

ANÁLISE CLÍNICA DE PACIENTES COM DOR LOMBAR NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

CLINICAL ANALYSIS OF PATIENTS WITH LOW BACK PAIN IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

ANÁLISIS CLÍNICO DE PACIENTES CON DOLOR LUMBAR EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

RUY DA SILVA RODRIGUES,¹ EDUARDO BASTOS DE SIQUEIRA,¹ LEANDRO GOMES BRITO,¹ RUDY LENK FAGUNDES,¹ CAIO TANNUS VIANNA RIBEIRO²

1. Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, Departamento de neurocirurgia, Serra, ES, Brasil.
2. Hospital do Trabalhador, Departamento de Neurocirurgia, Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever a prática diária em um serviço de pronto atendimento e produzir dados relevantes para estudos futuros relacionados com tratamento da dor lombar na perspectiva da medicina de emergência. **Métodos:** Análise dos registros hospitalares e revisão de prontuários. **Resultados:** Foram realizados 2.434 atendimentos entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2017 com a queixa de dor lombar. Foram realizadas radiografias da coluna em 15,7% dos pacientes e tomografias computadorizadas em 7,6%. Oitenta e cinco pacientes precisaram de internação hospitalar, com tempo médio de internação de 8,3 dias. A taxa de utilização de antidepressivos tricíclicos ou antiepilépticos foi de 52,7% para os pacientes internados e a de opioides fortes foi de 12%. **Conclusões:** Observou-se uma alta taxa de prevalência de queixa de dor lombar no serviço de pronto atendimento (4,6% do total de atendimentos do pronto-socorro durante o ano), com baixo potencial de internação. A taxa de internação e realização de exames tomográficos foi maior que a observada em estudos semelhantes, com uma menor proporção de uso de radiografias e opioides fortes em comparação com os mesmos estudos. A escassez de dados nacionais e internacionais para comparações mais profundas torna clara a necessidade de estudos adicionais e desenvolvimento de novas recomendações, visando especificamente esse subgrupo de pacientes. **Nível de evidência IV; Estudos prognósticos.**

Descritores: Dor Lombar; Medicina de Emergência; Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

Objective: To describe the daily practice in an emergency service and to provide relevant data for future studies about the treatment of low back pain from the perspective of emergency medicine. **Methods:** Analysis of hospital records and review of medical records. **Results:** 2,434 patients were attended between January 1 and December 31, 2017 with the complaint of low back pain. Radiographs of the spine were performed in 15.7% of patients and computerized tomography scans in 7.6%. Eighty-five patients required hospitalization, with a mean hospital stay of 8.3 days. The rate of use was 52.7% for tricyclic or antiepileptic drugs and 12% for strong opioids among hospitalized patients. **Conclusions:** A high prevalence of low back complaints was observed in the emergency care service (4.6% of total emergency room visits during the year), with low hospitalization potential. The rates of hospitalization and tomographic examinations were higher than those observed in similar studies, with a lower proportion of radiograph and strong opioid use as compared with the same studies. The paucity of national and international data for more in-depth comparisons makes clear the need for further studies and development of new recommendations specifically targeting this subset of patients. **Level of evidence IV; Prognostic studies.**

Keywords: Low Back Pain; Emergency Medicine; Drug Therapy.

RESUMEN

Objetivo: Describir la práctica diaria en un servicio de atención rápida y producir datos relevantes para estudios futuros relacionados con tratamiento del dolor lumbar en la perspectiva de la medicina de emergencia. **Métodos:** Análisis de los registros hospitalarios y revisión de historiales. **Resultados:** Se realizaron 2.434 atendimientos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017 con la queja de dolor lumbar. Fueron realizadas radiografías de la columna en el 15,7% de los pacientes y tomografías computarizadas en el 7,6%. Ochenta y cinco pacientes precisaron internación hospitalaria, con tiempo promedio de internación de 8,3 días. La tasa de uso de antidepressivos tricíclicos o antiepilépticos fue del 52,7% para los pacientes internados y la de opioides fuertes fue del 12%. **Conclusiones:** Se observó una alta tasa de prevalencia de queja de dolor lumbar en el servicio de atención rápida (4,6% del total de atenciones de primeros auxilios durante el año), con bajo potencial de internación. La tasa de internación y realización de exámenes tomográficos fue mayor que la observada en estudios semejantes, con una menor proporción de uso de radiografías y opioides fuertes en comparación con los mismos estudios. La escasez de datos nacionales e internacionales para comparaciones más profundas hace clara la necesidad de estudios adicionales y el desarrollo de nuevas recomendaciones, dirigidas específicamente a este subgrupo de pacientes. **Nivel de evidencia IV; Estudios pronósticos.**

