

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Educação Física
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano

MANEJO DA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA POR MÉDICOS DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PATRÍCIA THUROW BARTZ

Porto Alegre

2015

Patrícia Thurow Bartz

MANEJO DA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA POR MÉDICOS DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção de título de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Orientadora: Adriane Vieira

Porto Alegre

2015

Patrícia Thurow Bartz

MANEJO DA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA POR MÉDICOS DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Comissão de avaliação:

Profa. Dra. Angela Peña Ghisleni - UFRGS

Profa. Dra. Andréa Fachel Leal - UFRGS

Profa. Dra. Adriana Torres de Lemos – UFCSPA

Porto Alegre

2015

Ao meu pai.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a minha mãe Jane e meu irmão Rodrigo pelo amor e carinho que sempre me deram, pela paciência e por entender minha ausência em tantos momentos. Ao meu pai Edinho, que está sempre presente no meu coração e tenho certeza que me deu força pra conseguir chegar aonde cheguei. Aos meus sogros e cunhados, minha segunda família, que sempre me acolheram em Porto Alegre. Aos meus amigos, em especial Digo e Magno, pela parceria e amizade verdadeira e incondicional que já vem desde o início da graduação e que pretendo levar para toda a vida. Ao Felipe e aos colegas, amigos e alunos da Quantum, que me ajudaram muito durante o mestrado. Ao meu amor Rodrigo, que esteve comigo em todos os momentos, pela atenção, companheirismo e pela ajuda, por caminhar sempre ao meu lado e me dar a vida que eu sempre quis ter, te amo!

A minha orientadora e amiga Adri, pela oportunidade de aprendizado e convivência, por todos os ensinamentos, tanto no âmbito científico quanto pessoal, por ter me estimulado sempre a crescer e me ajudado em todos os momentos desde a graduação até o mestrado. A amiga Lu e ao Matias, pelos primeiros ensinamentos na pesquisa, que me influenciaram a seguir nesta caminhada. Aos colegas do mestrado e do grupo de pesquisa, em especial a Marcele, e às bolsistas da Iniciação Científica Luana, Milena e Taís, que contribuíram muito para os resultados desta dissertação. Aos alunos da Educação Física da Disciplina de Avaliação e Educação Postural, na qual fiz meu estágio docente, pela enorme oportunidade de crescimento e aprendizado.

Ao PPG e à FAPERGS pela bolsa, que ajudou muito para que eu pudesse estudar. Aos professores da UFRGS, pelos tantos ensinamentos que contribuíram para minha formação. À Prefeitura de Porto Alegre que permitiu a pesquisa, bem como aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde que aceitaram que os médicos participassem da coleta de dados. Aos médicos, em especial, agradeço a colaboração e disponibilidade em participar da pesquisa. Espero que os resultados desta dissertação possam contribuir de alguma forma no trabalho de vocês!

Enfim, obrigada a todos que me ajudaram de uma forma ou de outra a chegar até aqui!

RESUMO

As atitudes e crenças sobre a dor lombar crônica inespecífica (DLCI) dos profissionais de saúde estão associadas com as de seus pacientes, assim como com os resultados do tratamento. Por sua relevância, alguns estudos já foram realizados com o intuito de identificar as atitudes e crenças ligadas à orientação de tratamento que os médicos adotam no manejo da DLCI, bem como investigar a associação entre suas características demográficas e profissionais e suas atitudes e crenças. No entanto, no Brasil encontramos apenas uma pesquisa sobre esse tema, com fisioterapeutas que atuavam em hospitais e clínicas particulares. Os objetivos desta dissertação foram: 1) revisar os documentos que abordam o manejo da DLCI localizados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde; 2) descrever atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento dos médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) conveniadas a Prefeitura de Porto Alegre (PREFPOA) e identificar a associação entre suas características demográficas e profissionais e as suas atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica. Esta dissertação foi composta por dois artigos, sendo que cada artigo inclui um dos objetivos citados. Para atingir o objetivo 1, realizamos uma revisão de documentos na língua portuguesa sobre o manejo da dor lombar publicados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Para atingir o objetivo 2, todos os médicos de UBS da PREFPOA foram convidados para participar do estudo. Como critérios de inclusão, foi determinado que para participar da pesquisa o médico deveria atender pelo menos um paciente com DLCI por semana e estar trabalhando na atenção básica há pelo menos seis meses. Para coleta de dados, utilizamos um questionário demográfico e profissional e o *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists*, para avaliar as atitudes e crenças, sendo composto por duas orientações de tratamento: biomédica e comportamental. Os resultados do artigo 1 indicam que não há um documento na língua portuguesa que oriente os profissionais a utilizarem a orientação biopsicossocial no manejo de pacientes com DLCI. Os resultados do artigo 2, em que participaram do estudo 110 médicos, com idade média de 47,18(±9,52) anos, indicam uma média de 27,75(±6,89) na orientação biomédica e de 22,76(±4,44) na orientação comportamental, sendo que os médicos consideraram o papel do estresse e de questões psicossociais no manejo da DLCI, mas também relacionaram a dor à presença de lesão tecidual. Tanto na orientação biomédica quanto na comportamental as diferenças entre os grupos foram pequenas, considerando as variáveis demográficas e profissionais. Conclui-se que existe uma carência de documentos na língua portuguesa para guiar os profissionais a utilizarem a orientação biopsicossocial no manejo da DLCI, os médicos de UBS da PREFPOA apresentaram atitudes e crenças ligadas tanto à orientação biomédica quanto comportamental e nenhuma característica analisada estava associada às atitudes e crenças dos médicos.

Palavras-chave: Dor Crônica, Manejo da Dor, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Cuidados Médicos, Guias de Prática Clínica, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Attitudes and beliefs about chronic nonspecific low back pain of health professionals are associated with their patients, as well as the results of treatment. For its relevance, some studies have been conducted in order to identify the attitudes and beliefs related to orientation treatment that physicians adopt in the management of chronic nonspecific low back pain and investigate the association between their demographic and professional characteristics and their attitudes and beliefs. However, in Brazil we found only research on this subject, with physiotherapists who worked in hospitals and private clinics. The objectives of this dissertation were: 1) to review the documents that address the management of chronic nonspecific low back pain located in the Virtual Health Library of the Ministry of Health; 2) describe attitudes and beliefs related to the orientation treatment of the Basic Units of Health linked the Porto Alegre Prefecture and identify the association between their demographic and professional characteristics and their attitudes and beliefs related to orientation treatment of chronic non-specific low back pain. This dissertation was composed of two articles, wherein each article includes one of said goals. To article the goal 1, we conducted a review of documents in Portuguese on the management of low back pain published in the Virtual Library of Health Ministry of Health. To article the goal 2, Porto Alegre Prefecture' Basic Units of Health' all physicians were invited to participate in the study. As inclusion criteria, it was determined that to participate in the survey the physician should meet at least one patient with chronic nonspecific low back pain a week and be working in primary care for at least six months. To collect data, use demographic and professional questionnaire and Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists, to assess attitudes and beliefs, being composed of two treatment guidelines: biomedical and behavioral. The results of Article 1 indicate that there is a document in the Portuguese language to guide professionals to use the biopsychosocial orientation in the management of patients with chronic nonspecific low back pain. The results of Article 2, in the study 110 physicians with an average age of 47.18 (\pm 9.52) years, indicate an average of 27.75 (\pm 6.89) in biomedical orientation and 22.76 (\pm 4.44) in the behavioral orientation, and the physicians considered the role of stress and psychosocial issues in the management of chronic nonspecific low back pain, but also related pain to the presence of tissue injury. Any biomedical orientation as the behavioral differences between groups were small, considering demographic variables and professionals. It is concluded that there is a lack of documents in Portuguese to guide professionals to use the biopsychosocial guidance in the management of chronic nonspecific low back pain, Porto Alegre Prefecture' Basic Units of Health' physicians of presented attitudes and beliefs related to both biomedical and behavioral guidance and no analyzed characteristic was associated with attitudes and beliefs of physicians.

Key words: Chronic Pain, Pain Management, Health Knowledge, Attitudes, Practice, Medical Care, Practice Guidelines as Topic, Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS

AMB: Associação Médica Brasileira

BVS-MS: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

DLCI: dor lombar crônica inespecífica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PABS.PT: *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists*

PREFPOA: Prefeitura de Porto Alegre

RS: Rio Grande do Sul

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1: Manejo da dor lombar no Brasil: uma revisão de documentos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde.....	15
Introdução.....	16
Métodos.....	18
Resultados.....	18
Discussão.....	24
Considerações finais.....	29
CAPÍTULO 2: Orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica de médicos de Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre.....	31
Introdução.....	32
Materiais e Métodos.....	35
Resultados.....	38
Discussão.....	44
Conclusão.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A – Carta aos médicos de UBS conveniadas à Prefeitura de Porto Alegre.....	63
APÊNDICE B – Ficha de dados demográficos e profissionais e PABS.PT.....	65

APRESENTAÇÃO

O interesse em desenvolver essa pesquisa partiu dos resultados do projeto de extensão e pesquisa “Grupo da Coluna no contexto do SUS”, o qual foi tema do meu Trabalho de Conclusão do Curso de Educação Física – Bacharelado na UFRGS. Esse projeto, que ainda está em andamento, é destinado a usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com dor lombar crônica inespecífica (DLCI). Para participar do projeto, os usuários deveriam ser encaminhados pelos médicos da UBS. Começamos a identificar o importante papel que os médicos desempenhavam no tratamento de pacientes com DLCI, que nesse contexto, também avaliavam e selecionavam os usuários que poderiam se beneficiar do nosso Grupo. Além disso, observamos que não havia políticas públicas brasileiras sobre a DLCI e eram poucos os documentos do Ministério da Saúde que contribuíam na orientação dos profissionais no manejo de pacientes com esse problema de saúde. Algumas dúvidas começaram a surgir sobre como o médico manejava os pacientes com DLCI e o que influenciava na sua conduta no tratamento. A partir da leitura de artigos publicados, identificamos que verificar as atitudes e crenças dos médicos relacionadas à orientação de tratamento da DLCI poderia responder às nossas dúvidas. Tivemos a ideia de investigar todos os médicos de Porto Alegre, pois achamos importante conhecer o serviço de atenção básica da cidade, para, posteriormente, elaborar propostas de intervenção que pudessem melhorar o manejo da DLCI, se fosse identificado a sua necessidade. Deparamo-nos com questões de logística e relacionadas ao Comitê de Ética na elaboração do projeto de pesquisa. Tendo em vista a duração do mestrado, fizemos, então, a pesquisa apenas com as UBS que estavam vinculadas a Prefeitura de Porto Alegre (PREFPOA), não investigando as Estratégias de Saúde da Família e nem as Unidades do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta dissertação foi feita em formato de dois artigos. Primeiramente, apresento uma introdução da dissertação e depois dois capítulos que englobam os artigos elaborados, um de revisão e um feito a partir do trabalho de campo:

- O capítulo 1 contém o artigo intitulado “Manejo da dor lombar no Brasil: uma revisão de documentos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde”. Nesse artigo, fiz uma revisão a respeito das publicações brasileiras vinculados ao Ministério da Saúde que tem o intuito de orientar os profissionais de saúde no manejo de pacientes com dor lombar.

- O capítulo 2 contém o artigo intitulado “Orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica de médicos de Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre”. Este estudo foi feito com o intuito de descrever atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento dos médicos de UBS conveniadas a PREFPOA e identificar a associação entre suas características demográficas e profissionais e as suas atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica.

Por fim, apresento as considerações finais da dissertação. As referências são apresentadas no final, incluindo todas as citações da introdução e dos dois artigos. Nos apêndices, está uma carta que pretendo entregar aos médicos que participaram da pesquisa, agradecendo a colaboração e apresentando resumidamente os resultados da dissertação. A intenção é enviar para os coordenadores das UBS essa carta destinada aos médicos, manifestando meu interesse na realização de reuniões para que possamos discutir a respeito do manejo da dor lombar crônica inespecífica.

INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica é um problema de saúde frequente tanto em países desenvolvidos (Freburger *et al.*, 2009) quanto em desenvolvimento (El-Sayed *et al.*, 2010). No Brasil, segundo pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a dor lombar foi a segunda doença crônica mais citada pela população (Brasil, 2010), sendo que na região sul do país a proporção de 23,3% de indivíduos com dor lombar crônica foi superior à média nacional de 18,5% (Brasil, 2014a). Além disso, os resultados da pesquisa de Meucci *et al.* (2013) em Pelotas indicam um aumento na prevalência de dor lombar crônica em torno de 5% de 2002 para 2010. Um dos principais impactos que a dor lombar crônica gera para os pacientes é na funcionalidade, sendo que, atualmente, esse problema de saúde é considerado a principal causa de incapacidade funcional em diferentes países (Lim *et al.*, 2013). Além disso, segundo Henschke *et al.* (2008) aproximadamente um terço dos indivíduos afetados por um episódio de dor lombar não terá se recuperado após um ano.

A dor lombar é caracterizada como inespecífica em 80 a 85% dos casos, pois não é possível determinar a sua causa (Chou *et al.*, 2007). Segundo revisões sistemáticas de Wassenaar *et al.* (2012), que demonstrou que uma proporção considerável de pacientes podem ser classificados incorretamente por ressonância magnética para hérnia de disco e estenose do canal medular, e de Chou *et al.* (2009), que concluiu que exames de imagem em pacientes com dor lombar sem indicações de condições graves não melhoraram os resultados clínicos, a lesão tecidual não tem correlação com os sintomas clínicos do paciente e resultados do tratamento. Somado a esses resultados, estudo realizado por Jensen *et al.* (1994) identificou um grande número de pessoas assintomáticas com presença de lesão tecidual. Paralelamente, outra revisão sistemática identificou o papel de questões psicológicas na transição da dor lombar aguda para crônica (Pincus *et al.*, 2002). Assim, considerando esses estudos, assume-se que na DLCI a participação de fatores psicossociais, assim como das atitudes e crenças dos profissionais de saúde, devem ser considerados como elementos que podem influenciar na exacerbação ou perpetuação da dor (Darlow *et al.*, 2012).

Devido à complexidade da DLCI, varias pesquisas foram realizadas na ultima década sobre o manejo desse problema de saúde e diretrizes clínicas, que sintetizam as recomendações de tratamento para auxiliar os profissionais de saúde, foram criadas em diversos países (Koes *et al.*, 2010). A intenção dos governos dos países e pesquisadores na

elaboração de diretrizes é estimular o uso da Medicina Baseada em Evidência pelos profissionais, tornando a tomada de decisão mais objetiva e o manejo com um melhor custo-efetividade (Greenhalgh, 2013). As diretrizes difundidas na Europa e América do Norte recomendam que os profissionais de saúde utilizem uma abordagem biopsicossocial no manejo de pacientes com DLCI.

A orientação de tratamento biopsicossocial considera que a dor é multifatorial, envolvendo fatores psicossociais, como depressão, ansiedade, sentimentos catastróficos, cinesiofobia e interações sociais, além dos fatores biológicos (Waddell e Burton, 2005). Nessa orientação, o foco do tratamento é a melhora da incapacidade funcional gerada pela dor (Waddell, 1987), através de tratamentos que enfatizam a educação e a mudança de atitudes e crenças do paciente, a manutenção de suas atividades diárias, apesar da dor, a prática de exercícios e a sua participação ativa no tratamento (Airaksinen *et al.*, 2006). Já a orientação biomédica de tratamento, ainda muito utilizada pelos profissionais, considera que a lesão tecidual é a causa da dor e da incapacidade (Houben *et al.*, 2005). Esta orientação está associada à indicação de tratamento passivo, pedidos de exame de imagem desnecessários e que não auxiliam na prescrição do tratamento, indicação de repouso e afastamento do trabalho por tempo prolongado (Darlow *et al.*, 2012).

