



Tratamento da lombalgia aguda não específica: a adesão dos médicos de Medicina Geral e Familiar às *guidelines*

Alberto Luís Fontão, Célia Soares, Diogo Malheiro, Eva Padrão, Helena Martins, Márcio Rodrigues
Orientador: Dr. Alexandre Gouveia

Resumo

A lombalgia aguda não específica (LANE) é um dos principais motivos de consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF), estimando-se que 60 a 80% da população tenha uma crise no decorrer da sua vida. Consequentemente, os médicos de MGF têm um papel primordial na abordagem desta patologia.

Contudo, o tratamento da LANE representa ainda um desafio para o médico. As *guidelines* assumem-se como uma resposta, visando a implementação de práticas baseadas na evidência, assegurando um tratamento eficaz desta patologia. No entanto, desconhece-se a adesão dos médicos de MGF a estas orientações. Este estudo observacional tem como objectivo determinar, através da aplicação de um questionário de auto-resposta relativo a um caso clínico de LANE, se os médicos de MGF, a exercer no concelho de Braga, tratam a LANE em conformidade com as *guidelines* europeias.

Verificou-se que, relativamente à informação e instrução a fornecer à doente, os clínicos forneciam uma explicação clara sobre a patologia, embora aconselhassem o descanso no leito que não é recomendado pelas *guidelines*. Relativamente ao tratamento farmacológico, há um predomínio dos relaxantes musculares, que não são reconhecidos como tratamento de primeira linha. Contudo, os fármacos analgésicos mais escolhidos são os recomendados. Quanto à referência para outros tratamentos, apenas 1,4% dos participantes seleccionou a hipótese correcta, que seria não recomendar outro tratamento.

Este trabalho permitiu identificar atitudes terapêuticas discordantes com as *guidelines*. Assim poderão ser traçadas estratégias de actuação que visem promover as medidas com comprovado benefício e desencorajar aquelas que são ineficazes, optimizando os cuidados prestados aos doentes.

Palavras-chave: Lombalgia aguda não específica, *guidelines*, tratamento, Medicina Geral de Familiar

Introdução

Em Portugal, a lombalgia assume-se como um dos principais motivos de consulta de MGF, estimando-se que 60 a 80% da população seja afectada por uma crise no decorrer da sua vida ⁽¹⁾.

A lombalgia não é uma doença, mas sim um sintoma, pelo que podem estar subjacentes inúmeras entidades. Algumas destas são graves e potencialmente fatais, devendo o clínico suspeitar delas na presença de determinados sinais de alerta, “red flags”. Contudo, as causas da lombalgia são identificadas em apenas 5 a 10% dos doentes. Nos restantes o termo de LANE é frequentemente utilizado devido à fraca relação entre sintomas, alterações anatómicas e resultados dos exames complementares de diagnóstico. As lesões musculares/ligamentares e degenerativas são frequentemente apontadas como causa da LANE ⁽²⁾. De facto, este é o tipo de lombalgia mais frequentemente encontrado nos cuidados de saúde primários e, por isso, será abordado neste trabalho.

O prognóstico de um episódio de LANE é geralmente bom, com recuperação espontânea em 90% dos casos ⁽³⁾. Contudo, em mais de 50% há tendência para recorrência dos sintomas ⁽⁴⁾ e em 40 a 44% para a cronicidade ⁽⁵⁾.

Deste modo, facilmente se depreende que esta condição clínica constitui um importante problema de Saúde Pública, não só por ser um motivo frequente de incapacidade com variadas implicações ao nível da qualidade de vida do doente, mas também pelos elevados valores de prevalência e pelos gastos, directos e indirectos, que se lhe associam ⁽⁶⁾. Apesar da sua relevância, não se encontram muitos estudos que caracterizem a situação portuguesa.

Para a abordagem e resolução da lombalgia aguda, o médico de MGF e os cuidados de saúde primários são considerados como o primeiro ponto de passagem e os principais intervenientes. Neste sentido, foram desenvolvidas várias *guidelines* para o seu tratamento, com o objectivo de promover as medidas com comprovado benefício e desencorajar aquelas que são ineficazes, optimizando os cuidados prestados aos doentes.

As *guidelines* utilizadas no decurso do estudo são as que foram elaboradas pelo grupo de trabalho COST ACTION B13 (Working Group 1), integrado na Direcção Geral da Investigação da Comissão Europeia, para a LANE. Na Figura 1 encontra-se um resumo das principais recomendações das *guidelines* europeias ⁽⁷⁾.

Recomendação 1: Tranquilizar o doente ao reconhecer a sua dor, ter uma atitude de suporte e evitar mensagens negativas. É importante dar uma explicação completa, nos termos que o doente conheça.

Recomendação 2: Não prescrever repouso como tratamento.

Recomendação 3: Aconselhar os doentes para se manterem activos e continuar com as actividades diárias incluindo o trabalho, se possível.

Recomendação 4: Não recomendar exercícios específicos (por exemplo: fortalecimento, flexão, extensão, alongamento) para a lombalgia aguda.

Recomendação 5: Prescrever medicação, se necessário, para alívio da dor, preferencialmente com tomas regulares. A primeira escolha é o paracetamol, a segunda escolha são os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Apenas considerar um tratamento de curta duração de relaxantes musculares, em monoterapia ou combinada com AINEs, se o paracetamol ou AINEs não forem eficazes na redução da dor.

Recomendação 6: Não usar injeções de esteróides epidurais no tratamento da lombalgia aguda não específica.

Recomendação 7: Considerar a referenciação para fisioterapia para doentes que estão com dificuldades em retomar as actividades normais.

Recomendação 8: Não é recomendada a Educação Postural – “Back Schools” no tratamento de episódio de lombalgia aguda.

Recomendação 9: Não é recomendada a terapia comportamental no tratamento da lombalgia aguda.

Recomendação 10: Não utilizar tracção.

Recomendação 11: Não é recomendado utilizar as massagens como tratamento da lombalgia aguda não específica.

Recomendação 12: Não é recomendada a Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea na lombalgia aguda não específica.

Recomendação 13: Considerar programas de tratamento multidisciplinar em trabalhadores com Atestado de Incapacidade Temporária por mais de 4-8 semanas.

Figura 1: Resumo das recomendações das Guidelines Europeias, relativas ao tratamento da LANE. ⁽⁷⁾.