Descriptores: Dolor de la Región Lumbar; Medicina de Emergencia; Quimioterapia.

Estudo realizado no Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves. Av. Paulo Pereira Gomes, sem número, bairro Morada de Laranjeiras, Serra, ES, Brasil
Correspondência: Ruy da Silva Rodrigues. Rua Lucio Bacelar, 167, Apto 802, Praia da Costa, Vila Velha, ES. 29101-030. ruyrodriguesnc@gmail.com



INTRODUÇÃO

Síndromes dolorosas diversas, incluindo as múltiplas apresentações da dor na região vertebral (dor lombar aguda, dor crônica, dor crônica agudizada, dores irradiadas e referidas, dorsalgia e dores no quadril), são umas das principais queixas nos serviços de pronto-atendimento pelo mundo, correspondendo a 4,38% dos atendimentos nestes serviços.¹ Nos últimos anos, nota-se que a abordagem deste sintoma sob a perspectiva da medicina de emergência vem ganhando maior interesse acadêmico, com a publicação de alguns trabalhos descrevendo a epidemiologia e o curso clínico desta queixa. Observamos uma crescente preocupação em relação à redução do impacto nos serviços de emergência uma vez que, em geral, encaramos esta condição como uma enfermidade com baixo potencial de complicações, mas que pode implicar em elevados custos de tratamento.

O diagnóstico da dor lombar inespecífica corresponde a cerca de 90% dos casos, sendo que os princípios do tratamento emergencial consistem em identificar os sinais de alarme para doenças graves; aliviar os sintomas com brevidade; orientar quanto à benignidade e autolimitação do quadro. A probabilidade de cronificação varia de acordo a população estudada e a definição utilizada, sendo descritos riscos que variam entre 19 e 35%,^{2,3} o que acaba por criar uma segunda demanda que, posteriormente, encontra dificuldades também para o atendimento e acompanhamento ambulatorial. A alta prevalência deste sintoma, associada a um sistema de atenção primária com inúmeras deficiências, parece colaborar com um ciclo de ineficiência do sistema de saúde. Este ciclo, por sua vez, perpetua-se ao favorecer múltiplos retornos indesejáveis e potencialmente evitáveis aos serviços de pronto-atendimento, o que denota a má utilização dos recursos do sistema de saúde e leva à uma superlotação destas unidades.

O manejo destes pacientes continua a apresentar ampla variedade de práticas clínicas, apesar das diversas publicações e divulgações de *guidelines* para o atendimento da dor lombar aguda.^{4,5} Diferentes modalidades de reabilitação e terapias físicas são muitas vezes empregadas com pouco ou nenhum nível de evidência.^{6,7} Observamos que o tema ainda é tratado com desinteresse e desconhecimento no meio médico, entre diversas especialidades, o que pode favorecer o uso excessivo de medicações e execução de exames de imagem desnecessários, ações que acabam por aumentar o custo dos tratamentos, sem oferecer melhores resultados.^{8,9}

