

Semelhanças das diretrizes de prática clínica no manejo da dor inferior: Revisão da literatura

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.016-025>

Josilene de Souza da Conceição Kaminski

Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Columbia Del Paraguay/Instituto IDEIA Brasil

Contribuiu com a concepção do estudo, metodologia, aquisição de dados, análise e interpretação, e redação aprovou a versão final

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3831620>

E-mail: josilenesouzaconceicao@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9969566>

E-mail: Bioaline2017@yahoo.com

Paloma Martins Mendonça

Pesquisadora Colaboradora do Laboratório de Entomologia Médica e Forense (IOC/Fiocruz). Professora da Universidad Columbia del Paraguay/Instituto IDEIA–Brasil

Contribuiu com a interpretação dos dados da metodologia, e discussão dos resultados aprovou a versão final

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3182-0477>

E-mail: prof.paloma.martins@gmail.com

Aline dos Santos Moreira de Carvalho

Doutoranda em Ciências da Educação pela Universidade Columbia Del Paraguay/Instituto IDEIA–Brasil

Contribuiu com a concepção do estudo, metodologia, aquisição de dados, análise e interpretação, e redação aprovou a versão final

RESUMO

Introdução: As diretrizes de prática clínica visam auxiliar o raciocínio e a tomada de decisão clínica, melhorar a eficácia e eficiência da assistência à saúde e padronizar a conduta, incluindo o cuidado aos pacientes com lombalgia. Considerando que a prática baseada em evidências é necessária e que as decisões em saúde integram evidências científicas, o conhecimento e a adesão precoce dos profissionais de saúde às diretrizes da prática clínica podem acelerar a recuperação e reduzir os custos associados à dor lombar. Não existe um material informativo de fácil leitura e interpretação que englobe as semelhanças de importantes diretrizes nacionais e internacionais no manejo da lombalgia. **Objetivo:** Unificar as semelhanças nas diretrizes de prática dos ambulatórios de lombalgia, envolvendo diagnóstico e solicitação de exames de imagem, para posteriormente elaborar material informativo para profissionais de saúde sobre o tema. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, com levantamento bibliográfico realizado em bases de dados eletrônicas: National Library of Medicine (Medicine–PubMed), Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar. **Resultados:** Dez diretrizes fizeram parte deste estudo. Recomendações para realização de anamnese e exame físico foram encontradas em todas as diretrizes. A triagem diagnóstica visa identificar pacientes com condições específicas como causa da lombalgia, além da possibilidade da presença de bandeiras vermelhas e amarelas. Todas as diretrizes discutidas recomendam que os exames de imagem devem ser evitados, a menos que haja suspeita clínica de patologia de bandeira vermelha ou déficit neurológico grave ou progressivo, como radiculopatia, claudicação neurogênica ou se os exames de imagem provavelmente orientarem o manejo adicional. **Conclusão:** As diretrizes de prática clínica para dor lombar apresentam semelhanças bem estabelecidas no tratamento da dor lombar. A maioria possui informações comuns sobre anamnese, exames físicos e neurológicos e solicitação de exames de imagem. Todas as diretrizes deste estudo concordam que os exames de imagem devem ser evitados. A elaboração do material informativo será apresentada em um artigo futuro, que auxiliará os profissionais de saúde no melhor manejo da lombalgia.

Palavras-chave: Diretrizes de Prática Clínica, Dor nas Costas, Lombalgia, Diagnóstico, Exames de Imagem.

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes de Prática Clínica (DPC) são documentos produzidos por grupos de especialistas e instituições de saúde que fornecem recomendações baseadas em evidências científicas para profissionais de saúde sobre o manejo de diferentes condições de saúde (NICE, 2020). Eles constituem uma ferramenta útil para os profissionais de saúde atualizarem as recomendações atuais e terem mais informações para apoiar sua prática clínica (LAW; MACDERMID, 2008).

Nos últimos anos, vários CPDs surgiram para melhorar a eficácia e eficiência dos cuidados de saúde (DAHAN; BORKAN; MARROM; REIS et al., 2007; FREEMAN, 2010) e padronizar comportamentos que auxiliam o raciocínio e a tomada de decisão clínica. Atualmente, há um forte crescimento de pesquisas que abordam diretrizes para o manejo da lombalgia, incluindo recomendações quanto ao diagnóstico (CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; OWENS; SHEKELLE, 2011; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007; KREINER; MATZ; BONO; CHO et al., 2020) e exames radiológicos (BARBOSA, 2008; HUTCHINS; PECKHAM; XÁ; PARSONS et al., 2021; PANGARKAR; KANG; BEIRA-AREIA; BEVEVINO et al., 2019).

A lombalgia é o segundo motivo mais prevalente de consulta com o médico de família (GONZALEZ MAZA; MOSCOSO LÓPEZ; RAMÍREZ ELIZALDE; ABDO ANDRADE, 2010), sendo a segunda doença crônica mais citada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E, 2010). Além disso, de acordo com uma pesquisa recente do Ministério do Trabalho e Previdência Social, que analisou o ranking dos cinco pedidos de auxílio-doença mais prevalentes, identificou que as complicações relacionadas à coluna lombar estavam presentes em três das cinco condições, sendo ainda mais prevalentes do que aquelas ajudadas por infecções por coronavírus (FERNANDES; SCHETTINI; SANTOS; COSTANZI, 2020).

Os custos diretos para o tratamento da lombalgia estão aumentando rapidamente no serviço hospitalar brasileiro, e provavelmente são impulsionados pelo aumento do número de procedimentos cirúrgicos que quase dobraram no período de seis anos (2013 a 2018) (MENDONÇA; OLIVEIRA; FONSECA; OLIVEIRA, 2021). A intervenção cirúrgica é baseada em exames de imagem, que devem ser solicitados de acordo com as evidências atuais para o manejo desse sintoma. No entanto, o aumento do número e dos custos financeiros das cirurgias ao longo dos anos está em desacordo com as evidências atuais para o tratamento dessa condição.

Tornou-se essencial a implementação de novas políticas voltadas para mudanças no manejo da lombalgia, a fim de evitar cirurgias desnecessárias e seus altos custos, seguindo as recomendações clínicas atuais (LEMMERS; VAN LANKVELD; WESTERT; VAN DER WEES et al., 2019; OSTERMAN; SUND; SEITSALO; KESKIMÄKI, 2003). Ao recomendar intervenções eficazes baseadas em evidências e desencorajar intervenções sem respaldo científico, os DPCs buscam otimizar

a qualidade do atendimento, reduzindo o desperdício e os danos potenciais associados a intervenções ineficazes ou inseguras (O'CONNELL; WARD, 2018).

