

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
Programa de Pós-Graduação de Especialização em Fisioterapia

Juliana Silva Abdo

**MANEJO DA DOR LOMBAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**

uma revisão de literatura

Belo Horizonte

2022

Juliana Silva Abdo

**MANEJO DA DOR LOMBAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA  
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Especialização em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Fisioterapia Ortopédica.

Orientadora: Fernanda Colen Milagres Brandão

Belo Horizonte

2022

A135m Abdo, Juliana Silva  
2022 Manejo da dor lombar na atenção primária à saúde: uma revisão da literatura.  
[manuscrito] / Juliana Silva Abdo – 2022.  
28 f.: il.

Orientadora: Fernanda Colen Milagres Brandão

Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.  
Bibliografia: f. 24-26

1. Dor lombar. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Saúde pública. 4. Fisioterapia. I. Brandão, Fernanda Colen Milagres. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8

**Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sheila Margareth Teixeira Adão, CRB 6: n° 2106, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESPECIALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**UFMG**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Manejo da dor lombar na atenção primária á saúde: uma revisão de literatura**

**Juliana Silva Abdo**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Banca Examinadora designada pela Coordenação do curso de ESPECIALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA, do Departamento de Fisioterapia, área de concentração FISIOTERAPIA EM ORTOPEDIA.

Aprovada em 03 de dezembro de 2022, pela banca constituída pelos membros: Fernanda Colen Milagres Brandão, Caique José de Souza e Daniela Silva Magalhães.

*Renan Alves Resende*

Prof. Dr. Renan Alves Resende  
Coordenador do curso de Especialização em Fisioterapia

Belo Horizonte, 03 de Janeiro de 2023

## RESUMO

**Introdução:** A dor lombar (DL) é caracterizada pela dor localizada entre a última costela e a prega glútea, sendo uma das principais condições musculoesqueléticas atendidas na APS. Esta consiste na principal porta de entrada da rede do SUS e é a coordenadora do cuidado e a ordenadora das ações e serviços.

**Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura visando identificar as formas de manejo da DL na APS.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo, PEDro e Lilacs, em dezembro de 2021.

**Resultados:** A partir da seleção de sete artigos que abordaram o manejo da DL na APS em diferentes países, foram identificados efeitos positivos na redução da dor, na incapacidade, na exacerbação dos sintomas e no uso de medicamento. Também foi possível observar o melhor autogerenciamento da DL quando realizado o processo de educação em saúde associado a exercícios de fortalecimento e alongamento.

**Conclusão:** O manejo da DL na APS deve ser baseado na realização de intervenções de autocuidado e educação em saúde, realizada através de cartilhas ou momentos de encontros coletivos, associado à realização de exercícios progressivos de fortalecimento muscular.

**Palavras-chave:** Dor lombar. Atenção Primária à Saúde. Manejo. Fisioterapia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Low back pain (LBP) is characterized by pain located between the last rib and the gluteal fold, being one of the main musculoskeletal conditions treated in APS. This is the main gateway to the SUS network and is the care coordinator and the organizer of actions and services.

**Objective:** To carry out a literature review to identify ways of managing LBP in APS.

**Methods:** Bibliographic research carried out in Pubmed, Scielo, PEDro and Lilacs databases, in december 2021.

**Results:** From the selection of seven articles that addressed the management of LBP in APS in different countries, positive effects were identified in reducing pain, disability, exacerbation of symptoms and medication use. It was also possible to observe the best self-management of LBP when the health education process associated with strengthening and stretching exercises was carried out.

**Conclusion:** LBP management in APS should be based on self-care interventions and health education, carried out through booklets or groups meetings, associated with the performance progressive muscular strengthening exercises.

**Keywords:** Low back pain. Primary care. Health primary care. Treatment, Management. Self management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de inclusão e exclusão dos artigos.....	13
---	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Descrição dos estudos incluídos para análise.....	16
--	----



## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AINES	Anti-inflamatórios não esteroidais
APS	Atenção Primária à Saúde
DL	Dor lombar
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	12
2.1. <i>Design</i> .....	12
2.2. <i>Procedimentos</i> .....	12
2.3. <i>Critérios de inclusão e exclusão</i> .....	12
2.4. <i>Extração e análise de dados</i> .....	12
<b>3. RESULTADOS</b> .....	13
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	20
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	25
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26

## 1. INTRODUÇÃO

A dor lombar (DL) é uma condição musculoesquelética definida como a dor que surge na última costela e vai até a prega glútea, apresentando ou não irradiação para os membros inferiores (KREINER *et al.*, 2020). É uma condição multifatorial, uma vez que pode estar associada com alterações de estrutura e função do corpo, como: *déficit* de mobilidade da coluna torácica, lombar ou sacroilíaca; dor irradiada; deficiência na coordenação motora, relacionada a movimentos voluntários mais complexos; deficiência de força muscular; entre outros. Pode também estar associada com fatores contextuais, como alterações psicossociais e emocionais, além da inatividade física ou sedentarismo (DELITTO *et al.*, 2012).