A orientação de tratamento biopsicossocial ganhou força pela complexidade das questões que envolvem a DLCI, que não podiam ser explicadas sob o ponto de vista biomédico (Waddell e Burton, 2005). Exemplos disso é a ausência de correlação entre achados de exames de imagem e o sintoma (Wassenaar *et al.*, 2012) e o fato de que as terapias medicamentosas isoladas apresentarem resultados apenas em curto prazo (Kuijpers *et al.*, 2011). As fronteiras tradicionais estabelecidas historicamente entre as especialidades médicas, que dividem o corpo em sistemas orgânicos relacionados a cada especialidade (Fava e Sonino, 2008), parecem cada vez menos adequadas para lidar com a DLCI, por envolver problemas que permeiam os diferentes sistemas.

As atitudes e crenças, que estão relacionadas à orientação de tratamento que os profissionais adotam, têm repercussões importantes para o manejo, pois são associadas com as de seus pacientes e com os resultados do tratamento (Darlow *et al.*, 2012). Alguns estudos já foram realizados com o intuito de identificar as atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento que os profissionais adotam no manejo da DLCI e se suas características demográficas e profissionais estavam associadas com suas atitudes e crenças (Ostelo *et al.*,

2003; Houben *et al.*, 2005; Bishop *et al.*, 2008; Derghazarian e Simmonds, 2011; Fullen *et al.*, 2011; Magalhães *et al.*, 2012; Simmonds, Derghazarian e Vlaeyen, 2012; Sit *et al.*, 2015). Essas pesquisas foram realizadas principalmente com fisioterapeutas e médicos de países desenvolvidos economicamente.

Dentre os profissionais de saúde, os médicos são, na maioria dos sistemas de saúde no mundo, o primeiro contato dos indivíduos com DLCI que procuram por cuidados em saúde na atenção básica, sendo também os responsáveis pelo acesso a outros profissionais e níveis de atenção a saúde (Foster, Hartvigsen e Croft, 2012). Por isso, conhecer as atitudes e crenças dos médicos da atenção básica é importante para identificar se as orientações de tratamento de pacientes com DLCI estão alinhadas a uma abordagem biopsicossocial (Airaksinen *et al.*, 2006). Um estudo populacional pode ser o primeiro passo para conhecer a realidade local, tanto no sentido de identificar a necessidade de intervenções educativas, quanto de planejar ações pontuais direcionadas a grupos específicos, visando à melhora do manejo da DLCI.

Os objetivos desta dissertação foram: 1) revisar os documentos que abordam o manejo da DLCI localizados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde; e 2) descrever atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento dos médicos de UBS conveniadas a PREFPOA e identificar a associação entre suas características demográficas e profissionais e as suas atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica.

CAPÍTULO 1

Título: Manejo da dor lombar no Brasil: uma revisão de documentos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde

Resumo: A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é um problema de saúde considerado a principal causa de incapacidade funcional no mundo. Diminuir o impacto negativo que este problema traz para os pacientes e para o sistema de saúde motivaram a elaboração de diretrizes clínicas em diversos países. O objetivo deste artigo foi revisar os documentos que abordam o manejo da DLCI localizados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Localizamos quatro documentos e empregamos as seguintes categorias analíticas: classificação da dor lombar, avaliação dos pacientes e indicações de tratamento não medicamentoso. Verificamos que ainda não foram publicadas diretrizes clínicas brasileiras direcionadas ao manejo da DLCI e identificamos elementos de uma orientação de tratamento biopsicossocial em alguns documentos, mas, diferentemente das diretrizes de países da América do Norte e da Europa, sem uma indicação clara da relevância dessa orientação para o manejo da DLCI.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Assistência ao Paciente; Guias de Prática Clínica.

INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) está entre as principais causas de incapacidade funcional (Lim *et al.*, 2013), sendo que aproximadamente um terço dos indivíduos afetados por um episódio de dor lombar não estarão recuperados após um ano (Henschke *et al.*, 2008). Essas são algumas das razões do grande interesse de pesquisadores em identificar as causas e buscar estratégias eficazes para o manejo da DLCI.

Na década de 1980, devido aos resultados falhos e insatisfatórios no tratamento da DLCI a partir de uma orientação de tratamento biomédica, que considera a lesão tecidual como fator causal e central da dor e incapacidade, alguns autores começaram a apresentar modelos alternativos (O'Sullivan, 2005). Gordon Waddell, tendo por referência a proposta de George Engel (Engel, 1977) de ampliar o olhar sobre a complexidade de fatores envolvidos na queixa apresentada pelos pacientes, destacou-se entre os pesquisadores ao propor um modelo de orientação de tratamento biopsicossocial como alternativa para o manejo da DLCI (Waddell, 1987).

Desde então, esta orientação de tratamento tem se destacado na literatura que aborda a DLCI, devido ao importante papel que fatores psicossociais como, por exemplo, sentimentos depressivos, ansiedade, perturbações no sono, medo que o movimento possa piorar a dor ou incapacitar e sentimentos catastróficos desempenham na cronicidade e no desenvolvimento de incapacidades funcionais (Gore *et al.*, 2012; Pincus *et al.*, 2002; Main e George, 2011). A ausência de correlação entre achados clínicos e sintomas (Wassenaar *et al.*, 2012, Chou *et al.*, 2009) e a evidência de que as terapias medicamentosas isoladas apresentarem resultados positivos apenas em curto prazo (Kuijpers *et al.*, 2011) também tem fortalecido a crença de que fatores biológicos e psicossociais interagem na DLCI e o interesse pela proposição de modelos multidimensionais nas publicações científicas (Truchon e Fillion, 2000). Essa interação tornou-se particularmente importante quando foi possível compreender que eliminar a dor não é o principal objetivo do tratamento, mas sim propiciar uma melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida do paciente (Parsons *et al.*, 2007).

Nas últimas décadas, a elaboração de diretrizes clínicas, embasadas em evidências científicas, tem contribuído para sintetizar recomendações em relação a um manejo mais adequado de várias condições de saúde (Greenhalgh, 2013). Elas visam diminuir o impacto

negativo que problemas de saúde geram para pacientes e para os sistemas de saúde em diferentes partes do mundo. As diretrizes clínicas, ao reunirem e organizarem evidências científicas e da prática clínica, podem ser uma ferramenta útil para os profissionais atualizarem recomendações vigentes e terem mais subsídios para embasar sua prática clínica (Law e MacDermid, 2008).

Em um artigo publicado em 2010, Koes et al. apresentam a atualização de uma revisão realizada em 2001 sobre quinze diretrizes clínicas sobre o manejo da dor lombar e concluem que não houve uma modificação substancial quanto às recomendações relacionadas ao diagnóstico e tratamento da dor lombar. No entanto, um número maior de diretrizes em 2010 salienta a relevância da avaliação de fatores de risco psicossociais para cronicidade e de se manter ativo, apesar da dor, retornar rapidamente ao trabalho e fazer exercícios físicos, demonstrado que se deve ter uma abordagem multidimensional para avaliar e tratar os pacientes.

No Brasil, não encontramos diretrizes clínicas voltadas para o manejo da DLCI, apesar de pesquisas governamentais demonstrarem que ela representa um problema de saúde prevalente, sendo a segunda doença crônica mais citada no país em Pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2010). Todavia, localizamos alguns documentos na língua portuguesa contendo informações a respeito do manejo da dor lombar disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, a qual é difundida como principal canal de divulgação do Sistema Único de Saúde. Essa Biblioteca é uma divisão da Biblioteca Virtual em Saúde, criada em 2001 para disponibilizar informações bibliográficas, com publicações em diversos formatos, produzidas principalmente pelo Ministério da Saúde. Segundo o site, a Biblioteca do Ministério da Saúde contribui para a divulgação da informação em saúde e estimula a sua utilização tanto por parte dos governos e representantes dos sistemas de saúde quanto por instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde e usuários.

O nosso objetivo neste artigo foi revisar os documentos que abordam o manejo da DLCI localizados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Pretendemos analisar quais são as recomendações presentes nesses documentos sobre a avaliação e o tratamento não medicamentoso. Acreditamos que a revisão destes documentos é relevante para identificarmos quais informações a respeito do manejo da DLCI tem sido difundidas e

disponibilizadas e se estão alinhadas com as recomendações presentes nas diretrizes clínicas de países da Europa e América do Norte.

MÉTODOS

A Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS) foi a base de dados escolhida para a busca de documentos. Os critérios de elegibilidade dos documentos foram documentos redigidos na língua portuguesa que apresentassem informações sobre o manejo da dor lombar. Foram utilizadas na busca, de forma combinada e individual, as seguintes palavras-chave: dor lombar, diretrizes clínicas, doenças crônicas e atenção básica. Inicialmente foram lidos os títulos dos documentos resultantes da busca realizada. Os documentos selecionados que se enquadravam no objetivo desta revisão, e que o texto completo estava disponível, foram lidos na íntegra. Caso esses documentos indicassem outras fontes, a busca manual foi utilizada para complementação da revisão. A busca foi realizada em novembro de 2015.

Analizamos as seguintes categorias nos documentos: classificação da dor lombar, avaliação dos pacientes e indicações de tratamento não medicamentoso. As recomendações para o manejo da DLCLI presentes na revisão sistemática sobre diretrizes clínicas para o tratamento da dor lombar de Koes et al. (2010) de países da Europa e da América do Norte foram utilizadas para comparação. Para verificar se os documentos localizados eram diretrizes clínicas seguimos as orientações de Greenhalgh (2013), analisando se foram os documentos foram baseados em uma revisão sistemática abrangente e rigorosa das evidências.

RESULTADOS

Na busca realizada foram localizados 726 documentos (Figura 1). Após leitura de oito documentos na íntegra, apenas um documento que apresentava orientações quanto ao manejo da dor lombar foi selecionado para esta revisão (BRASIL, 2013b). Cinco documentos

relacionados a doenças crônicas que passaram para a fase de leitura na íntegra, não fizeram parte desta revisão por não apresentarem informações quanto à dor lombar:

- Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência (BRASIL, 2008);
- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (Brasil, 2011);
- Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013b);
- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Brasil, 2014b);
- Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família (Mendes, 2012).

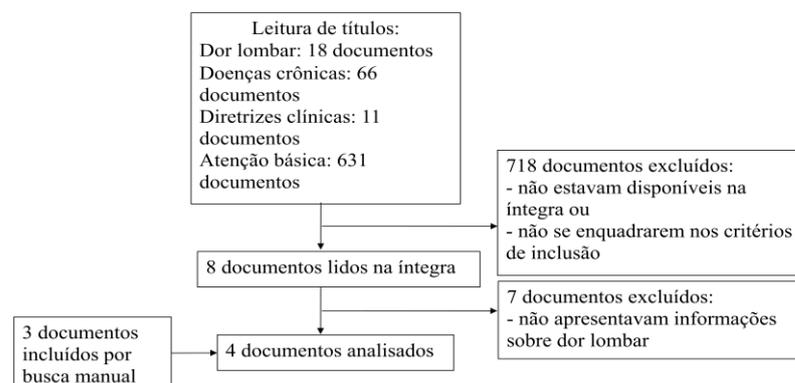


Figura 1: Fluxograma dos resultados da busca

Um dos documentos excluídos, após leitura na íntegra, foi o Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (2012), o qual visava estabelecer critérios de diagnóstico e tratamento em relação à diversas condições de saúde. Esse Guia não continha, entretanto, informações quanto à dor lombar. Outro documento lido na íntegra refere-se a convênio feito entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Associação Médica Brasileira (Brasil, 2009). Este convênio visava à capacitação de profissionais para a elaboração, revisão e disseminação de diretrizes clínicas no setor suplementar de saúde. A Associação juntamente com o Conselho Federal de Medicina formou o Projeto Diretrizes, uma iniciativa que elabora

diretrizes voltadas à otimização de decisões médicas e cuidados dos pacientes. Foi, então, feita uma busca para localizar versões mais atuais dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e as diretrizes produzidas pelo Projeto Diretrizes que pudessem ser relacionadas ao manejo da dor lombar. Nessa busca, a portaria 1083 (Brasil, 2014d) e dois documentos produzidos do Projeto Diretrizes foram encontrados (Brazil et al, 2001; Rached et al, 2012). Sendo assim, fizeram parte desta revisão quatro documentos (Quadro 1).

Quadro 1 – Resumo das indicações relacionadas à orientação biopsicossocial no manejo da DLCI

Autor, ano, título	Tipo de dor abordada	Fase da dor abordada	Avaliação	Tratamento		
				Educação	Exercícios	Outros recursos
Koes et al. (2010), <i>An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care</i>	Dor lombar inespecífica	Aguda, subaguda e crônica	Identificar presença de fatores psicossociais	Aconselhar o paciente a ficar tão ativo quanto possível e, progressivamente, aumentar seus níveis de atividade, evitar repouso no leito, informar e tranquilizar o paciente que ele não tem uma doença grave	Indicação de exercícios supervisionados	Indicação de terapia cognitivo comportamental e tratamento multidisciplinar
Brazil et al. (2004), Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias	Dor lombar específica e inespecífica	Aguda e crônica	NI	Indicação de repouso, mas não muito prolongado, educação e esclarecimento do paciente	Indicação de exercícios aeróbicos e de fortalecimento da coluna paravertebral	NI
Brasil, 2013 ^a , Acolhimento à demanda espontânea- Queixas mais comuns na Atenção Básica	Dor lombar	Aguda	Identificar presença de fatores psicossociais	Incentivar o retorno lento e gradual as atividades normais, sem repouso no leito, dar orientações posturais	Incentivo a participação em grupos de atividade física	Incentivo a participação em grupos de práticas integrativas
Rached et al. (2013), Lombalgia inespecífica crônica: reabilitação	Dor lombar inespecífica	Crônica	NI	NI	Indicação de exercícios	NI
Brasil, 2014d, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dor crônica	Diversificado	Crônica	NI	NI	Indicação de prática regular de exercícios físicos	Indicação de terapia cognitiva comportamental

Nota: NI – nenhuma informação

Os documentos de Rached et al. (2013) e Brazil et al. (2004) e a Portaria 1083, que é intitulada “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica”, mas apresenta características apenas de protocolo, não podem ser considerados diretrizes de acordo com os critérios estabelecidos em nossa revisão com base nas recomendações de Greenhalgh (2013), pois não são embasados em revisão sistemática abrangente da literatura, não apresentam rigor no desenvolvimento das recomendações e não abordam informações amplas e claras relacionadas tanto a avaliação quanto ao tratamento da DLCI.