Considerando que a prática baseada em evidências é essencial e que a tomada de decisão em saúde integra evidências científicas, a adesão precoce ao DPC pode acelerar a recuperação e reduzir os custos associados à dor lombar (FRITZ; CLELAND; BRENNAN, 2007). No entanto, muitos profissionais de saúde não aderiram a essas diretrizes (DE SOUZA; LADEIRA; COSTA; 2017), solicitando exames de imagem fora dessas recomendações (JENKINS; DOWNIE; MAHER; MOLONEY et al., 2018; KAMPER; LOGAN; COPSEY; THOMPSON et al., 2020) causando um aumento no ônus financeiro e social, pois os pacientes precisam passar por diversos exames, encaminhamentos e até cirurgias adicionais com eficácia questionável (CHOU; GUARDA-FLORESTAL; PEIRIS; CICUTTINI et al., 2018; JENKINS; DOWNIE; MAHER; MOLONEY et al., 2018).

A publicação de um CPD não garante que a prática clínica mudará, pois múltiplas barreiras impedem a mudança na prática clínica (FISCHER; LANGE; KLOSE; GREINER et al., 2016; SLADE; KENT; PATEL; BUCKNALL et al., 2016), incluindo o conhecimento e a compreensão dos profissionais de saúde, incluindo médicos, sobre a diretriz, a disposição em aceitar algumas recomendações (muitas vezes diante de crenças profundamente arraigadas, experiência clínica, preferências e interesses adquiridos), entre outros fatores (FIGG - LATHAM; RAJENDRAN, 2017; FISCHER; LANGE; KLOSE; GREINER et al., 2016; SLADE; KENT; PATEL; BUCKNALL et al., 2016).

A mudança da prática clínica é um processo complexo e não há evidências suficientes para apoiar qualquer estratégia específica (MESNER; ADOPTIVO; FRANCÊS, 2016; SUMAN; DIKKERS; SCHAAFSMA; VAN TULDER et al., 2016), no entanto, abordar as semelhanças de importantes diretrizes da prática clínica no manejo da lombalgia (diagnóstico e exames de imagem), facilitaria a vida dos profissionais de saúde que lidam com essa condição de saúde. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo unificar as semelhanças das Diretrizes de Prática Clínica para lombalgia, envolvendo o diagnóstico e a solicitação de exames de imagem, para, posteriormente, elaborar material informativo para os profissionais de saúde sobre essa temática. Este material informativo possibilitará uma melhor resolução da lombalgia, pois a prática clínica dos profissionais de saúde será baseada nas melhores evidências científicas.

2 MÉTODOS

2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados eletrônicas: National Library of Medicine (Medicine–PubMed), Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline),

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar. Os descritores utilizados foram: combinação de termos em português como "clinical practice guidelines" e "lombarbar pain", "low back pain" e "clinical guidelines", e em inglês, como "low back pain practice guidelines", isoladamente e combinados com "and diagnosis". As buscas foram refinadas para o período de 2005 a 2023. Alguns bancos de dados permitiam o filtro "texto completo". Havia uma restrição na linguagem de publicação; diretrizes em inglês, português e espanhol foram aceitas. Após a busca nas bases de dados, foi realizada uma análise exploratória e posteriormente sistemática dos resumos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, mencionados a seguir.

O National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov; palavra-chave "dor lombar" e o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (www.nice.org.uk; palavra-chave: "dor lombar") também foram pesquisados. Dois autores (J.S.C.K. e P.M.M) selecionaram independentemente os títulos e resumos da pesquisa. Não houve discordância, e um terceiro autor era desnecessário para realizar o julgamento.

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram consideradas elegíveis diretrizes nacionais e internacionais que fornecessem recomendações sobre o diagnóstico e/ou exames radiológicos da lombalgia e voltadas para qualquer público, mas incluindo profissionais médicos. Foram incluídas apenas as orientações disponíveis em inglês, português e espanhol, pois o autor pode ler esses idiomas.

Buscou-se incluir diretrizes de vários países e sem distinção quanto à população abordada (dor lombar aguda, subaguda e crônica). O foco também envolveu diretrizes cujos exames de imagem da coluna abordados foram radiografias simples, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

2.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Não foram elegíveis estudos que não fizessem parte dos critérios de inclusão apresentados acima, não fornecessem informações exclusivamente sobre lombalgia, como dor crônica, que incluía lombalgia. Foram excluídas as orientações em outros idiomas que não português, inglês e espanhol, e que não possuíam textos completos. Foram excluídos os estudos cujos exames de imagem foram mielografia, discografia e/ou tomografia por emissão de pósitrons, pois esses exames geralmente são solicitados por especialistas antes da intervenção cirúrgica e, portanto, não foram incluídos nesta revisão. Diretrizes que não estavam disponíveis na íntegra, ou que foram pagas, também foram excluídas.

2.4 EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS

Dois autores independentes extraíram os seguintes dados por meio de um formulário padronizado: recomendações diagnósticas (Anamnese, Exame Físico, Classificação da dor lombar, bandeiras vermelhas, bandeiras amarelas, linguagem utilizada, população-alvo) e exames de imagem (indicações e não indicações). Apresentaremos as recomendações das diretrizes na tabela 1.

3 RESULTADOS

As buscas eletrônicas realizadas em 2 de abril de 2023 resultaram em 4871 registros. As diretrizes duplicadas foram removidas e, após a triagem dos títulos e resumos, foram avaliados 82 textos completos, de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, 72 textos completos foram excluídos, por motivos como não focar no diagnóstico e exames de imagem, focar mais no tratamento e reabilitação, ou por outros critérios de exclusão já mencionados. Por fim, foram selecionadas 10 diretrizes de prática clínica:

1. AÇÃO DE CUSTO B13 - Capítulo 3. Diretrizes europeias para o manejo da dor lombar específica da acutenônia na atenção primária (VANTULDER; BECKER; BEKKERING; BREENetal., 2006);
2. COSTACTIONB13 Capítulo 4. Diretrizes europeias para o tratamento da dor lombar crônica inespecífica (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT *et al.*,2006);
3. American College of Physicians (ACP) e American Pain Society (APS) - Diagnóstico e tratamento da dor nas costas no fluxo: uma diretriz conjunta de prática clínica (CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY*etal.*,2007) e Diagnóstico por imagem para lombalgia: conselhos para cuidados de saúde de alto valor (CHOU; QASEEM; OWENS; SHEKELLE, 2011).
4. American College of Physicians and the American Pain Society (Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM) - Diretriz II: Diagnóstico clínico e Diretriz III e IV: Diagnóstico complementar (BARBOSA, 2008; CECIN, 2008);
5. Em direção à prática otimizada Dor lombar (TOP) - Gerenciamento de cuidados primários informados por evidências de dor lombar (TOP, 2015);
6. Agency for Clinical Innovation (ACI) – Gestão de pessoas com lombalgia aguda: modelo de cuidado (INNOVATION, 2016);
7. Associação da Malásia para o estudo da dor. SINGH; MANSOR; KAMIL *et al.*, 2016).
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE Guideline) - Lombalgia e cialgia em maiores de 16 anos: avaliação e tratamento (NICE, 2020);
9. North American Spine Society (NASS) - Diretrizes baseadas em evidências para cuidados

multidisciplinares com a coluna: diagnóstico e tratamento da dor lombar (NASS, 2020) e Guidelines summary review: uma diretriz clínica baseada em evidências para diagnóstico e tratamento de dor lombar (KREINER; MATZ; BONO; CHO *et al.*, 2020);

10. Assuntos de Veteranos / Departamento de Defesa (VA / DoD) - Diretriz de Prática Clínica: Diagnóstico e Tratamento da Dor Lombar (PANGARKAR; KANG; BEIRA-AREIA; BEVEVINO *et al.*, 2019; VA/DOD, 2022).