Em Portugal, desconhece-se em que medida a abordagem da lombalgia pelos médicos de MGF é feita em conformidade com as *guidelines*, nomeadamente as europeias. Portanto, este estudo tem como objectivo determinar, através de um estudo observacional, por meio da aplicação de um questionário de auto-resposta relativo a um caso clínico, se os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), a exercer no concelho de Braga, tratam a LANE em conformidade com as *guidelines* europeias⁽⁷⁾. Deste modo, a realização deste estudo é relevante, uma vez que fornecerá dados preliminares sobre a abordagem da lombalgia aguda na prática clínica dos médicos de MGF.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, descritivo com utilização de um questionário de auto-resposta relativo a um caso clínico sobre LANE. O universo deste estudo é constituído pelos médicos de MGF que exercem no distrito de Braga, sendo a população em estudo os médicos de MGF que exercem no concelho de Braga. A unidade de observação corresponde aos médicos de MGF. A amostra é de conveniência e corresponde aos médicos de MGF que exercem no concelho de Braga.

Critérios de inclusão: foram incluídos neste estudo todos os médicos (1) que exerciam nos respectivos Centros de Saúde (CS), Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e tinham lista de utentes atribuída; e (2) que trataram, pelo menos, um caso de lombalgia aguda nos últimos 6 meses.

Critérios de exclusão: foram excluídos todos os médicos (1) que não se encontravam em actividade no período de tempo em que decorreu a aplicação do questionário.

O questionário aplicado neste estudo continha uma secção de caracterização do participante e outra destinada à avaliação da lombalgia na prática clínica. Continha também um caso clínico que descrevia um episódio de lombalgia aguda não específica e 3 questões de resposta múltipla. O caso clínico e as questões foram traduzidas e adaptadas do trabalho de Jansz *et al* (não publicado, 1998) para o *Institute of Work & Health-IWH* Toronto, Ontário, Canadá⁽⁸⁾. As adaptações foram supervisionadas por um clínico com ciclo de estudos completo. As secções de resposta do questionário encontram-se na Figura 2, em que as respostas classificadas como concordantes com as *guidelines* se encontram sublinhadas e a negrito. Para consulta do questionário na íntegra, bem como para consulta do questionário original e das respostas consideradas concordantes com as *guidelines* ver os Anexo I, II e III, respectivamente.

<p>A. SOBRE SI</p> <p>1. Ano de Nascimento: _____</p> <p>2. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/></p> <p>3.a. Ano de término da Graduação em Medicina: _____</p> <p>3.b. País: _____</p> <p>4.a. Ano de término da Especialidade mais recente: _____</p> <p>4.b. País: _____</p> <p>B. LOMBALGIA AGUDA – PRÁTICA CLÍNICA</p> <p>1. Qual destas opções mais se aproxima do número de casos de lombalgia aguda (menos de 4 semanas de evolução) que observa:</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 caso em 6 meses;</p> <p><input type="checkbox"/> Pelo menos 1 caso em 6 meses;</p> <p><input type="checkbox"/> Pelo menos 1 caso num mês;</p> <p><input type="checkbox"/> Pelo menos 1 caso por semana.</p> <p>CASO CLÍNICO – LOMBALGIA AGUDA NÃO COMPLICADA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Doente do sexo feminino 28 anos, refere início de dor lombar há cerca de uma semana após levantamento de uma caixa de 10 kg na cozinha onde trabalha. Desde então deixou de conseguir trabalhar.</p> <p>Apesar de estar ansiosa por voltar ao trabalho, sente-se imobilizada pela dor. Relativamente ao nível de actividade, refere ser capaz de se sentar durante 10 minutos e de andar 25 metros até ter de parar devido à dor. Consegue dormir durante a noite, contudo, refere rigidez lombar matinal que dura cerca de 10 minutos.</p> <p>Não existe história de trauma. A dor é localizada à região lombar não havendo irradiação da mesma.</p> <p>Ainda não consultou nenhum profissional de saúde apresentando-se agora como sua doente.</p> </div> <p>Tendo em conta o caso apresentado, responda qual será a sua proposta de tratamento para esta doente. Pode escolher mais do que uma opção em cada grupo de perguntas.</p>	<p>As recomendações concordantes com as <i>guidelines</i> europeias encontram-se sublinhadas e a negrito.</p> <p>1. Relativamente à informação e instrução a fornecer à doente:</p> <p><input type="checkbox"/> Fornecer uma explicação clara sobre a lombalgia, suas causas e prognóstico, explicando as expectativas e metas da doente;</p> <p><input type="checkbox"/> Abrir a doente para estar atenta a complicações;</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar descanso no trabalho por _____ dias (adique n° de dias);</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar à doente que mantenha as actividades da vida diária e, se possível, a actividade laboral;</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____;</p> <p><input type="checkbox"/> Não fornecer nenhuma informação ou instrução específica.</p> <p>2. Relativamente ao tratamento farmacológico para alívio sintomático, a prescrever:</p> <p><input type="checkbox"/> Analgésicos de venda livre (ex: paracetamol);</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazepinas (ex: diazepam, lorazepam);</p> <p><input type="checkbox"/> Analgésicos sujeitos a receita médica (ex: Dol-u-Ron®; Zaldiar®);</p> <p><input type="checkbox"/> Relaxantes musculares (ex: Tiocolquibos Ito- Relmus®);</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirina ou outros AINEs;</p> <p><input type="checkbox"/> Injeção epidural de esteróides;</p> <p><input type="checkbox"/> Baixa dose de antidepressivos (ex: amitriptilina);</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____;</p> <p><input type="checkbox"/> Não prescrever nenhum tratamento farmacológico.</p> <p>3. Relativamente a tratamentos físicos, educação postural ou outros tratamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar exercícios físicos direccionados para a região lombar (por exemplo: fortalecimento, flexão, extensão, alongamento)</p> <p><input type="checkbox"/> Referenciar para fisioterapia;</p> <p><input type="checkbox"/> Fornecer educação postural ou recomendar guias de educação postural;</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar terapia comportamental;</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar exercícios de tracção;</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar massagens;</p> <p><input type="checkbox"/> Referenciar para terapia de estimulação eléctrica nervosa transcutânea (eletroterapia);</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar programas de tratamento multidisciplinar;</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendar acupuntura;</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____;</p> <p><input type="checkbox"/> Não recomendar outro tratamento.</p>
---	---

Figura 2: Secções de resposta do questionário aplicado aos médicos; para as perguntas 1, 2 e 3 encontram-se sublinhadas e a negrito as respostas concordantes com as *guidelines*.

O questionário foi previamente sujeito a um estudo piloto, tendo sido aplicado a 15 médicos com um índice de participação de 80% e um tempo médio de resposta de 4 minutos. Este estudo piloto permitiu aferir a correcta compreensão das questões pelos participantes.

O protocolo foi previamente submetido à Comissão de Ética em Saúde, tendo obtido parecer favorável (PARECER nº15/2010).

Estatística

Os dados foram codificados, inseridos e analisados estatisticamente com recurso ao *software* SPSS 17.0®. Os dados foram sujeitos a uma análise descritiva com estudo de frequência, cálculo de medidas de tendência central e dispersão.