Quanto ao tipo e a fase da dor a que cada documento é direcionado, somente um deles continha informações exclusivamente sobre a DLCI (Rached *et al.*, 2013), a qual foi definida como inespecífica quando não é encontrada uma justificativa para a causa, tais como condições congênitas, degenerativas, inflamatórias, infecciosas, tumorais e mecânicos-posturais. O artigo produzido por Brazil *et al.* (2004) é bastante genérico e aborda tanto lombalgias agudas e crônicas, quanto lombalgias específicas e inespecíficas. O documento Acolhimento à demanda espontânea (Brasil, 2013a), produzido pelo Ministério da Saúde brasileiro, foi elaborado principalmente para guiar profissionais de saúde nos atendimentos especialmente de urgências e emergências. Desta forma, suas orientações quanto à dor lombar são principalmente relacionadas à dor aguda, havendo algumas recomendações que parecem ser direcionadas ao manejo de uma agudização de um quadro de dor lombar crônica ou prevenção de uma cronificação do problema, mas o termo DLCI não é utilizado. Já a Portaria 1083 é direcionada para dor crônica, sem delimitar uma abordagem específica para manejo da DLCI, dividindo-a em dor com predomínio nociceptivo, neuropático ou misto e considerando como crônicos os casos em que dor tem duração superior a 30 dias (Brasil, 2014d).

Quanto à avaliação, as diretrizes clínicas resumidas no artigo de Koes *et al.* (2010) recomendam a identificação das bandeiras vermelhas, que sugerem a presença de uma patologia específica, e das bandeiras amarelas, que indicam a presença de fatores de risco psicossociais para cronificação. Entretanto, na análise dos documentos brasileiros, nenhum deles nomeia fatores psicossociais como bandeiras amarelas. Dois documentos (Brasil, 2013a, Brazil *et al.*, 2004) apresentam informações quanto à avaliação, mas enfatizam a necessidade de identificar bandeiras vermelhas. As

bandeiras vermelhas são utilizadas para identificar a presença de patologias específicas como a síndrome da cauda equina, fratura, câncer e inflamação (Ferguson, 2010) e não auxiliam na avaliação de pacientes com dor lombar inespecífica. Segundo esses dois documentos, os pacientes que apresentam bandeiras vermelhas devem ser avaliados quanto à necessidade de referência a um especialista ou serviço de emergência.

Alguns sinais, como depressão, somatização, insatisfação com o trabalho, medo, desejo de ser aposentado precocemente são citados no documento Acolhimento à Demanda Espontânea (Brasil, 2013a). Nesses casos, o documento recomenda a realização de avaliação da saúde mental do paciente e, se for necessário, a solicitação do apoio da equipe de Saúde Mental dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de referência, se houver esse serviço, ou encaminhamento para serviço de psicologia/psiquiatria. O documento Diagnóstico e Tratamento de Lombalgias e Lombocitalgias de Brazil *et al.* (2004) relaciona a dor lombar a aspectos psicossociais, mas não cita quais são esses aspectos e como devem ser considerados e avaliados.

Quanto ao tratamento, as recomendações das diretrizes resumidas no artigo de Koes *et al.* (2010) enfatizam a importância da educação do paciente tanto no tratamento da dor lombar aguda quanto da crônica. O documento do Ministério da Saúde Acolhimento à Demanda Espontânea apresenta indicações semelhantes quanto se referem ao manejo da dor lombar aguda, recomendando a orientação para o retorno às atividades normais, sem repouso no leito e acrescentam a importância dos profissionais darem orientações posturais aos pacientes (Brasil, 2013a). Já o documento redigido por Brazil *et al.* (2004) indica o repouso, mas por tempo não muito prolongado, e também cita a educação e esclarecimento do paciente. Os outros documentos não apresentaram quaisquer informações quanto à educação do paciente (Brasil, 2014d; Rached *et al.*, 2013).

As diretrizes produzidas em países da Europa e da América do Norte apontam a importância dos profissionais de saúde orientarem os pacientes a realizar exercícios supervisionados, sem consenso sobre quais exercícios são os mais indicados, indicam a terapia cognitivo comportamental e, em último caso, intervenções conduzidas por equipe multidisciplinar. Em todos os documentos que analisamos o exercício físico é citado como importante para pacientes com dor lombar. O documento Diagnóstico e

Tratamento de Lombalgias e Lombocitalgias (Brazil *et al.*, 2004) cita os exercícios aeróbicos e de fortalecimento da musculatura paravertebral e o documento Acolhimento à Demanda Espontânea (Brasil, 2013a) menciona a importância de grupos de atividade física ou de práticas integrativas, desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que visam o fortalecimento da musculatura da coluna, a educação postural, o alongamento e/ou o relaxamento para prevenção da dor. Neste documento (Brasil, 2013a), é estimulada a discussão com a equipe do NASF sobre a necessidade da implantação dessas atividades, caso não existam na UBS. Quanto a outras modalidades de tratamento, na Portaria 1083 é indicada a terapia cognitivo comportamental (Brasil, 2014d) e no documento Acolhimento à Demanda Espontânea a importância do trabalho multiprofissional para melhora da dor lombar crônica (Brasil, 2013a).

DISCUSSÃO

Verificamos que, no âmbito brasileiro, não existem diretrizes clínicas de referência para guiar profissionais de saúde no manejo da DLCI. De forma geral, em alguns documentos analisados foi possível identificar elementos da orientação biopsicossocial, como a importância da educação em saúde e de tratamentos que envolvam a participação ativa do paciente, como a prática de exercícios físicos. No entanto, em nenhum dos documentos brasileiros analisados foi citada claramente a importância da abordagem biopsicossocial para manejo da dor lombar.

Segundo Foster, Hartvigsen e Croft (2012) a DLCI ainda não é uma prioridade de saúde na maioria dos países, todavia, em países, principalmente os desenvolvidos economicamente, existem diretrizes clínicas que são formuladas com o objetivo de melhorar o tratamento dessa condição na atenção básica. Apesar da utilização das diretrizes na prática clínica ainda não ser considerada um sucesso (Côté *et al.*, 2009), é importante que cada país tenha um documento de referência para guiar os profissionais. A revisão sistemática de Grol e Grinshaw (2003) sobre avaliações de divulgação e implementação de estratégias de orientação aos profissionais apontou alguns motivos para não aderência dos profissionais às diretrizes clínicas, demonstrando ainda que mudar a prática clínica geralmente requer abordagens abrangentes em diferentes níveis,

(profissional de saúde, equipe, ambiente em geral). Um dos motivos se refere à dificuldade dos profissionais de incorporarem na sua prática clínica informações que não levam em consideração seu contexto local. Corroborando com esses autores, acreditamos que as diferenças nos sistemas de saúde e culturas poderão implicar nas recomendações de tratamento. Além disso, a publicação de uma diretriz clínica nacional pode facilitar o entendimento e a aplicação por parte dos profissionais de suas recomendações.

O Ministério da Saúde no Brasil tem apoiado o uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências, apesar de não ter produzido nenhuma publicação a respeito da dor lombar. Segundo o documento Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica pesquisado nesta revisão, o Ministério da Saúde cita algumas condições fundamentais para utilização das diretrizes pelos profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde. Alguns exemplos são a divulgação das diretrizes na atenção básica, disponibilização em local de fácil consulta, desenvolvimento de atividades de educação permanente para familiarização dos profissionais, explicitação das atribuições de cada integrante da equipe no cuidado aos indivíduos e monitoramento da utilização no serviço (Brasil, 2014b), que corroboram com a revisão de Grol e Grinshaw (2003). Localizamos também uma publicação recente do Ministério da Saúde que visa à adaptação cultural e tradução de diretrizes internacionais para o contexto brasileiro, justificando que a produção de diretrizes clínicas requer recursos financeiros substanciais (Brasil, 2014c), mas não localizamos nenhum documento produzido a partir dessa iniciativa até o momento.

Um dos documentos localizados (Brasil, 2014d), intitulado como Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, apresenta características apenas de protocolo. Apesar de serem semelhantes em alguns aspectos com as diretrizes, principalmente na intenção de dar instruções aos profissionais sobre o que fazer em circunstâncias específicas, os protocolos são normativos, não permitindo, por tanto, julgamentos individuais dos profissionais (Greenhalgh, 2013). Por isso, acreditamos que essa portaria não deveria ser nomeada como Diretriz, por suas características protocolares relacionadas apenas a indicações quanto ao uso de medicamentos.

A Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, utilizada para busca de documentos nessa revisão, é uma divisão da BVS, é o canal de divulgação de informações em saúde para os governos e representantes dos sistemas de saúde, bem como para instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde. No entanto, apenas um documento desta revisão (Brasil, 2013a) foi localizado nessa base, por isso consideramos que ela não pode ser uma base de dados de referência para os profissionais pesquisarem sobre o manejo da dor lombar.

Pelos resultados desta revisão, percebemos que os documentos governamentais parecem ter informações mais claras quanto aos casos de dor lombar aguda (Brasil, 2013a). Tradicionalmente, os serviços de saúde estão estruturados para resolver os problemas agudos, demandando respostas imediatas e com grande chance de solução rápida. No entanto, em se tratando de casos crônicos, o sofrimento prolongado dos pacientes, que gera alterações na sua rotina e nas relações com outras pessoas e com o meio, é preciso um olhar voltado para a modificação de atitudes e crenças do paciente e para os modos de viver (Brasil, 2008).

Apesar de ser esperado que os documentos intitulados como Diretrizes relacionadas a problemas crônicos não transmissíveis envolvessem recomendações a respeito da dor lombar, nenhuma recomendação a respeito foi encontrada (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011, BRASIL, 2013b, Brasil, 2014b, Mendes 2012). A ênfase no controle de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus pode estar relacionada ao fato de elas gerarem impacto sobre a morbimortalidade e não apenas sobre a morbidade, como no caso da DLCI. Essas doenças, além de receberem enfoque nesses documentos, possuem diretrizes e protocolos específicos, em que maiores informações são dadas a respeito do seu manejo.

Em geral, os documentos analisados não utilizam o termo inespecífica ao abordar a dor lombar, uma terminologia amplamente utilizada na literatura internacional, para designar a maioria dos casos de lombalgia em que a dor não é associada a uma causa específica. O único documento que encontramos direcionado para DLCI, intitulado Lombalgia Inespecífica Crônica: Reabilitação (Rached et al., 2013), considera causas degenerativas e mecânicos-posturais como específicas, diferente do que as diretrizes clínicas de países da Europa e América do Norte apontam,

considerando essas causas como inespecíficas (Koes et al., 2010). Além disso, a dor crônica é classificada de acordo com a sua duração de forma inadequada em um dos documentos do Ministério da Saúde (Brasil, 2014d), em que a dor é considerada crônica quando há uma duração superior a 30 dias. De acordo com a revisão sistemática de Koes *et al.* (2010), uma dor lombar com duração de 30 dias seria classificada como aguda pela maioria das diretrizes internacionais e em algumas delas, subaguda. Estas diferenciações na classificação têm implicações importantes para o paciente, pois as recomendações de avaliação e tratamento são distintas de acordo com o tipo e duração da dor. Na avaliação de pacientes com dor, os exames de imagem não são recomendados para pacientes com DLCI por não influenciarem no tratamento, enquanto que para os casos específicos eles são necessários. No tratamento, a prática de exercícios físicos é recomendada para pacientes com DLCI e devem ser evitados nos casos crônicos.

Com relação à avaliação de pacientes com DLCI, as diretrizes internacionais recomendam cada vez mais que os profissionais de saúde estejam atentos aos fatores de risco psicossociais ou bandeiras amarelas (Koes *et al.*, 2010), os quais foram pouco enfatizados nos documentos pesquisados. Algumas bandeiras amarelas são relacionadas a atitudes e crenças do paciente, destacando-se o medo que o movimento possa piorar a dor ou incapacitar, a tendência a sentimentos catastróficos, as crenças de que o tratamento passivo é melhor do que o ativo e de que a dor deve ser totalmente resolvida para retornar ao trabalho. Outras são ligadas a comportamentos e questões de compensação, como por exemplo, desejo de se manter afastado do trabalho ou se aposentar, expectativa de uma solução a partir de tratamento passivo, presença de depressão, ansiedade e estresse, insônia e problemas familiares e laborais (Ferguson, 2010). Apenas um dos documentos (Brazil *et al.*, 2004) cita que as questões psicossociais contribuem para o desencadeamento e cronificação da dor lombar, mas não especifica quais são as questões e como abordá-las, não contribuindo para que os profissionais de saúde realmente entendam e considerem essas questões no manejo dos pacientes. Outra limitação foi observada em uma publicação (BRASIL, 2013a) em que foram citadas algumas bandeiras amarelas como critérios para encaminhamento do paciente ao especialista de saúde mental, diferentemente do que recomendam as diretrizes internacionais, em que a presença dessas bandeiras são consideradas

relevantes para avaliar o prognóstico do paciente, devendo o manejo ser conduzido pelos profissionais de saúde na atenção básica.

A importância da avaliação de bandeiras amarelas se deve a relevância do profissional de saúde identificar fatores que possam contribuir para a cronicidade e dificultar o manejo do problema de saúde (Bekkering *et al.*, 2003). Os fatores psicossociais interagem de forma complexa em cada indivíduo e podem interferir no desenvolvimento da doença. A importância de cada fator pode variar de um indivíduo para outro e até mesmo entre dois episódios diferentes da mesma doença no mesmo indivíduo (Fava e Sonino, 2008). Henschke *et al.* (2008) identificaram que algumas bandeiras amarelas foram associadas com pior prognóstico do paciente. Desta forma, as informações quanto à identificação dos fatores psicossociais devem ser bem delimitadas nos documentos que visam orientar o manejo, com informações precisas sobre como e quando avaliar. A avaliação dessas bandeiras na atenção básica é uma ferramenta de baixo custo que auxilia o profissional na tomada de decisão no tratamento, por isso acreditamos que é importante que essa avaliação seja considerada nos documentos brasileiros.

Semelhante ao que observamos na avaliação ocorre com relação à educação do paciente. Os documentos analisados, não englobam informações específicas sobre como deve ser feita a educação do paciente. Se a intenção é fornecer informações que sejam colocadas em prática pelos profissionais, as informações devem ser claras e precisas. O profissional de saúde deve ser instruído sobre como educar o paciente, quais informações são relevantes para ajudá-lo a lidar melhor com sua dor e quais suas implicações para o cotidiano (Ladeira, 2011).

Ainda sobre a avaliação, quando citada nos documentos brasileiros, ela está centrada na identificação de usuários que possam ter patologias graves, para que encaminhamentos adequados sejam feitos, quando necessário (Brasil, 2013a; Brazil *et al.*, 2004). A preocupação com uma patologia grave também é uma apreensão de muitos pacientes (Foster, Hartvigsen e Croft, 2012), no entanto, é importante que tanto o paciente quando o profissional saibam que a dor originada por uma doença grave ocorre em uma minoria dos casos (Balagué *et al.*, 2007). Uma pesquisa realizada na Austrália com 1172 pacientes com dor lombar demonstrou que em 0,9% dos casos havia uma

patologia grave (Henschke *et al.*, 2008). A avaliação de bandeiras vermelhas não deve ser considerada de forma única no manejo (Underwood, 2009), pois ela pode até mesmo contribuir para investigações desnecessárias, excesso de medicalização e aumento da incapacidade e de custos públicos com o manejo (Williams *et al.*, 2010).

Existem controvérsias sobre a importância de diretrizes clínicas, pois alguns autores apontam que elas podem ser focadas no tratamento de doenças e não de pacientes e podem limitar a atuação do profissional (Greenhalgh, 2013). No entanto, acreditamos que uma boa diretriz não leva o profissional a abandonar seu bom senso e o julgamento individual que ele deve fazer de cada paciente, apenas sinaliza a melhor abordagem a ser utilizada de acordo com as evidências científicas.

