



Bárbara Duarte **Avaliação e Tratamento da
Lombalgia nos Cuidados de
Saúde Primários: Projeto SPLIT**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em
Condições Músculo-Esqueléticas

Professor Doutor Eduardo Cruz

Junho 2019

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz e co-orientação de Luís Gomes.

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Local, de de

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O(A) orientador(a),

Local, de de

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor Eduardo Cruz, pela partilha de conhecimento, pela excelente capacidade de trabalho e de orientação que o caracteriza, assim como pela paciência e confiança transmitida ao longo deste trabalho. O meu sincero agradecimento pela oportunidade de trabalhar e aprender consigo.

Agradeço igualmente ao Luís Gomes, pelo trabalho de recolha de dados para este trabalho e pela partilha de informações inerentes a quem esteve no terreno.

Agradeço aos meus pais, por sempre me incentivarem para procurar saber mais e melhor, lembrando-me que o saber não ocupa lugar. Obrigada por estarem presentes e disponíveis, não só agora, mas durante a minha vida toda.

Aos amigos que, por mais longe que estejam, estão sempre por perto.

E por último, mas não menos importante, ao Miguel. Obrigada pelo teu companheirismo e a tua enorme paciência nos momentos difíceis (e não só). Agradeço-te por, quando questionava se estaria a seguir o caminho certo, conseguires transmitires a confiança que faltava. Não sei como teria sido este caminho sem ti, mas sem dúvida não teria sido tão completo.

RESUMO

Avaliação e Tratamento da Lombalgia nos Cuidados de Saúde Primários: Projeto SPLIT

Bárbara Duarte; Eduardo Cruz

Introdução: A lombalgia permanece um desafio para os cuidados de saúde primários (CSP). Em Portugal desconhece-se como é desenvolvida a prática atual nos CSP na gestão de utentes com lombalgia de origem não específica (LNe), e se esta integra as recomendações atuais para o diagnóstico e intervenção nesta população, relativamente à prescrição de exames complementares de diagnóstico, medicação e certificados de incapacidade pelos médicos de medicina geral e familiar (MG&F).

Objetivo: Caracterizar a prática atual de diagnóstico e tratamento, e avaliar os resultados clínicos obtidos aos 2 e 6 meses após consulta, em utentes com LNe que recorrem aos CSP, de acordo com a decisão clínica dos médicos de MG&F das Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida.

Metodologia: Realizou-se um estudo *cohort* prospetivo observacional com 115 utentes recrutados durante consulta médica. O *outcome* primário foi a incapacidade funcional, e os secundários foram a intensidade da dor, qualidade de vida relacionada com a saúde e perceção global de melhoria, tendo os dados sido recolhidos e o seu curso clínico analisado na *baseline* e aos 2 e 6 meses. Foram definidos critérios para a melhoria clínica importante e recuperação.

Resultados: Foram prescritos exames complementares de diagnóstico a 48% dos utentes e a principal estratégia de tratamento utilizado foi a medicação (85,1%), com apenas 8,3% dos utentes referenciados para Fisioterapia. Apenas 12% dos utentes alcançou o critério de recuperação estabelecido para a incapacidade funcional, 38% para a intensidade da dor e 10% para a perceção global de melhoria, e cerca de 54% apresentou pontuações compatíveis com uma elevada probabilidade de desenvolver uma condição crónica. A percentagem de utentes que reportou melhorias clinicamente importantes nos diferentes *outcomes* aos 2 e 6 meses foi semelhante (cerca de 50%), sendo maioritariamente registadas em utentes com dor aguda/subaguda. Dos 2 para os 6 meses as alterações registadas nos diferentes *outcomes* foram mínimas, indicando que os principais ganhos são obtidos até aos 2 meses.

Conclusões: Os resultados sugerem que o padrão de prática usual não está alinhado com as recomendações das normas de orientação clínica atuais e pode não estar a proporcionar os melhores resultados aos utentes com LNe.

Palavras-Chave: Lombalgia; Caracterização da prática; Curso clínico; Cuidados de saúde primários; Tomada de decisão clínica.

ABSTRACT

Assessment and Treatment of Low Back Pain in Primary Health Care: SPLIT Project

Bárbara Duarte; Eduardo Cruz

Introduction: Low back pain (LBP) remains a challenge for primary health care. In Portugal it is unknown how the current practice is developed in the primary health care in the management of patients with non-specific low back pain (NsLBP), and whether it integrates the current recommendations for diagnosis and intervention in this population, regarding the prescription of imaging exams, medication and certificates of incapacity by the general and family medicine doctor.

Objective: Characterize the current practice of diagnosis and referral for treatment of patients with NsLBP at baseline, 2 and 6 months after consultation, according to the clinical judgment of general and family medicine doctor from the *Unidades de Saúde Familiar* of the *Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida*.

Methodology: A prospective observational cohort study was carried out with 115 patients recruited during medical consultations. Primary outcome was functional disability, and secondary outcomes were pain intensity, health-related quality of life, and overall perception of improvement. Data was collected and clinical course assessed at baseline, 2 and 6 months. Criteria for an important clinical improvement and recovery were defined.