A DL pode ser classificada de acordo com o tempo de duração dos sintomas. A DL é considerada aguda quando os sintomas permanecem por tempo igual ou inferior a seis semanas e considerada crônica quando as manifestações clínicas persistem por mais de seis semanas (GEORGE *et al.*, 2021). Além dessa classificação, a DL pode abranger, de forma isolada ou sobreposta, três tipos de dor: nociceptiva, relacionada com uma lesão real ou potencial que ativa os nociceptores; neuropática, com comprometimento radicular, podendo ser relacionada com a lesão ou não do sistema somatossensorial; e nociplástica, que pode estar relacionada com uma alteração no processamento e modulação da dor, gerando dor mais disseminada e intensa. Este último tipo, geralmente, está presente na DL inespecífica, caracterizada por não possuir causa patoanatômica determinada (FITZCHARLES *et al.*, 2021; KNEZEVIC *et al.*, 2021; LEE; NEUMEISTER, 2020).

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável que pode estar associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, influenciada por fatores biopsicossociais, o que torna seu manejo mais complexo (RAJA *et al.*, 2020). Devido a isso, o prognóstico da DL pode variar de indivíduo para indivíduo. No entanto, de forma geral, o prognóstico inicial é favorável para redução da dor e melhora da funcionalidade nas primeiras seis semanas. No caso da DL crônica ocorre uma melhora importante nas primeiras seis semanas, mas com reduções menores da dor e da incapacidade entre seis e 52 semanas, tornando os sintomas mais persistentes (COSTA *et al.*, 2012). O prognóstico também pode ser influenciado pela presença de bandeiras vermelhas, sendo as mais comuns na DL: a presença de trauma; história

prévia ou familiar de câncer, sendo alguns sinais a perda rápida e inexplicada de peso, dor noturna e em repouso; e a DL com radiculopatias, apresentando os sinais e sintomas de fraqueza muscular, perda da sensibilidade ou de reflexos, principalmente dos membros inferiores (DEPALMA , 2020).

A DL apresenta alta prevalência mundial, atingindo, em sua maioria, 36,8% dos adultos entre 50 e 54 anos (SAFIRI *et al.*, 2020). No Brasil, a prevalência é de 45,6%, afetando, principalmente, mulheres (AGUIAR *et al.*, 2021). Essa condição gera impactos significativos na funcionalidade e na qualidade de vida dos pacientes, impactando nas atividades diárias, restringindo a participação devido à dor e aumentando a incapacidade funcional (NUSBAUM *et al.*, 2001). Além disso, gera impactos econômicos diretos, como consultas médicas e tratamentos, e indiretos, como afastamento das atividades laborais, sendo que cerca de 6% dos pacientes com DL são afastados do trabalho por pelo menos três meses (JENKINS *et al.*, 2016).

Outro fator relevante está no fato de que 50% dos pacientes com DL que procuram atendimento médico recebem a solicitação de exames de imagem, caracterizando a chamada hipersolicitação (JENKINS *et al.*, 2016; PAKPOOR *et al.*, 2019). Apesar desse número elevado, na maioria dos casos, os achados encontrados nos exames não se correlacionam com a clínica do paciente, o que demonstra um uso indiscriminado desse recurso de diagnóstico. Isso contribui, também, para um pior prognóstico e gera impactos psicológicos, como medo e insegurança no paciente (MAHER *et al.*, 2019). De maneira similar, observa-se uma supervalorização do uso de medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), sendo que 46% dos pacientes com DL fazem uso desse tipo de remédio (SCHREIJENBERG; KOES; LIN, 2019).

Esses dados demonstram que são gerados gastos consideráveis na investigação e no tratamento da DL, contribuindo assim para a sobrecarga dos sistemas de saúde, principalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, em 2016, foram gastos pelo sistema público de saúde US\$ 71,4 milhões com distúrbios da coluna lombar, distribuídos entre diagnóstico através de exames de imagem e tratamentos medicamentoso e físico (CARREGARO; DA SILVA; VAN TULDER, 2019).

O SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde que formam uma rede descentralizada e hierarquizada com pontos de assistência de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010). Possui três níveis de atenção em saúde: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. A atenção primária à saúde (APS) é caracterizada por possuir baixa densidade tecnológica. A atenção secundária é formada por serviços especializados em nível ambulatorial, apresentando média complexidade. A atenção terciária contempla a rede hospitalar que possui alta densidade tecnológica. Cada um desses níveis é preparado para oferecer diferentes recursos para os usuários, sempre buscando a resolutividade dos problemas relacionados à saúde (OLIVEIRA, 2016).

A APS, principal porta de entrada da rede que constitui o SUS, é responsável por coordenar o cuidado e ordenar as ações e os serviços que são disponibilizados aos usuários. Deve abranger, entre outros pontos, a justiça social, a equidade, a integralidade e a universalidade da assistência e a participação da comunidade. A APS possui como uma de suas diretrizes a resolutividade, buscando articular tecnologias de cuidado tanto individual quanto coletivo, visando a resolução da maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2017). Os profissionais que atuam nesse ponto da rede desenvolvem ações de promoção de saúde, prevenção de incapacidade, proteção e reabilitação da saúde, realizando a prática do cuidado de forma integrada e contínua (MOCELLIN *et al.*, 2020). Dessa forma, a APS é necessária para oferecer uma saúde integral, de qualidade e voltada para a necessidade de cada usuário (GIOVANELLA, 2018).