Considerações finais

Concluimos que no Brasil não existe nenhum documento que apresente orientações de tratamento embasado claramente um modelo biopsicossocial tanto no que se refere à avaliação quanto ao tratamento da DLCI e que explorem as diferentes terapêuticas que podem ser utilizadas. Desta forma, ainda é preciso avançar para que a orientação de tratamento biopsicossocial seja amplamente compreendida e aplicada pelos profissionais. Acreditamos que publicações brasileiras, com orientações bem estabelecidas e claras, enfatizando as evidências atuais que apontam a importância da abordagem biopsicossocial, assim como indicando estratégias para sua implementação, poderiam contribuir para o manejo mais adequado dos pacientes com DLCI.

Reconhecemos a complexidade de um manejo da DLCI embasada numa orientação de tratamento biopsicossocial, pois, inseridos em um sistema dominado por crenças da orientação biomédica, tanto pacientes quanto médicos têm dificuldade em conciliar os fatores biológicos e psicossociais na dor, que muitas vezes são vistos como questões separadas, ao invés de serem partes do mesmo problema (Darlow *et al.*, 2012). O paciente tem a expectativa pelo diagnóstico, principalmente para legitimar sua condição de saúde, mas ao mesmo tempo reconhece que as questões psicossociais influenciam a sua dor (McIntosh e Shaw, 2003; Toye e Barker, 2010; Froud *et al.*,

2014). Os profissionais são capazes de reconhecer a importância de fatores psicossociais, mas não têm tempo nem treinamento para integrar uma avaliação e abordagem psicossocial (Darlow *et al.*, 2012) e, muitas vezes, têm limitado conhecimento sobre o conjunto de tratamentos não farmacológicos disponíveis (Foster, Hartvigsen e Croft, 2012). Apesar de o número de pesquisas sobre a avaliação e gestão da dor ter aumentado nas últimas décadas, segundo Foster, Hartvigsen e Croft (2012) parece que para os médicos esse conhecimento é destinado apenas para fisioterapeutas e profissionais especialistas em problemas musculoesqueléticos. Sendo assim, é importante que diretrizes clínicas brasileiras sejam produzidas, direcionadas para os profissionais de saúde da atenção básica, buscando auxiliar no manejo de pacientes com DLCI. Diminuir o foco do diagnóstico apenas da lesão tecidual, superar a crença de que as doenças que têm sinais visíveis são as únicas válidas e que o tratamento deve ser voltado apenas para resolução da dor são importantes questões que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde. Acreditamos que essas diretrizes devem estimular a modificação de atitudes e crenças dos profissionais de saúde, para que eles sejam estimulados a ajudarem seus pacientes a aprender a gerir a sua dor.

CAPÍTULO 2

Título: Orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica de médicos de Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre

Resumo: A dor lombar crônica inespecífica é considerada um problema de saúde pública mundial, gera custos para os serviços de saúde, impacta sobre a morbidade e está ligada a comprometimento da qualidade de vida e capacidade funcional. A literatura tem sugerido que a orientação de tratamento biopsicossocial é a mais indicada e deve ser a referência no manejo da DLCI. O objetivo desse artigo foi descrever atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento dos médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) conveniadas a Prefeitura de Porto Alegre (PREFPOA) e identificar a associação entre suas características demográficas e profissionais e as suas atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica. Este estudo foi transversal, sendo que na coleta de dados foi utilizado um questionário demográfico e profissional e o PABS.PT, que avalia a orientação de tratamento, dividindo-a em biomédica ou comportamental. Participaram deste estudo 110 médicos, com idade média de 47,18(\pm 9,52) anos. Foi observada uma média de 27,75(\pm 6,89) na orientação biomédica e de 22,76(\pm 4,44) na orientação comportamental. Não houve associação de nenhuma característica demográfica e profissional com as atitudes e crenças dos participantes. Os médicos consideraram o papel do estresse e de questões psicossociais no manejo da dor, mas também relacionaram a dor à presença de lesão tecidual. Concluímos que não há uma orientação de tratamento predominante e que os médicos apresentam atitudes e crenças relacionadas tanto à orientação biomédica quanto à comportamental no manejo da dor lombar crônica inespecífica.

Palavras-chave: Dor Crônica, Manejo da Dor, Atitude do Pessoal de Saúde, Cuidados Médicos, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica é considerada um problema de saúde pública mundial que impacta sobre a morbidade e está ligada a incapacidade funcional, diminuição da produtividade no trabalho, comprometimento da qualidade de vida e depressão (Mounce, 2002), gerando elevado gasto pessoal e público para o seu manejo (Deyo, Mirza e Martin, 2006; Krismer e Van Tulder, 2007). Os dados brasileiros apontados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstram que a dor nas costas é a segunda doença crônica mais citada (Brasil, 2010), sendo que na Região Sul do país a proporção de casos registrados (23,3%) é superior à média nacional de 18,5% (Brasil, 2014a). Segundo revisão sistemática de estudos de prevalência de dor lombar no Brasil realizada por Nascimento e Costa (2015), a prevalência de dor lombar crônica varia de 4,2% a 14,7% da população.

A literatura aponta que em mais de 85% dos casos a dor lombar crônica é inespecífica, ou seja, que não é possível estabelecer um diagnóstico preciso sobre a causa da dor que persiste por mais de três meses (Chou *et al.*, 2007). Causas específicas como fraturas, inflamação, tumor, síndrome da cauda equina e síndrome radicular ocorrem em torno uma minoria dos casos dos casos (Balagué *et al.*, 2007). A distinção entre dor lombar crônica inespecífica e específica deve ser feita através da verificação de sinais de alerta, conhecidos como bandeiras vermelhas, durante o exame clínico. Na presença de bandeiras vermelhas, recomenda-se confirmação diagnóstica por exames de imagem e o encaminhamento para serviços de média e alta complexidade (Chou *et al.*, 2007). Já na dor lombar crônica inespecífica, não recomenda-se diagnósticos de imagem, pois pesquisas demonstram que as alterações anatômicas não se correlacionam com os sintomas (Chou *et al.*, 2009). Nesses casos, os fatores psicossociais, conhecidos como bandeiras amarelas, são considerados os principais preditores de prognóstico (Pincus *et al.*, 2002). Ainda, atitudes e crenças dos profissionais de saúde devem ser considerados como elementos que podem influenciar na exacerbação ou perpetuação da dor (Darlow *et al.*, 2012, Pincus *et al.*, 2013).

Em virtude de múltiplos fatores estarem relacionados com o manejo de pacientes com dor lombar crônica inespecífica, tais como fatores genéticos, físicos, psicológicos,

ambientais, culturais e sociais (Waddell, 1992; Balagué *et al.*, 2012), o tratamento dessa condição representa um grande desafio aos profissionais de saúde (Rainville, Bagnall e Phalen, 1995). Desta forma, pesquisadores têm investigado como profissionais manejam pacientes com dor lombar crônica inespecífica em serviços de saúde partindo do pressuposto de que as atitudes e crenças do profissional estão relacionadas à sua orientação de tratamento e repercutem nas atitudes e crenças dos pacientes frente ao seu problema de saúde (Ostelo *et al.*, 2003; Houben *et al.*, 2005; Bishop *et al.*, 2008; Derghazarian e Simmonds, 2011; Fullen *et al.*, 2011; Magalhães *et al.*, 2012; Simmonds, Derghazarian e Vlaeyen, 2012; Sit *et al.*, 2015). Essas pesquisas dividem a orientação de tratamento dos profissionais em biomédica e biopsicossocial.

Diretrizes clínicas, baseadas em evidências científicas sistematicamente desenvolvidas, que buscam auxiliar os profissionais e os pacientes na tomada de decisões sobre o manejo da dor lombar crônica inespecífica, recomendam que o manejo dessa condição ocorra na atenção básica (Koes *et al.*, 2001; Koes *et al.*, 2010) e que os profissionais da saúde devem seguir uma orientação de tratamento biopsicossocial (Bekkering *et al.*, 2003; Koes *et al.*, 2010). Essa abordagem proposta como uma alternativa ao modelo biomédico (Engel, 1977) e introduzida por Gordon Waddell em 1987 no manejo da dor lombar (Waddell, 1987), considera que, além dos fatores biológicos, a dor lombar crônica inespecífica é influenciada por fatores psicossociais como depressão, ansiedade, sentimentos catastróficos, cinesiofobia e interações sociais (Waddell e Burton, 2005).

O foco do tratamento não deve ser, portanto, a remoção de uma lesão tecidual, mas a diminuição da incapacidade funcional gerada pela dor (Waddell, 1987). Nessa abordagem, os tratamentos enfatizam a mudança de atitudes e crenças a partir da educação do paciente, a manutenção das atividades apesar da dor, a prática de exercícios e a participação ativa do indivíduo no tratamento (Airaksinen *et al.*, 2006).

A literatura aponta, entretanto, que muitos profissionais seguem a orientação biomédica, a qual considera que a lesão tecidual é a principal causa da dor e da incapacidade e tendem a desconsiderar a multidimensionalidade da dor (Houben *et al.*, 2005). Nessa orientação, o manejo da dor lombar crônica inespecífica envolve a indicação de tratamento passivo, pedidos de exame de imagem desnecessários e que não

auxiliam na prescrição do tratamento, indicação de repouso e afastamento do trabalho por tempo prolongado (Darlow *et al.*, 2012). Ainda, a adoção de uma orientação de tratamento biomédica pelo profissional de saúde impacta sobre as atitudes e crenças dos pacientes, podendo contribuir para quadros de catastrofização, hipervigilância e cinesiofobia, o que pode contribuir para o desenvolvimento ou manutenção de incapacidades funcionais (Domenech *et al.*, 2011). Assim, estratégias de intervenção dirigidas para a mudança de comportamento dos prestadores de cuidados de saúde, bem como pacientes e formuladores de políticas, parecem ser agendadas em vários países (Koes *et al.*, 2001), levando-se em consideração que apenas a publicação e divulgação de diretrizes não são suficientes para sua utilização na prática (Gross *et al.*, 2001; Becker *et al.*, 2008). No Brasil, ainda não existem diretrizes clínicas que estimulem a adoção de uma orientação biopsicossocial, tampouco estratégias de intervenções direcionadas a melhorar o manejo da dor lombar crônica inespecífica, apesar deste ser um problema frequente entre os brasileiros (Brasil, 2010 e 2014c).

A orientação de tratamento que profissionais de saúde adotam é um tema de pesquisa recente. No Brasil, até o momento, encontramos apenas um estudo com relação à orientação de tratamento na dor lombar crônica inespecífica (Magalhães *et al.*, 2012). Este estudo incluiu fisioterapeutas de algumas capitais, pertencentes às regiões sudeste, norte e nordeste do país, com atuação predominante em hospitais e clínicas particulares e verificou que os fisioterapeutas apresentam incerteza em relação a sua orientação de tratamento. Até o momento, não encontramos no Brasil nenhuma pesquisa voltada para o conhecimento da orientação de tratamento dos médicos para essa condição. Verificar a orientação de tratamento dos médicos que atuam em serviços de atenção básica é importante, pois estes profissionais são o primeiro contato dos indivíduos com dor lombar crônica inespecífica que procuram por cuidados em e o responsável, quando necessário, por encaminhamentos a outros profissionais e outros níveis de atenção a saúde (Foster, Hartvigsen e Croft, 2012). O conhecimento sobre a orientação de tratamento adotada pelos médicos pode contribuir para identificarmos se as atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica estão alinhadas às recomendações atuais de uma orientação biopsicossocial. Assim, através de estudos locais é possível avaliar a necessidade de intervenções pontuais para melhora do manejo e o planejamento de políticas públicas voltadas para

esse tema. Portanto, este estudo teve como objetivo descrever atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento dos médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) conveniadas a Prefeitura de Porto Alegre (PREFPOA) e identificar a associação entre suas características demográficas e profissionais e as suas atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi populacional, de corte transversal e de associação, realizado no período de agosto de 2014 a março de 2015 com médicos que trabalhavam em UBS vinculadas à PREFPOA. Esta pesquisa é parte de um projeto maior, o qual foi aprovado pela Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (n°675.876) e da PREFPOA (n°987).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram trabalhar na atenção básica em UBS vinculadas a PREFPOA como médico há no mínimo seis meses e atender pelo menos um paciente com dor lombar crônica inespecífica por semana. O critério de exclusão foi o médico estar afastado por licença profissional.

Os dados sobre os médicos primeiramente foram obtidos em julho de 2014 através do site do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2000a), o qual representa um sistema de informações em saúde disponível para a sociedade sobre estabelecimentos de saúde, instituído pela Portaria n° 376 de outubro de 2000 (BRASIL, 2000b). Segundo o site, na cidade de Porto Alegre, existem 48 UBS vinculadas à PREFPOA, divididas em oito regiões de saúde. Ao todo, segundo o Cadastro, existem 319 médicos em UBS em Porto Alegre, sendo 107 médicos clínicos, 11 médicos de família e comunidade, três generalistas, 13 sanitaristas, 84 ginecologistas, 96 pediatras, dois pneumologistas, um psiquiatra, um endócrino e um geriatra. Destes, 13 médicos estavam cadastrados em duas UBS, um

médico em três UBS e uma médica trabalhava na mesma UBS com duas especialidades, totalizando 303 médicos.

Inicialmente fizemos contato com a coordenação geral da atenção básica de Porto Alegre e apresentamos a pesquisa para os coordenadores de cada região de saúde. Posteriormente, a pesquisa foi apresentada em reuniões em cada uma das oito regiões de saúde, as quais os coordenadores das UBS estavam presentes. Esse contato teve como finalidade explicar os objetivos da pesquisa, processos e tempo de aplicação, solicitar a autorização para a coleta dos dados, assim como combinar datas e horários adequados para realização das coletas de dados de maneira que elas não prejudicassem a rotina profissional dos médicos participantes da pesquisa e nem da UBS.

Os coordenadores receberam uma carta de apresentação do projeto em que tinham de assinar caso aceitassem que os médicos das UBS participassem da pesquisa. Após o aval da coordenação, os médicos que aceitaram participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dois questionários, o *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS.PT) e um questionário para dados demográficos e profissionais (APÊNDICE B). Antes da entrega dos questionários, foi dada uma explicação aos participantes da pesquisa sobre o seu preenchimento e feita a caracterização da dor lombar crônica inespecífica, entendida como uma dor na região da coluna lombar com duração de mais de três meses sem que haja uma causa definida. No cabeçalho de cada PABS.PT havia essa caracterização e foi enfatizado que o questionário não era sobre dor aguda e/ou com causas conhecidas, como resultantes de uma síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fraturas, infecções, inflamação, tumor ou metástase na lombar.

O PABS.PT foi formulado a partir da revisão de questionários existentes sobre atitudes e crenças de pacientes com dor crônica, sendo reformulado para o ponto de vista do profissional, sendo originalmente desenvolvido por Ostelo *et al.* (2003), adaptado para o inglês por Houben *et al.* (2005) e traduzido e adaptado ao português e com propriedades clinimétricas testadas e confirmadas por Magalhães *et al.* (2011). Foi originalmente feito para avaliar fisioterapeutas, mas pode ser utilizado também para médicos, tendo validade para o uso nestes profissionais (Bowey-Morris, Purcell-Jones e Watson, 2010). O questionário é auto-aplicado e composto por 19 questões agrupadas

em dois domínios: orientação biomédica (composto pelas questões de 1 a 10) e orientação comportamental (composto pelas questões de 11 a 19), sendo que cada escore varia de 0 a 50 e de 0 a 45, respectivamente. A orientação comportamental está relacionada à orientação biopsicossocial (Ostelo *et al.*, 2003), sendo que alguns estudos utilizam estes dois termos como sinônimo (Fullen *et al.*, 2011; Magalhães *et al.*, 2012; Houben *et al.*, 2005). Cada item é computado através de Escala Likert de seis pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Cada médico avaliado recebeu duas pontuações, sendo uma referente à orientação biomédica e uma referente à orientação comportamental, de acordo com a soma da pontuação nas questões referentes a cada um dos domínios. Uma alta pontuação em um dos domínios indica a predominância de uma orientação profissional relacionada mais à orientação biomédica ou à comportamental (Magalhães *et al.*, 2011), no entanto, não há um ponto de corte como referência.

