partir dos 65 anos; a de alto impacto, de 3,0% a 13,5% nas mesmas faixas.

O retrato brasileiro. Na metanálise de 2023, os estudos com adultos variaram de 23,0% a 41,4%. A dor crônica se associou a sexo feminino, idade mais alta, menor escolaridade, atividade profissional intensa, consumo excessivo de álcool, tabagismo, obesidade central, transtornos do humor e sedentarismo, e foi mais frequente no Sudeste e no Sul. Quase metade das pessoas com dor crônica, adultas ou idosas, relatou incapacidade causada pela dor.

Fonte: Santiago et al., 2023.

PONTO-CHAVE

No Brasil, cerca de 1 em cada 3 adultos e quase metade dos idosos vivem com dor crônica, e metade deles com incapacidade. Antes de comparar números de prevalência, confira a definição de caso: 3 ou 6 meses, qualquer dor ou dor frequente.

Quanto custa a dor

Estados Unidos, custo total. A estimativa clássica usou a pesquisa nacional de gastos médicos (MEPS) de 2008, quando cerca de 100 milhões de adultos americanos tinham dor crônica, incluindo dor articular e artrite. O custo da dor ficou entre US$ 560 e 635 bilhões por ano, em

dólares de 2010:

- US$ 261 a 300 bilhões em custos de saúde adicionais;
- US$ 299 a 335 bilhões em perda de produtividade.

Esse valor supera o custo anual das doenças cardíacas (US$ 309 bilhões), do câncer (US$ 243 bilhões) e do diabetes (US$ 188 bilhões). Mesmo a soma de câncer e diabetes (US$ 431 bilhões) fica abaixo do piso da estimativa. Os autores a consideram conservadora, porque ficaram de fora moradores de instituições de longa permanência, crianças, militares e pessoas presas.

Fonte: Gaskin e Richard, 2012.

Estados Unidos, gasto por condição. Considerando só os gastos com serviços de saúde, a dor lombar e cervical foi, em 2016, a condição de maior gasto entre 154 analisadas: US$ 134,5 bilhões. Em segundo lugar ficaram as outras doenças musculoesqueléticas (US$ 129,8 bilhões) e, em terceiro, o diabetes (US$ 111,2 bilhões).

Fonte: Dieleman et al., 2020.

Brasil. Um estudo com bases nacionais de dados de 2012 a 2016 estimou o custo social da dor lombar:

Indicador	Valor (2012 a 2016)
Custo social total	US$ 2,2 bilhões
Parcela devida à perda de produtividade	79%
Gastos com saúde	US$ 460 milhões
Exames de imagem	mais de 880 mil
Dias de afastamento do trabalho	59 milhões
Média de dias afastados por pessoa, por ano	entre 83 e 100

Fonte: Carregaro et al., 2020.

Os autores chamam atenção para o uso extenso de exames de imagem, desaconselhado pelas diretrizes, um tema que volta mais adiante.

PONTO-CHAVE

A maior parte da conta da dor não está no hospital: é perda de produtividade, pouco mais da metade nos EUA e 79% no Brasil. Intervenções que devolvem função e trabalho atuam justamente nessa parte.

Dor visceral: a carga que costuma ficar de fora

A dor que vem de órgãos torácicos, abdominais ou pélvicos é causa comum de consultas, e um terço das pessoas com dor crônica relata que órgãos viscerais contribuem para o seu sofrimento. A inervação visceral é esparsa; por isso a dor visceral tende a ser difusa, é referida para estruturas somáticas e é difícil de localizar.

Fonte: Gebhart e Bielefeldt, 2016.

A síndrome do intestino irritável (SII), a condição de dor visceral mais estudada, mostra bem como a definição de caso muda o número:

Critério diagnóstico	Prevalência	Fonte
Critérios variados (Manning, Roma I, Roma II e outros)	11,2% (IC 95%: 9,8 a 12,8%)	Lovell e Ford, 2012: 81 estudos, 260.960 pessoas
Roma III	9,2% (IC 95%: 7,6 a 10,8%)	Oka et al., 2020
Roma IV	3,8% (IC 95%: 3,1 a 4,5%)	Oka et al., 2020
Roma IV, estudo global da Fundação Roma	4,1% pela internet; 1,5% em entrevistas domiciliares	Sperber et al., 2021: 33 países, 73.076 adultos

O critério Roma IV, mais restritivo, derrubou a prevalência para menos da metade da registrada com Roma III. A condição é a mesma; a régua mudou.