O presente estudo visa chamar atenção para a rotina diária no atendimento ao paciente com dor lombar aguda em um grande serviço de emergência, descrever práticas comuns e avaliá-las de acordo com as evidências mais relevantes disponíveis na literatura atual. Dessa forma, reforçamos a necessidade de estudos adicionais que tenham por objetivo responder a questões relativas ao melhor fluxo de atendimento desses pacientes nestes serviços.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (CEP 4.127.503), sendo dispensado do uso do termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de uma análise retrospectiva de banco de dados e registros hospitalares (série de casos). Uma busca sistematizada foi realizada entre os pacientes que tiveram o primeiro atendimento realizado pela equipe de neurocirurgia do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, localizado na cidade da Serra, no Espírito Santo. Os pacientes com dor lombar foram identificados através do diagnóstico pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) no momento da alta (CID M51.1, M54.3, M54.4, M54.5) A escolha destes códigos foi feita após uma avaliação dos códigos mais utilizados para os pacientes triados para atendimento pela equipe de neurocirurgia e visou a identificação de pacientes com dor lombar aguda ou quadros crônicos agudizados, com ou sem irradiação para os membros inferiores, sem levar em consideração a presença de sinais de alarme ou a história de traumatismos leves. Não englobou, dessa forma, a totalidade dos pacientes com queixa de

dor lombar, uma vez que também foi identificada, durante a busca, a utilização de códigos menos específicos, como dor aguda (R52.0) e outra dor crônica (R52.2). Tampouco se preocupou com definições anatômicas estritas, sendo para isso recomendado futuramente a adoção de um modelo prospectivo visando a utilização de uma terminologia única, de acordo com o que vem sendo proposto por outros pesquisadores.

Foram coletados dados como sexo, idade, administração de medicação, realização de exames de imagem, necessidade e tempo de internação.

Os dados hospitalares foram coletados em uma tabela e os resultados apresentados em formas de médias, valores absolutos e porcentagens. Para o cálculo do perfil de medicações utilizadas, foi realizado uma coleta amostral utilizando uma ferramenta de aleatoriedade, visando a manutenção das características da amostra original. Para os cálculos de custo, foi utilizada como base a tabela SIGTAP referente ao período de 2017, sem levar em consideração os custos de aquisição das medicações. (Tabela 1)

O Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves localiza-se na cidade Serra, na região metropolitana da Grande Vitória, sendo considerado um dos maiores hospitais de urgência e emergência do estado do Espírito Santo. Possui 427 leitos, sendo 44 destes de terapia intensiva. O atendimento inicial dos pacientes que chegam por meios próprios é realizado de acordo com uma adaptação dos fluxos propostos pelo protocolo de Manchester, que direciona os pacientes triados com queixa de dor lombar e classificação branca, azul, verde e amarela diretamente para a equipe de neurocirurgia. A triagem laranja, que corresponderia aos quadros de dor intensa, implica em encaminhamento para outra especialidade (clínica médica) para atendimento imediato e não foi tema desse estudo por corresponder a um número muito pequeno de pacientes (apenas 55 pacientes em 12 meses), com uma proporção elevada de dores do tipo cólica nefrética (46 pacientes). O perfil de atendimentos na emergência engloba apenas pacientes adultos (maiores de 18 anos).

RESULTADOS

Foram realizados, ao longo do ano de 2017, 52.886 atendimentos de urgência e emergência. Destes, 2.434 atendimentos (4,6%) tiveram como registro os CIDs mais frequentemente usados para a queixa de dor lombar. (Tabela 2) 2.058 pacientes realizaram entre 1 e 10 consultas ao longo do ano. A distribuição dos atendimentos por mês e dias da semana evidenciou uma distribuição heterogênea ao longo do ano, com uma maior proporção de casos atendidos dentro do horário de funcionamento dos postos de saúde (60% dos casos atendidos entre segunda e sexta-feira, das 7h00 às 17h00), com maior concentração no início da semana. (Figura 1) Pelos critérios de triagem adotados pelo hospital, 71,4% apresentaram classificação amarela (urgente) e 27,6%, verde (não urgente). O percentual de pacientes do sexo feminino foi de 51,4 % e a média de idade foi de 45,8 anos. (Tabela 3) Dentre os pacientes atendidos,

Tabela 1. Custos.

Atendimento médico	R\$ 26,686
Atendimento para administração de med	R\$ 1,346
Radiografias	R\$ 4,306
Tomografias computadorizadas	R\$ 18,704
Hemograma completo	R\$ 333
EAS	R\$ 207
Total	R\$ 51,704

Não incluso custos com as medicações.

Tabela 2. CIDs analisados.