Resultados

Caracterização da amostra

De um total de 97 médicos que foram convidados a participar no estudo, 70 devolveram o questionário preenchido para análise posterior, o que constitui um índice de participação de 72%. Destes 70, nenhum questionário foi excluído atendendo aos critérios de exclusão.

Dos participantes, 71,4% eram do sexo feminino (Tabela I). Cerca de 70,0% dos participantes nasceram entre 1950 e 1960 (Gráfico 1). 72,8% terminaram a Licenciatura/Mestrado em Medicina entre 1975 e 1985 (Gráfico 2); 50,0% terminaram a Especialidade mais recente entre 1985 e 1995 e 35,4% entre 2000 e 2010 (Gráfico 3). 82,9% concluíram a Graduação em Medicina em Portugal e 71,4% terminaram a Especialidade mais recente também em Portugal (Tabela I).

Tabela I: Estatística descritiva relativamente à caracterização da amostra – sexo, país de término da Graduação em Medicina e país de término da Especialidade mais recente.

		Frequência	Percentagem (%)	Percentagem cumulativa (%)
Sexo				
Respostas válidas	Feminino	50	71,4	
	Masculino	20	28,6	
	Total	70	100,0	
País de término da Graduação em Medicina				
Respostas válidas	Angola	1	1,4	1,4
	Brasil	3	4,3	5,8
	Cuba	1	1,4	7,2
	Espanha	6	8,7	15,9
	Portugal	58	84,1	100,0
	Total	69	100,0	
Sem resposta		1	1,4	
Total		70	100,0	
País de término da Especialidade mais recente				
Respostas válidas	Brasil	2	4,0	4,0
	Portugal	48	96,0	100,0
	Total	50	100,0	
Sem resposta		20	28,6	
Total		70	100,0	

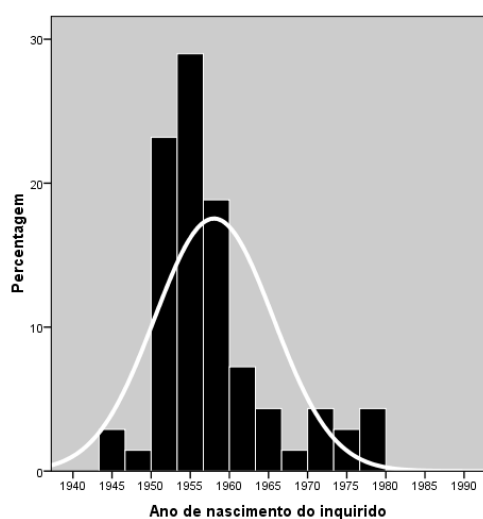


Gráfico 1: Histograma que representa a distribuição dos anos de nascimento dos participantes. N=69; Média = 1958; Desvio Padrão = 7,6.

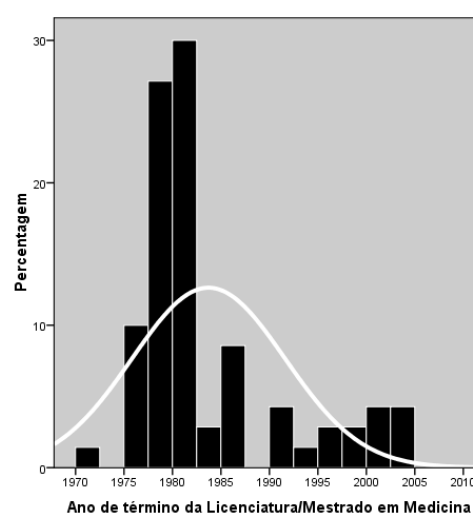


Gráfico 2: Histograma que representa a distribuição dos anos de término da Licenciatura/Mestrado em Medicina dos participantes. N=70; Média = 1984; Desvio Padrão = 7,9.

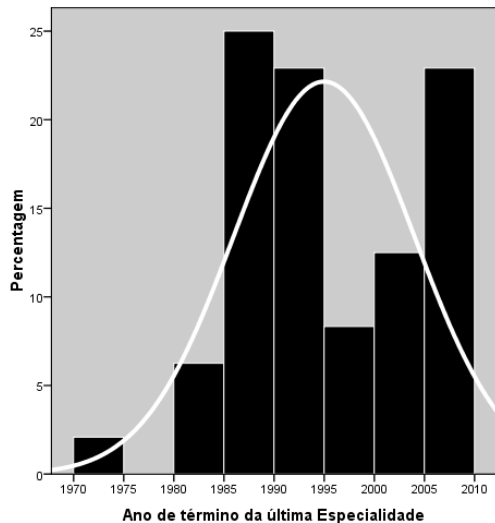


Gráfico 3: Histograma que representa a distribuição dos anos de término da última Especialidade dos participantes. N=48; Média = 1995; Desvio Padrão = 9,0.

Frequência da lombalgia aguda na prática clínica

Cerca de 45,7% dos médicos observaram pelo menos 1 caso de lombalgia aguda num mês e 48,6 % observaram pelo menos 1 caso por semana (Tabela II).

Tabela II: Estatística descritiva relativamente ao número de casos de lombalgia aguda observados.

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem cumulativa (%)
Menos de 1 caso em 6 meses	0	0	0
Pelo menos 1 caso em 6 meses	4	5,7	5,7
Pelo menos 1 caso num mês	32	45,7	51,4
Pelo menos 1 caso por semana	34	48,6	100,0
Total	70	100,0	

Tratamento da LANE

Na Questão 1 “Relativamente à informação e instrução a fornecer à doente”, 90,0% dos participantes forneceriam uma explicação clara sobre a lombalgia e 48,6% alertariam a doente para estar atenta a complicações (Gráfico 4). Cerca de 28,6% recomendaram a manutenção das actividades da vida diária e, se possível, da actividade laboral e 48,6% recomendaram descanso no leito (Gráfico 4). Dos que recomendaram descanso no leito, 23,5% recomendaram 2 dias de descanso e igual percentagem recomendou 5 dias (Gráfico 4).