O questionário para dados demográficos e profissionais foi desenvolvido pelas pesquisadoras. Em relação aos dados demográficos, foram coletados idade e sexo. Na formação profissional, foram verificados dados referentes ao tempo de formação, instituição de formação e formação em Pós-Graduação. Foram também coletadas informações a respeito da atuação profissional, como local de trabalho, referências utilizadas para o manejo, experiência pessoal com dor lombar crônica inespecífica e número de pacientes com dor lombar crônica inespecífica atendidos por semana.

Em todas as coletas uma pesquisadora estava presente durante o preenchimento dos questionários e disponível para responder possíveis dúvidas. Após o preenchimento dos questionários, foi feito um controle de qualidade, em que a pesquisadora revisou se todas as questões foram respondidas e se não havia duas respostas em uma mesma questão. A coleta de dados teve uma duração média de 15 minutos com cada médico, sendo realizada na UBS que o participante trabalhava.

Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS 20.0. Foi feita dupla digitação dos dados para evitar possíveis falhas no processo de análise. Empregamos estatística descritiva, com utilização de média e desvio-padrão, medianas e intervalos interquartílicos, bem como distribuição de frequências relativas e absolutas. Devido à diferença no número de questões em cada orientação do questionário PABS.PT, para

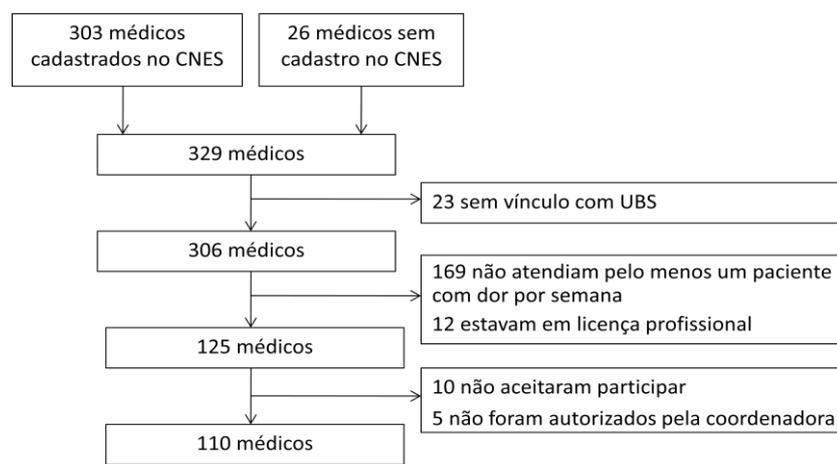
verificar qual orientação era predominante somamos a pontuação de todas as questões e dividimos pelo número de questões em cada uma das orientações. Após, foi feita a subtração do valor obtido na orientação biomédica pelo valor obtido na orientação comportamental. Resultados positivos foram categorizados como predominância de orientação biomédica e resultados negativos como predominância de orientação comportamental. Na análise por questão do PABS.PT, no nosso estudo somamos as pontuações obtidas nos itens zero a dois (Discordo totalmente, Discordo e Discordo parcialmente) e três a cinco (Concordo parcialmente, Concordo e Concordo totalmente) da Escala Likert, para determinar a predominância de discordância ou concordância com os itens do PABS.PT, respectivamente. Para analisar a experiência profissional, a variável tempo de formação foi categorizada em antes da criação do SUS (1990) e depois da criação do SUS, por esse ser um marco importante na organização da atenção básica no Brasil (Brasil, 1990). Nessa análise, os médicos participantes do Programa Mais Médicos foram excluídos por terem feito sua formação em outros países. O teste de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis demográficas e profissionais e o questionário PABS.PT. Utilizou-se como referência para avaliar o grau de correlação entre as variáveis os valores: 0 a 0,3: fraca; 0,3 a 0,6: regular; 0,6 a 0,9: forte; 0,9 a 1: muito forte (Callegari-Jacques, 2003). Na análise por questão do PABS.PT, foi realizada a soma das pontuações obtidas nos itens zero a dois (Discordo totalmente, Discordo e Discordo parcialmente) e três a cinco (Concordo parcialmente, Concordo e Concordo totalmente) da Escala Likert, para determinar a predominância de discordância ou concordância com os itens do PABS. PT, respectivamente. Foi utilizada como referência uma pontuação maior que 10% de diferença entre os grupos na pontuação de concordância em cada questão do PABS.PT para identificar as divergências entre os grupos.

RESULTADOS

Segundo o CNES, 303 médicos estavam inseridos nas UBS de Porto Alegre. Após contato com os coordenadores das UBS, 23 médicos não estavam mais vinculados às Unidades e 26 médicos estavam vinculados, mas sem cadastro no CNES. Segundo

informação fornecida pelo coordenador, dos 306 médicos, 169 não se enquadravam no critério de inclusão de atender pelo menos um paciente com dor lombar crônica inespecífica por semana e 12 médicos foram excluídos por estarem afastados por licença profissional. Dos 125 restantes, 10 médicos não quiseram participar da pesquisa e cinco não foram autorizados pelo coordenador da UBS, totalizando 12% de perdas. Sendo assim, participaram deste estudo 110 médicos.

Figura 1: Fluxograma dos participantes da pesquisa



A idade dos participantes variou de 26 a 68 anos, sendo a média de 47,18 ($\pm 9,52$) anos. A maior parte dos participantes havia cursado a graduação de medicina em universidade pública e possuía uma ou mais especializações, sendo a mais citada a Residência em Medicina de Família e Comunidade. Apenas 12 médicos haviam cursado mestrado e um havia cursado doutorado. O tempo em que os médicos havia se formado no curso de medicina variou de nove meses a 42 anos, sendo a média 21,18 ($\pm 9,7$) anos. A especialidade de atuação na UBS mais citada foi a medicina clínica. O tempo de atuação na atenção básica variou de seis meses a 39 anos, sendo a média de 14,9 ($\pm 9,01$) anos. Dos médicos pesquisados, 56,36% tinham atuado em hospitais e 60,9% em clínicas ou consultórios particulares, em média 13,77 ($\pm 11,01$) e 17,34 ($\pm 10,86$) anos, respectivamente. Esta pesquisa teve a participação de 15 médicos oriundos do Programa Mais Médicos¹, que eram de diferentes nacionalidades da América do Sul e um da América Central (Tabela 1).

¹ O Mais Médicos é um programa do Governo Federal brasileiro que têm, entre outras ações, a contratação emergencial de médicos, inclusive de profissionais formados em outros países.

A maior parte da amostra citou que não utilizava nenhuma referência para o manejo da dor lombar crônica inespecífica. O livro *Medicina Ambulatorial - Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências* (Duncan *et al.*, 2014) foi o mais citado (n=18) entre os participantes que utilizavam alguma referência para manejo. A maior parte da amostra citou que tinha experiência pessoal com dor lombar crônica inespecífica, sendo um familiar ou amigo o mais citado. A média de atendimentos pelos médicos do estudo foi de 11 pacientes com dor lombar crônica inespecífica por semana.

Tabela 1 – Características demográficas e profissionais dos participantes

Variáveis	Categorias	%
Sexo	Feminino (n=56)	50,9
	Masculino (n= 54)	49,1
Universidade de formação	Pública (n=79)	72,5
	Privada (n=30)	27,5
Pós-Graduação*	Não (n=12)	10,9
	Sim (n=98)	89,1
	Medicina de família e comunidade (n=46)	46,9
	Medicina do trabalho (n=21)	21,5
	Medicina interna (n=11)	11,2
	Geriatria (n=10)	10,2
	Outras (10)	10,2
Especialidade de atuação na UBS*	Clínicos (n=84)	71,3
	Médico de família (n=30)	25,4
	Ginecologia (n=3)	2,5
	Neurologia (n=1)	0,8
Programa Mais Médicos	Não (n= 95)	86,4
	Sim (n=15)	13,6
	Nacionalidade	
	Venezuelana (n=5)	33,3
	Argentina (n=4)	26,7
	Uruguiaia (n=2)	13,3
	Cubana (n=2)	13,3
	Boliviana (n=1)	6,7
	Salvadorenha (n=1)	6,7
Utilização de referência para manejo da dor lombar crônica inespecífica*	Não (n=75)	68,2
	Sim (n=35)	31,8
	Livros (n=29)	78,4
	Sites/ aplicativos (n=4)	10,8
	Revistas científicas (n=2)	5,4
	Materiais de cursos (n=2)	5,4
Experiência pessoal com dor lombar crônica inespecífica	Não (n=43)	39,1
	Sim (n=67)	60,9
	Você mesmo (n=17)	25,4
	Familiar/ amigo (n=29)	58,2
	Você e familiar/ amigo (n=21)	31,4

*o médico poderia marcar mais de uma opção

Observamos uma média de 27,75 ($\pm 6,89$) na orientação biomédica, que corresponde a 55,5% da pontuação máxima do questionário, a qual pode variar de 0 a

50 pontos. A pontuação mínima foi 11 e a máxima 43 nessa orientação. Na orientação comportamental, a média foi de 22,76 ($\pm 4,44$), a qual corresponde a 50,57% da pontuação máxima do questionário que varia de 0 a 45. A pontuação mínima foi 12 e a máxima 35 nessa orientação. Dos participantes, 63,6% tiveram uma pontuação superior na orientação biomédica em comparação à orientação comportamental.

A seguir, na Tabela 2, são apresentados os resultados referentes à comparação da pontuação no PABS.PT, considerando algumas variáveis demográficas e profissionais. Os resultados apontam que tanto na orientação biomédica quanto na comportamental, as diferenças entre os grupos foram pequenas, sendo todas as correlações consideradas fracas. Foi observado que na orientação biomédica os profissionais do sexo masculino, médicos que não tinham pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade, e os que foram formados antes da criação do SUS tiveram médias um pouco maiores nessa escala. Os médicos que tinham dor lombar crônica inespecífica tiveram uma média um pouco maior na orientação comportamental. Com relação à universidade de formação, foram observadas médias muito semelhantes nas duas orientações.

Na análise do percentual da pontuação máxima que pode ser obtida na orientação biomédica e comportamental, as pontuações foram sempre superiores na orientação biomédica do que na comportamental na comparação entre os grupos. As maiores diferenças foram observadas no sexo masculino e nos médicos com maior tempo de experiência profissional, formados antes da criação do SUS, que tiveram uma pontuação percentualmente maior na orientação biomédica do que na comportamental.

Tabela 2 – Média, Desvio-padrão, percentual da máxima pontuação na orientação biomédica e comportamental das variáveis demográficas e profissionais

Variáveis		Orientação biomédica			Orientação comportamental		
		r _s	Média e desvio-padrão	%	r _s	Média e desvio-padrão	%
Sexo	Masculino (n=54)	-0,107	28,64(±7,18)	57,28	0,110	22,37(±4,42)	49,71
	Feminino (n=56)		26,89(±6,55)	53,78		23,14(±4,46)	51,42
Universidade de formação	Pública (n=79)	0,07	27,63(±6,7)	55,26	0,024	20,2(±4,2)	44,88
	Privada (n=30)		28,1(±7,59)	56,2		20,76(±4,08)	46,13
Formado após criação do SUS*	Sim (n=71)	0,173	26,54(±7,61)	54,08	0,075	22,49(±4,15)	49,97
	Não (n=39)		29,02(±6,5)	58,1		23,3(±4,36)	51,77
Médico de Família e Comunidade	Sim (n=46)	0,104	26,91(±7,53)	53,82	-0,036	23(±3,19)	51,11
	Não (n=64)		28,35(±6,39)	56,7		22,59(±4,63)	50,2
Tem dor lombar crônica inespecífica	Sim (n=38)	-0,007	27,6(±7,08)	55,2	0,173	24,05(±4,57)	53,44
	Não (n=72)		27,83(±6,84)	55,66		22,08(±4,23)	49,06

* Foram excluídos desta análise os médicos vinculados ao Programa Mais Médicos.

r_s: coeficiente de correlação de Spearman

Na análise por questão do PABS.PT, na orientação biomédica foi observado que a maior parte dos participantes pontuou nas opções de concordância da Escala Likert, que correspondem a pontuação entre três e cinco, em todas as questões, exceto na questão 9, sendo a maior concordância na questão 7. Na orientação comportamental, não houve uma predominância nas opções de discordância (0 a 2) ou concordância (3 a 5) da Escala Likert. Na comparação entre os sexos, os homens tiveram pontuações superiores que as mulheres nas questões 3, 7 e 9 e inferiores na questão 18. Os médicos de família e comunidade tiveram pontuações inferiores nas questões 8 e 9 comparados aos que não tinham essa especialidade, enquanto que os médicos que possuíam dor lombar crônica inespecífica tiveram pontuações inferiores especialmente nas questões 1, 2 e superiores nas questões 14, 16 e 17, comparados aos que não tinha dor. Quanto ao tempo de formado, os médicos formados após a criação do SUS tiveram pontuações inferiores nas questões 3, 5, 6, 7, 9, 13 e 18 e superiores na questão 17 do que os médicos formados antes da criação do SUS.