PONTO-CHAVE

Como a dor visceral é difusa e referida para estruturas somáticas, ela pode se apresentar como dor musculoesquelética. A triagem de origem visceral faz parte da avaliação do fisioterapeuta.

2. O paradoxo do excesso de tratamento

Nos Estados Unidos, gastar muito mais com a coluna não melhorou a saúde de quem tem dor na coluna. Esse é o paradoxo, e ele está documentado com dados nacionais.

Mais gasto, mais limitação

A mesma pesquisa nacional de gastos médicos (MEPS) acompanhou adultos com problemas de coluna entre 1997 e 2005:

- o gasto total com esse grupo subiu 65%, já descontada a inflação, mais rápido que o gasto geral em saúde;
- o gasto médio por pessoa com problema de coluna foi de US$ 4.695 para US$ 6.096 (contra US$ 2.731 e US$ 3.516 em quem não tinha o problema), em dólares de 2005;
- a proporção com limitação funcional física subiu de 20,7% para 24,7%;
- saúde mental, função física e limitações no trabalho, na escola e na vida social estavam piores em 2005 que em 1997.

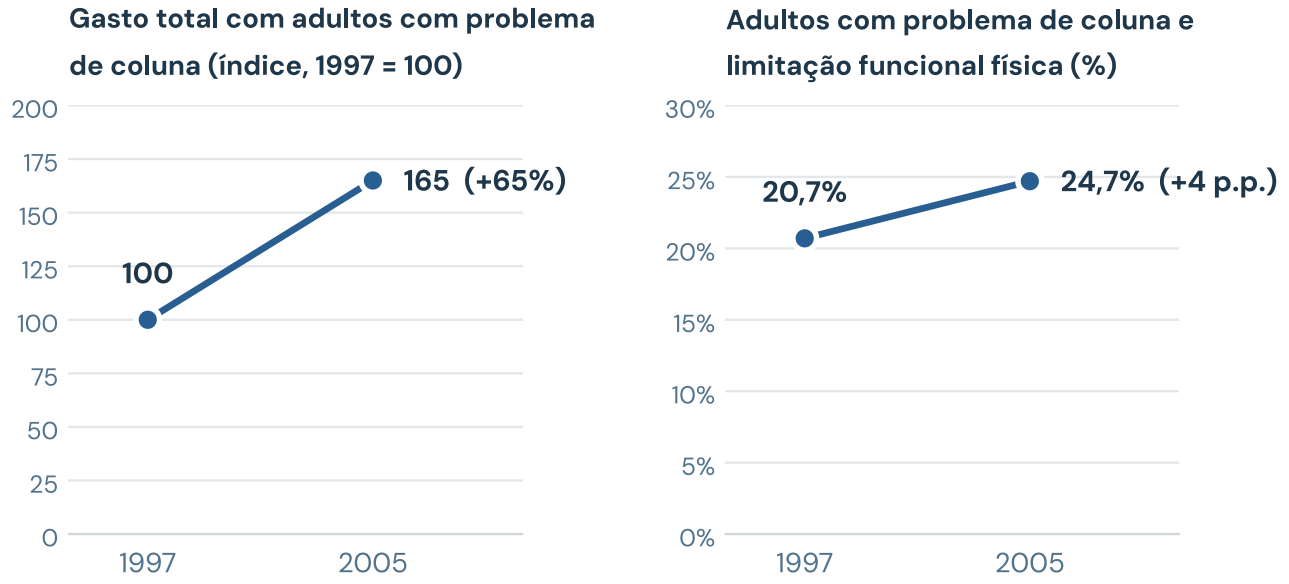


Figura 2. Entre 1997 e 2005, o gasto total com adultos com problemas de coluna nos EUA subiu 65% (ajustado pela inflação) e a proporção com limitação funcional física também subiu.
Crédito: dados de Martin et al. (2008).

Fonte: Martin et al., 2008.

O que cresceu nesse período

Indicador nos EUA	Aumento	Período
Ressonâncias lombares no Medicare	+307%	intervalo de 12 anos
Prescrições de opioides para problemas de coluna	+108% (gasto +423%)	1997 a 2004
Injeções epidurais no Medicare	+271% (gasto +629% em cerca de uma década)	intervalo de 7 anos
Injeções facetárias no Medicare	+231%	mesmo levantamento
Taxa de artrodese lombar	+220%	1990 a 2001
Beneficiários de auxílio-incapacidade por doença musculoesquelética	de 20,6% para 25,4%	1996 a 2005

Fonte: Deyo et al., 2009.