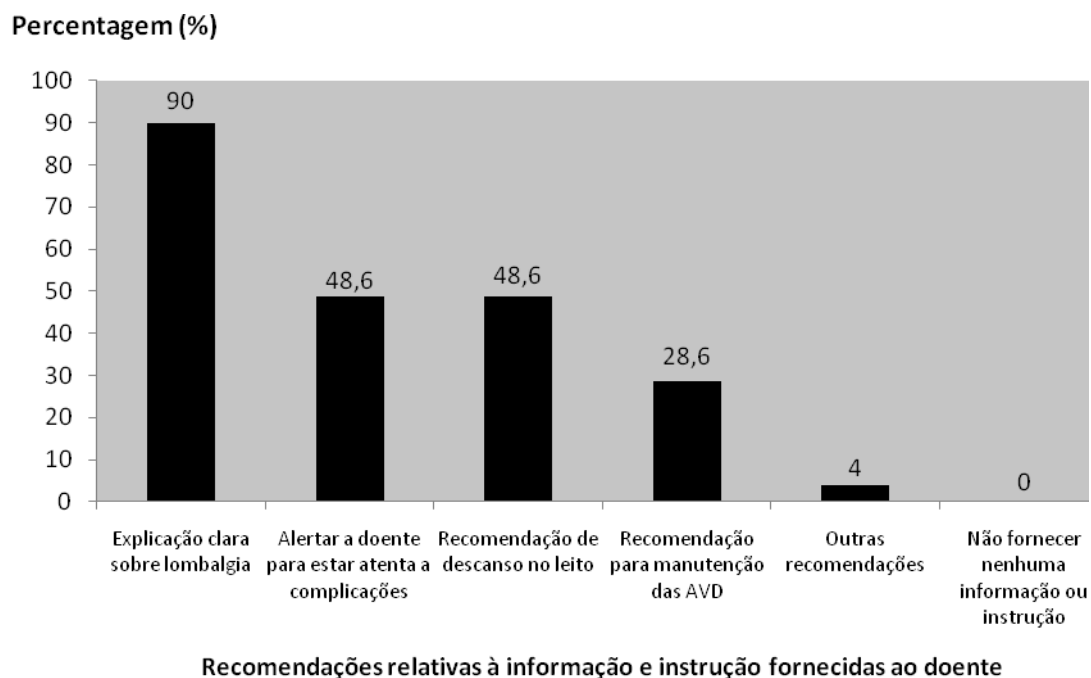
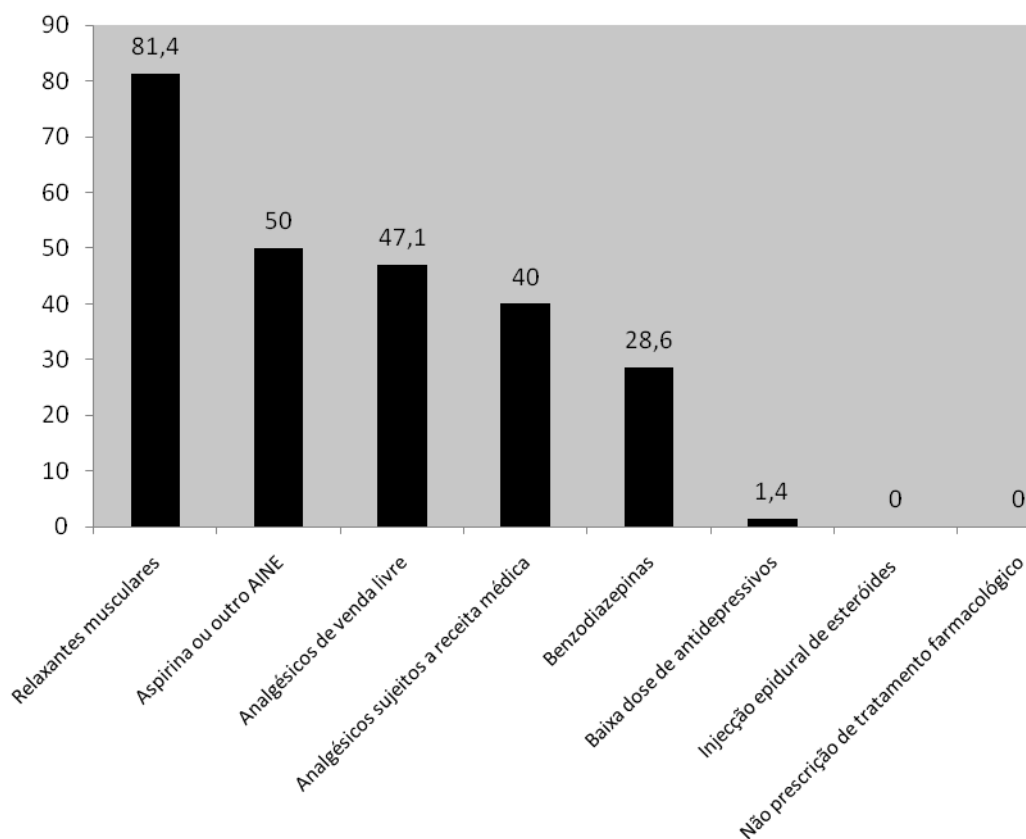


Gráfico 4: Respostas dos inquiridos à questão 1 relativamente à informação e instrução a fornecer à doente.

Na Questão 2 “Relativamente ao tratamento farmacológico, para alívio sintomático, a prescrever”, os relaxantes musculares, a aspirina ou outros AINE’s e os analgésicos de venda livre como o paracetamol foram prescritos por 81,4%, 50,0% e 47,1% dos participantes, respectivamente (Gráfico 5). Os analgésicos sujeitos a receita médica e as benzodiazepinas foram recomendadas em 40,0% e 28,6% dos casos, respectivamente (Gráfico 5).

Percentagem (%)