M51.1	Transtornos de discos lombares e outros discos com radiculopatia
M54.3	Ciática
M54.4	Lumbago com ciática
M54.5	Dor lombar baixa

8,5% realizaram um novo atendimento de emergência em 30 dias com a mesma queixa. 278 pacientes realizaram múltiplas consultas ao longo de um ano (Figura 2). Houve utilização de radiografias da coluna lombossacra em 15,7% dos atendimentos e de tomografia computadorizada da mesma região em 7,6%. Observou-se um predomínio do uso do CID para dor lombar com uma menor proporção da queixa de dor irradiada. Dentre os pacientes internados, houve uma alteração desta relação, com predomínio dos pacientes com dor irradiada. (Figura 3) O percentual de pacientes com tempo de permanência maior que 24h foi de 8,6% e do total, 3,5% necessitaram de internação hospitalar, com tempo médio de 8,3 dias. A taxa de uso de opioides fortes e corticosteroides no pronto-socorro foi, respectivamente, de 9,8% e 21,3%. (Figura 4) Já na internação, as mesmas taxas foram de 12% e 2,7%. A taxa de utilização de medicações para dor neuropática na internação (antidepressivos tricíclicos ou antiepilépticos) foi de 52,7%. (Figura 5)

DISCUSSÃO

Embora as recomendações sejam semelhantes em *guidelines* de diversos países, os fluxogramas de atendimento e manejo da dor lombar parecem sofrer grande influência cultural, com diferenças em relação ao profissional responsável pelo atendimento na emergência e acompanhamento ambulatorial (médicos generalistas, ortopedistas, neurocirurgiões ou reumatologistas) e quantidade de recursos disponíveis para o tratamento. É comum, em nosso

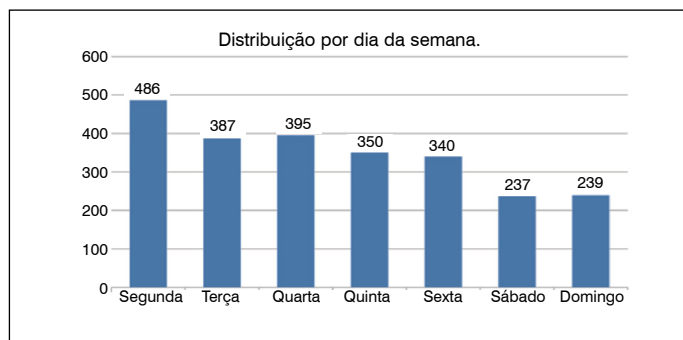


Figura 1. Distribuição por dia da semana.

Tabela 3. Epidemiologia e utilização de recursos.

Atendimentos (n)	2434
Sexo feminino (%)	51,4
Idade média (anos)	45,8
Medicação IV (%)	87,7
Radiografias (%)	15,7
Tomografia (%)	7,6
Hemograma (%)	13,6
EAS (%)	2,3
Permanência > 24h (%)	8,6
Internação (%)	3,5

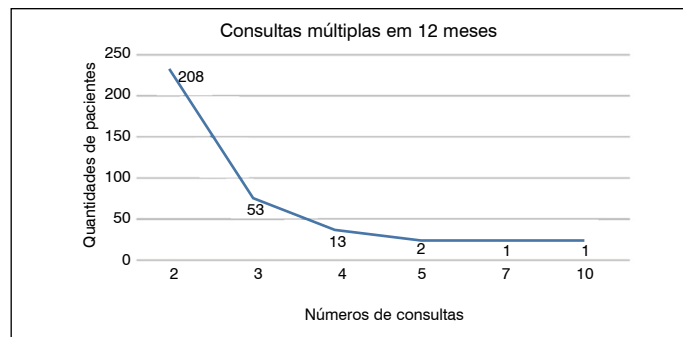


Figura 2. Consultas múltiplas em 12 meses.