A DL é uma condição prevalente na APS, sendo que 53,5% dos pacientes atendidos na APS brasileira apresentaram pelo menos um episódio de DL nos 12 meses precedentes e 21,7% possuíam DL crônica (ZANUTO *et al.*, 2020). As principais características sociodemográficas relacionadas com a incapacidade gerada pela DL na APS são a idade, entre 40 e 59 anos, e a situação profissional, sendo que indivíduos profissionalmente inativos possuem maiores chances de desenvolverem algum tipo de incapacidade. Os fatores pessoais, como sedentarismo, sobrepeso, baixa qualidade do sono, presença de ansiedade e depressão, também influenciam para uma incapacidade daqueles indivíduos que possuem DL (KOERICH *et al.*, 2021). Esses pontos devem ser considerados de forma associada com os aspectos psicológicos e emocionais, na determinação do

manejo da DL, visando reduzir a incapacidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

O tratamento da DL deve ocorrer de forma individualizada, uma vez que se trata de uma condição multifatorial. O manejo baseia-se, geralmente, em reabilitação com exercícios físicos, principalmente em uma abordagem coletiva, podendo ter intervenção multiprofissional, como acompanhamento psicológico e, em certos casos, intervenção farmacológica (URITS *et al.*, 2019). Além disso, o manejo da DL também deve abordar a orientação e a educação do paciente sobre a condição de saúde e sua funcionalidade (MENDEZ *et al.*, 2017)

Diante do exposto, o presente estudo possui como objetivo identificar como tem sido o manejo da DL na APS, visando contribuir para um melhor direcionamento das estratégias de atenção à saúde no tratamento da DL.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. *Design*

O presente estudo é uma revisão da literatura que aborda o manejo da DL na APS.

### 2.2. *Procedimentos*

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Scielo, PEDro e Lilacs, em dezembro de 2021, utilizando as palavras-chave: *low back pain, primary care, health primary care, treatment, management e self management*. Foram selecionadas publicações realizadas entre 2016 e 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol. O processo de seleção dos artigos aconteceu em três etapas: 1) busca nas bases de dados utilizando os descritores; 2) leitura dos resumos e verificação da correlação com o tema da pesquisa; 3) leitura integral dos textos para confirmar a adequação dos estudos aos critérios de inclusão.

### 2.3. *Crítérios de inclusão e exclusão*

Os critérios de inclusão foram: os tipos de estudos, experimentais e observacionais, que possuíam análise quantitativa ou qualitativa; o tipo de intervenção, obrigatoriamente fisioterapêutica, podendo ser associada ou não a outros tratamentos; o contexto de realização do manejo de DL crônica ou aguda, com ou sem presença de radiculopatias, restrito ao contexto da APS; ausência de bandeiras vermelhas e de associação da DL com outras patologias. Os estudos que não se enquadraram em todos os critérios acima foram excluídos da presente revisão de literatura.

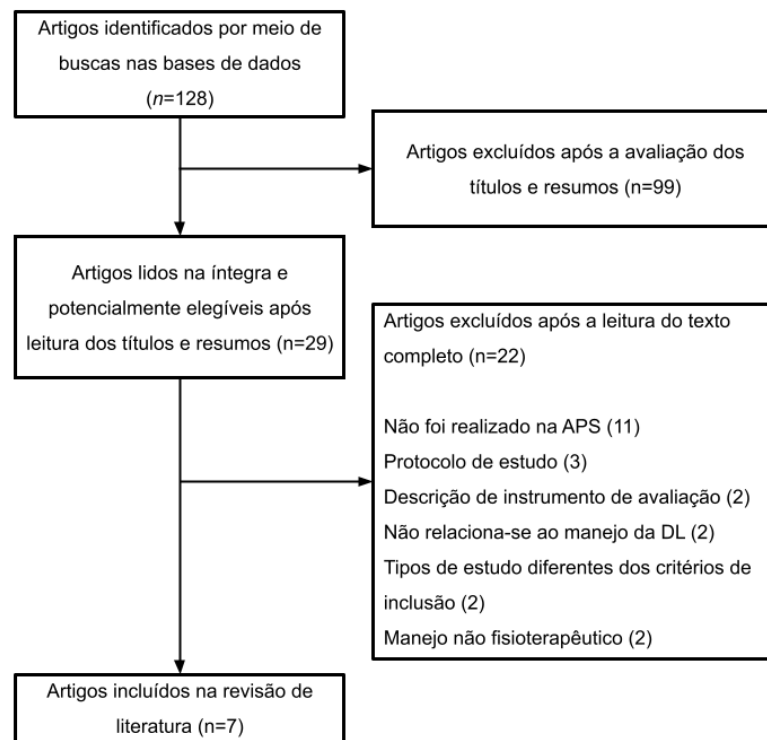
### 2.4. *Extração e análise de dados*

Os dados extraídos para a análise descritiva foram as características da amostra e a descrição dos manejos da DL realizados na APS de diferentes países.

### 3. RESULTADOS

A busca inicial identificou 128 artigos, dos quais 29 foram pré-selecionados na primeira etapa, levando em consideração os critérios de inclusão. Dentre os estudos não selecionados, a maioria não foi realizado na APS, não estavam relacionados ao manejo da DL, eram protocolos de estudo ou apresentavam apenas a descrição de instrumentos de avaliação. Outros estudos apresentavam diferentes manejos, que não os fisioterapêuticos, ou possuíam desenhos de estudo diferentes dos definidos nos critérios de inclusão. Foram selecionados sete artigos após a leitura completa dos textos. A Figura 1 apresenta o fluxograma de inclusão e exclusão dos artigos.