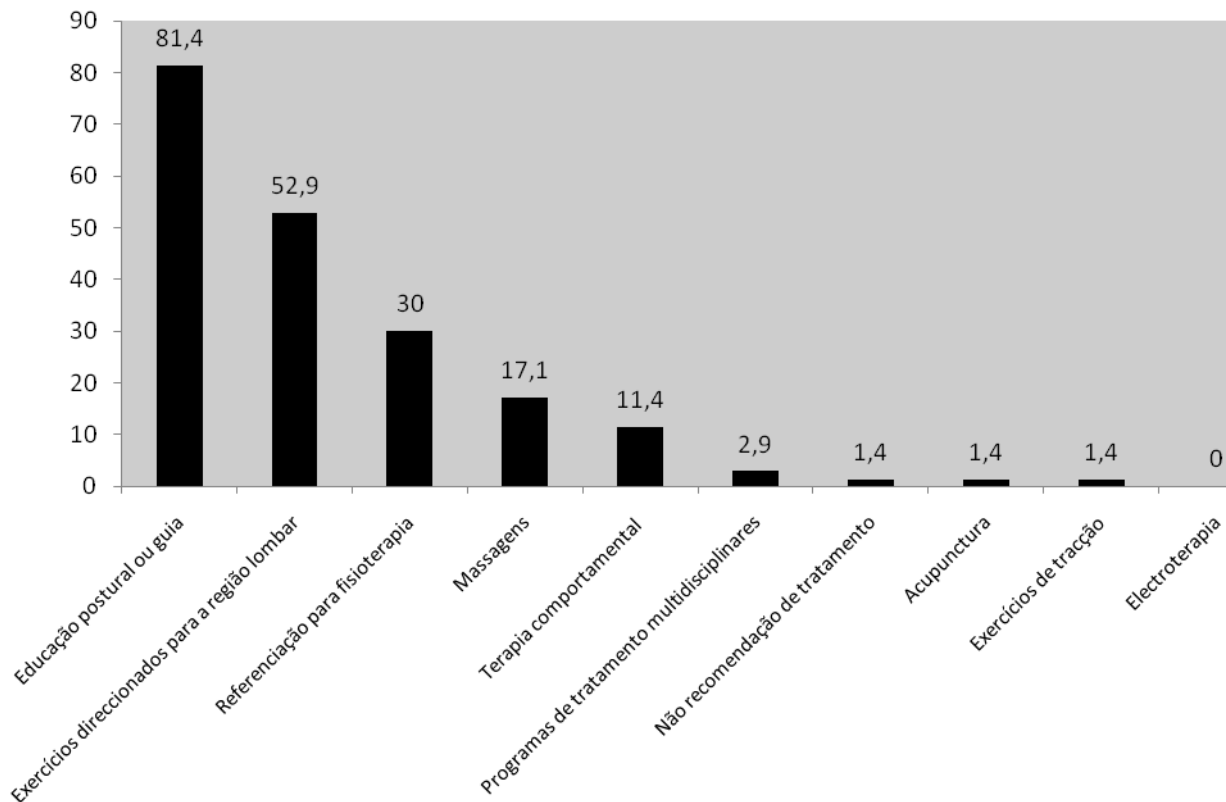


Tratamento farmacológico prescrito para alívio sintomático

Gráfico 5: Respostas dos inquiridos à questão 2 relativamente ao tratamento farmacológico prescrito para alívio sintomático.

Na Questão 3 “Relativamente a tratamentos físicos, educação postural ou outros tratamentos”, 1,4% dos participantes não recomendariam qualquer tratamento. Contudo, 81,4% forneceriam educação postural ou guias de educação postural e 52,9% recomendariam exercícios direccionados para a região lombar (Gráfico 6). A referenciação para fisioterapia e a recomendação de massagens ocorreria em 30,0% e 17,1% dos casos, respectivamente (Gráfico 6).

Percentagem (%)



Recomendações relativas a tratamentos físicos, educação postural ou outros tratamentos a fornecer ao doente

Gráfico 6: Respostas dos inquiridos à questão 3 relativamente às recomendações de tratamentos físicos, educação postural ou outros tratamentos a fornecer à doente.

Para consulta mais pormenorizada consultar o Anexo IV.

Discussão

O índice de participação obtido, 72%, é acima do expectável, já que trabalhos anteriores apontam para índices de participação de cerca de 25% nos questionários de auto-resposta. Para o sucesso deste valor atribuímos a escolha do método pelos investigadores.

Comparando os resultados obtidos com o que é preconizado pelas *guidelines* europeias ⁽⁷⁾, relativamente à Questão 1 podemos verificar que as respostas concordantes com as *guidelines* estão na lista das 4 mais escolhidas, em que a hipótese “Fornecer uma explicação clara sobre a lombalgia, suas causas e prognóstico, explorando as expectativas e medos da doente” foi escolhida por 90% dos

participantes. De seguida, com uma taxa de resposta de 48,6% temos a resposta “Recomendar descanso no leito”, que não está de acordo com as *guidelines*. Algumas respostas concordantes com as *guidelines*, apesar de estarem na lista das mais escolhidas foram seleccionadas por menos de metade dos participantes: “Alertar a doente para estar atenta a complicações” (48,6%) e “Recomendar à doente que mantenha as actividades da vida diária e, se possível, a actividade laboral” (28,6%).

Comparando estes dados aos de um estudo brasileiro onde foi aplicado o mesmo questionário a Reumatologistas tendo como base *guidelines* similares às europeias, verificou-se que 83,5% dos participantes optaram pelo repouso no leito ⁽⁸⁾.

O repouso no leito, apesar de não recomendado, foi uma escolha bastante frequente nos dois estudos. Apesar de desconhecermos os motivos para esta opção, podemos especular que esta se deve ao desconhecimento da *guideline*, à discordância pelo que é preconizado por ela ou à interferência da expectativa do doente que muitas vezes espera a recomendação de repouso. De realçar que a opção oposta de recomendação de manutenção actividades da vida diária foi seleccionada por uma percentagem inferior. Isto permite identificar claramente um ponto que deve ser trabalhado.

Analisando a Questão 2, verificamos que a hipótese mais seleccionada não está recomendada na abordagem inicial de um caso de lombalgia não complicada, onde deve ser privilegiada a analgesia com paracetamol e, eventualmente, AINE’s. Os relaxantes musculares são recomendados apenas nos casos refractários. Neste estudo, há um claro predomínio da escolha de relaxantes musculares sobre os fármacos analgésicos. Os mesmos factores mencionados anteriormente para a recomendação do repouso podem também ser utilizados para explicar os resultados obtidos nesta questão, nomeadamente o desconhecimento ou a não concordância com o conteúdo da *guideline*.

No estudo brasileiro os relaxantes musculares, os AINE’s e os analgésicos como o paracetamol foram prescritos por 38,0%, 69,0% e 48,0% dos participantes, respectivamente ⁽⁸⁾. Os relaxantes musculares assumem uma posição de relevo quando ambos os estudos são comparados. São os fármacos mais prescritos pelos médicos que participaram neste estudo e os menos escolhidos no estudo brasileiro, apesar do caso clínico fornecido ter sido o mesmo.

Os analgésicos sujeitos a receita médica, que incluem fármacos opiáceos, foram escolhidos por 40,0%, uma percentagem significativa, embora o seu uso não esteja preconizado nos casos de LANE.

As benzodiazepinas, apesar de também não estarem recomendadas nas *guidelines*, foram prescritas por uma percentagem idêntica de participantes nos dois estudos (28,6% dos inquiridos no estudo brasileiros e 27,0% no nosso estudo) ⁽⁸⁾. Na nossa opinião, este resultado é preocupante tendo em conta o perfil de efeitos laterais destes fármacos.

A questão 3 revela alguns dos dados mais interessantes. Apenas 1,4% (1 participante) escolheu a resposta concordante com as *guidelines* que seria: “Não recomendar outro tratamento”. Os inquiridos deram privilégio a medidas mais interventivas como “Fornecimento de educação postural ou guia de educação postural” (81,4%), seguindo-se os “Exercícios para a região lombar” (52,9%) e a “Referenciação para Fisioterapia” (30,0%).

É importante referir que todas as medidas apresentadas como hipótese nesta questão não são recomendadas pelas *guidelines* europeias. Muitas das alternativas apresentadas têm nível de evidência reduzido, enquanto que para outras não existe consenso relativamente à sua aplicação ⁽⁷⁾. Logo, uma vez que estas opções terapêuticas não são recomendadas, a sua prescrição não deverá ser encorajada.