O salto não se explica por mais dor na população: a proporção de consultas por dor nas costas mudou pouco desde 1990, e cerca de um quarto dos adultos americanos relatava dor nas costas nos 3 meses anteriores, como em levantamentos antigos. Os autores concluem que esses aumentos não vieram acompanhados de melhora populacional de desfechos nem de queda da incapacidade.

Por que mais tratamento não trouxe mais resultado

Parte da explicação está no modelo que orienta o cuidado. O **modelo linear** procura uma lesão que explique a dor e um procedimento que corrija a lesão. Ele funciona para fratura, infecção e neoplasia, mas falha na maioria dos casos, em que não há causa nociceptiva específica identificável.

O **modelo biopsicossocial** trata a dor persistente como resultado de uma rede de fatores que interagem. A Série Lancet destaca:

- **risco de relatar dor lombar:** trabalho fisicamente exigente, comorbidades físicas e mentais, tabagismo, obesidade e baixo nível socioeconômico;
- **risco de a dor persistir e incapacitar:** dor inicial intensa, sofrimento psicológico e dor em vários locais do corpo;
- **mecanismos:** modulação central da dor e cognições sobre a dor (o que a pessoa acredita que a dor significa);
- **contexto:** cultura local, sistemas sociais e crenças sobre causa e efeito influenciam custo, uso de serviços e incapacidade.

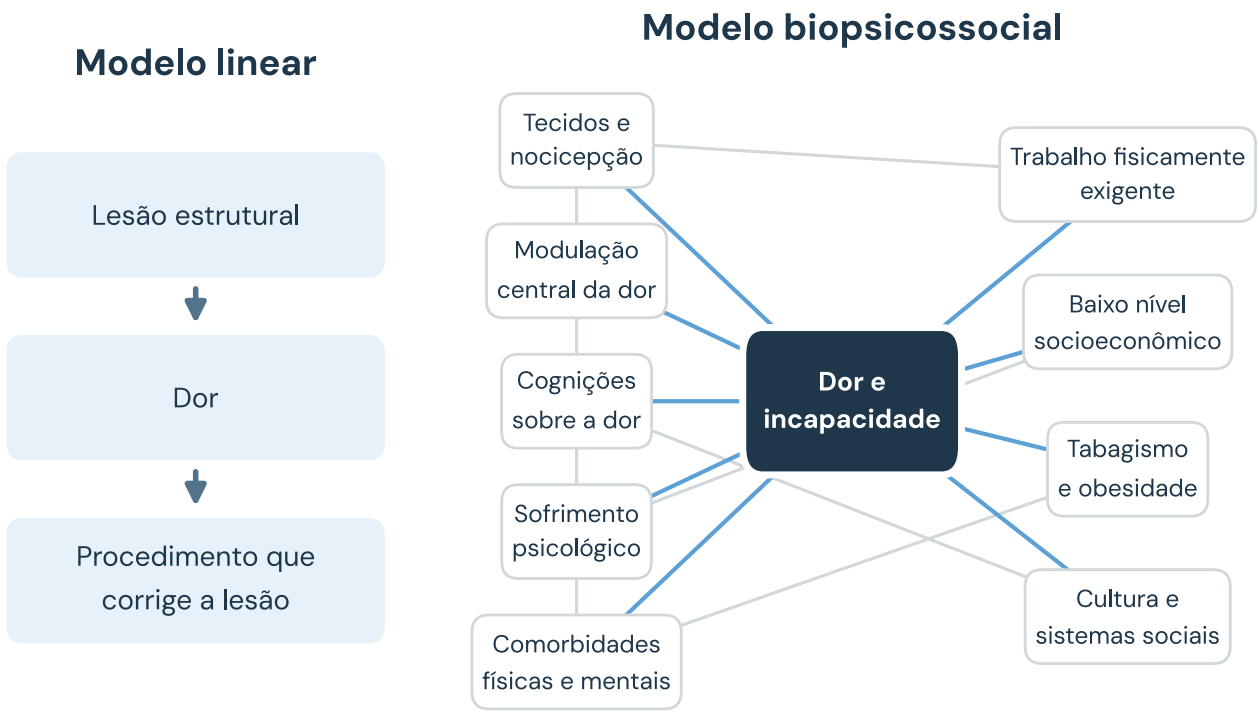


Figura 3. Modelo linear e modelo biopsicossocial. No primeiro, a dor é um efeito direto de uma lesão estrutural; no segundo, é o resultado de fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagem.
Crédito: fatores listados em Hartvigsen et al. (2018).

Fontes: Hartvigsen et al., 2018; Foster et al., 2018.