Tabela 3 – Percentual de concordância nas questões do PABS.PT

Questões do questionário PABS	Percentual de concordância entre os grupos (%)								
	Todos	Sexo		Médico de Família e Comunidade		Tem dor lombar crônica inespecífica		Formado após criação do SUS*	
		Masculino	Feminino	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Orientação biomédica									
1. A intensidade da dor é determinada pela severidade da lesão tecidual.	56,3	61,1	51,8	60,9	56,3	44,7	62,5	52,5	61,1
2. O aumento da dor indica uma nova lesão tecidual ou um aumento da lesão existente.	58,1	59,3	57,1	60,9	60,9	50	62,5	57,6	52,8
3. Dor é um estímulo nociceptivo, indicando uma lesão tecidual.	60,9	66,7	55,4	60,9	60,9	60,5	61,1	52,5	63,9
4. Se a severidade da dor lombar aumentar, eu imediatamente ajusto a intensidade do meu tratamento.	71,9	77,2	71,4	73,9	70,3	73,7	70,8	71,2	75
5. Se o paciente reclama de dor durante o exercício, eu temo que uma lesão tecidual esteja ocorrendo.	69,1	66,7	71,4	69,6	68,8	73,7	66,7	66,1	77,8
6. Pacientes com dor lombar devem preferencialmente praticar apenas movimentos livres de dor.	62,8	68,5	57,1	58,7	65,6	57,9	65,3	61	72,2
7. A redução da dor é um pré-requisito para restauração da função normal.	81,8	87	76,8	80,4	82,8	81,6	81,9	81,4	80,6
8. Se o tratamento não resulta na diminuição da dor lombar, existe um alto risco de restrições severas em um longo prazo.	66,4	70,4	62,5	60,9	70,3	71,1	63,9	61	75
9. Dor lombar indica a presença de uma lesão orgânica.	39,1	44,4	33,9	32,6	43,8	31,6	43,1	30,5	41,7
10. Em longo prazo, pacientes com dor possuem um maior risco de desenvolver disfunções de coluna.	73,7	72,2	75	73,9	73,4	76,3	72,3	71,2	75
Questões Orientação comportamental									
11. Aprender a lidar com o estresse leva a recuperação da dor lombar.	86,4	83,3	89,3	89,1	84,4	89,5	84,7	89,8	86,1
12. Um paciente com dor lombar severa se beneficiará de exercícios físicos.	80,9	77,8	83,9	80,4	81,3	86,8	77,8	83,1	83,3
13. Mesmo com a piora da dor, pode-se aumentar a intensidade do próximo tratamento.	49,1	46,3	51,8	45,7	51,6	47,4	50	37,3	58,3
14. Exercícios que podem estressar a coluna não devem ser evitados durante o tratamento.	35,4	33,3	37,5	39,1	32,8	44,7	30,6	37,3	33,3
15. O tratamento pode ter tido sucesso mesmo se a dor continuar.	56,4	59,3	53,6	54,3	57,8	57,9	55,6	50,8	58,3
16. A causa da dor lombar é desconhecida.	22,8	22,2	23,2	23,9	21,9	34,2	16,7	22	22,2
17. Limitações funcionais associadas com dor lombar são resultados de fatores psicossociais.	62,7	59,3	66,1	65,2	60,9	71,1	58,3	71,2	58,3
18. Não existe um tratamento eficaz para eliminar a dor lombar.	19,9	13	26,8	21,7	18,8	21,1	19,4	11,9	25
19. Estresse mental pode causar dor lombar mesmo na ausência de lesão tecidual.	92,8	88,9	96,4	95,7	90,6	97,4	90,3	96,6	97,2

*Foram excluídos desta análise os médicos vinculados ao Programa Mais Médicos.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento dos médicos de UBS conveniadas a PREFPOA e identificar a associação entre suas características demográficas e profissionais e as suas atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento da dor lombar crônica inespecífica. Em relação à orientação de tratamento, observamos uma pontuação semelhante na orientação biomédica e comportamental, ambas apresentando, em uma análise percentual, médias próximas a metade da pontuação máxima. Nenhuma variável analisada demonstrou uma diferença importante na análise das médias em cada orientação de tratamento, mas o percentual foi sempre superior na orientação biomédica do que na comportamental.

O artigo de Fullen *et al.* (2011) foi o único realizado com médicos em que a pontuação das duas orientações foi semelhante ao nosso estudo. A pesquisa foi realizada com uma amostra de médicos da Irlanda e obteve uma pontuação de 53,88% na orientação biomédica e 54,33% na orientação comportamental. Os estudos com fisioterapeutas, como o de Magalhães *et al.* (2012) realizado no Brasil e Simmonds e Derghazarian (2012) realizado no Canadá, apresentaram resultados bastante semelhantes, sendo que as amostras pontuaram 54,12% e 51,9% na orientação biomédica e 54,08% e 53,54% na orientação comportamental, respectivamente. O estudo de Derghazarian e Simmonds (2011) estratificou a amostra em fisioterapeutas que trabalhavam em serviços privados e públicos em Quebec no Canadá, sendo que os fisioterapeutas dos serviços privados também apresentaram resultados semelhantes na orientação biomédica (53,3%) e na orientação comportamental (58,7%).

Já os estudos realizados no Reino Unido (Bishop *et al.*, 2008; Watson, *et al.*, 2008) e na Holanda (Houben *et al.*, 2005) apresentaram resultados diferentes ao nosso estudo, havendo uma predominância na orientação comportamental nas amostras estudadas. Bishop *et al.* (2008) analisaram a orientação de tratamento de fisioterapeutas e médicos e Houben *et al.* (2005) de fisioterapeutas, quiropratas, terapeutas manuais e osteopatas e verificaram que na orientação comportamental houve uma pontuação de 62,4% e 65,92% do escore máximo, respectivamente. Já na orientação biomédica os

resultados foram de 51,5% e 49,16%, respectivamente. O estudo de Watson *et al.* (2008), realizado somente com médicos corrobora com os estudos anteriores apresentando uma pontuação ainda maior na orientação comportamental (69,33%) e menor na biomédica (46,66%). A existência das diretrizes europeias pode ter influenciado nos resultados apresentados nestes estudos, visto que nessa publicação a orientação biopsicossocial é defendida como mais adequada para o manejo da dor lombar crônica inespecífica (Airaksinen *et al.*, 2006).

As diretrizes são formuladas tendo por referência a necessidade atual de uma Medicina Baseada em Evidência, a qual tem por objetivo integrar as melhores evidências disponíveis com a experiência clínica e preferências dos profissionais (Greenhalgh, 2013). Na nossa pesquisa, nenhum dos médicos citou a utilização de diretrizes como referência para auxiliar o manejo. No entanto, é importante levar em consideração que ainda não há uma diretriz publicada na língua portuguesa com o intuito de guiar profissionais no manejo da dor lombar crônica inespecífica.

Para compreender quais foram as atitudes e crenças mais relevantes dentro de cada orientação, fizemos a análise por questão, o que foi feito em outros dois estudos que temos conhecimento, voltados para avaliações das propriedades psicométricas do questionário PABS.PT da versão em inglês (Houben *et al.*, 2005) e em alemão (Laekeman, Sitter e Basler, 2008). No entanto, nenhum desses estudos tinha como objetivo fazer uma investigação mais aprofundada das questões e entender suas relações, o que impossibilitou comparações.

As questões 11, 17 e 19, relacionadas ao papel do estresse e de questões psicossociais na dor lombar, tiveram um grande percentual de concordância. Foi quase unânime entre os médicos concordar com a afirmação de que o estresse mental pode causar dor lombar mesmo na ausência de lesão tecidual (questão 19). Os médicos identificaram também que aprender a lidar com o estresse leva a recuperação da dor e a relação entre as limitações funcionais e os fatores psicossociais na dor (questão 11). É importante que os médicos concordem com essas questões e reconheçam o papel dos aspectos psicossociais, pois há múltiplas causas que interagem e fatores contribuintes na dor lombar crônica inespecífica (Borrell-Carrió, Suchman e Epstein, 2004). No entanto,

pelo questionário utilizado não é possível identificar como o médico relaciona o papel do estresse no manejo.

A falta de propostas de avaliação e acompanhamento de questões psicossociais podem ser barreiras que dificultam a incorporação da orientação biopsicossocial na prática clínica. Questionários como o Örebro (Fagundes *et al.*, 2015) e STarT Back Tool (Pilz *et al.*, 2014), traduzidos recentemente para o português, são ferramentas que os médicos poderiam utilizar para identificar questões psicossociais e risco para cronificação e incapacidade funcional. No entanto, outras pesquisas demonstram que os médicos não são estimulados a inserir essas avaliações em sua rotina clínica e, muitas vezes, se tornam inviáveis devido ao tempo restrito de consulta e a grande demanda de atendimentos (Deyo e Phillips, 1996; Darlow *et al.*, 2012).

Apesar de termos identificado uma tendência dos médicos na pesquisa em considerar o papel do estresse e das questões psicossociais, o entendimento de que a dor está relacionada à lesão tecidual, enfatizado nas questões 1, 2, 3, 5, 9, 10 e 16 do PABS.PT, ainda é bastante presente. Parece, portanto, haver uma crença da presença tanto de fatores psicossociais quanto biológicos, o que também se traduz na média geral observada nas duas orientações, em que não foi possível observar uma predominância de uma orientação sobre a outra. Nós observamos que nas questões 3, 5 e 10 da orientação biomédica, a maioria dos participantes concordava com as afirmações de que a dor indica uma lesão, se há dor no exercício pode haver uma lesão ou que pacientes com dor têm risco de desenvolver disfunções de coluna. Da mesma forma, a questão 16 da orientação comportamental houve uma pontuação baixa de concordância, mostrando que a maioria dos médicos discorda que a causa da dor lombar é desconhecida. A questão 9 foi a única que apresentou um comportamento oposto, em que a maioria dos médicos não concordou com a afirmação de que a dor indica a presença de uma lesão orgânica. Neste caso, foi utilizada a expressão lesão orgânica ao invés de lesão tecidual, o que pode estar relacionado a um entendimento distinto dessas duas expressões pelos médicos.

A crença de que a dor lombar crônica inespecífica é consequência de uma lesão tecidual pode estar relacionado à visão tradicional do fenômeno doloroso, de que a dor é consequência de um estímulo nociceptivo decorrente de uma lesão tecidual (Waddell e

Burton, 2005). No entanto, a importância da lesão tecidual identificada em exames de imagem como causa da dor foi questionada a partir dos resultados de estudo realizado com pessoas assintomáticas, em que foi identificado um grande número de indivíduos com anormalidades na coluna vertebral (Jensen *et al.*, 1994). Essa evidência contestou a ideia de que a lesão tecidual é a causa da dor nos indivíduos sintomáticos que não apresentam bandeiras vermelhas (Kent e Keating, 2004). Uma interpretação inadequada da causa do problema pode ter repercussões importantes no tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica, principalmente para pacientes que não apresentam uma lesão tecidual, verificada em um exame de imagem, por exemplo. O estudo de Toye e Barker (2010) indica que pessoas com dor nas costas persistente têm expectativa de um diagnóstico médico para legitimar a sua dor, pois a falta de um diagnóstico claro da causa da dor faz com que eles não tenham credibilidade e que os profissionais de saúde podem pensar que sua dor não é real.

Um dos motivos para as crenças relacionadas à orientação biomédica pode ser a formação, pois atitudes e crenças podem ser reforçadas ou suprimidas dependendo da educação que o médico recebe (Domenech *et al.*, 2011). Segundo Gusso e Lopes (2012), a formação ainda é pautada em especialidades, como ortopedia, reumatologia e neurologia, que tratam geralmente dores crônicas relacionadas a causas específicas, enfatizando causas orgânicas e tendo, em geral, um referencial biomédico na orientação de tratamento. Além disso, a dor musculoesquelética é uma área relativamente negligenciada na medicina, apesar desse ser um problema frequentemente manejado pelos médicos na atenção básica. Para que a orientação biopsicossocial seja realmente compreendida e incorporada é preciso que a formação dos profissionais envolva este tipo de discussão e não seja apenas orientada e fundamentada em tradições específicas da profissão ao invés de evidências contemporâneas (Foster, Hartvigsen e Croft, 2012).

Algumas pesquisas investigaram se o tempo em que os profissionais estavam formados poderia influenciar nas atitudes e crenças de médicos. Os estudos de Fullen *et al.* (2011) e Watson *et al.* (2008), realizados com amostras de médicos da República da Irlanda e do Reino Unido, respectivamente, apresentaram resultados semelhantes, relacionando um maior tempo de formação a maiores pontuações na orientação biomédica. Os estudos de Ostelo *et al.* (2003) e Pincus *et al.* (2007), realizados com amostras de fisioterapeutas da Holanda e do Reino Unido, respectivamente, também

encontraram os mesmos resultados observados com médicos. Vale ressaltar que o Reino Unido, além de ser um país em que muitas pesquisas sobre dor lombar crônica inespecífica são realizadas, possui um sistema de saúde diferente do brasileiro, em que o paciente não necessita do encaminhamento médico para acessar o serviço de fisioterapia (Ferguson, 2010). Esses resultados sugerem que a orientação biopsicossocial, por ser relativamente nova em relação à biomédica, pode ter sido menos enfatizada durante a graduação dos profissionais que se formaram há mais tempo (Waddell, 1987; Foster, Hartvigsen e Croft, 2012). Já o estudo de Sit *et al.* (2015), realizado na China com médicos, utilizou como referência a idade dos profissionais e não encontrou associação com a orientação de tratamento. Magalhães *et al.* (2012), que pesquisaram fisioterapeutas no Brasil, demonstraram o contrário, um menor tempo de formação, estava mais relacionado à abordagem biomédica. Tan *et al.* (2014), que utilizaram outros instrumentos para avaliar as crenças, também identificaram que os profissionais de saúde avaliados na China, que incluíam médicos, profissionais de medicina tradicional chinesa, terapeutas e enfermeiros com menos de 40 anos tinham crenças mais negativas sobre as consequências da dor e o retorno as atividades laborais do que os com mais de 40 anos. Esses dois artigos levantam a hipótese de que a orientação biomédica no manejo da dor lombar crônica inespecífica ainda predomina na formação de fisioterapeutas brasileiros e profissionais de saúde chineses. No nosso estudo, os médicos criados antes da criação do SUS tiveram médias um pouco superiores na orientação biomédica, o que pode indicar que a criação do SUS e sua posterior consolidação através das Políticas de Saúde, como a de Atenção Básica aprovada em 2006 (Brasil, 2012), pode ter contribuído para que o olhar do profissional seja menos voltado para questões biológicas. Os médicos formados após a criação do SUS conseguem identificar mais o papel dos fatores psicossociais nas limitações funcionais (questão 17), acreditam menos que o paciente deve fazer apenas movimentos livres de dor (questão 6) e que se o tratamento não resulta na diminuição da dor lombar, existe um alto risco de restrições severas em um longo prazo (questão 8) e que a dor está relacionada a uma lesão tecidual (questões 3, 5 e 10) do que os formados antes da criação do SUS. Corroborando com esses achados, os resultados de Watson *et al.* (2008) também apontam que os médicos mais velhos eram mais cautelosos ao recomendar atividades e tendiam a indicar repouso mais frequentemente para seus pacientes.

A hipótese de que a formação em Pós-Graduação possa ter influência sobre a orientação de tratamento que os profissionais adotam já foi considerada em outras pesquisas. Fullen *et al.* (2011) não identificaram associação entre Pós-Graduação e as crenças dos médicos. Já Simmonds e Derghazarian (2012) verificaram que os fisioterapeutas canadenses que tinham Pós-Graduação em gestão de dor crônica apresentaram escores biomédicos menores e pontuações comportamentais mais elevadas do que os que não tinham. No presente estudo, a Pós-Graduação em Medicina de Família e Comunidade, a mais citada entre os médicos, foi escolhida para comparação, tendo em vista que nenhum médico que participou da pesquisa era especialista em dor crônica. Levou-se também em consideração que esta Pós-Graduação está voltada para a atenção básica e valoriza uma abordagem que considera elementos físicos, emocionais e sociais no cuidado do usuário, utilizando o método clínico centrado na pessoa e não na doença como referência (Martin *et al.*, 2004). Apesar das médias na orientação comportamental terem sido bastante semelhantes, foi observada uma média menor na orientação biomédica nos médicos de Família e Comunidade do que nos outros profissionais, corroborando com os achados de Sit *et al.* (2015). Os médicos de Família e Comunidade associam menos a redução da dor à restauração da função e a dor à presença de uma lesão orgânica (questões 7 e 9) do que os médicos que não tem essa Pós-Graduação, crenças que podem contribuir para um manejo menos voltado para o tratamento de uma lesão tecidual e mais focado na melhora da funcionalidade.