A prescrição de fisioterapia é também merecedora de atenção pelos resultados díspares que manifestou nos dois estudos em comparação. A referenciação para Fisioterapia constituiu a escolha de 30,0% dos participantes deste estudo e foi a opção de 88,0% dos inquiridos no estudo brasileiro. Este facto pode, em parte, ser explicado pelo facto de os participantes do estudo brasileiro pertencerem a outra especialidade e se enquadrarem noutro contexto.

A acupunctura, apesar de não ter sido prescrita por nenhum dos médicos deste estudo, foi prescrita por 7,0% dos participantes do estudo brasileiro ⁽⁸⁾, o que poderá reflectir certas especificidades deste país, onde possivelmente a prática da acupunctura é mais generalizada.

No gráfico 7, encontra-se uma comparação entre o presente estudo e o estudo realizado no Brasil em relação a algumas das respostas dos inquiridos às questões sobre ao tratamento e instrução a fornecer à doente.

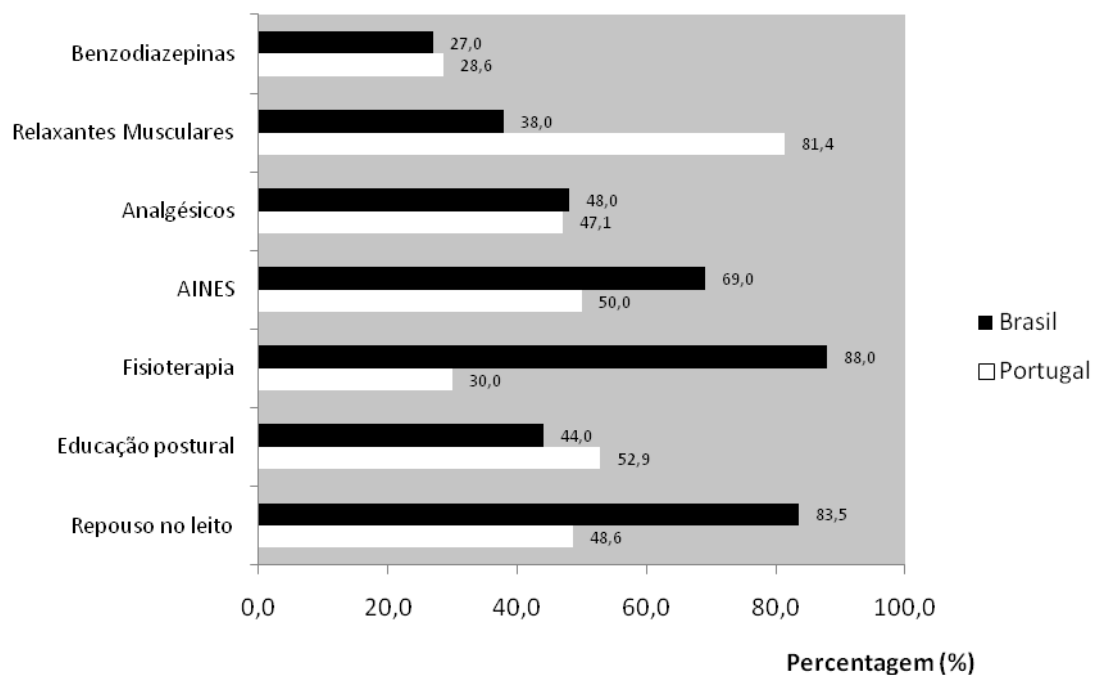


Gráfico 7: Comparação entre o presente estudo (Portugal) e o estudo realizado no Brasil em relação a algumas das respostas dos inquiridos às questões sobre ao tratamento e instrução a fornecer à doente.

Neste ponto do nosso trabalho é importante perceber por que razão os médicos não seguem as *guidelines* no tratamento da LANE. O trabalho de Cherkin, 1998 ⁽⁵⁾ traz-nos interessantes pistas:

1. Ausência de *guidelines* claras, de fácil interpretação e compreensão;
2. Ausência de conhecimento acerca da existência de *guidelines* ou rejeição das mesmas;
3. Ligação histórica e excessiva a um modelo de terapia particular;
4. Tendência para desvalorizar a eficácia de tratamentos rivais.

Assim, podemos tentar justificar a não adesão às *guidelines* no nosso estudo.

Limitações do estudo

O questionário é um método bastante vantajoso, contudo, há certas limitações que importa referir. Este método impossibilita o esclarecimento de dúvidas; no entanto, da análise que se fez do estudo piloto e da ficha de opinião acerca do questionário verificou-se que não houve dificuldades no seu preenchimento. O facto de neste questionário ser avaliado o comportamento auto-reportado, ao invés da prática clínica real (que podem não coincidir), é um viés inerente à aplicação deste método. Um questionário deste tipo é susceptível de provocar mecanismos de defesa e dissimulação da verdade em que o inquirido fornece respostas que julga serem do agrado dos investigadores e, além disso, leitura prévia de todas as questões poderá influenciar as respostas subsequentes. De referir, também, que com a aplicação de um questionário existe sempre a possibilidade deste ser preenchido por outra pessoa que não aquela seleccionada inicialmente.

Perspectivas Futuras

O presente estudo permitiu conhecer as atitudes dos médicos de Medicina Geral e Familiar perante um caso hipotético de lombalgia aguda não específica e classificá-las de acordo com as *guidelines*. Contudo, não foi possível obter um perfil global de respostas de cada participante.

Por outro lado, também seria interessante conhecer a frequência de conjuntos de respostas – por exemplo, saber se os participantes que aconselham repouso no leito são os que mais reencaminham para fisioterapia, encorajando uma atitude do doente perante a doença predominantemente passiva. Assim, à semelhança do que já foi feito noutros estudos, seria possível definir padrões de actuação recorrendo a programas estatísticos mais complexos.

Contudo, o conhecimento isolado da frequência de cada resposta tem também uma enorme vantagem porque permite traçar linhas de acção dirigidas a determinados temas, de forma a corrigir tendências desajustadas.

Outro ponto interessante a aplicar no futuro seria fazer uso dos dados acerca da caracterização da amostra e relacioná-los com os resultados obtidos. Ou seja, seria interessante compreender a até que ponto factores como a idade, tempo de exercício

da profissão ou o tempo após a conclusão da Especialidade terão influência na adesão às *guidelines* preconizadas.

Conclusão

Este trabalho permitiu a identificação de atitudes terapêuticas discordantes com as *guidelines* e nas quais seria importante actuar: o reforço do descanso no leito em detrimento do encorajamento do doente para manter-se activo; a elevada taxa de prescrição de relaxantes musculares, analgésicos sujeitos a receita médica e benzodiazepinas; o reencaminhamento para outros tratamentos complementares que até agora não têm tido evidência suficiente para serem recomendados.