A conclusão da Série Lancet é direta: há uso inadequadamente alto de exames de imagem, repouso, opioides, injeções na coluna e cirurgia, e pouco uso dos tratamentos de primeira linha. Fazer mais do mesmo não vai reduzir a incapacidade por dor lombar.

Achados de imagem: comuns em quem não sente dor

Uma revisão sistemática reuniu 33 estudos com 3.110 pessoas **sem dor** que fizeram tomografia ou ressonância da coluna e estimou a prevalência de cada achado por idade:

Achado de imagem	20 anos	30 anos	40 anos	50 anos	60 anos	70 anos	80 anos
Degeneração discal	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Perda de sinal do disco	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Perda de altura do disco	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Abaulamento discal	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Protrusão discal	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Fissura anular	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Degeneração facetária	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Espondilolistese	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

Fonte: Brinjikji et al., 2015.

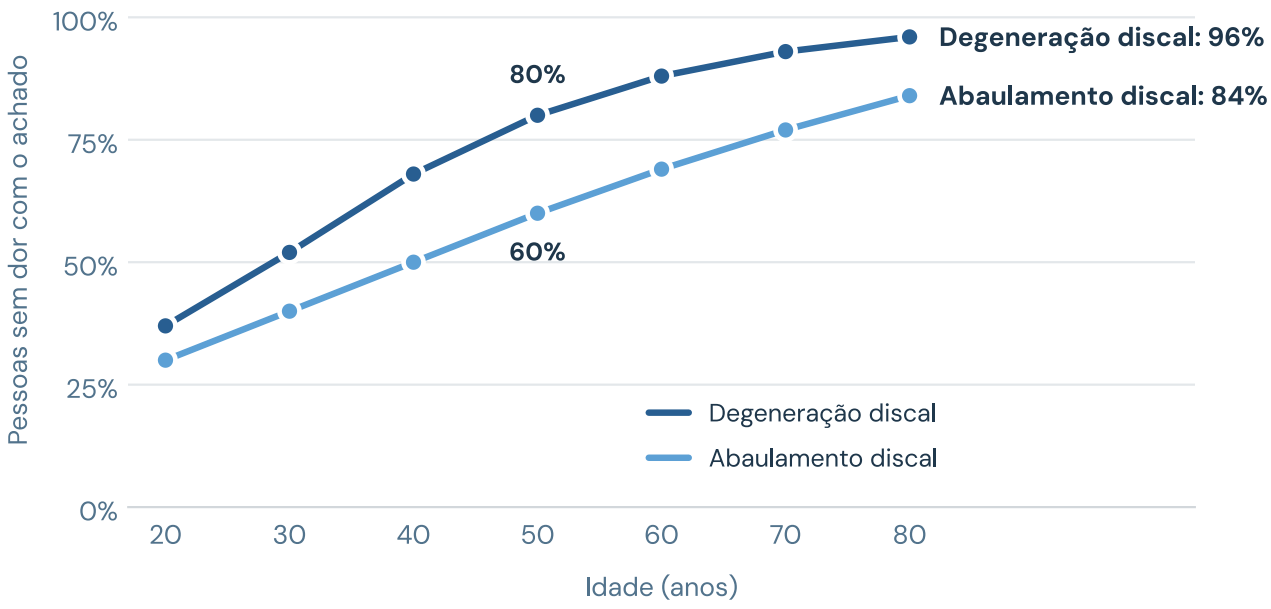


Figura 4. Prevalência de degeneração e de abaulamento discal em pessoas sem dor, por idade. Aos 50 anos, 80% têm degeneração discal na imagem sem sentir nada.

Crédito: dados de Brinjikji et al. (2015).

Muitos desses achados fazem parte do envelhecimento normal e não se associam à dor. Três estudos mostram o que acontece quando eles são tratados como diagnóstico:

- **Imagem de rotina não melhora desfechos.** Em seis ensaios clínicos (1.804 pacientes com dor lombar sem sinais de doença grave), fazer exame de imagem imediato não melhorou dor nem função, a curto ou a longo prazo, comparado ao cuidado sem imagem imediata (Chou et al., 2009).
- **Ressonância precoce sem indicação se associa a pior evolução.** Em 3.264 trabalhadores afastados por dor lombar aguda, 21,7% fizeram ressonância nos primeiros 30 dias. Entre os que

fizeram o exame sem perfil para ele, houve afastamento mais longo, mais custo e mais cirurgia (Webster e Cifuentes, 2010).