Foram incluídas diretrizes dos seguintes países: Estados Unidos (3), Europa (2), Brasil (1), Canadá (1), Reino Unido (1), Austrália (1) e Malásia (1).

4 RECOMENDAÇÕES DIAGNÓSTICAS E EXAMES DE IMAGEM

A Tabela 1 descreve as recomendações de diagnóstico e imagem que cada diretriz de prática clínica aborda.

Três diretrizes (CECIN, 2008; NASS, 2020; NICE, 2020) (30%) forneceram recomendações independentemente da duração dos sintomas. Uma diretriz (TOP, 2015) (10%) forneceu recomendações para pacientes com dor lombar aguda, subaguda e crônica. Três diretrizes enfocaram a dor lombar aguda e crônica (CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY *et al.*, 2007; HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL *et al.*, 2016; VA/DOD, 2022) (30%), dois sobre lombalgia aguda (INNOVATION, 2016; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN *et al.*, 2006) (13%) e uma diretriz (10%) enfocou exclusivamente a dor lombar crônica (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT *et al.*, 2006).

Recomendações para realização de anamnese e exame físico foram encontradas em todas as diretrizes, bem como triagem diagnóstica para identificar pacientes com condições específicas como causa de lombalgia (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT *et al.*, 2006; CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY *et al.*, 2007; HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL *et al.*, 2016; INOVAÇÃO, 2016; NASS, 2020; NICE, 2020; TOPO, 2015; VA/DOD, 2022; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN *et al.*, 2006). Destas, oito diretrizes (80%) recomendam triagem diagnóstica para identificar pacientes com radiculopatia (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT *et al.*, 2006; CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY *et al.*, 2007; HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL *et al.*, 2016; INOVAÇÃO, 2016; TOPO, 2015; VA/DOD, 2022; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN *et al.*, 2006).

Mais da metade das diretrizes (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT *et al.*, 2006; CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY *et al.*, 2007; HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL *et al.*, 2016; INOVAÇÃO, 2016; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN *et al.*, 2006) (60%) recomendam a triagem diagnóstica para classificar os pacientes em uma das três categorias: lombalgia específica, lombalgia inespecífica ou radiculopatia. Nenhuma das diretrizes desta

revisão recomendou classificar apenas a dor lombar específica e inespecífica, sem distinguir o grupo de pacientes com radiculopatia.

Todas as diretrizes analisadas trouxeram recomendações para o rastreamento diagnóstico de bandeiras vermelhas e amarelas. As Tabelas 1 e 2 descrevem as bandeiras vermelhas e amarelas apresentadas pelas diretrizes de prática clínica nesta revisão.

Duas diretrizes (INOVAÇÃO, 2016; NICE, 2020)(20%) recomendam avaliar os sinais de alerta usando ferramentas de triagem prognóstica validadas, como STarT Back e Orebro.

A educação do paciente por meio da linguagem a ser utilizada e/ou evitada durante a entrevista e o exame físico foi abordada em quatro diretrizes (40%) (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; INOVAÇÃO, 2016; TOPO, 2015; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006).

Cinco diretrizes (CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007; HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL et al., 2016; VA/DOD, 2022; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006) (50%) discutiram exames neurológicos para identificar radiculopatia, incluindo o teste de elevação da perna esticada. No entanto, destas, as diretrizes europeias desta revisão afirmam que, com base nas evidências, não podem fornecer recomendações contra ou a favor de tal teste (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006). Além disso, para uma das diretrizes, a avaliação neurológica deve incluir a avaliação da força, reflexos e sintomas sensoriais (CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007). A diretriz brasileira também incluiu vários outros testes a serem utilizados na avaliação física, incluindo manobras como Valsalva e Romberg, o sinal dos pontos de De Sèze e o "arco de corda", além de movimentos como flexão e extensão da coluna lombar (CECIN, 2008). O teste do sinal da ponta de De Sèze também foi recomendado em outra diretriz (HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL et al., 2016)

Quatro diretrizes (40%) não fizeram referência a exames ortopédicos no exame físico de pacientes com lombalgia (INNOVATION, 2016; NASS, 2020; NICE, 2020; TOP, 2015).

Em relação à solicitação de exames de imagem, a maioria das diretrizes desta revisão (90%) indica a solicitação de exames de imagem, como ressonância magnética, por exemplo, quando o paciente apresenta déficits neurológicos graves ou progressivos, sinais ou sintomas que indicam uma condição subjacente grave ou específica e sintomas de bandeira vermelha (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007; HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL et al., 2016; INOVAÇÃO, 2016; NASS, 2020; TOPO, 2015; VA/DOD, 2022; VAN TULDER; BECKER;

BEKKERING; BREEN et al., 2006). As diretrizes também trouxeram algumas outras recomendações para a indicação de exames de imagem, como em casos de síndromes dolorosas

intensas e intratáveis que falharam no tratamento (NASS, 2020; TOP, 2015), lombalgia persistente ou radiculopatia cuja dor persiste por mais de 4 a 6 semanas (BARBOSA, 2008; TOPO, 2015; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006), bem como em casos de lombalgia com ou sem ciatalgia, se o desfecho for suscetível de mudança no manejo (NICE, 2020).

A maioria das diretrizes também incluiu casos em que não há indicação ou indicação de rotina para exames de imagem, incluindo lombalgia aguda ou crônica, em casos de ausência de sinais de alerta (NASS, 2020; TOP, 2015), lombalgia aguda inespecífica (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; INOVAÇÃO, 2016; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006) e ausência de radiculopatia, claudicação neurogênica ou sinais de alerta clínico (TOP, 2015).