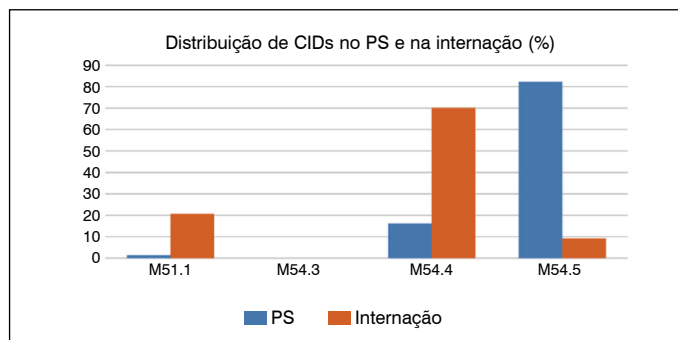


Figura 3. Distribuição de CIDs no PS e na internação.

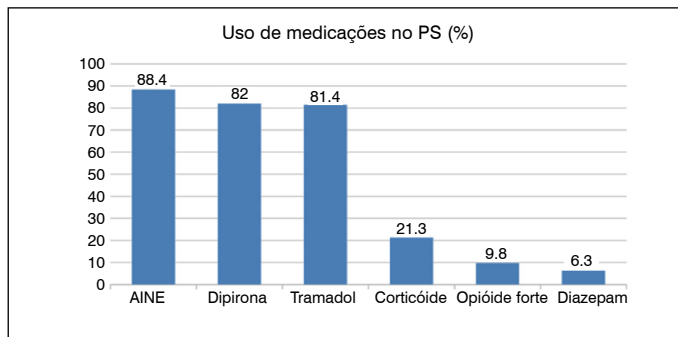


Figura 4. Uso de medicações no PS.

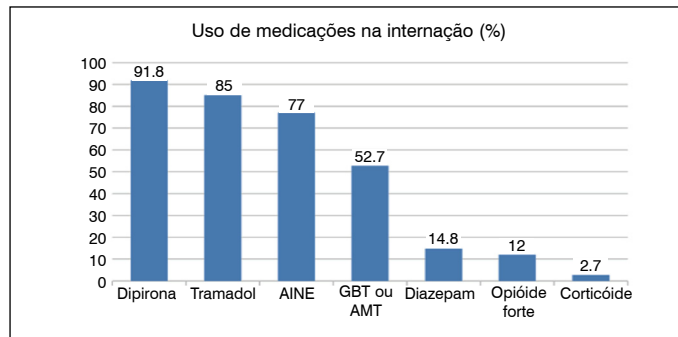


Figura 5. Uso de medicações na internação.

meio, a subutilização dos mecanismos da atenção básica, com superutilização dos ambulatórios de especialidade e serviços de emergência, mesmo durante os horários de funcionamento dos postos de saúde. Apesar de não existirem comparações diretas entre o tratamento feito por diversas especialidades, é interessante notar que alguns países desenvolvidos adotaram, nos últimos anos, estratégias nacionais para incentivar a condução deste sintoma em ambientes de menor complexidade, visando uma redução dos custos, sem prejuízo aparente dos resultados clínicos. A dor lombar aguda é uma queixa frequente nos países em desenvolvimento, com tendência ao aumento da frequência nos próximos anos¹⁰⁻¹² e parte dos custos do atendimento de emergência se deve à utilização excessiva e complexa de medicamentos com pouca evidência científica, tempos de internação prolongados e uso inadvertido de exames de imagem e intervenções.

Nunn M.L.,¹³ avaliando uma amostra de 325 pacientes (de uma amostra anual de 2.100 pacientes atendidos com dor lombar aguda no pronto-socorro) encontrou um predomínio do sexo feminino (55,1%), idade média de 43 anos e taxa de internação de 2,5%. A taxa de utilização de exames de imagem foi de 27,4% para radiografias da coluna e 4,6% para tomografias. A medicação mais comumente utilizada na unidade de atendimento foi o ibuprofeno (28,3%), seguido por hidromorfina (24,9%), acetaminofeno (21,5%) e morfina (4,9%). As taxas de pacientes admitidos com quadro

doloroso de intensidade forte, moderada e leve foram, respectivamente, de 32,6%, 57,6% e 9,9%.