- **O rótulo muda o que o paciente espera e pede.** Num experimento randomizado com 1.375 adultos, todos leram o mesmo caso de dor lombar e receberam a mesma tranquilização; só mudava o nome dado ao problema. Os rótulos "abaulamento discal", "degeneração" e "artrite", comuns em laudos, aumentaram a necessidade percebida de exame de imagem, de cirurgia e de segunda opinião, aumentaram a gravidade percebida e reduziram a expectativa de recuperação, comparados a "episódio de dor nas costas", "entorse lombar" e "dor lombar inespecífica". A diferença foi maior em quem tinha dor e já havia procurado tratamento (O'Keeffe et al., 2022).

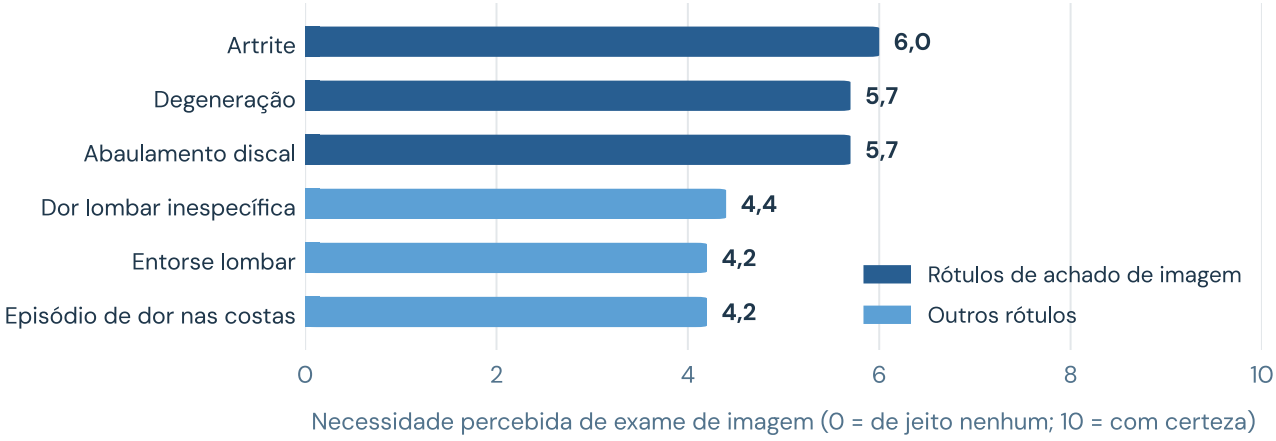


Figura 5. Necessidade percebida de exame de imagem (0 a 10) conforme o nome dado à mesma dor lombar, com a mesma tranquilização em todos os grupos.
Crédito: dados de O'Keeffe et al. (2022).

PONTO-CHAVE

Achado de imagem é comum em quem não sente dor, e o nome que o paciente ouve muda o que ele teme e o que ele pede. Tranquilizar depois de um rótulo ameaçador não desfaz o efeito do rótulo.

Na prática: como conversar sobre um laudo

1. Pergunte o que o paciente entendeu do exame e o que ele teme que aconteça.
2. Dê o número da idade dele: "Entre pessoas de 50 anos sem nenhuma dor, 8 em cada 10 têm esse mesmo desgaste no disco".
3. Troque os rótulos de laudo ("degeneração", "abaulamento discal", "artrite") por descrições que não sugerem dano, como "episódio de dor nas costas" ou "dor lombar inespecífica".
4. Explique que movimento e atividade são seguros e fazem parte do tratamento, o que as diretrizes indicam como primeira linha.
5. Mantenha a triagem de sinais de alerta (fratura, neoplasia, infecção, comprometimento neurológico): tranquilizar não substitui avaliar.

3. O fisioterapeuta como profissional de alto valor

As diretrizes e a evidência sobre organização do cuidado apontam na mesma direção: o que reduz a carga da dor musculoesquelética é educação, atividade, exercício e cuidado psicologicamente informado, oferecidos cedo. É exatamente o núcleo do trabalho do fisioterapeuta.

O que as diretrizes recomendam

Série Lancet (2018). As diretrizes convergem para um enquadramento biopsicossocial, com tratamento inicial não farmacológico: educação que apoie o autocuidado, retomada das atividades normais e exercício, e programas psicológicos para quem tem sintomas persistentes. Medicamentos, imagem e cirurgia devem ser usados com prudência (Foster et al., 2018).

Organização Mundial da Saúde (2023). A primeira diretriz da OMS para dor lombar crônica primária (dor por mais de 3 meses sem doença de base, pelo menos 90% dos casos de dor lombar crônica na atenção primária) recomenda:

- programas de educação que apoiem conhecimento e autocuidado;
- programas de exercício;
- algumas terapias físicas, como manipulação da coluna e massagem;
- terapias psicológicas, como a terapia cognitivo-comportamental;
- alguns medicamentos, como anti-inflamatórios não esteroides.