5 DISCUSSÃO

A dor lombar é um grande problema de saúde pública, com uma estimativa de prevalência global ao longo da vida de 70-85% (KEBEDE; ABEBE; WOLDIE; YENIT, 2019). Essa condição é considerada a principal causa global de incapacidade e absenteísmo no trabalho, causando perda de produção, altos gastos socioeconômicos e aposentadorias prematuras (HARTVIGSEN; HANCOCK; KONGSTED; LOUW et al., 2018; PETREÇA; SANDRESCHI; RODRIGUES; KOASKI et al., 2017; RODRIGUES; OLIVEIRA; FERNANDES; TELES et al., 2019).

O manejo adequado da lombalgia deve ser delineado pelo profissional de saúde e deve ser baseado em informações confiáveis sobre diagnóstico, manejo e prognóstico, informações contidas nas diretrizes de prática clínica (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006).

Diretrizes internacionais (CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007; NASS, 2020; PANGARKAR; KANG; BEIRA-AREIA; BEVEVINO et al., 2019; VA/DOD, 2022) e

nacional (CECIN, 2008) selecionados nesta revisão mostram que para o diagnóstico de pacientes com lombalgia, a recomendação é a realização de anamnese e exame físico, a fim de identificar sinais de alerta (bandeiras vermelhas), avaliação de fatores psicossociais (bandeiras amarelas) e exames neurológicos para identificar radiculopatia.

Na avaliação (anamnese e exame físico), os sinais de alerta, nomeados na maioria das diretrizes como sinais de alerta que merecem atenção especial. Esses sinais ou sintomas podem ser devidos a doenças sistêmicas que não sejam dor lombar aguda na mecânica comum, levantando suspeita de uma condição subjacente grave, como síndrome da cauda equina (CES), malignidade/tumor, fratura, trauma ou infecção. Em casos de suspeita de sinais de alerta, como a síndrome da cauda equina, é necessário o encaminhamento imediato ao serviço de emergência. No entanto, é importante enfatizar que

condições graves de bandeira vermelha, como neoplasia, infecção e síndromes da cauda equina, são extremamente raras (CARRAGEE; HANNIBAL, 2004).

As "bandeiras amarelas" representam fatores biopsicossociais que devem ser sempre avaliados no manejo da lombalgia, pois podem predizer o prognóstico (PINCUS; BURTON; VOGEL; FIELD, 2002) e estão fortemente associadas à cronificação da dor lombar (KOES; VAN TULDER; LIN; MACEDO et al., 2010). A Diretriz Rumo à Prática Otimizada (TOP, 2015), adaptada de oito diretrizes "descendentes" publicadas entre 2003 e 2010, foi a diretriz para esta revisão que forneceu informações detalhadas sobre essa avaliação e, para cada condição de bandeira amarela, forneceu informações sobre como agir. Oito outras diretrizes (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007; INOVAÇÃO, 2016; NASS, 2020; NICE, 2020; VA/DOD, 2022; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006) não forneceram recomendações tão detalhadas quanto essas, apenas destacaram que as bandeiras amarelas devem fazer parte da avaliação. Em apenas uma diretriz desta revisão, foi abordado que as evidências são insuficientes para recomendar métodos para avaliar fatores psicossociais e sofrimento emocional (VA/DOD, 2022).

Todas as diretrizes desta revisão concordam que os exames de imagem devem ser evitados, sendo a ressonância magnética indicada, por exemplo, quando o paciente apresenta déficits neurológicos graves ou progressivos, como radiculopatia, claudicação neurogênica, sinais ou sintomas que indiquem uma condição grave ou específica subjacente e sinais e sintomas de bandeira vermelha (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007; INOVAÇÃO, 2016; TOPO, 2015; VA/DOD, 2022; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006). As diretrizes também trouxeram algumas outras recomendações para a indicação de exames de imagem, como em casos de síndromes dolorosas intensas e intratáveis que falharam no tratamento (NASS, 2020; TOP, 2015), lombalgia persistente ou radiculopatia cuja dor persiste por mais de 4 a 6 semanas (BARBOSA, 2008; CECIN, 2008; TOPO, 2015; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006), bem como em casos de lombalgia com ou sem ciática, se o desfecho for suscetível de alterar o manejo (NICE, 2020), se a imagem provavelmente orientará o manejo adicional (por exemplo, cirurgia ou tratamento direto (por exemplo, tratamentos invasivos) (CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007). A ressonância magnética ainda foi indicada no caso de intervenção cirúrgica ou injeção terapêutica na lombalgia moderada a grave (TOP, 2015).

Portanto, os exames de imagem não devem ser utilizados rotineiramente como estratégia para o manejo inicial da lombalgia, pois seus resultados normalmente não alteram o desfecho clínico (HALL; AUBREY-BASSLER; THORNE; MAHER, 2021).

Uma particularidade que a diretriz do NICE deixa claro é que suas informações se destinam a ser utilizadas no Reino Unido, e que é responsabilidade dos profissionais de saúde tomar decisões em relação ao indivíduo (NICE, 2020).

Em relação aos exames ortopédicos preconizados no exame físico na avaliação da lombalgia, quatro das diretrizes (INOVAÇÃO, 2016; NASS, 2020; NICE, 2020; TOP, 2015) não forneceu nenhuma recomendação sobre esses testes. A Diretriz AMB/CFM (CECIN, 2008) detalha diversos testes, incluindo movimentos como flexão e extensão da coluna lombar, manobras como Valsalva, Lasègue, Romberg, sinal dos pontos de Sèze, "arco de corda" (Macnab) e sinais não orgânicos de lombalgia psicossomática (sinais de Wadell). Nenhuma outra diretriz foi encontrada com informações tão detalhadas sobre como realizar o exame físico como esta diretriz brasileira.

Um teste frequentemente discutido nas diretrizes desta revisão é o teste de elevação da perna esticada/estendida (CECIN, 2008; CHOU; QASEEM; NEVE; CASEY et al., 2007; HUSSEIN; SINGH; MANSOR; KAMIL et al., 2016; VA/DOD, 2022; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006), também conhecido como Lasègue (CECIN, 2008). Embora seja considerado por muitos autores como o teste padrão e seja amplamente utilizado em casos de lombalgia (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006), é importante ressaltar que esse teste apresenta alta variabilidade na sensibilidade e especificidade diagnóstica (VA/DOD, 2022). Uma das diretrizes afirma que esse exame não é suficiente para diagnosticar a radiculopatia, pois apesar da alta sensibilidade para dor na raiz nervosa, possui baixa especificidade (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006). Ao contrário do teste de elevação da perna estendida cruzada, que apresentou baixa sensibilidade e alta especificidade. Nenhum teste isolado tem alta sensibilidade e especificidade para radiculopatia. Portanto, clínicos e pesquisadores devem tratar esses testes com cautela (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006).