**Figura 1 – Fluxograma de inclusão e exclusão dos artigos.**



Fonte: Elaborada pela autora

#### ***Tipos de estudo***

Dos sete artigos selecionados, um é do tipo quase-experimental (DIAZ-CERRILLO *et al.*, 2016), três são do tipo ensaio controlado randomizado, sendo: dois de cluster (SANDERS *et al.*, 2018; SIMULA *et al.*, 2021) e um de cluster pragmático (WERNER *et al.*, 2016), um estudo controlado não randomizado pragmático (IGWESI-CHIDOBE *et al.*, 2019), um ensaio aleatorizado (CALATAYUD *et al.*, 2020)



e uma entrevista qualitativa (ENTHOVEN *et al.*, 2020). A Tabela 1 apresenta a descrição dos estudos incluídos para a análise.

### ***Participantes***

O estudo quase-experimental, realizado por Diaz-Cerrillo *et al.*, 2016, avaliou pacientes com DL crônica inespecífica, com idade entre 18-65 anos. Os estudos do tipo ensaio clínico randomizado de Sanders *et al.*, 2018 e de Simula *et al.*, 2021 avaliaram pacientes com DL inespecífica aguda ou subaguda, com idade entre 18 e 65 anos. Werner *et al.*, 2016, em seu estudo do tipo cluster pragmático, avaliou pacientes com DL subaguda ou crônica, com idade entre 20 e 55 anos, que apresentaram pontuação maior de 4 no questionário *Roland-Morris*. O estudo controlado não randomizado pragmático, realizado por Igwesi-Chidobe *et al.*, 2019 foi realizado com pacientes que apresentavam DL crônica, com idade igual ou superior a 18 anos. Já o ensaio aleatorizado realizado por Calatayud *et al.*, 2020 avaliou pacientes com DL crônica, com idade entre 18 e 75 anos. Enquanto que a entrevista qualitativa realizada por Enthoven *et al.*, 2020 foi realizada com pacientes que possuíam DL aguda ou crônica com idade entre 18 e 65 anos.

### ***Intervenções***

As intervenções analisadas foram exercícios de fortalecimento muscular (abdominais e glúteos) e flexibilidade (erectores da espinha e músculos do quadril), associados à intervenção baseada em princípios cognitivos comportamentais (DIAZ-CERRILLO *et al.*, 2016) e educação em saúde sobre os mecanismos da dor associado a cuidados usuais, sendo utilizado o questionário *Roland-Morris* (WERNER *et al.*, 2016) para avaliar o nível de incapacidade dos pacientes com DL, sendo esse validado e adaptado também para a população brasileira. Realização do programa *Good Back*, que envolvia exercícios aeróbicos, neuromusculares, de fortalecimento muscular, flexibilidade e relaxamento, associado à discussão baseada em terapia cognitivo-comportamental e entrevistas motivacionais (IGWESI-CHIDOBE *et al.*, 2019). Além do treino de força muscular progressiva e realização do programa *Back School*, que aborda um protocolo de exercícios que envolvem fortalecimento muscular do *core*, alongamento da musculatura posterior do tronco e dos membros inferiores (CALATAYUD *et al.*, 2020). Foi utilizado também o tratamento baseado no *Better Back MoC*, envolvendo as orientações de automanejo

da DL (ENTHOVEN *et al.*, 2020) e cartilha de educação em saúde sobre a DL (SIMULA *et al.*, 2021).

Tabela 1 – Descrição dos estudos incluídos para análise.

AUTOR / ANO	AMOSTRA	ESTUDO/ DESENHO	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
DÍAZ-CERRILLO <i>et al.</i> , 2016	Pacientes com DL crônica inespecífica, com idade entre 18-65 anos.  (n= 68)	Quase-experimental	Grupo controle (n=34): exercícios para fortalecimento e flexibilidade da coluna, acompanhados de orientações sobre higiene postural, natureza benigna da dor e importância da realização de atividade física regular.  Grupo intervenção (n=34): exercícios para fortalecimento e flexibilidade da coluna, associado à intervenção baseada em princípios cognitivo-comportamentais.  Ambas as intervenções duraram cerca de 280 minutos (7 sessões de 40 minutos).	Diferenças estatisticamente significativas no grupo intervenção versus controle, na variação de medo-evitação, catastrofização da dor e na incapacidade. Não houve diferença no nível de dor.
WERNER <i>et al.</i> , 2016	Pacientes com DL subaguda ou crônica, com idade entre 20-55 anos e pontuação 4 no <i>Roland-Morris Disability</i>	Ensaio controlado randomizado de cluster pragmático	Grupo controle (n=106): cuidados usuais (medicamentos, exercícios ou recomendações gerais).  Grupo intervenção (n=110):	Não houve diferença significativa entre os grupos. Ambos apresentaram melhora nos escores de incapacidade através do RMDQ.