A diretriz lista 14 intervenções que não devem ser usadas na maioria das pessoas porque os danos provavelmente superam os benefícios, entre elas cintas e coletes lombares, tração e analgésicos opioides. Recomenda ainda cuidado integral e centrado na pessoa, em geral combinando intervenções.

Fonte: OMS, 2023.

O que acontece quando o fisioterapeuta entra primeiro ou cedo

No Reino Unido, desde 2020 o sistema público espalhou pela atenção primária o fisioterapeuta de primeiro contato (First Contact Practitioner), que atende a pessoa com queixa musculoesquelética antes do médico (Bicker et al., 2024). A evidência sobre esse modelo e sobre a fisioterapia precoce:

Estudo	Desenho	Achado principal	Como ler
Abuhl et al., 2025	metanálise de 10 ensaios clínicos (2.081 pacientes)	fisioterapeuta de primeiro contato: menos exames de imagem (RR 0,55) e menos prescrição de medicamentos (RR 0,29); incapacidade e qualidade de vida semelhantes	certeza da evidência de muito baixa a moderada; efeito sobre dor e custo incerto

Fischer et al., 2026	revisão sistemática de 21 estudos (90.401 pacientes)	acesso direto: 10% a 30% menos consultas com o médico de família; desfechos clínicos não inferiores; nenhum evento adverso grave atribuído ao acesso direto nos 5 estudos que avaliaram segurança	maioria dos estudos com certeza baixa
Fritz et al., 2012	coorte retrospectiva (32.070 pacientes)	fisioterapia em até 14 dias, comparada à tardia: menos imagem avançada (OR 0,34), cirurgia (OR 0,45), injeções (OR 0,42) e opioides (OR 0,78); US$ 2.736 a menos em custos por paciente	associação, não prova de causa
Frogner et al., 2018	coorte com variável instrumental (dados de seguro, 2009 a 2013)	fisioterapeuta como primeiro ponto de cuidado: probabilidade 89,4% menor de prescrição de opioide, 27,9% menor de imagem avançada e 14,7% menor de ida à emergência, mas 19,3% maior de hospitalização	população de 18 a 64 anos do noroeste dos EUA
Hill et al., 2011	ensaio clínico STarT Back (851 pacientes)	cuidado estratificado pelo risco de mau prognóstico: menos incapacidade em 4 e 12 meses e economia de custos	triagem prognóstica com tratamento proporcional ao risco

PONTO-CHAVE

Alto valor não é fazer mais: é fazer cedo o que funciona (educação, atividade, exercício e cuidado psicologicamente informado) e evitar o que não muda o desfecho. A evidência de segurança e de desfechos semelhantes vem de ensaios; a de economia de recursos vem sobretudo de estudos observacionais.

O fisioterapeuta que contextualiza achados de imagem, combate rótulos que geram medo, devolve a pessoa à atividade e ao trabalho e reconhece quando encaminhar atua nos três pontos que este material mostrou: a incapacidade (a maior carga), a produtividade (a maior parte do custo) e o excesso de procedimentos (o paradoxo).

4. Resumo e números para memorizar

O quê	Número	Fonte
Pessoas com dor lombar no mundo, 2020	619 milhões (cerca de 1 em 13)	GBD 2021
Projeção para 2050	843 milhões	GBD 2021
Parcela de toda a incapacidade do planeta	cerca de 8% dos AVI; 1ª causa	GBD 2021
AVI atribuíveis a fatores modificáveis	38,8%	GBD 2021
Pico de prevalência da dor lombar	por volta dos 85 anos	GBD 2021
Dor crônica em adultos nos EUA, 2023	24,3% (8,5% de alto impacto)	NCHS
Dor crônica em adultos no Brasil	35,7%	Santiago et al., 2023
Dor crônica em idosos no Brasil	47,3%	Santiago et al., 2023
Custo anual da dor nos EUA	US$ 560 a 635 bilhões	Gaskin e Richard, 2012
Gasto com dor lombar e cervical nos EUA, 2016	US$ 134,5 bilhões, 1º de 154 condições	Dieleman et al., 2020
Custo social da dor lombar no Brasil, 2012 a 2016	US$ 2,2 bilhões, 79% em produtividade	Carregaro et al., 2020
Gasto com coluna nos EUA, 1997 a 2005	+65%, com mais limitação funcional	Martin et al., 2008
Degeneração discal em pessoas sem dor aos 50 anos	80%	Brinjikji et al., 2015
Fisioterapeuta de primeiro contato	imagem RR 0,55; medicamentos RR 0,29	Abuhl et al., 2025