Um tópico abordado em algumas diretrizes é a linguagem a ser usada ou evitada no tratamento de pacientes com lombalgia. A diretriz da ACI forneceu informações claras e bem explicativas sobre a linguagem que promove crenças, por exemplo, 'Você tem degeneração/artrite/doença do disco', 'Você tem as costas de uma pessoa de 70 anos', 'É desgaste', 'Você tem que ter cuidado/vá com calma a partir de agora', 'Você deve evitar dobrar/levantar', 'Eu não ficaria surpreso se você acabasse em uma cadeira de rodas' (INOVAÇÃO, 2016). Outra diretriz também forneceu informações sobre termos a serem evitados, como instabilidade, deslocamento do disco, deslizamento das vértebras (espondilolistese) e hipomobilidade e hiperomobilidade (TOP, 2015). No entanto, as outras diretrizes apresentam apenas informações superficiais sobre a linguagem a ser abordada no manejo da lombalgia.

É necessário atentar para a linguagem a ser utilizada e/ou evitada na avaliação de pacientes com lombalgia e fornecer informações adequadas para tranquilizar o paciente. Uma explicação completa deve ser fornecida em termos que o paciente entenda, por exemplo, 'dor nas costas é muito comum';

'embora a dor nas costas seja frequentemente recorrente, as perspectivas geralmente são muito boas'; 'ferir não significa prejudicar'; 'pode surgir de várias estruturas, como músculos, discos, articulações ou ligamentos' (VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006), além de aconselhar os pacientes a se manterem ativos e fornecer informações sobre as opções de autocuidado, prevenindo a cinesiofobia e a catastrofização (TOP, 2015; VA/DOD, 2022).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diretrizes de prática clínica de dor lombar têm várias semelhanças. A maioria possui informações comuns sobre anamnese, exames físicos e neurológicos e solicitação de exames de imagem. Todas as diretrizes deste estudo concordam que os exames de imagem devem ser evitados, particularmente em pacientes com lombalgia inespecífica, a menos que haja suspeita clínica de patologia de bandeira vermelha, sinais ou sintomas que indiquem uma patologia subjacente grave, déficit neurológico grave ou progressivo ou se a imagem provavelmente orientará o manejo adicional.

A história e o exame físico devem ser realizados por um profissional de saúde com habilidades competentes. No entanto, a competência dependerá de uma formação adequada.

São necessários estudos mais abrangentes, como revisões sistemáticas sobre o tema, que possam determinar essas semelhanças com maior precisão.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores não têm conflito de interesses.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram que não receberam financiamento para realizar esta pesquisa.



REFERÊNCIAS

- AIRAKSINEN, O.; BROX, J. I.; CEDRASCHI, C.; HILDEBRANDT, J. et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*, 15 Suppl 2, n. Suppl 2, p. S192-300, Mar 2006.
- BARBOSA, M. H. Diretrizes III e IV: diagnóstico complementar. *Rev Bras Reumatol*, 48 Suppl 1, p. 13-14, Apr 2008.
- CARRAGEE, E. J.; HANNIBAL, M. Diagnostic evaluation of low back pain. *Orthopedic Clinics*, 35, n. 1, p. 7-16, 2004.
- CECIN, H. A. Diretriz II: diagnóstico clínico. *Rev Bras Reumatol*, 48 Suppl 1, p. 8-12, Apr 2008.
- CHOU, L.; RANGER, T. A.; PEIRIS, W.; CICUTTINI, F. M. et al. Patients' perceived needs for medical services for non-specific low back pain: A systematic scoping review. *PLoS One*, 13, n. 11, p. e0204885, 2018.
- CHOU, R.; QASEEM, A.; OWENS, D. K.; SHEKELLE, P. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 154, n. 3, p. 181-189, Feb 1 2011.
- CHOU, R.; QASEEM, A.; SNOW, V.; CASEY, D. 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. *Ann Intern Med*, 147, n. 7, p. 478-491, Oct 2 2007.
- DAHAN, R.; BORKAN, J.; BROWN, J. B.; REIS, S. et al. The challenge of using the low back pain guidelines: a qualitative research. *J Eval Clin Pract*, 13, n. 4, p. 616-620, Aug 2007.
- DE SOUZA, F. S.; LADEIRA, C. E.; COSTA, L. O. P. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists: A Cross-sectional Study. n. 1528-1159 (Electronic).
- DE SOUZA, F. S.; LADEIRA, C. E.; COSTA, L. O. P. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists: A Cross-sectional Study. n. 1528-1159 (Electronic), 2017.
- FERNANDES, A. Z.; SCHETTINI, B. P.; SANTOS, C. F. D.; COSTANZI, R. N. Análises sobre Concessão e Cessação de Auxílio-doença. *Informe da Previdência Social*. 32: 11 p. 2020.
- FIGG-LATHAM, J.; RAJENDRAN, D. Quiet dissent: The attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance - A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*, 27, p. 97-105, Feb 2017.
- FISCHER, F.; LANGE, K.; KLOSE, K.; GREINER, W. et al. Barriers and Strategies in Guideline Implementation - A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*, 4, n. 3, Jun 29 2016.
- FREEMAN, M. D. Clinical practice guidelines versus systematic reviews; which serve as the best basis for evidence-based spine medicine? *Spine J*, 10, n. 6, p. 512-513, Jun 2010.
- FRITZ, J. M.; CLELAND, J. A.; BRENNAN, G. P. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care*, 45, n. 10, p. 973-980, Oct 2007.
- GONZALEZ MAZA, C.; MOSCOSO LÓPEZ, L.; RAMÍREZ ELIZALDE, G.; ABDO

ANDRADE, A. [Multimodal treatment of chronic unspecific low back pain]. ActaOrtopMex,24, n. 2, p. 88-94,Mar-Apr2010.

HALL,A. M.;AUBREY-BASSLER, K.;THORNE, B.;MAHER, C. G.Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. Bmj,372,p.n291, Feb122021.

HARTVIGSEN,J.;HANCOCK,M.J.;KONGSTED,A.;LOUW,Q.etal.What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet,391,n. 10137,p. 2356-2367,Jun 92018.

HUSSEIN, A.M.M.;SINGH,D.;MANSOR,M.;KAMIL,O.I.M.etal.The Malaysian Low Back Pain Management Guidelines.Malaysian Association for the Study of Pain(MASP).Spine Society Malaysia 2016.

HUTCHINS,T. A.;PECKHAM, M.;SHAH, L. M.; PARSONS,M.S.et al.ACR appropriateness Criteria® low back pain: 2021 update. Journal of the American College of Radiology,18, n. 11, p.S361-S379, 2021.

INNOVATION, N. A. F. C. Management of people with acute low back pain: model of care.Chatswood:NSW Health:39 p. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE Rio de Janeiro 2010.