	Questionnaire (RMDQ).  (n=206)		educação específica sobre os mecanismos da dor associado a cuidados usuais.  Todos os pacientes de ambos os grupos receberam 4 consultas de 30 minutos	
SANDERS <i>et al.</i> , 2018	Pacientes com DL inespecífica aguda ou subaguda, com idade entre 18-65 anos.  (n= 226)	Ensaio controlado de cluster randomizado	Grupo controle (n=114): 34 clínicos gerais ofereceram cuidados usuais aos pacientes.  Grupo intervenção (n=114): 34 clínicos gerais foram treinados para informar, durante a consulta, sobre as opções terapêuticas, preferências, preocupações e expectativas do paciente. Tomando uma decisão conjunta.	O treinamento dos clínicos não influenciou significativamente na melhora clínica dos pacientes com DL inespecífica, no menor comprometimento funcional, na duração da dor ou no menor absenteísmo do trabalho. Embora possa ter melhorado o conhecimento e racionalizado as expectativas dos pacientes.
IGWESI-CHIDOBE <i>et al.</i> , 2019	Pacientes com DL crônica, com idade igual ou superior a 18 anos.  (n=20)	Estudo controlado não randomizado pragmático	Grupo controle (n=8): cuidados usuais para a DL crônica.  Grupo intervenção (n=12): programa <i>Good Back</i> que combinou exercícios (aeróbicos, fortalecimento,	O grupo intervenção apresentou maiores benefícios, quando comparado com o controle, nos fatores biopsicossociais. Ocorreu redução na incapacidade auto relatada, percepções da doença, crenças de medo-evitação,

			neuromusculares, flexibilidade e relaxamento) com grupo de discussão baseadas em terapia cognitivo-comportamental e entrevistas motivacionais. O programa ocorreu uma vez por semana, durante seis semanas.	intensidade e uso de medicação para a dor.
CALATAYUD <i>et al.</i> , 2020	Pacientes com DL crônica inespecífica, com idade entre 18-75 anos.  (n=85)	Ensaio aleatorizado	Grupo controle (n=43): programa usual de reabilitação <i>Back-School</i> (5 exercícios de fortalecimento do <i>core</i> e 5 de alongamento da região posterior do tronco e de membros inferiores). Duas sessões supervisionadas durante as três primeiras semanas, em grupos, e continuação do protocolo em casa, durante cinco semanas realizando os exercícios diariamente.  Grupo intervenção (n=42): treinamento de força progressivo, três vezes na semana, durante 8 semanas.	Menor recorrência de exacerbação da DL no grupo de intervenção. A intervenção não gerou redução significativa na incapacidade ou na intensidade da DL em comparação com o Programa <i>Back-School</i> , no entanto mostrou uma maior razão de chances para uma melhora clinicamente relevante de ambos os resultados.

ENTHOVEN <i>et al.</i> , 2020	Pacientes com DL aguda ou recorrente, com ou sem dor radicular associada, e idade entre 18-65 anos.  (n=15)	Entrevista qualitativa	Entrevista realizada com pacientes que receberam tratamento para a DL de acordo com o <i>Better Back MoC</i> (orientação e automanejo da DL).	O <i>Better Back MoC</i> demonstrou ser uma base de suporte para fornecer ferramentas de autogerenciamento da DL.
SIMULA <i>et al.</i> , 2021	Pacientes com DL aguda, com ou sem dor radicular associada, com idade entre 18-65 anos. (n=415)	Ensaio controlado randomizado de cluster	Grupo controle (n=203): cuidados usuais, sem utilizar a cartilha.  Grupo intervenção (n=212): uso de uma cartilha de educação do paciente, além dos cuidados usuais.	A cartilha pareceu ser eficaz na redução da proporção de pacientes com DL que realizaram exames de imagem ao longo de 12 meses. A intervenção não teve nenhum efeito perceptível na alteração da funcionalidade. O número de dias de licença médica foi menor no grupo de intervenção.

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal identificar as formas de manejo da DL na APS. Foi observado, de maneira geral, que o manejo dessa condição, seja crônica ou aguda, é mais efetivo quando há uma associação de exercícios físicos ativos resistidos, progressivos e sistemáticos, realizados em grupo, e educação em saúde.

Calatayud *et al.* (2020) demonstrou no seu estudo efeitos positivos no manejo da DL a partir da realização de exercícios para fortalecimento do *core* realizados em grupo, de forma progressiva e sistematizada, levando em consideração a individualidade de cada participante. Os exercícios foram realizados três vezes por semana, durante oito semanas, abrangendo: agachamento, rotação do tronco, levantamento terra, elevação do quadril em decúbito dorsal, prancha frontal e lateral, abdominal e estabilização do tronco em quatro apoios. Em cada encontro foram realizados exercícios dinâmicos, com aumento da carga e redução das repetições máximas, e exercícios estáticos, com aumento do tempo de sustentação e redução da base de apoio, sendo as progressões de ambas realizadas a cada duas semanas. A realização desses exercícios demonstrou maior redução da intensidade da dor e da incapacidade, demonstrado através da escala analógica de dor e do questionário de *Roland-Morris*, além de menor recorrência da exacerbação da DL após 100 dias de tratamento. Isso quando comparado com a realização de cinco exercícios de fortalecimento e cinco alongamentos do tronco e membros inferiores, de forma individual e domiciliar, no período de oito semanas. Esse resultado demonstra, então, a importância da realização de exercícios progressivos e sistematizados em pacientes com DL, principalmente nos casos mais crônicos, devido aos efeitos globais dos exercícios no corpo, favorecendo a redução da sensibilização da dor (CALATAYUD *et al.*, 2020).