Frases para fixar

- A dor lombar é a principal causa de anos vividos com incapacidade no mundo. Ela não mata, por isso pesa em AVI e não em mortalidade.
- O número de pessoas com dor cresce porque a população cresce e envelhece, não porque o risco individual aumentou.
- Dor crônica é dor que persiste ou recorre por mais de 3 meses; desde 2022 ela tem códigos próprios na CID-11.
- No Brasil, cerca de 1 em cada 3 adultos e quase metade dos idosos vivem com dor crônica.
- Na conta da dor, perda de produtividade pesa mais que hospital.
- Gastar mais com imagem, opioide, injeção e cirurgia não melhorou a função da população.
- Achado de imagem é comum em quem não sente dor, e o rótulo que o paciente ouve muda o que ele espera e pede.
- Fisioterapeuta no início do cuidado se associa a menos imagem e menos medicamento, com desfechos clínicos semelhantes.

5. Autoavaliação

1. O que diferencia AVI de DALY, e por que, no GBD, o DALY da dor lombar é igual ao AVI?
2. Quantas pessoas tinham dor lombar em 2020, e qual é a projeção para 2050?
3. Se o número de casos de dor lombar subiu 60% entre 1990 e 2020, por que a taxa padronizada por idade caiu?
4. Qual é a definição de dor crônica adotada na CID-11, e quais são os dois grandes grupos da classificação?
5. O que é dor crônica de alto impacto, e qual foi sua prevalência nos EUA em 2023?
6. Qual é a prevalência de dor crônica em adultos e em idosos no Brasil segundo a metanálise de 2023?
7. Por que a prevalência da síndrome do intestino irritável cai de cerca de 9% para cerca de 4% entre estudos?
8. Cite dois dados que mostram o paradoxo do excesso de tratamento da dor na coluna nos EUA.
9. Que proporção de pessoas de 50 anos sem dor tem degeneração discal na imagem, e como isso deve mudar a conversa sobre um laudo?
10. O que a metanálise de ensaios sobre o fisioterapeuta de primeiro contato mostrou sobre exames de imagem, medicamentos e incapacidade?

Gabarito

1. AVI mede anos vividos com incapacidade (prevalência multiplicada pelo peso de incapacidade); DALY soma AVI e anos de vida perdidos por morte prematura. Como o GBD não atribui mortes à dor lombar, todo o seu DALY é AVI.
2. 619 milhões em 2020 (cerca de 1 em cada 13 pessoas) e 843 milhões projetados para 2050.
3. Porque o aumento de casos veio do crescimento e do envelhecimento da população. O risco de cada pessoa, medido pela taxa padronizada, caiu cerca de 10%.
4. Dor que persiste ou recorre por mais de 3 meses. Os grupos são a dor crônica primária (a dor como doença em si) e a dor crônica secundária (a dor que nasce de outra condição, em seis subgrupos).
5. É a dor crônica que limita a vida ou o trabalho na maioria dos dias. Em 2023 atingia 8,5% dos adultos americanos (a dor crônica em geral, 24,3%).
6. 35,7% dos adultos e 47,3% dos idosos.
7. Porque o critério mudou: o Roma IV é mais restritivo que o Roma III. A condição é a mesma; a definição de caso é que muda o número.
8. Entre 1997 e 2005, o gasto total com adultos com problemas de coluna subiu 65% enquanto a proporção com limitação funcional física subiu de 20,7% para 24,7%; no mesmo período houve aumentos como +307% nas ressonâncias lombares no Medicare e +220% na taxa de artrodese lombar (1990 a 2001), sem melhora populacional de desfechos.
9. 80%. O achado deve ser apresentado como comum para a idade e, na maioria das vezes, sem relação com a dor; vale evitar rótulos estruturais e reforçar que movimento é seguro, sem abrir mão da triagem de sinais de alerta.
10. Menos exames de imagem (RR 0,55) e menos prescrição de medicamentos (RR 0,29), com incapacidade e qualidade de vida semelhantes às do cuidado médico usual.

6. Referências verificadas

Consultadas em 16 de novembro de 2026.