JENKINS,H.J.;DOWNIE, A.S.;MAHER,C. G.;MOLONEY,N.A.etal.Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. SpineJ,18, n.12, p.2266-2277, Dec2018.

KAMPER, S. J.; LOGAN, G.; COPSEY, B.; THOMPSON, J. et al. What is usual care for low back pain? A systematic review of health care provided to patients with low back pain in family practice and emergency departments. Pain, 161,n. 4, p.694-702, Apr 2020.

KEBEDE, A.; ABEBE, S. M.; WOLDIE, H.; YENIT, M. K. Low Back Pain and Associated Factors among Primary School Teachers in Mekele City, North Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Occup Ther Int, 2019, p. 3862946, 2019.

KOES, B. W.; VAN TULDER, M.; LIN, C. W.; MACEDO, L. G. et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J, 19, n. 12, p. 2075-2094, Dec2010.

KREINER, D. S.; MATZ, P.; BONO, C. M.; CHO, C. H. et al. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. The Spine Journal, 20, n. 7, p. 998-1024, 2020.

LAW, M. C.; MACDERMID, J. Evidence-based rehabilitation: A guide to practice. Slack Incorporated, 2008. 1556427689.

LEMMERS,G. P.G.; VANLANKVELD, W.;WESTERT, G.P.; VANDER WEES,P. J. et al. Imaging versus no imaging for low back pain: a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. Eur Spine J, 28, n. 5, p.937-950, May2019.

MENDONÇA,A.G.;OLIVEIRA,V.C.;FONSECA,L.S.;OLIVEIRA, M.X.Custos diretos da dor lombar em hospitais financiados pelo Sistema Único de Saúde. Revista Pesquisa em Fisioterapia, 11, n. 1, p. 181-189, 2021.



MESNER, S. A.; FOSTER, N. E.; FRENCH, S. D. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, p. 258, Jun 10 2016.

NASS. Evidence-Based Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. SOCIETY, N. A. S. 2020.

NICE, G. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NATIONAL EXCELLENCE, I.F.H. A. C. 2020.

O'CONNELL, N.E.; WARD, S.P. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? *J Orthop Sports Phys Ther*, 48, n. 2, p. 54-57, Feb 2018.

OSTERMAN, H.; SUND, R.; SEITSALO, S.; KESKIMÄKI, I. Risk of multiple reoperations after lumbar discectomy: a population-based study. *Spine (Phila Pa 1976)*, 28, n. 6, p. 621-627, Mar 15 2003.

PANGARKAR, S.S.; KANG, D.G.; SANDBRINK, F.; BEVEVINO, A. et al. VA/DoD Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. *J Gen Intern Med*, 34, n. 11, p. 2620-2629, Nov 2019.

PETREÇA, D.; SANDRESCHI, P.; RODRIGUES, F.; KOASKI, R. et al. Vivabem coma coluna que você tem: ação multidisciplinar no tratamento da lombalgia. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 22, n. 4, p. 413-418, 2017.

PINCUS, T.; BURTON, A. K.; VOGEL, S.; FIELD, A. P. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 27, n. 5, p. E109-120, Mar 12 2002.

RODRIGUES, I.S.A.; OLIVEIRA, L.M.M.D.; FERNANDES, F.; TELES, M.E.V. et al. Ocorrência de Lombalgia em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Rev Fund Care*, p. 823-827, 2019.

SLADE, S. C.; KENT, P.; PATEL, S.; BUCKNALL, T. et al. Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain: A

Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. *Clin J Pain*, 32, n. 9, p. 800-816, Sep 2016.

SUMAN, A.; DIKKERS, M.F.; SCHAAFSMA, F.G.; VANTULDER, M.W. et al. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci*, 11, n. 1, p. 126, Sep 20 2016.

TOP, T. O. P. L. B. P. Evidence-informed primary care management of low back pain: clinical practice guideline. Alberta, Canada: Alberta Institute of Health Economics Canada, 2015.

VA/DOD. Clinical Practice Guideline - VA/DoD. PAIN, T. D. A. T. O. L. B. Washington, DC: U.S. Government Printing Office 2022.

VANTULDER, M.; BECKER, A.; BEKKERING, T.; BREEN, A. et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*, 15 Suppl 2, n. Suppl 2, p. S169-191, Mar 2006.

ZIOLI, F. A.; PATTA, S. B.; DOS, S. C. F.; NAGAMINE, C. R. Análises sobre Concessão e Cessação de Auxílio-doença. *Informada Previdência Social*. 32:11 p. 2020.



NICE g. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. In: National, Excellence IfHaC, editors. 2020.

Law MC, MacDermid J. Evidence-based rehabilitation: A guide to practice: Slack Incorporated; 2008.

Dahan R, Borkan J, Brown JB, Reis S, Hermoni D, Harris S. The challenge of using the low back pain guidelines: a qualitative research. J Eval Clin Pract. 2007;13(4):616-20.

Freeman MD. Clinical practice guidelines versus systematic reviews; which serve as the best basis for evidence-based spine medicine? Spine J. 2010;10(6):512-3.

Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, 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. Ann Intern Med. 2007;147(7):478-91.

Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2011;154(3):181-9.

Cecin HA. Diretriz II: diagnóstico clínico. Rev Bras Reumatol. 2008;48 Suppl 1:8-12.

Kreiner DS, Matz P, Bono CM, Cho CH, Easa JE, Ghiselli G, et al. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. The Spine Journal. 2020;20(7):998-1024.

Barbosa MH. Diretrizes III E IV: diagnóstico complementar. Rev Bras Reumatol. 2008;48 Suppl 1:13-4.

Pangarkar SS, Kang DG, Sandbrink F, Bevevino A, Tillisch K, Konitzer L, et al. VA/DoD Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. J Gen Intern Med. 2019;34(11):2620-9.

Hutchins TA, Peckham M, Shah LM, Parsons MS, Agarwal V, Boulter DJ, et al. ACR appropriateness Criteria® low back pain: 2021 update. Journal of the American College of Radiology. 2021;18(11):S361-S79.

Gonzalez Maza C, Moscoso López L, Ramírez Elizalde G, Abdo Andrade A. [Multimodal treatment of chronic unspecific low back pain]. Acta Ortop Mex. 2010;24(2):88-94.

Instituto Brasileiro de Geografia e E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Rio de Janeiro; 2010.

Zioli FA, Patta SB, dos SCF, Nagamine CR. Análises sobre Concessão e Cessação de Auxílio-doença. Informe da Previdência Social. 2020. p. 11.

Fernandes AZ, Schettini BP, Santos CFd, Costanzi5 RN. Análises sobre Concessão e Cessação de Auxílio-doença. Informe da Previdência Social. 2020. p. 11.

Mendonça AG, Oliveira VC, Fonseca LS, Oliveira MX. Custos diretos da dor lombar em hospitais financiados pelo Sistema Único de Saúde. Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2021;11(1):181-9.