Os estudos de Diaz-Cerrillo *et al.* (2016), Enthoven *et al.* (2020) e Igwesi-Chidobe *et al.* (2019), observaram papel importante da associação de exercícios físicos com a educação em saúde, no manejo da DL crônica, reduzindo a cinesiofobia, o nível de catastrofização e intensidade da dor, a incapacidade funcional, além do uso de medicamentos e melhora na percepção e autogerenciamento da DL. Esses pontos foram avaliados a partir de escalas e

questionários funcionais validados para a população brasileira, sendo importantes ferramentas na prática clínica tanto para direcionar o tratamento quanto para observar os seus efeitos e desfechos clínicos. Os exercícios físicos foram voltados para o fortalecimento de abdominais e glúteos, alongamento das musculaturas extensora do tronco, estabilizadores de quadril e membros inferiores, treino aeróbico, além da realização gradual de exercícios posturais associados com o controle motor e movimentos funcionais. O processo de educação em saúde consistiu na entrega de cartilhas com informações sobre a DL visando informar sobre a condição de saúde, os cuidados recomendados, as crenças negativas associadas a ela e as maneiras de automanejo.

Werner *et al.* (2016) e Igwesi-Chidobe *et al.* (2019) realizaram uma intervenção de educação em dor baseada em encontros semanais, durante quatro e seis semanas, respectivamente, para discussão de temas relacionados à DL, sendo os principais: fisiologia da dor, influência de fatores ambientais e pessoais no aparecimento e cronificação da dor, maneiras de gerenciar exercícios e de auxiliar na definição de metas terapêuticas, direcionando para objetivos mais funcionais. Essas intervenções educacionais, realizadas por Werner *et al.* (2016) e Igwesi-Chidobe *et al.* (2019) ocorreram tanto de forma individual quanto em grupo e foram baseadas no princípio da terapia cognitivo-comportamental, que consiste em uma metodologia ativa que trabalha a reestruturação cognitiva, a ativação comportamental, a exposição e a resolução de problemas (WENZEL, 2017). Esse processo educacional, quando realizado através de cartilhas educativas contribui para a autonomia do paciente e um manejo mais efetivo da DL (DELITTO *et al.*, 2012; MENDEZ *et al.*, 2017).

A DL aguda também pode ser manejada, de acordo com o artigo de Simula *et al.* (2021), através de uma cartilha para educação em saúde realizada tanto para o paciente quanto para o profissional. Essa poderia ser entregue durante ou após a consulta com o profissional de primeiro contato abordando os temas relacionados à DL e os cuidados recomendados, fornecendo suporte para a decisão clínica e facilitando a comunicação entre profissional e paciente.

Outra abordagem utilizada, no estudo de Sanders *et al.* (2018), realizou a tomada de decisão do tratamento de maneira compartilhada entre o terapeuta e o



paciente, utilizando o princípio de corresponsabilização com o paciente. Foi realizado de forma individual no primeiro contato, em que foram discutidas as possibilidades terapêuticas e as expectativas e preferências do paciente, envolvendo-o na tomada de decisão clínica de forma compartilhada.

Os estudos de Sanders *et al.* (2018) e Simula *et al.* (2021) foram do tipo coortes longitudinais, com acompanhamento durante 12 meses, que não identificaram relação entre a abordagem educativa e a redução do comprometimento funcional e da dor. Isso pode ter ocorrido devido aos desenhos dos estudos que não realizaram uma intervenção individualizada e devido a uma amostra insuficiente para observar mudanças estatisticamente importantes.

Outro ponto a ser discutido foi que o artigo de Sanders *et al.* (2018) não observou diferença significativa ao comparar os dias de afastamento do trabalho em pacientes que participaram da decisão compartilhada em associação com o reforço positivo da terapia escolhida, e aqueles que receberam os tratamentos usuais. Esse achado se assemelha com o identificado por Werner *et al.* (2016) ao avaliar o grupo que recebeu educação com base cognitiva em comparação com os que receberam tratamentos usuais, podendo ser justificado pela baixa adesão às intervenções do estudo. Já o estudo de Simula *et al.* (2021) observou que o número de dias de licença médica reduziu significativamente, tanto em três meses quanto em 12 meses, no grupo pessoas com DL que participaram da educação em saúde.

Simula *et al.* (2021) demonstrou que as cartilhas de educação geraram impacto substancial em 12 meses, reduzindo as proporções da realização e solicitação de exames de imagem em 50% no grupo de intervenção quando comparado com o grupo controle. Esse ponto se relaciona com outros achados na literatura que demonstram a importância da educação em saúde dos pacientes no que se refere à falta de relação direta entre os achados nos exames de imagem com seus sinais e sintomas e a necessidade de realizar exames de imagem apenas em casos que há presença de bandeiras vermelhas (PAKPOOR *et al.*, 2019).

De maneira geral, as formas de manejo da DL na APS estão relacionadas com o autocuidado, que abrange a habilidade de controlar e gerenciar os sintomas, o tratamento e as consequências biopsicossociais que influenciam nas atividades diárias (BARLOW *et al.*, 2002). De acordo com Enthoven *et al.* (2020) os usuários

adquiriram novos conhecimentos e ferramentas para lidar com a DL após serem submetidos a um processo educacional, contendo informações individualizadas sobre a avaliação e tratamento. Este deve ser baseado no autogerenciamento da dor e na realização de exercícios, mantendo-se ativo fisicamente e evitando o repouso. Dessa forma, torna-se importante destacar o papel do atendimento na APS, que oferta a orientação e o apoio ao usuário, capacitando-o para manejar de forma efetiva a sua dor, praticando o autocuidado apoiado (MENDES, 2012).