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators (Ferreira ML 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. Lancet Rheumatol. 2023;5(6):e316-e329. doi:10.1016/S2665-9913(23)00098-X
2. World Health Organization. WHO releases guidelines on chronic low back pain. 7 dez. 2023. who.int
3. World Health Organization. Musculoskeletal health (fact sheet). 14 jul. 2022. who.int
4. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018;391(10137):2356-2367. doi:10.1016/S0140-6736(18)30480-X
5. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet. 2018;391(10137):2368-2383. doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6
6. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019;160(1):19-27. doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
7. European Pain Federation. ICD-11 and Chronic Pain. europeanpainfederation.eu
8. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. BMC Public Health. 2011;11:770. doi:10.1186/1471-2458-11-770
9. Jackson T, Thomas S, Stabile V, et al. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low- and middle-income countries. Anesth Analg. 2016;123(3):739-748. doi:10.1213/ANE.0000000000001389
10. Zimmer Z, Fraser K, Grol-Prokopczyk H, Zajacova A. A global study of pain prevalence across 52 countries. Pain. 2022;163(9):1740-1750. doi:10.1097/j.pain.0000000000002557
11. Lucas JW, Sohi I. Chronic pain and high-impact chronic pain in U.S. adults, 2023. NCHS Data Brief, n. 518. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2024. doi:10.15620/cdc/169630
12. Santiago BVM, Oliveira ABG, Silva GMR, et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Clinics (Sao Paulo). 2023;78:100209. doi:10.1016/j.clinsp.2023.100209
13. de Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, et al. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. Pain Res Manag. 2017;2017:4643830. doi:10.1155/2017/4643830
14. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. J Pain. 2012;13(8):715-724. doi:10.1016/j.jpain.2012.03.009
15. Dieleman JL, Cao J, Chapin A, et al. US health care spending by payer and health condition, 1996-2016. JAMA. 2020;323(9):863-884. doi:10.1001/jama.2020.0734
16. Carregaro RL, Tottoli CR, Rodrigues DDS, et al. Low back pain should be considered a health and research priority in Brazil: lost productivity and healthcare costs between 2012 to 2016. PLoS

One. 2020;15(4):e0230902. doi:10.1371/journal.pone.0230902

17. Gebhart GF, Bielefeldt K. Physiology of visceral pain. Compr Physiol. 2016;6(4):1609-1633. doi:10.1002/cphy.c150049

18. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012;10(7):712-721. doi:10.1016/j.cgh.2012.02.029

19. Oka P, Parr H, Barberio B, et al. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5(10):908-917. doi:10.1016/S2468-1253(20)30217-X

20. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology. 2021;160(1):99-114. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014

21. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. JAMA. 2008;299(6):656-664. doi:10.1001/jama.299.6.656

22. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? J Am Board Fam Med. 2009;22(1):62-68. doi:10.3122/jabfm.2009.01.080102

23. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. AJNR Am J Neuroradiol. 2015;36(4):811-816. doi:10.3174/ajnr.A4173

24. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009;373(9662):463-472. doi:10.1016/S0140-6736(09)60172-0

25. Webster BS, Cifuentes M. Relationship of early magnetic resonance imaging for work-related acute low back pain with disability and medical utilization outcomes. J Occup Environ Med. 2010;52(9):900-907. doi:10.1097/JOM.0b013e3181ef7e53

26. O'Keeffe M, Ferreira GE, Harris IA, et al. Effect of diagnostic labelling on management intentions for non-specific low back pain: a randomized scenario-based experiment. Eur J Pain. 2022;26(7):1532-1545. doi:10.1002/ejp.1981

27. Bicker G, Hadley-Barrows T, Saunders A, et al. A narrative synthesis of the effectiveness and acceptability of musculoskeletal first contact physiotherapy practitioner roles in primary care. Musculoskeletal Care. 2024;22(2):e1875. doi:10.1002/msc.1875

28. Abuhl B, Ehrmantraut D, Wolden M. First-contact physical therapy compared to usual primary care for musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Phys Ther. 2025;105(8). doi:10.1093/ptj/pzaf080

29. Fischer M, Bui E, Besombes L, François M. Systematic review of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions in primary care. BMC Prim Care. 2026;27(1). doi:10.1186/s12875-026-03186-9

30. Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs. Spine. 2012;37(25):2114-2121. doi:10.1097/BRS.0b013e31825d32f5

31. Frogner BK, Harwood K, Andrilla CHA, et al. Physical therapy as the first point of care to treat low back pain: an instrumental variables approach to estimate impact on opioid prescription,

health care utilization, and costs. Health Serv Res. 2018;53(6):4629-4646. doi:10.1111/1475-6773.12984

32. Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet. 2011;378(9802):1560-1571. doi:10.1016/S0140-6736(11)60937-9



ENZO BENEVENTO

FISIOTERAPIA