Osterman H, Sund R, Seitsalo S, Keskimäki I. Risk of multiple reoperations after lumbar discectomy: a population-based study. Spine (Phila Pa 1976). 2003;28(6):621-7.



Lemmers GPG, van Lankveld W, Westert GP, van der Wees PJ, Staal JB. Imaging versus no imaging for low back pain: a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. *Eur Spine J.* 2019;28(5):937-50.

O'Connell NE, Ward SP. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(2):54-7.

Fritz JM, Cleland JA, Brennan GP. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care.* 2007;45(10):973-80.

de Souza FS, Ladeira CE, Costa LOP. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists: A Cross-sectional Study. (1528-1159 (Electronic)).

de Souza FS, Ladeira CE, Costa LOP. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists: A Cross-sectional Study. 2017(1528-1159 (Electronic)).

Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG, Moloney NA, Magnussen JS, Hancock MJ. Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *Spine J.* 2018;18(12):2266-77.

Kamper SJ, Logan G, Copsey B, Thompson J, Machado GC, Abdel-Shaheed C, et al. What is usual care for low back pain? A systematic review of health care provided to patients with low back pain in family practice and emergency departments. *Pain.* 2020;161(4):694-702.

Chou L, Ranger TA, Peiris W, Cicuttini FM, Urquhart DM, Sullivan K, et al. Patients' perceived needs for medical services for non-specific low back pain: A systematic scoping review. *PLoS One.* 2018;13(11):e0204885.

Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. *Clin J Pain.* 2016;32(9):800-16.

Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthcare (Basel).* 2016;4(3).

Figg-Latham J, Rajendran D. Quiet dissent: The attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance - A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017;27:97-105.

Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:258.

Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci.* 2016;11(1):126.

van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006;15 Suppl 2(Suppl 2):S169-91.



Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* 2006;15 Suppl 2(Suppl 2):S192-300.

TOP TOPLBP. Evidence-informed primary care management of low back pain: clinical practice guideline. Alberta, Canada: Alberta Institute of Health Economics Canada. 2015.

Innovation NAFc. Management of people with acute low back pain: model of care. Chatswood: NSW Health; 2016. p. 39.

Hussein AMM, Singh D, Mansor M, Kamil OIM, Choy CY, Cardoso MS, et al. The Malaysian Low Back Pain Management Guidelines. first edition ed: Malaysian Association for the Study of Pain (MASP) Spine Society Malaysia; 2016.

NASS. Evidence-Based Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. In: SOCIETY NAS, editor. 2020.

VA/DoD. Clinical Practice Guideline - VA/DoD. In: Pain TDaToLB, editor. Washington , DC: U.S: Government Printing Office; 2022.

Kebede A, Abebe SM, Woldie H, Yenit MK. Low Back Pain and Associated Factors among Primary School Teachers in Mekele City, North Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Occup Ther Int.* 2019;2019:3862946.

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.

Petreça D, Sandreschi P, Rodrigues F, Koaski R, Becker L, Júnior N, et al. Viva bem com a coluna que você tem: ação multidisciplinar no tratamento da lombalgia. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.* 2017;22(4):413-8.

Rodrigues ISA, Oliveira LMMd, Fernandes F, Teles MEV, Sena VS. Ocorrência de Lombalgia em uma Unidade de Pronto Atendimento. *Rev Fund Care.* 2019:823-7.

Carragee EJ, Hannibal M. Diagnostic evaluation of low back pain. *Orthopedic Clinics.* 2004;35(1):7-16.

Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002;27(5):E109-20.

Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010;19(12):2075-94.

Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. *Bmj.* 2021;372:n291.

Tabela 1. Recomendações das Diretrizes de Prática Clínica para o Diagnóstico da Lombalgia

Regra	Autor(es) Ano de Publicação	País	Recomendações diagnósticas							Exames ortopédicos recomendados no Exame Físico	Recomendações para exames de imagem (radiografias, ressonância magnética e tomografia computadorizada)
			Anamnes e e Exame Físico: identifica ção de doenças específicas	Anamnes e e Exame Físico: identifica ção de radiculop atia	Classifica ção da lombalgi a em: inespecífica, específica e radiculop atia	AV Bandeiras vermelhas	AV Bandeiras amarelas	Idiom a a ser abordado e/ou evitado em VA			
CUSTO ACTIONBI 3. Diretrizes europeias para a gestão da dor lombar aguda inespecífica nos cuidados primários	VANTULDER etal., 2006	Europa	X	X	X	X	X	X	Teste de elevação da perna reta	SI: *Dor lombar aguda inespecífica. I: Radiografia torácica= *Suspeita de patologia subjacente específica (com base em 'sinais de alerta'). *Sugerido como opcional em caso de dor lombar persistente por mais de 4 a 6 semanas.	
CUSTO ACTIONBI 3. Diretrizes europeias para o tratamento da dor lombar crônica inespecífica	AIRAKSI Nene Ital., 2006	Europa	X	X	X	X	X	X	Os seguintes testes não são recomenda dos: palpação CV, amplitude de movimento segmentar, testes de partes moles e elevação da perna esticada (Laségue).	SI de rotina: *Dor lombar aguda inespecífica. * Dor lombar crônica inespecífica, a menos que haja forte suspeita de uma causa específica. I: RM= *Sintomas radiculares. *Suspeita de discite ou neoplasia. RX: *Avaliação de estruturas deformitárias.	
ACP e APS. Diagnóstico e Tratamento da Dor Lombar: AJoint ClinicalPrac tice. Diagnóstico por imagem da lombalgia: conselhos para cuidados de saúde de	CHOU et al., 2007 CHOU R, QASEEMA, OWENS DK et al., 2011	EUA	X	X	X	X	X	-	Teste de elevação da perna reta Teste de elevação da perna reta cruzada Exame neurológico: o: avaliação da força, distribuição dos sintomas sensoriais e reflexos do joelho (raiz	SI de rotina: *Lombalgia inespecífica. I: *Déficits neurológicos graves ou progressivos. * Sinais ou sintomas que indicam uma condição subjacente grave ou específica.	