No manejo da dor lombar crônica inespecífica, apesar da importância do alívio da dor, o foco do tratamento deve ser principalmente a redução da incapacidade gerada pelo quadro crônico (Waddell e Burton, 2005). Nas questões 4, 6, 7, 8, 15 e 18 identificamos que os médicos da pesquisa tendem a associar o tratamento à redução da dor, pois houve concordância com as afirmações de que a intensidade do tratamento é ajustada pela severidade da dor, de que o paciente deve fazer movimentos livres de dor e que a redução da dor é um pré-requisito para restauração da função normal, esta última sendo uma das questões do PABS.PT que apresentou um dos maiores percentuais de concordância. Da mesma forma, na questão 18, que afirma a inexistência de um tratamento eficaz para eliminar a dor lombar, houve um pequeno percentual de concordância. Essa ênfase na diminuição da dor e na presença da lesão tecidual pode ter como consequência uma maior ênfase em indicação de tratamentos de analgesia, em

geral medicamentosos, e não em tratamentos que melhorem a funcionalidade, como a prática de exercícios e a manutenção de atividades domésticas e laborais. Como demonstrado na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, no Brasil 40% das pessoas com dor citaram que utilizavam o tratamento medicamentoso e apenas 18,9% praticavam exercícios físicos ou faziam fisioterapia (Brasil, 2014a). A prevenção ou redução da incapacidade é um dos resultados mais importantes para o indivíduo e este deve ser, portanto, o foco do tratamento, devido à importância social de retornar as atividades diárias e as laborais, sendo a reabilitação uma parte integrante de uma boa gestão clínica que não deve ser vista como uma questão para ser administrada por um especialista (Waddell e Burton, 2005).

O exercício físico parece ser uma prática que ainda gera dúvida nos médicos, pois as questões 12 e 14, relacionadas ao papel do exercício apresentaram pontuações opostas. Apesar de grande parte dos médicos identificarem que o exercício físico é benéfico, quando é colocado que os exercícios que podem estressar a coluna não devem ser evitados em pacientes com dor houve um pequeno percentual de concordância. Como já foi documentado em revisão sistemática de Darlow *et al.* (2012), as crenças dos profissionais de saúde são fortemente associadas às crenças dos pacientes, tendo ainda evidência moderada de que os profissionais de saúde com crenças de medo elevadas são mais propensos a aconselhar os doentes a limitar as atividades de trabalho e exercícios e recomendar repouso ao paciente. Sendo assim, a crença demonstrada pelos médicos do nosso estudo pode repercutir em comportamentos inadequados dos seus pacientes, e refletir de forma negativa no processo de melhora pela perda da autonomia e da funcionalidade (Waddell *et al.*, 1993).

A influência do sexo do profissional foi investigada por Fullen *et al.* (2011), Pincus *et al.* (2007) e Sit *et al.* (2015), sendo que nenhum deles encontraram associação entre o sexo e as atitudes e crenças. Já o estudo de Magalhães *et al.* (2012) identificou que o sexo masculino estava associado com médias mais elevadas na orientação biomédica. Outro estudo (Hirsh *et al.*, 2014) buscou identificar se o sexo do prestador de cuidados em saúde influenciava no tratamento de pacientes de ambos os sexos, e demonstrou que os profissionais do sexo feminino foram mais propensos a recomendar tratamentos psicossociais para pacientes mulheres do que para os pacientes do sexo masculino. No nosso estudo, os participantes do sexo masculino apresentaram crenças

mais fortes de que a dor é causada por uma lesão tecidual (questões 3 e 9) e de que a redução da dor é pré-requisito para restauração da função normal (questão 7) comparado às médicas. Corroborando com esse achados, Bernardes *et al.* (2013), em seu estudo com médicos de Portugal, identificaram, através de casos clínicos, que os profissionais do sexo masculino deram mais credibilidade para dor do paciente quando havia a evidência de uma patologia, indicando mais tratamento medicamentoso, do que as mulheres. Ainda, os homens referenciaram mais o paciente para psicologia ou psiquiatria do que as profissionais do sexo feminino quando não havia a evidência de uma patologia no caso clínico. É possível inferir, portanto, que as crenças podem refletir nas decisões que os médicos tomam no atendimento de pacientes com dor, de forma que os médicos podem direcionar o tratamento para a cura de uma lesão tecidual (Pincus *et al.*, 2007), tendendo a preconizar o tratamento medicamentoso, por exemplo. No entanto, sabe-se que somente a evidência de uma patologia nos casos dor lombar crônica inespecífica está longe de ser um bom critério para inferir sobre a intensidade, a credibilidade ou causa da dor (Jensen *et al.*, 1994).

A única variável que teve pequena influência sobre a orientação comportamental é a experiência do médico com dor lombar crônica inespecífica. Médicos que possuíam essa condição apresentaram médias maiores na orientação comportamental do que os médicos que não tinham dor. Especula-se que a história pessoal possa ter contribuído para que os médicos fossem capazes de relacionar os múltiplos fatores que envolvem a dor lombar crônica inespecífica, além do biológico. Fullen *et al.* (2011) e Sit *et al.* (2015) não encontraram diferenças entre os médicos que tinham dor e os que não tinham. No entanto, Fullen *et al.* (2011) agruparam médicos que tinham dor crônica e aguda, enquanto Sit *et al.* (2015) analisaram os médicos que tinham tido qualquer tipo de dor lombar no último ano, o que pode ter influenciado nos resultados observados. Tan *et al.* (2014) identificaram que os profissionais de saúde com história de dor lombar que tinham altos níveis de incapacidade relacionada a dor apresentaram mais crenças de medo do que os que não tinham dor. Estes autores avaliaram o nível de incapacidade gerada pela dor nos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, o que não foi feito no nosso estudo. Os médicos de UBS da PREFPOA que relataram ter dor associaram menos a dor a presença de lesão (questões 1, 2, 9 e 16) e identificaram mais o papel dos fatores psicossociais nas limitações funcionais (questão 17) do que os que

não tinham dor. Muitas vezes, a dor de origem psicossocial é vista pelos profissionais como psicológica e irreal (Toye e Barker, 2010). Especula-se que a história pessoal possa ter contribuído para que os médicos fossem capazes de relacionar os múltiplos fatores que envolvem a dor lombar crônica inespecífica, além do biológico. Ainda com uma parcela pequena de concordância, os médicos que tinha história pessoal de dor também acreditavam mais que exercícios não devem ser evitados (questão 14) do que os que não tinham dor.

Algumas limitações da pesquisa se referem ao questionário PABS.PT estar centrado nos fatores psicológicos e não abordar os fatores sociais, razão pela qual decidimos, assim como os autores que criaram o questionário (Ostelo et al., 2003), utilizar orientação comportamental e não biopsicossocial, como muitos o fazem (Fullen et al., 2011; Magalhães et al., 2012; Houben et al., 2005; Sit et al., 2015). Assim, não fomos capazes de analisar as atitudes e crenças dos médicos relacionadas aos fatores sociais. Pincus et al. (2013) e Froud et al (2014) consideraram que a abordagem desses fatores é a área mais negligenciada da investigação em dor lombar crônica inespecífica, apesar de serem potenciais obstáculos à recuperação do paciente. Os fatores sociais são difíceis de serem mensurados porque incluem questões tanto de caráter individual, como a satisfação pessoal do paciente com o trabalho, quanto coletivo, como a legislação do país para afastamento do paciente do trabalho. Outra limitação refere-se à abrangência da pesquisa, que englobou apenas as UBS conveniadas a PREFPOA, não investigando médicos de UBS vinculadas a outros serviços, bem como as Estratégias de Saúde da Família. Não avaliamos também se as atitudes e crenças dos médicos se traduzem na sua conduta com os pacientes na prática clínica.

CONCLUSÃO

Concluimos que não há uma orientação de tratamento predominante e que os médicos apresentam atitudes e crenças relacionadas tanto à orientação biomédica quanto à comportamental no manejo da dor lombar crônica inespecífica. A influência de variáveis demográficas e profissionais nas atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento pode ser útil para elaborar propostas de intervenções específicas voltadas

para melhora do manejo da dor lombar crônica inespecífica. Através dos resultados do presente estudo, em que pequenas diferenças foram observadas nas comparações considerando as variáveis demográficas e profissionais, todos os médicos de UBS conveniadas à PREFPOA poderiam se beneficiar de propostas educativas que visam estimular o manejo biopsicossocial de pacientes com dor lombar crônica inespecífica. O foco destas intervenções deveria ser principalmente desconstruir a relação entre dor e lesão tecidual, estimulando uma intervenção mais voltada à melhora da funcionalidade e à educação do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nos dois artigos elaborados para essa dissertação nos permitem chegar às seguintes conclusões: ainda faltam documentos na língua portuguesa que orientem profissionais de saúde a utilizar a orientação de tratamento biopsicossocial no manejo de pacientes com DLCI; os médicos têm atitudes e crenças sobre a DLCI relacionadas tanto à orientação biomédica quanto a biopsicossocial e não há associação entre nenhuma variável demográfica e profissional com as atitudes e crenças sobre a DLCI dos médicos de UBS conveniadas a PREFPOA.

Acredito que estes achados podem contribuir para elaboração de intervenções incentivando os médicos a utilizarem uma orientação biopsicossocial no manejo da DLCI. Ainda é preciso avançar em muitos aspectos, tanto no âmbito individual, que modificando atitudes e crenças dos médicos, quanto no coletivo, tornando o sistema de saúde menos biomédico, para que a orientação de tratamento biopsicossocial seja amplamente compreendida e aplicada pelos profissionais. Modificar atitudes e crenças dos pacientes e médicos relacionadas à orientação biomédica, inserir no ensino dos profissionais a importância da orientação biopsicossocial e criar documentos visando orientar o manejo da dor são algumas das iniciativas que podem contribuir para melhora do manejo da DLCI. Ainda são necessários outros estudos, realizados com toda rede de atenção básica de Porto Alegre, identificando o quanto as atitudes e crenças influenciam na conduta dos médicos e verificando se propostas de educação para os médicos são capazes de modificar suas atitudes e crenças sobre o manejo da DLCI.

REFERÊNCIAS

- Airaksinen, O. et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. **European spine journal**, v. 15, p. s192-s300, 2006.
- Balagué, F. et al. Clinical update: low back pain. **The Lancet**, v. 369, n. 9563, p. 726-728, 2007.
- _____. Non-specific low back pain. **The Lancet**, v. 379, n. 9814, p. 482-491, 2012.
- Becker, A. et al. Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: a cluster randomized controlled trial. **Spine**, v. 33, n. 5, p. 473-480, 2008.
- Bekkering, G. E. et al. Dutch physiotherapy guidelines for low back pain. **Physiotherapy**, v. 89, n. 2, p. 82-96, 2003.
- Bernardes, S. F.; Costa, M.; Carvalho, H. Engendering pain management practices: the role of physician sex on chronic low-back pain assessment and treatment prescriptions. **The Journal of Pain**, v. 14, n. 9, p. 931-40, Sep 2013.
- Bishop, A. et al. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. **Pain**, v. 135, n. 1, p. 187-195, 2008.
- Borrell-Carrió, F.; Suchman, A. L.; Epstein, R. M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 6, p. 576-582, 2004.
- Bowey-Morris, J.; Purcell-Jones, G.; Watson, P. J. Test-retest reliability of the pain attitudes and beliefs scale and sensitivity to change in a general practitioner population. **The Clinical journal of pain**, v. 26, n. 2, p. 144-152, 2010.
- Brasil. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**: Diário Oficial da União, 1990.
- _____. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**. Brasília, DF. Acesso em: 30 março de 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, 2000a. Acesso em: 05 março de 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n°376**, de 03 de outubro de 2000. Diário Oficial da união, Brasília, DF, 03 de outubro de 2000b.

_____. **Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde: 72 p. 2008.

_____. **A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar.: 132 p. 2009.
BRASIL. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: Síntese de indicadores, 2008. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde: 160 p. 2011.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde: 110 p. 2012.

_____. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. . Cadernos de Atenção Básica: 290 p. 2013a.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: 28 p. 2013b.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. : 181 p. 2014a.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: 162 p. 2014b.

_____. **Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. : 108 p. 2014c.

_____. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3: 603 p. 2014d.

Brazil, A. V. et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, n. 6, p. 419-425, 2004.

Callegari-Jacques, S. M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed. 2003.

Chou, R. et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. **Annals of internal medicine**, v. 147, n. 7, p. 478-491, 2007.

_____. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 373, n. 9662, p. 463-72, 2009

Corbett, M.; Foster, N.; Ong, B. N. GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations for low back pain. **Family practice**, v. 26, n. 5, p. 359-364, 2009.

Côté, A.-M. et al. Physiotherapists and use of low back pain guidelines: a qualitative study of the barriers and facilitators. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 19, n. 1, p. 94-105, 2009.

Darlow, B. et al. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. **European Journal of Pain**, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2012.

Derghazarian, T.; Simmonds, M. J. Management of low back pain by physical therapists in quebec: how are we doing? **Physiotherapy Canada**, v. 63, n. 4, p. 464-473, 2011.

Deyo, R. A.; Mirza, S. K.; Martin, B. I. Back pain prevalence and visit rates: estimates from US national surveys, 2002. **Spine**, v. 31, n. 23, p. 2724-2727, 2006.

Deyo, R. A. et al. Overtreating chronic back pain: time to back off? **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 22, n. 1, p. 62-8, Jan-Feb 2009.

Deyo, R. A.; Phillips, W. R. Low back pain: a primary care challenge. **Spine**, v. 21, n. 24, p. 2826-2832, 1996.

Domenech, J. et al. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. **Pain**, v. 152, n. 11, p. 2557-2563, 2011.

Duncan, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial-: Conduitas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Artmed Editora, 2014.

El-Sayed, A. M. et al. Back and neck pain and psychopathology in rural Sub-Saharan Africa: evidence from the Gilgel Gibe Growth and Development Study, Ethiopia. **Spine**, v. 35, n. 6, p. 684, 2010.

Engel, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

- Engers, A. J. et al. Implementation of the Dutch low back pain guideline for general practitioners: a cluster randomized controlled trial. **Spine**, v. 30, n. 6, p. 559-600, Mar 15 2005.
- Fagundes, F. R. et al. Orebro Questionnaire: short and long forms of the Brazilian-Portuguese version. **Quality of life research**, Jun 3 2015. [Epub ahead of print]
- Fava, G. A.; Sonino, N. The biopsychosocial model thirty years later. **Psychotherapy and psychosomatics**. Switzerland, v.77, n.1, p.1-2, 2008.
- Ferguson, F. **Dor lombar**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 234.
- Foster, N. E.; Hartvigsen, J.; Croft, P. R. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. **Arthritis research and therapy**, v. 14, n. 1, p. 205, 2012.
- Freburger, J. K. et al. The rising prevalence of chronic low back pain. **Arch Intern Med**, v. 169, n. 3, p. 251-8, Feb 9 2009.
- Froud, R. et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. **BMC Musculoskelet Disord**, v. 15, p. 50, 2014.
- Fullen, B. M. et al. General practitioners' attitudes and beliefs regarding the management of chronic low back pain in Ireland: a cross-sectional national survey. **Clinical Journal of Pain**, v. 27, n. 6, p. 542-9, Jul-Aug 2011.
- _____. Factors impacting on doctors' management of acute low back pain: a systematic review. **European Journal of Pain**, v. 13, n. 9, p. 908-14, Oct 2009.
- Gore, M. et al. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 37, n. 11, p. 668-77, May 15 2012.
- Greenhalgh, T. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidência**. 4ª. Porto Alegre: Artmed, 2013. 275.
- Grol, R.; Grimshaw, J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. **The Lancet**, v. 362, n. 9391, p. 1225-30, Oct 11 2003.
- Gross, P. A. et al. Optimal methods for guideline implementation: conclusions from Leeds Castle meeting. **Medical Care**, v. 39, n. 8 Suppl 2, p. Ii85-92, Aug 2001.
- Gusso, G.; Lopes, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Henschke, N. et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. **BMJ**, v. 337, p. a171, 2008.
- Hirsh, A. T. et al. The influence of patient sex, provider sex, and sexist attitudes on pain treatment decisions. **The Journal of Pain**, v. 15, n. 5, p. 551-559, 2014.