Bibliografia

- (1) Borenstein DG. *Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain*. *Curr Opin Rheumatol* 1997; 9:144-150
- (2) Vroomen PCAJ, van Tulder MW. Low back pain and sciatica. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C editors. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York, NY: Oxford University Press, 2004, p.1107 -10.
- (3) Hayward R, Guyatt G, Moore K, McKibbon K, Carter A. *Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines*. *Can Med J* 1997; 156:1715–1723.
- (4) McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N. *Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care*. *Spine* 2001; 26:2615–2622.
- (5) Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. *Physician views about treating low back pain: the results of a national survey*. *Spine* 1995; 20:1–10.
- (6) Marques A, Branco J, Costa J, Miranda L, Almeida M, Reis P, Santos R, Tavares V. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 12/DGCG de 02/07/2004.
- (7) Jansz G, Maetzel A, Gibson E, Bombardier C. *Primary Care Physicians' Management of Acute Low Back Pain. Results of an Ontario Survey*. 1998
- (8) Do socorro M, Cândido S, Natour J, Bosi M. *Acute low back pain and therapeutic practice reported by brazilian rheumatologists*. *Spine* 2005; 5: 567-571

ANEXOS

ANEXO I

Lombalgia Aguda

Este questionário foi elaborado por um grupo de alunos do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho. Tem como objectivo conhecer o modo como os médicos de Medicina Geral e Familiar tratam a Lombalgia Aguda. Com certeza irá concordar que se trata de uma patologia com elevada prevalência na qual os profissionais dos Cuidados Primários assumem um papel crucial. Por isso, apelamos à sua colaboração no preenchimento deste breve questionário, onde lhe são colocadas questões relativas a um caso clínico. Solicitamos ainda que responda de forma semelhante ao procedimento habitual na sua prática clínica quotidiana. Para que tal aconteça, sugerimos que pense num caso semelhante que poderá ter observado e como agiu nessa altura.

Garantimos o total anonimato do questionário bem como a privacidade dos dados fornecidos.

Gratos pela colaboração,

Alberto Luís Fontão

Eva Padrão

Célia Soares

Helena Martins

Diogo Malheiro

Márcio Rodrigues

Dr. Alexandre Gouveia (coordenador)



Universidade do Minho
Escola de Ciências da Saúde
Mestrado Integrado de Medicina

A. SOBRE SI

1. Ano de Nascimento: _____
2. Sexo: Masculino Feminino
- 3.a. Ano de término da Graduação em Medicina: _____
- 3.b. País: _____
- 4.a. Ano de término da Especialidade mais recente: _____
- 4.b. País: _____

B. LOMBALGIA AGUDA – PRÁTICA CLÍNICA

1. Qual destas opções mais se aproxima do número de casos de lombalgia aguda (menos de 4 semanas de evolução) que observa:
 - Menos de 1 caso em 6 meses;
 - Pelo menos 1 caso em 6 meses;
 - Pelo menos 1 caso num mês;
 - Pelo menos 1 caso por semana.

CASO CLÍNICO – LOMBALGIA AGUDA NÃO COMPLICADA

Doente do sexo feminino, 28 anos, refere início de dor lombar há cerca de uma semana após levantamento de uma caixa de 10 kg na cafetaria onde trabalha. Desde então deixou de conseguir trabalhar.

Apesar de estar ansiosa por voltar ao trabalho, sente-se imobilizada pela dor. Relativamente ao nível de actividade, refere ser capaz de se sentar durante 10 minutos e de andar 25 metros até ter de parar devido à dor. Consegue dormir durante a noite, contudo, refere rigidez lombar matinal que dura cerca de 10 minutos.

Não existe história de trauma. A dor é localizada à região lombar não havendo irradiação da mesma.

Ainda não consultou nenhum profissional de saúde apresentando-se agora como sua doente.

Tendo em conta o caso apresentado, responda qual seria a sua proposta de tratamento para esta doente. Pode escolher mais do que uma opção em cada grupo de perguntas.

1. Relativamente à informação e instrução a fornecer à doente:

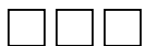
- Fornecer uma explicação clara sobre a lombalgia, suas causas e prognóstico, explorando as expectativas e medos da doente;
- Alertar a doente para estar atenta a complicações;
- Recomendar descanso no leito, por ____ dias (indique nº de dias);
- Recomendar à doente que mantenha as actividades da vida diária e, se possível, a actividade laboral;
- Outros (especifique) _____;
- Não fornecer nenhuma informação ou instrução específica.

2. Relativamente ao tratamento farmacológico, para alívio sintomático, a prescrever:

- Analgésicos de venda livre (ex: paracetamol);
- Benzodiazepinas (ex: diazepam, lorazepam);
- Analgésicos sujeitos a receita médica (ex: Dol-u-Ron®; Zaldiar®);
- Relaxantes musculares (ex: Ticolquicosido- Relmus®);
- Aspirina ou outro AINEs;
- Injecção epidural de esteróides;
- Baixa dose de antidepressivos (ex: amitriptilina);
- Outros (especifique) _____;
- Não prescrever nenhum tratamento farmacológico.

3. Relativamente a tratamentos físicos, educação postural ou outros tratamentos:

- Recomendar exercícios físicos direccionados para a região lombar (por exemplo: fortalecimento, flexão, extensão, alongamento)
- Referenciar para fisioterapia;
- Fornecer educação postural ou recomendar guias de educação postural;
- Recomendar terapia comportamental;
- Recomendar exercícios de tracção;
- Recomendar massagens;
- Referenciar para terapia de estimulação eléctrica nervosa transcutânea (electroterapia);
- Recomendar programas de tratamento multidisciplinar;
- Recomendar acupunctura;
- Outros (especifique) _____;
- Não recomendar outro tratamento.



Se desejar receber os resultados deste estudo, assim como a comparação das suas respostas com a globalidade dos seus colegas, indique o e-mail para o qual devemos enviar estas informações.