Friedman et al.¹⁴ encontraram resultados semelhantes, com uma idade média de 40 anos e discreto predomínio do sexo feminino na amostra (51,2%). Analgésicos opioides foram prescritos para 61,7% dos pacientes, sendo na maior parte, opioides fortes (71,7%). A taxa de utilização de radiografias foi de 30,5%. Do total de pacientes, 54,2% se apresentou com dor intensa e 8% chegou à unidade por meio de ambulâncias.

Rizzardo A et al.,¹⁵ avaliando as diferentes apresentações da doença (dor lombar, dor lombar com irradiação ou dor irradiada), encontraram uma alta taxa de utilização de exame de imagens (56%). Em relação a classificação de risco adotada, a maior parte dos pacientes (930) foi admitida com classificação verde, 71 com classificação amarela e 227 com classificação branca, apesar dos escores de dor apresentarem variação entre 7.7 a 8.4/10 (dor intensa). A taxa de utilização de morfina no pronto-socorro foi de 47,8% e a taxa de internação foi de 5,3%. O tempo de permanência dos pacientes internados foi de 15,3 dias para dor lombar sem irradiação.

Edwards J et al.,¹⁶ relataram a menor taxa de internação para a queixa de dor lombar (1,5%). O autor subdividiu o grupo de pessoas que procuraram a emergência com queixa dor lombar em pacientes com dor lombar não específica (60,8%), com suspeita de envolvimento radicular (6,7%) e naqueles com dor lombar associada a causa secundária (9,9%). A chance de internação foi maior para as dores irradiadas (4,5%), semelhante ao observado no presente estudo.

Kyi L et al.,¹⁷ ao analisar um grupo de 712 pacientes em regime de internação, com uma média de idade de 67 anos, evidenciaram taxas de uso de Prednisolona, Opioides e medicações para dor neuropática de 32%, 97% e 53%, respectivamente. Os mesmos autores puderam constatar uma taxa de utilização de exames de imagem de 73%, 21% e 15% para ressonância nuclear magnética, radiografias simples e tomografias, respectivamente. O tempo médio de internação foi de quatro dias para quando o tratamento era realizado na enfermaria de reumatologia e de cinco dias quando na de clínica médica. A potência dos opioides utilizados não foi relatada, mas o autor encontrou uma taxa de complicações atribuíveis à medicação de 23%.

As séries de Rizzardo, Friedman e Nunn chamam a atenção para os altos escores de dor no momento da admissão e para o frequente uso de opioides fortes para o tratamento dos quadros agudos. A publicação de Kyi et al., apresentou como destaque um menor tempo de internação em relação a um único outro autor que analisou esta variável, além de uma alta utilização de corticosteroides.

Múltiplas *guidelines* de abrangência nacional foram publicados nas últimas décadas, principalmente em países desenvolvidos. De forma geral, os diversos autores recomendam a pesquisa de sinais de alarme, o uso preferencial de analgésicos fracos, antiinflamatórios não esteroidais e relaxantes musculares para os casos agudos, além da restrição do uso de exames de imagem, corticosteroides e opioides fortes. O retorno precoce às atividades de vida diárias também é recomendado para os pacientes com dor lombar aguda.

Poucos estudos abordam o tema pelo ponto de vista da refratariedade medicamentosa, quando ocorre a necessidade de internação. Os estudos citados indicam que, nestas condições, uma quantidade maior de exames de imagem tendem a ser solicitados, além de ser usual a prescrição de opioides fortes.

Nos últimos anos, ocorreram mudanças em algumas recomendações clássicas para o tratamento da dor lombar aguda e crônica, como a contraindicação ao uso de paracetamol para ambos os quadros devido aos poucos efeitos clínicos comprovados, além da contraindicação ao uso dos antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) e antiepilépticos (gabapentina, pregabalina) para a dor crônica. As mesmas revisões passaram a recomendar, de forma promissora, o uso da duloxetina como adjuvante no tratamento da dor lombar crônica 4,5.¹⁸⁻²⁰

No presente estudo, observamos uma menor taxa de uso de opioides fortes no pronto-socorro em relação a outras séries semelhantes e uma forte tendência ao uso de tricíclicos e antiepilépticos durante a internação. Observamos, também, uma alta taxa de uso

de corticosteroides, apesar da ausência de recomendações para o seu uso em quadros agudos ou crônicos. Tais práticas deveriam-se provavelmente a uma comum extrapolação das recomendações prévias para a dor lombar crônica, como observado no trabalho de Kyi L et al., Na ausência de recomendações específicas para o tratamento da dor aguda refratária, muitos médicos acabam empregando medicações sugeridas para o tratamento dos quadros crônicos ou de outras síndromes dolorosas.