alto valor									nervosa L4), força de dorsiflexão do hálux e do pé (raiz nervosa L5), flexão plantar do pé e reflexos do tornozelo (S1 raiz nervosa).	
AMB/CFM. Lombalgia e lombalgia ciática. Diretriz II: Diagnóstico clínico.	BARBOSA, 2008; CECIN, 2008	Brasil	X	X	X	X	X	-	Flexão e extensão da manobra de Valsalva, Lasègue e Romberg. Sinal dos pontos de Sèze, "arco de corda" e	I: Raio-X: * Dor lombar mecânica crônica comum para elucidação fisiopatológicos. TC e ressonância magnética: lombalgia e ciática aguda evolução atípica e/ou insatisfatória, cujas causas não foram
Diretrizes III e IV: diagnóstico complementar									Wadell	após seis semanas de tratamento clínico. * RX=Recidiva ou persistência do quadro clínico, além da 4ª semana do início dos sintomas. SI: lombalgia mecânica aguda comum, principalmente em adultos jovens.
INÍCIO. Manejo da dor lombar na atenção primária com base em evidências.	TOPO, 2015	Canadá	X	X	-	X	X	X	Nenhum abordado	SI: Dor lombar aguda, sem bandeiras vermelhas. *Na ausência de sinais de alerta, radiculopatia ou claudicação neurogênica ou sinais de alerta clínicos. I: Ressonância magnética: * Déficit neurológico grave ou progressivo. *Dor intensa ou incapacitante nas costas ou nas pernas. * Indicação de intervenção cirúrgica ou injeção terapêutica em

										lombalgia moderada a grave. *Dor radicular que não responde à terapia não intervencionista.*Bandeiras vermelhas.*Radiculopatia (dor na perna dominante) que persiste após 6 semanas de tratamento.
ACI. Manejo de pessoas com dor lombar aguda: modelcare	INOVAÇÃO, 2016	Austrália - Oceânica	X	X	X	X	X	X	Nenhum abordado	SI: Dor lombar aguda inespecífica (sem suspeita de patologia grave ou síndromes radiculares). I: RM=*Lombar e dor nas pernas, com perda neurológica progressiva. * Síndrome da cauda equina = enc. imediato
A diretriz de gerenciamento de dor lombar malaia	HUSSEIN et al., 2016	Malásia - Ásia	X	X	X	X	X	-	Teste de elevação da perna reta. Teste de elevação da perna reta cruzada. Andando com calcanhar e dedo do pé. Força muscular - Flexão e extensão do dedão do pé - Flexão e extensão do tornozelo	I= RX= * Dor aguda nas costas que persiste por mais de 2 semanas. *Sem bandeiras vermelhas presentes. *Suspeita-se de espondilólise ou espondilolistese. Ressonância magnética= *Suspeita de prolapso de disco e/ou raiz nervosa ou compressão da medula espinal. CT= *Suspeita de patologia extraespinal. *Como alternativa à ressonância magnética na presença de implantes espinhais
SIMPÁTICO. Lombalgia e ciática acima de 16 anos: avaliação e tratamento (NG59).	AGRADÁVEL, 2020	Reino Unido	X	Dor neuropática não relacionada à ciática, consulte a diretriz do NICE sobre neuropática em adultos	-	X	X	-	Nenhum abordado	I:*Dor lombar com ou sem ciática, se o resultado for susceptível de alterar o tratamento. Não ofereça exames de imagem rotineiramente em um ambiente não especializado

NASS. Diagnóstico e Tratamento de Dor Lombar.	NASS, 2020 KREINERD. S., et al., 2020.	EUA	X	-	-	X	X	-	Nenhum abordado	Nem a favor nem contra a obtenção de exames de imagem: *Dor lombar aguda ou crônica, sem bandeiras vermelhas. I: * Síndromes de dor severa e intratável que falharam no tratamento.
VA/DOD. Prática Clínica Diretriz: Diagnóstico e Tratamento da Lombalgia	PANGAR Atol de carros., 2019. VA/DoD, 2022	EUA	X	X	-	X	X	-	Teste de elevação da perna reta Teste de elevação da perna reta cruzada Eu trouxe outros testes = mas eles não recomendam contra ou a favor	SI de rotina: *Dor lombar axial aguda (ou seja, localizada, não irradiada). I: * Déficits neurológicos graves ou progressivos. *Sintomas de bandeira vermelha.
<p>_ = A diretriz não forneceu nenhuma recomendação sobre essa abordagem.</p> <p>X= A diretriz endossou/forneceu/confirmou esta recomendação em relação a essa abordagem. COST=Cooperação Europeia em Ciência e Tecnologia.</p> <p>ACP e APS: Colégio Americano de Médicos e Sociedade Americana de Dor.AMB/CFM: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.TOP: Direção Prática Otimizada.</p> <p>ACI: Agência de Inovação Clínica.</p> <p>NICE: Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados.NASS: Diretriz North American Spine Society.</p> <p>VA / DOD: Assuntos de Veteranos / Departamento de Defesa.</p>							<p>AV: Avaliação.</p> <p>ROM: Amplitude de movimento.</p> <p>RM: Ressonância magnética.</p> <p>TC: Tomografia computadorizada.</p> <p>RX: Raio-X.</p> <p>SI: Nenhuma indicação.</p> <p>I: Indicação.</p> <p>CL: Coluna lombar. CV: Coluna.</p>			

Gráfico 1 Sinais de alerta abordados pela maioria das diretrizes de prática clínica

	Câncer; história de malignidade	AMB/CFM; NASS; VA/DOD; ACP/APS; SIMPÁTICO; INÍCIO; COSTB13European; ACI Malásia
	Fratura – Trauma	AMB/CFM; VA/DOD; SIMPÁTICO; INÍCIO; NASS; NSW; COSTB13European; Malásia
	Infeção	AMB/CFM; VA / DOD; ACP/APS; SIMPÁTICO; INÍCIO; ACI; Malásia
	Síndrome da cauda equina	AMB/CFM; NASS; VA/DOD; ACP/APS; INÍCIO; COSTB13European; ACI; Malásia

Quadro 2 Sinais de alerta abordados pela maioria das diretrizes de prática clínica

	<p>Atitudes e crenças inadequadas sobre dor nas costas: (por exemplo, crença de dor nas costas é prejudicial ou potencialmente incapacitante e/ou alta expectativa de tratamentos passivos em vez de participação ativa e/ou que a atividade é prejudicial.</p>	<p>INÍCIO; ACI; COSTB13 European; Malásia</p>
	<p>Condições de saúde mental: transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, ansiedade, depressão, somatização, estresse interpessoal em casa, transtorno de estresse pós-traumático.</p>	<p>AMB/NASS/ACM/SP/TOP/COSTB13 European/malaio</p>
	<p>Fatores relacionados ao trabalho: baixa satisfação no trabalho, falta de apoio dos supervisores, desemprego, questões relacionadas à insatisfação com a remuneração.</p>	<p>MOLHADO/VADOD/ ACM/SP/TOP/ACI/ COSTB13European/ Malásia</p>
	<p>Outros fatores psicossociais: morte, divórcio, duração da dor, estado de incapacidade, problemas financeiro, mau humor ou mau humor, retraimento social, falta de apoio social ou familiar, afastamento da vida social, família superprotetora.</p>	<p>VADOD/ACI/CUSTO B13Europa/ Malásia</p>