- Houben, R. M. et al. Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. **European Journal of Pain**, v. 9, n. 2, p. 173-83, Apr 2005.
- Jensen, M. C. et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. **The New England journal of medicine**, v. 331, n. 2, p. 69-73, Jul 14 1994.
- Kent, P.; Keating, J. Do primary-care clinicians think that nonspecific low back pain is one condition? **Spine**, v. 29, n. 9, p. 1022-1031, 2004.
- Koes, B. W. et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. **European Spine Journal**, v. 19, n. 12, p. 2075-2094, 2010.
- _____. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. **Spine**, v. 26, n. 22, p. 2504-2513, 2001.
- Krismer, M.; Van Tulder, M. Low back pain (non-specific). **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 21, n. 1, p. 77-91, 2007.
- Kuijpers, T. et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. **European Spine Journal**, Berlin/Heidelberg, v. 20, n. 1, p. 40-50, 2011.
- Ladeira, C. E. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, n. 3, p. 190-199, 2011.
- Laekeman, M.-A. L. E.; Sitter, H.; Basler, H. D. The Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists: psychometric properties of the German version. **Clinical rehabilitation**, v. 22, n. 6, p. 564-575, 2008.
- Law, M. C.; MacDermid, J. **Evidence-based rehabilitation: A guide to practice**. Slack incorporated, 2008.
- Lim, S. S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2013.
- Linton, S. J.; Vlaeyen, J.; Ostelo, R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? **Journal of occupational rehabilitation**, v. 12, n. 4, p. 223-232, 2002.
- Magalhães, M. O. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 3, p. 248-253, 2012.

_____. Clinimetric testing of two instruments that measure attitudes and beliefs of health care providers about chronic low back pain. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, n. 3, p. 249-256, 2011.

Main, C. J.; George, S. Z. Psychosocial influences on low back pain: why should you care? **Phys Ther**, v. 91, n. 5, p. 609-13, May 2011.

Martin, J. C. et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. **Ann Fam Med**, v. 2 Suppl 1, p. S3-32, Mar-Apr 2004.

McIntosh, A.; Shaw, C. F. M. Barriers to patient information provision in primary care: patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. **Health Expectations**, v. 6, n. 1, p. 19-29, 2003.

Mendes, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Meucci, R. D. et al. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. **BMC Musculoskelet Disord**, v. 14, p. 155, 2013.

Mounce, K. Back pain. **Rheumatology (Oxford)**, v. 41, n. 1, p. 1-5, Jan 2002.

Nascimento, P. R. C.; Costa, L. O. P. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n.6, p.1141-1155, 2015.

Ostelo, R. W. et al. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. **Manual Therapy**, v. 8, n. 4, p. 214-222, Nov 2003.

Parsons, S. et al. The influence of patients' and primary care practitioners' beliefs and expectations about chronic musculoskeletal pain on the process of care: a systematic review of qualitative studies. **Clinical Journal of Pain**, v. 23, n. 1, p. 91-8, Jan 2007.

Pilz, B. et al. The Brazilian version of STarT Back Screening Tool - translation, cross-cultural adaptation and reliability. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 18, n. 5, p. 453-61, Sep-Oct 2014.

Pincus, T. et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. **Spine**, v. 27, n. 5, p. E109-20, Mar 1 2002. ISSN 0362-2436.

_____. Attitudes to back pain amongst musculoskeletal practitioners: a comparison of professional groups and practice settings using the ABS-mp. **Manual Therapy**, v. 12, n. 2, p. 167-75, May 2007.

_____. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. **Spine**, v. 38, n. 24, p. 2118-23, Nov 15 2013.

Rached, R. D. V. A. et al. Chronic nonspecific low back pain: rehabilitation. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 6, p. 536-553, 2013.

Rainville, J.; Bagnall, D.; Phalen, L. Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. **Clinical Journal of Pain**, v. 11, n. 4, p. 287-95, Dec 1995.

Rainville, J. et al. Exploration of physicians' recommendations for activities in chronic low back pain. **Spine**, v. 25, n. 17, p. 2210-20, Sep 1 2000.

Sarti, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

Sieben, J. M. et al. General practitioners' treatment orientations towards low back pain: Influence on treatment behaviour and patient outcome. **European Journal of Pain**, Netherlands, v. 13, n. 4, p. 412-418, 2009.

Simmonds, M. J.; Derghazarian, T.; Vlaeyen, J. W. S. Physiotherapists' knowledge, attitudes, and intolerance of uncertainty influence decision making in low back pain. **The Clinical Journal of Pain**, US, v. 28, n. 6, p. 467-474, 2012.

Sit, R. W. et al. Primary care physicians' attitudes and beliefs towards chronic low back pain: an Asian study. **PLoS One**, v. 10, n. 1, p. e0117521, 2015.

Tan, B.-K. et al. Low back pain beliefs are associated to age, location of work, education and pain-related disability in Chinese healthcare professionals working in China: a cross sectional survey. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 15, n. 1, p. 255, 2014.

Toye, F.; Barker, K. 'Could I be imagining this?'—the dialectic struggles of people with persistent unexplained back pain. **Disability and rehabilitation**, v. 32, n. 21, p. 1722-1732, 2010.

Truchon, M.; Fillion, L. Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: a review. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 10, n. 2, p. 117-142, 2000.

Underwood, M. Diagnosing acute nonspecific low back pain: time to lower the red flags? **Arthritis & Rheumatism**, v. 60, n. 10, p. 2855-2857, 2009.

Waddell, G. 1987 Volvo Award in Clinical Sciences: a new clinical model for the treatment of low-back pain. **Spine**, v. 12, n. 7, p. 632-644, 1987.

_____. Biopsychosocial analysis of low back pain. **Baillière's clinical rheumatology**, v. 6, n. 3, p. 523-557, 1992.

Waddell, G.; Burton, A. K. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 19, n. 4, p. 655-670, 2005.

Waddell, G. et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. **Pain**, v. 52, n. 2, p. 157-168, 1993.

Wassenaar, M. et al. Magnetic resonance imaging for diagnosing lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. **European Spine Journal**, v. 21, n. 2, p. 220-227, 2012.

Watson, P. J. et al. General practitioner sickness absence certification for low back pain is not directly associated with beliefs about back pain. **European Journal of Pain**, v. 12, n. 3, p. 314-20, Apr 2008.

Williams, C. M. et al. Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians. **Archives of internal medicine**, v. 170, n. 3, p. 271-277, 2010.

APÊNDICE A – Carta aos médicos de UBS conveniadas à Prefeitura de Porto Alegre

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano

Aos médicos de Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre

Primeiramente, gostaríamos de agradecer sua participação na pesquisa sobre o manejo da dor lombar crônica inespecífica em Porto Alegre. Sua colaboração foi importante para que pudéssemos compreender como o manejo da dor está sendo realizado na cidade.

Tínhamos o objetivo de descrever as atitudes e crenças relacionadas à orientação de tratamento dos médicos no manejo de pacientes com dor lombar crônica inespecífica. Você preencheu um questionário com várias afirmações em que você teve que responder o quanto concordava ou discordava delas. O questionário definia um escore relacionado à orientação de tratamento biomédica e outro à orientação biopsicossocial. Uma pontuação maior na orientação biomédica está relacionada a uma crença de que a dor lombar crônica inespecífica é decorrente de uma lesão tecidual. Uma pontuação maior na orientação biopsicossocial está relacionada principalmente à crença de que a dor lombar crônica inespecífica é decorrente de múltiplas causas, sendo relevante o papel de questões psicossociais na sintomatologia do paciente. Atualmente, existe um consenso em diretrizes clínicas de que os profissionais de saúde devem seguir uma orientação biopsicossocial no manejo de pacientes com dor lombar crônica inespecífica.

Os resultados da nossa pesquisa indicaram que os médicos de UBS de Porto Alegre têm crenças relacionadas tanto à orientação de tratamento biomédica quanto biopsicossocial no manejo da dor lombar crônica inespecífica, não sendo possível identificar a predominância de uma delas. Em uma análise por questão do questionário, destacaram-se na orientação biopsicossocial a concordância de 93% com a afirmação de que “Estresse mental pode causar dor lombar mesmo na ausência de lesão tecidual” e de 86% com a afirmação de que “Aprender a lidar com o estresse leva a recuperação da dor lombar”. Entretanto, na orientação biomédica também observamos que 61% dos médicos acreditavam na afirmação de que a “Dor é um estímulo nociceptivo, indicando uma lesão tecidual” e 82% concordavam com a afirmação de que “A redução da dor é um pré-requisito para restauração da função normal”. Identificamos ainda uma incerteza quanto à indicação do exercício físico no tratamento. Nenhuma característica dos médicos, como sexo, tempo e universidade de formação, formação em Pós-Graduação e história pessoal de dor estava relacionada à orientação de tratamento biomédica ou

biopsicossocial, podendo existir outras questões que podem influenciar a orientação de tratamento. Caso você queira ler os resultados na íntegra da pesquisa, é possível acessar o link (inserir aqui o link da publicação da dissertação no site do LUME- UFRGS).

Segundo diretrizes européias e norte-americanas, a dor lombar crônica inespecífica não está diretamente relacionada a uma lesão tecidual. Alguns estudos epidemiológicos utilizaram a ressonância magnética, em pacientes com e sem dor e encontraram muitos casos de pessoas assintomáticas com alterações estruturais e ausência de alterações em pessoas sintomáticas. Sendo assim, os fatores biológicos não são considerados a principal causa da dor. A dor lombar crônica inespecífica tem causas múltiplas, como o medo que o movimento possa piorar a dor ou incapacitar, pensamentos pessimistas relacionados ao problema de saúde, humor depressivo e problemas familiares e laborais. Além disso, o tratamento deve ser direcionado principalmente para melhora da capacidade funcional do paciente, reduzindo o foco apenas na diminuição da dor. É importante educar o paciente, tranquilizando-o de que esse não um problema grave, estimulando-o a se manter ativo, não indicando o repouso prolongado. O exercício físico regular é considerado o melhor recurso terapêutico para o paciente, não havendo consenso ainda sobre a modalidade de exercício mais indicada. Mas atenção, todas essas considerações não se aplicam aos casos agudos e com causas específicas, como síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fraturas, infecções, inflamação, tumor ou metástase.

Temos o intuito de organizar reuniões para que possamos discutir aspectos como os mencionados acima, relacionados à avaliação e tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica no serviço de atenção básica. Nossa intenção é criar um ambiente de troca de informações a respeito do manejo da dor, um problema bastante frequente na população que ainda não recebe a devida importância nas políticas públicas de saúde. Quais aspectos que devem ser levados em consideração na avaliação clínica para identificar pacientes com causas específicas e inespecíficas, como avaliar as questões psicossociais, discutir sobre alternativas não medicamentosas para tratamento da dor e indicar locais que os pacientes podem ser referenciados para praticar exercícios são alguns dos temas que pensamos em conversar com vocês. Estamos abertos também para sugestões. Envie um email para patriciatbartz@gmail.com manifestando seu interesse em participar destas reuniões e/ou dando sugestões de temas para discussão.

Esperamos entrar em contato novamente com você em breve!

Obrigada pela atenção!

Patrícia Thurow Bartz

Adriane Vieira

APÊNDICE B – Ficha de dados demográficos e profissionais e PABS.PT

Ficha de dados demográficos e profissionais para médicos

1. Nascimento: __ / __ / ____
2. Idade: ____ anos
3. Sexo: () Masculino () Feminino

Formação profissional

4. Universidade de Formação: _____
5. Possui pós-graduação?
 não
 sim. Qual? Especialização/residência. Em que área? _____
 Mestrado. Em que área? _____
 Doutorado. Em que área? _____

Informações sobre a prática profissional

6. Há quanto tempo está formado? ____ anos ou ____ meses
7. Tempo de atuação:
 - na atenção básica: ____ anos ou ____ meses
 - em clínicas/ consultórios especializados: ____ anos ou ____ meses
 - em hospitais: ____ anos ou ____ meses
8. Especialidade de atuação nesta UBS:
 Clínico geral
 Médico(a) de família
 Outra: _____
9. Quantas horas você trabalha por dia nesta UBS? ____ horas
10. Quantos pacientes com dor lombar crônica inespecífica você geralmente atende por semana nesta UBS? ____ pacientes
11. Você utiliza alguma diretriz/ guia/ site/ livro como referência para manejo da dor lombar crônica inespecífica?
 Não
 Sim. Qual? _____
12. Você tem alguma experiência pessoal com dor lombar crônica inespecífica?
 não
 sim. Qual? você mesmo
 membro da família/ amigo
 outro. Quem? _____

ATENÇÃO! Este questionário é sobre a **dor lombar crônica inespecífica**, entendida como uma dor com duração de mais de 3 meses sem que haja uma causa definida. Este questionário não é sobre dor aguda e/ou com causas conhecidas, como resultantes de uma síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fraturas, infecções, inflamação, tumor ou metástase na lombar.

- Circule o número correspondente a sua resposta em cada uma das questões.
- Cuide para não deixar nenhuma questão em branco e assinalar apenas uma resposta em cada questão.
- Qualquer dúvida, pergunte para a pesquisadora.

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1. A intensidade da dor é determinada pela severidade da lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5
2. O aumento da dor indica uma nova lesão tecidual ou um aumento da lesão existente.	0	1	2	3	4	5
3. Dor é um estímulo nociceptivo, indicando uma lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5
4. Se a severidade da dor lombar aumentar, eu imediatamente ajusto a intensidade do meu tratamento.	0	1	2	3	4	5
5. Se o paciente reclama de dor durante o exercício, eu temo que uma lesão tecidual esteja ocorrendo.	0	1	2	3	4	5
6. Pacientes com dor lombar devem preferencialmente praticar apenas movimentos livres de dor.	0	1	2	3	4	5
7. A redução da dor é um pré-requisito para restauração da função normal.	0	1	2	3	4	5
8. Se o tratamento não resulta na diminuição da dor lombar, existe um alto risco de restrições severas em um longo prazo.	0	1	2	3	4	5
9. Dor lombar indica a presença de uma lesão orgânica.	0	1	2	3	4	5
10. Em longo prazo, pacientes com dor possuem um maior risco de desenvolver disfunções de coluna.	0	1	2	3	4	5
11. Aprender a lidar com o estresse leva a recuperação da dor lombar.	0	1	2	3	4	5
12. Um paciente com dor lombar severa se beneficiará de exercícios físicos.	0	1	2	3	4	5
13. Mesmo com a piora da dor, pode-se aumentar a intensidade do próximo tratamento.	0	1	2	3	4	5
14. Exercícios que podem estressar a coluna não devem ser evitados durante o tratamento.	0	1	2	3	4	5
15. O tratamento pode ter tido sucesso mesmo se a dor continuar.	0	1	2	3	4	5
16. A causa da dor lombar é desconhecida.	0	1	2	3	4	5
17. Limitações funcionais associadas com dor lombar são resultados de fatores psicossociais.	0	1	2	3	4	5
18. Não existe um tratamento eficaz para eliminar a dor lombar.	0	1	2	3	4	5
19. Estresse mental pode causar dor lombar mesmo na ausência de lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5