Observamos também uma taxa elevada, em comparação aos demais autores citados, do uso de tomografias da coluna no serviço de pronto-atendimento (7,6%). Tal prática se deve, provavelmente, a uma soma de fatores, como o desconhecimento por parte da equipe médica das recomendações comuns dos *guidelines*, do medo em perder achados importantes e das consequências legais de tal acontecimento, além um fator cultural ligado a população, que muitas vezes se dirige ao serviço de emergência apresentando de forma espontânea a demanda pela realização de exames complementares de maior custo. É comum, na cidade de Serra, o encaminhamento direto de outras unidades de pronto atendimento para realização de exame de imagem, analgesia e atendimento no hospital, sobrecarregando, desta forma, os serviços de emergência, ao mesmo tempo em que se estimula na população uma cultura voltada para a superutilização de serviços hospitalares.

O presente trabalho apresenta como principal viés a perda de dados devido ao registro inadequado de CIDs e a ausência de uma definição anatômica precisa, gerando falha no cálculo da prevalência real. Muitos pacientes receberam registros de diagnósticos inespecíficos (R52.0 – dor aguda e R52.2 – outra dor crônica) ou apresentaram dor em mais de um sítio (cervicalgia ou dorsalgia e dor lombar). Na segunda situação, o registro nem sempre leva em consideração a região onde a dor é mais intensa, sendo possível apenas o registro de um único diagnóstico no sistema. É possível que, futuramente, ao se analisarem os dados de forma prospectiva, a prevalência seja ainda maior do que a relatada com as informações atuais.

CONCLUSÃO

A dor lombar representou um sintoma de alta prevalência no período estudado, com um percentual de internação baixo, porém maior do que apresentado em trabalhos semelhantes.

Observamos, em comparação com outros autores, um menor uso de radiografias, de opioides fortes e um tempo de internação intermediário em relação ao relatado por dois dos outros autores citados, além de maior frequência de avaliação com tomografias computadorizadas da coluna.

Recomendamos que trabalhos futuros sejam elaborados no sentido de se determinar os reais impactos socioeconômicos das diversas apresentações da dor lombar no Brasil, com a utilização de definições anatômicas precisas e quantificação real dos escores médios de dor para as múltiplas apresentações desta queixa. Além disso, incentivamos a divulgação de práticas clínicas reais e o desenvolvimento de trabalhos prospectivos por outros serviços, a fim de se estabelecer a melhor estratégia terapêutica para a dor lombar aguda nos serviços de pronto atendimento. Incentivamos a adoção do esquema terapêutico para dor descrito pela OMS para dores oncológicas (posteriormente adaptado por outros autores para outros tipos de quadros dolorosos),²¹ sobretudo durante a internação, considerando-se o potencial para o grande prejuízo funcional associado aos quadros de dor mais intensa, associado, em casos selecionados, a uma abordagem psicossocial por uma equipe multidisciplinar. Enfatizamos a importância de se atentar para a prevenção das complicações associadas ao uso de opioides fortes, sobretudo na população de maior risco (pacientes idosos ou com história de uso de drogas ilícitas).

Ainda, ao abordarmos uma condição frequente e com grande impacto social e econômico, mostra-se importante, a exemplos do que já é feito em alguns países desenvolvidos, a realização de campanhas em âmbito estadual e federal visando a educação continuada de profissionais de saúde, sobretudo médicos generalistas e

demais profissionais da atenção primária. Bons resultados também foram obtidos com campanhas de esclarecimento da população, visando o direcionamento preferencialmente para atendimento e acompanhamento de alguns casos nas unidades básicas de saúde. Acreditamos ter grande potencial, a exemplo de grupos de tratamento de outras doenças crônicas como hipertensão e diabetes, o desenvolvimento de grupos multidisciplinares para tratamento de dor nos pontos de atenção primária, bem como a distribuição de panfletos com orientações simples, além do uso de aplicativos com

orientações diagnósticas e terapêuticas no meio médico, visando o melhor preparo dos médicos generalistas para o atendimento de uma queixa que é muito frequente e cuja prevalência tende a aumentar nos próximos anos.