Como a APS é a porta de entrada e a coordenadora do cuidado, o usuário percorre um fluxo dentro da rede quando possui a queixa de DL. Diferentemente do apresentado no artigo de Simula *et al.* (2021), em que o primeiro contato de um paciente com DL é realizado por um médico ou fisioterapeuta, na APS o primeiro contato ocorre pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem durante o acolhimento, sendo ou não encaminhado para o médico, dependendo da necessidade. A partir desse contato com a equipe, o usuário pode ser encaminhado para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), quando observada a demanda de um suporte e intervenção multidisciplinar e com a abordagem mais especializada (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Essa estrutura demonstra a importância do conhecimento, por todos os profissionais dentro da APS, sobre o manejo da DL, acolhendo o usuário de forma adequada desde o primeiro contato para assim ser mais resolutivo frente à demanda apresentada pelo paciente.

Na APS, o tratamento da DL pode ser realizado pelo fisioterapeuta que está inserido no NASF-AB e busca realizar dentre outras abordagens, a promoção da saúde, prevenção de agravos e a reabilitação em saúde (PAUFERRO *et al.*, 2018). As possibilidades de intervenção estão relacionadas com: as visitas domiciliares, visando observar e intervir nos fatores contextuais e ambientais que podem impactar em um manejo inadequado da DL; atendimentos individuais, em que é realizada uma avaliação individual com orientações de exercícios domiciliares com retornos periódicos ao centro de saúde; e a intervenção coletiva através dos grupos operativos em que são realizadas atividades de promoção e prevenção de saúde (PAUFERRO *et al.*, 2018). Nesse caso, os grupos podem ser realizados semanalmente com pacientes que possuem queixas e demandas comuns relacionadas à DL, sendo realizadas abordagens de educação em saúde quanto à realização de exercícios supervisionados. Essa proposta pode ser embasada pelos

efeitos positivos apresentados nos artigos de Calatayud *et al.* (2020), Werner *et al.* (2016) e Igwesi-Chidobe *et al.* (2019).

Outra forma de abordar o tratamento da DL na APS é através da realização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) do SUS, que consistem em 29 técnicas que podem ser associadas com o tratamento fisioterapêutico na APS (BRASIL, 2015). Essas PICs podem ser aplicadas por outros profissionais da APS, sendo as mais realizadas a acupuntura e a prática de Lian Gong (CORREIA *et al.*, 2016), apresentando efeitos positivos no manejo da DL. A prescrição de medicamentos também é realizada, na APS, para controle dos sintomas, sendo os mais utilizados os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) (RODONDI *et al.*, 2018). Sendo assim, é importante destacar a necessidade da associação de diferentes técnicas no manejo da DL por tratar-se de uma condição multifatorial, influenciada por fatores biopsicossociais.

De maneira geral, o manejo da DL na APS deve-se basear na realização de intervenções que estimulem o autocuidado e a educação em saúde, realizada por meio de cartilhas e momentos de encontro coletivo, como os grupos operativos. Associado a isso, deve ser ofertada e estimulada a realização de exercícios progressivos de fortalecimento muscular, estimulando o paciente a manter-se ativo fisicamente.

O presente estudo apresenta como limitações o número reduzido de artigos selecionados e a inclusão de estudos realizados em países com modelos de saúde próprios e diferentes do modelo do SUS brasileiro, constituído em rede e coordenado pela APS. Dessa forma, torna-se importante adaptar as condutas realizadas para a realidade local, mantendo o manejo adequado baseado na orientação, conscientização e educação em saúde para a população.

## **5. CONCLUSÃO**

As evidências sugerem que o manejo da DL na APS deve ser realizado a partir de estratégias associadas de educação em saúde e realização de exercícios físicos progressivos e sistemáticos, realizados em grupo. A esse tratamento é possível associar as práticas complementares e o uso de medicamentos, quando necessário. De maneira geral, essas formas de manejo, realizadas em outros países, podem ser utilizadas como base para o acolhimento e o tratamento dos usuários que apresentam queixas relacionadas com a DL na APS.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalence of chronic pain in Brazil : systematic review. **BrJP**, v. 4, n. 3, p. 257–267, 2021.
- BARLOW, L. *et al.* Self -management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient education and counseling**, v. 48, n.2, p. 177-187, 2002.
- BRASIL. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Ministério Estadual da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em 24 ago. 2022.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS ATITUDE DE AMPLIAÇÃO DE ACESSO, 2° edição, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em 24 ago. 2022.
- BRASIL. Portaria de. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional da Atenção Básica. Brasília: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 24 ago. 2022.
- CALATAYUD, J. *et al.* Effectiveness of a group-based progressive strength training in primary care to improve the recurrence of low back pain exacerbations and function: A randomised trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 22, p. 1–14, 2020.
- CARREGARO, R. L.; DA SILVA, E. N.; VAN TULDER, M. Direct healthcare costs of spinal disorders in Brazil. **International Journal of Public Health**, v. 64, n. 6, p. 965–974, 2019.
- CORREIA, D. S. *et al.* Uso do Lian Gong na estratégia de saúde da família: tratamento da dor crônica. **Revista de enfermagem. UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 1600-1605, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11155>
- COSTA, L. da C. M. Prognosis in people with back pain. **Cmaj**, v. 184, n. 11, p. 1229–1230, 2012.
- DELITTO, A. *et al.* Low back pain. **The Journal of orthopaedic and sports physical therapy**, v. 42, n. 4, 2012.
- DEPALMA, M. G. Red flags of low back pain. **Journal of the American Academy of Physician Assistants**, v. 33, n. 8, p. 8–11, 2020.
- DÍAZ-CERRILLO, J. L.; RONDÓN-RAMOS, A.; PÉREZ-GONZÁLEZ, R.; CLAVERO-CANO, S. Non-randomised trial of an educational intervention based on cognitive-behavioural principles for patients with chronic low back pain attended in Primary

Care Physiotherapy. **Atencion Primaria**, v. 48, n. 7, p. 440–448, 2016.