_____@_____

Contacto dos investigadores:
E-mail: a47482@alunos.uminho.pt

ANEXO II

<p>Investigations:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lumbar <input type="checkbox"/> Sacroiliac x-ray <input type="checkbox"/> Special imaging (eg. CT, MRI, Myelogram) (specify): _____ <input type="checkbox"/> Electromyography/Nerve Conduction <input type="checkbox"/> Bone Scan <input type="checkbox"/> Lab tests (eg. urinalysis, ESR) (specify): _____ <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ <input type="checkbox"/> Would not order tests 	
<p>In-office management/advice:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Expectant observation only <input type="checkbox"/> Bedrest (_____ days) <input type="checkbox"/> General advice on back care <input type="checkbox"/> Advice on exercise (home programme) <input type="checkbox"/> Work modification <input type="checkbox"/> Psychosocial evaluation <input type="checkbox"/> Medication (if chosen see opposite column) <input type="checkbox"/> Injections (eg. trigger point, facet, epidural) (specify) <input type="checkbox"/> Lumbar support or corset <input type="checkbox"/> Follow up appointment in _____ days <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ 	<p>If you selected "medication", please indicate any medication that may be appropriate, even if you would not prescribe them simultaneously.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acetaminophen or any other over the counter analgesics <input type="checkbox"/> Prescription analgesics (eg. Tylenol 3) <input type="checkbox"/> Aspirin or other NSAIDs <input type="checkbox"/> Benzodiazepines (eg. diazepam, lorazepam) <input type="checkbox"/> Low-dose antidepressants (eg. amitriptyline) <input type="checkbox"/> Muscle relaxants (eg. Robaxin, Flexeril) <input type="checkbox"/> Other (specify): _____
<p>Referral for management outside your office:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pain clinic <input type="checkbox"/> Chiropractor <input type="checkbox"/> Specialists (specify): _____ <input type="checkbox"/> Acupuncture <input type="checkbox"/> Physiotherapy (if chosen, see opposite column) <input type="checkbox"/> Clinic specializing in formal programs of active supervised exercise & education for back <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ <input type="checkbox"/> Would not refer 	<p>If you selected "physiotherapy", which treatments would you recommend?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> At discretion of physiotherapist <input type="checkbox"/> Exercises (stretch or strengthen) <input type="checkbox"/> Education (back school) <input type="checkbox"/> Spinal traction <input type="checkbox"/> Electrotherapy (eg. TENS, interferential, etc.) <input type="checkbox"/> Non-exercise modalities (eg. heat, ice, etc.) <input type="checkbox"/> Manual therapy

Figura 3: Questionário elaborado por Jansz et al (1998) ⁽²¹⁾

ANEXO III

As recomendações concordantes com as *guidelines* europeias encontram-se **sublinhadas e a negrito**.

1. Relativamente à informação e instrução a fornecer à doente:

- Fornecer uma explicação clara sobre a lombalgia, suas causas e prognóstico, explorando as expectativas e medos da doente;**
- Alertar a doente para estar atenta a complicações;**
- Recomendar descanso no leito, por ____ dias (indique nº de dias);
- Recomendar à doente que mantenha as actividades da vida diária e, se possível, a actividade laboral;**
- Outros (especifique) _____;
- Não fornecer nenhuma informação ou instrução específica.

2. Relativamente ao tratamento farmacológico, para alívio sintomático, a prescrever:

- Analgésicos de venda livre (ex: paracetamol);**
- Benzodiazepinas (ex: diazepam, lorazepam);
- Analgésicos sujeitos a receita médica (ex: Dol-u-Ron®; Zaldiar®);
- Relaxantes musculares (ex: Ticolquicosido- Relmus®);
- Aspirina ou outro AINEs;**
- Injecção epidural de esteróides;
- Baixa dose de antidepressivos (ex: amitriptilina);
- Outros (especifique) _____;
- Não prescrever nenhum tratamento farmacológico.

3. Relativamente a tratamentos físicos, educação postural ou outros tratamentos:

- Recomendar exercícios físicos direccionados para a região lombar (por exemplo: fortalecimento, flexão, extensão, alongamento)
- Referenciar para fisioterapia;
- Fornecer educação postural ou recomendar guias de educação postural;
- Recomendar terapia comportamental;
- Recomendar exercícios de tracção;
- Recomendar massagens;
- Referenciar para terapia de estimulação eléctrica nervosa transcutânea (electroterapia);
- Recomendar programas de tratamento multidisciplinar;
- Recomendar acupunctura;
- Outros (especifique) _____;
- Não recomendar outro tratamento.**

ANEXO IV

Tabelas com a estatística descritiva relativa às respostas dadas pelos médicos ao questionário.

Tabela III: Estatística descritiva relativamente às respostas sobre as instruções a fornecer à doente.

	Frequência	Percentagem (%)
Explicação clara sobre lombalgia	63	90,0
Alertar a doente para estar atenta a complicações	34	48,6
Recomendação de descanso no leito	34	48,6
Recomendação para manutenção das AVD	20	28,6
Outras Recomendações *	4	5,7
Não fornecimento de informação ou instrução específica	0	0,0

* Ver tabela VI.

Tabela IV: Estatística descritiva relativamente às respostas sobre o tratamento farmacológico a fornecer à doente.

Prescrição de:	Frequência	Percentagem (%)
Relaxantes musculares	57	81,4
Aspirina ou outro AINE	35	50,0
Analgésicos de venda livre	33	47,1
Analgésicos sujeitos a receita médica	28	40,0
Benzodiazepinas	20	28,6
Outros tratamentos farmacológicos sugeridos pelo inquirido **	2	2,9
Baixa dose de antidepressivos	1	1,4
Injecção epidural de esteróides	0	0,0
Não prescrição de tratamento farmacológico	0	0,0

** Ver tabela VII.

Tabela V: Estatística descritiva relativamente às respostas sobre os tratamentos físicos, educação postural ou outros tratamentos a fornecer à doente.

	Frequência	Percentagem (%)
Fornecimento de educação postural ou guia	57	81,4
Recomendação de exercício direccionados para a região lombar	37	52,9
Referenciação para fisioterapia	21	30,0

Recomendação de massagens	12	17,1
Recomendação de terapia comportamental	8	11,4
Outros tratamentos sugeridos pelo inquirido ***	6	8,6
Recomendação de programas de tratamento multidisciplinares	2	2,9
Não recomendação de tratamento	1	1,4
Recomendação de acupunctura	1	1,4
Recomendação de exercícios de tracção	1	1,4
Recomendação de electroterapia	0	0,0

*** Ver tabela VIII.

Tabela VI: *Outras recomendações sugeridas.

	Frequência	Percentagem (%)
Sem outras recomendações sugeridas	66	94,3
Andar sobre superfície plana após melhoria	1	1,4
Descanso mas não no leito	1	1,4
Encaminhar para seguradora para tratamento/baixa por acidente de trabalho	1	1,4
Evitar carregar pesos superiores a 5 kg	1	1,4
Total	70	100,0

Tabela VII: **Outros tratamentos farmacológicos sugeridos.

	Frequência	Percentagem (%)
Sem recomendação de outros tratamentos	68	97,1
Gelo local	1	1,4
Esteróides via IM	1	1,4
Total	70	100

Tabela VIII: *Outros tratamentos sugeridos pelo inquirido.**

	Frequência	Porcentagem (%)
Sem outros tratamentos sugeridos	64	91,4
Natação	2	2,9
Hidroterapia	1	1,4
Lombostato	1	1,4
Aplicação de calor húmido	1	1,4
Hidroginástica	1	1,4
Total	70	100