Todos os autores declaram não haver nenhum potencial conflito de interesses referente a este artigo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: Cada autor contribuiu individual e significativamente para o desenvolvimento deste artigo. RSR: conceito intelectual, análise dos dados, redação. EBS: análise dos dados, redação. LGB: revisão, análise de dados. RLF: revisão. CTVR: conceito intelectual, revisão

REFERÊNCIAS

- Edwards J, Hayden J, Asbridge M, Gregoire B, Magee K. Prevalence of low back pain in emergency settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2017;18(1):143.
- Traeger AC, Henschke N, Hübscher M, Williams CM, Kamper SJ, Maher CG, et al. Estimating the risk of chronic pain: development and validation of a prognostic model (PICKUP) for patients with acute low back pain. *PLoS Med.* 2016;13(5):e1002019.
- Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA.* 2010;303(13):1295-302.
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):514-30.
- NICE Guideline. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016.
- Serrano-Aguilar P, Kovacs FM, Cabrera-Hernández JM, Ramos-Goñi JM, García-Pérez L. Avoidable costs of physical treatments for chronic back, neck and shoulder pain within the Spanish National Health Service: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2011;12:287.
- de Souza FS, Ladeira CS, Costa LOP. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists: A Cross-Sectional Study. *Spine (Phila Pa 1976).* 2017;42(21):E1251-8.
- Finestone AS, Raveh A, Mirovsky Y, Lahad A, Milgrom C. Orthopaedists' and family practitioners' knowledge of simple low back pain management. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009;34(15):1600-3.
- Medeiros MMC. Condições Usuais entre os Reumatologistas Brasileiros: Levantamento Nacional. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(2):82-92.
- Buchbinder R, van Tulder M, Oberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low Back pain series working G: low back pain: a call for action. *Lancet.* 2018;391(10137):2384-8.
- Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;391(10137):2368-83.
- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet.* 2018;391(10137):2356-67.
- Nunn ML, Hayden JA, Magee K. Current management practices for patients presenting with low back pain to a large emergency department in Canada. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2017;18(1):92.
- Friedman BW, Chilstrom M, Bijur PE, Gallagher EJ. Diagnostic testing and treatment of low back pain in United States emergency departments: a national perspective. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35(24):1406-11.
- Rizzardo A, Miceli L, Bednarova R, Guadagnin GM, Sbrojavacca R, Della Rocca G. Low-back pain at the emergency department: still not being managed? *Ther Clin Risk Manag.* 2016;12:183-7.
- Edwards J, Hayden J, Asbridge M, Magee K. The prevalence of low back pain in the emergency department: a descriptive study set in the Charles V. Keating Emergency and Trauma Centre, Halifax, Nova Scotia, Canada. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2018;19(1):306.
- Kyi L, Kandane-Rathnayake R, Morand E, Roberts LJ. Outcomes of Patients Admitted to Hospital Medical Units with Back Pain. *Intern Med J.* 2019;49(3):316-22.
- Skjarevski V, Ossaiah M, Liu-Seifert H, Zhang Q, Chappell A, Iyengar S, et al. A double-blind, randomized trial of duloxetine versus placebo in the management of chronic low back pain. *Eur J Neurol.* 2009;16(9):1041-8.
- Skjarevski V, Zhang S, Desai D, Alaka KJ, Palacios S, Miazgowski T, et al. Duloxetine versus placebo in patients with chronic low back pain: a 12-week, fixed-dose, randomized, double-blind trial. *J Pain.* 2010;11(12):1282-90.
- Skjarevski V, Desai D, Liu-Seifert H, Zhang Q, Chappell AS, Detke MJ, et al. Efficacy and safety of duloxetine in patients with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35(13):E578-85.
- Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician.* 2010;56(6):514-7.