ENTHOVEN, P. *et al.* Patients' experiences of the BetterBack model of care for low back pain in primary care—a qualitative interview study. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 16, n. 1, 2020.

FITZCHARLES, M. A. *et al.* Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. **The Lancet**, v. 397, n. 10289, p. 2098–2110, 2021.

GEORGE, S. Z. *et al.* Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, v. 51, n. 11, p. 1–60, 2021.

GIOVANELLA, L. Basic health care or primary health care? **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 8, 2018.

IGWESI-CHIDOBE, C. N. *et al.* Community-based self-management of chronic low back pain in a rural African primary care setting: A feasibility study. **Primary Health Care Research and Development**, v. 20, 2019.

JENKINS, H. J. *et al.* Understanding patient beliefs regarding the use of imaging in the management of low back pain. **European Journal of Pain**, v. 20, n. 4, p. 573–580, 2016.

KNEZEVIC, N. N. *et al.* Low back pain. **The Lancet**, v. 398, n. 10294, p. 78–92, 2021.

KOERICH, M. *et al.* Disability in people with chronic low back pain treated in primary care. *Fisioterapia em Movimento* (online), v. 34, 2021. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34121>.

KREINER, D. S. *et al.* Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. **Spine Journal**, v. 20, n. 7, p. 998–1024, 2020.

LEE, G. I.; NEUMEISTER, M. W. Pain: Pathways and Physiology. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 47, n. 2, p. 173–180, 2020.

MAHER, C. G.; O'KEEFFE, M.; BUCHBINDER, R.; HARRIS, I. A. Musculoskeletal healthcare: Have we over-egged the pudding? **International Journal of Rheumatic Diseases**, v. 22, n. 11, p. 1957–1960, 2019.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: [https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo24389\\_20201315.pdf](https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo24389_20201315.pdf). Acesso em 14 out. 2022.

MENDEZ, S. P. *et al.* Elaboration of a booklet for individuals with chronic pain. **Revista Dor**, v. 18, n. 3, p. 199–211, 2017.

MOCELLIN, A.S. *et al.* Competências e responsabilidades do Fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. In: SCHIMIT, A.C.B. *et al.* Fisioterapia & Atenção Primária à Saúde: desafios para a formação e atuação profissional. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020, cap.3.

NUSBAUM, L.; NATOUR, J.; FERRAZ, M. B.; GOLDENBERG, J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 34, n. 2, p. 203–210, 2001.

OLIVEIRA, N.R.C. Redes de atenção à saúde: A Atenção à Saúde Organizada em Redes. Universidade Federal do Maranhão. 2016 Disponível em: [http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_redes01.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf). Acesso em 15 set. 2022.

PAKPOOR, J. *et al.* Diagnostic Imaging Use for the Initial Evaluation of Low Back Pain by Primary Care Providers in the United States: 2011-2016. **Journal of the American College of Radiology**, v. 16, n. 11, p. 1522–1527, 2019.

PAUFERRO, A. L. M. *et al.* O trabalho de fisioterapeutas de núcleos de apoio à saúde da família na assistência ao idoso. **REFACS**, Uberaba, v.6, supl.2, p. 571-580, 2018.

RAJA, S. N. *et al.* The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, 2020.

RODONDI, P. Y. *et al.* Primary care physicians' attitude and reported prescribing behavior for chronic low back pain: An exploratory cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 13, n. 9, p. 1–16, 2018.

SAFIRI, S. *et al.* Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years Due to Musculoskeletal Disorders for 195 Countries and Territories 1990-2017. **Arthritis Rheumatol**, v. 73, p. 702–714, 2020.

SANDERS, A. R. J. *et al.* The effectiveness of shared decision-making followed by positive reinforcement on physical disability in the long-term follow-up of patients with nonspecific low back pain in primary care: A clustered randomised controlled trial. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2018.

SCHREIJENBERG, M. *et al.* Guideline recommendations on the pharmacological management of non-specific low back pain in primary care—is there a need to change? **Expert Review of Clinical Pharmacology**, v. 12, n. 2, p. 145–157, 2019.

SIMULA, A. S. *et al.* Patient education booklet to support evidence-based low back pain care in primary care – a cluster randomized controlled trial. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 1, p. 1–15, 2021.

URITS, I. *et al.* Low Back Pain , a Comprehensive Review : Pathophysiology , Diagnosis , and Treatment. , p. 1–10, 2019.

WENZEL, A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. **Psychiatr Clin North Am.**, v. 40, n. 4, p. 597-609, 2017.

WERNER, E. L. *et al.* Cognitive patient education for low back pain in primary care: A cluster randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. **Spine**, v. 41, n. 6, p. 455–462, 2016.

ZANUTO, E. *et al.* Chronic low back pain and physical activity among patients within the Brazilian National Health System : a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 138, n. 2, p. 106–111, 2020.