Results: Imaging exams were prescribed to 48% of the patients, and the main treatment strategy used was medication (85.1%), with only 8.3% of the patients being referred to Physiotherapy. Only 12% of the patients achieved the established recovery criteria for functional disability, 38% for pain intensity and 10% for overall perception of improvement, and about 54% presented scores compatible with a high probability of developing a chronic condition. The percentage of patients who reported clinical important improvements and who recovered at 2 and 6 months were similar (about 50%), being the majority registered in patients with acute/subacute pain. From 2 to 6 months, the changes registered in the different outcomes were minimal, indicating that the main gains are obtained up to 2 months.

Conclusions: The results suggest that the usual practice does not follow the current clinical guideline recommendations and may not be providing the best results for patients with NsLBP.

Keywords: *Low back pain; Practice characterization; Clinical course; Primary health care; Clinical decision making.*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. METODOLOGIA	9
2.1. Caracterização da prática clínica	10
2.2. Instrumentos de medida.....	11
Questionário sociodemográfico e clínico	11
Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ).....	11
Escala Numérica da Dor (END)	11
EuroQuol-5D 3L (EQ5D-3L).....	12
Global Back Recovery Scale (GBRS).....	13
2.3. Análise de dados.....	13
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	16
3.1. Caracterização da prática clínica atual	17
Medicação	17
Exames Complementares de Diagnóstico	19
Certificados de Incapacidade.....	20
Referenciações para Fisioterapia e outras especialidades médicas	21
3.2. Curso Clínico da Incapacidade Funcional, Intensidade da Dor e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	21
3.3. Recuperação e Melhoria clinicamente importantes.....	23
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
5. CONCLUSÕES.....	33
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
Apêndice A.....	41
Apêndice B	49
Apêndice C.....	51
Apêndice D.....	54
Apêndice D.....	56
Apêndice F	61

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Lista de Figuras

Figura 1. Escada analgésica da dor (OMS, 1986).....	14
Figura 2. Fluxograma do estudo.....	16
Figura 3. Medicação analgésica prescrita de acordo com a escada analgésica da dor da OMS, intensidade da dor auto-reportada através da Escala Numérica de Dor (END) e duração da dor.	19

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra na baseline.....	17
Tabela 2. Frequência das prescrições realizadas organizadas por classes terapêuticas.....	18
Tabela 3. Medicação analgésica prescrita segundo a intensidade da dor na END.....	18
Tabela 4. Medicação analgésica prescrita segundo a duração da dor.	19
Tabela 5. Resultado da análise de regressão logística binária relativamente à probabilidade de prescrição de ECDs.	20
Tabela 6. Resultado da análise de regressão logística binária relativamente à probabilidade de prescrição de certificados de incapacidade.	21
Tabela 7. Resultados obtidos na RMDQ, END, EQ5D-3L e EQ-VAS na baseline, aos 2 meses e 6 meses	23
Tabela 8. Número/ proporção de utentes que alcança a DMCI na END, RMDQ e GBRS, e baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, aos 2 e 6 meses.	24
Tabela 9. Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov relativos às variáveis RMDQ, END no momento, END nos últimos 7 dias, EQ5D-3L, EQ-VAS e GBRS na baseline, aos 2 e 6 meses.....	55
Tabela 10. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente não ajustada) relativamente à probabilidade de prescrição de ECDs.....	57

Tabela 11. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente ajustada às variáveis género e idade) relativamente à probabilidade de prescrição de ECDs.	58
Tabela 12. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente não ajustada) relativamente à probabilidade de prescrição de certificados de incapacidade.	59
Tabela 13. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente ajustada às variáveis género e idade) relativamente à probabilidade de prescrição de certificados de incapacidade.	60

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES Arrábida – Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida
AINEs – Anti-inflamatórios não esteróides
ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CSP – Cuidados de saúde primários
DALYs – Anos de vida perdidos ajustados à incapacidade
DMCI – Diferença mínima clinicamente importante
DP – Desvio padrão
DRM – Doença reumática e músculo-esquelética
ECDs – Exames complementares de diagnóstico
END – Escala Numérica da Dor
EQ5D-3L – *EuroQuol-5D 3L*
GBRS – *Global Back Recovery Scale*
IC – Intervalo de Confiança
IMC – Índice de massa corporal
LC – Lombalgia crónica/ persistente
LCNe – Lombalgia crónica de origem não específica
LNe – Lombalgia de origem não específica
MG&F – Medicina geral e familiar
NPRS – *Numerical Pain Rating Scale*
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – *Odds Ratio*
RMDQ – *Roland Morris Disability Questionnaire*
Sig – Valor de significância
TAC – Tomografia axial computadorizada
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidades de Saúde Familiar
YLDs – Anos vividos com incapacidade

1. INTRODUÇÃO

A lombalgia é uma condição músculo-esquelética caracterizada por dor/tensão/rigidez tipicamente localizada na região posterior, entre a margem inferior das últimas costelas e as pregas glúteas, sendo frequentemente acompanhada por dor em um ou ambos os membros inferiores, e, em alguns indivíduos, também associada a sintomas neurológicos nos membros inferiores. De acordo com a sua duração, a lombalgia pode ser caracterizada como aguda (<6 semanas), subaguda (6-12 semanas) ou crónica (>12 semanas) (Dionne *et al.*, 2008; Hoy *et al.*, 2014; Hartvigsen *et al.*, 2018).

É estimado que a maioria das pessoas irá experienciar pelo menos um episódio de lombalgia aguda em algum momento da sua vida, sendo que cerca de 90% irá reportar uma diminuição acentuada da intensidade da dor e da incapacidade funcional nas primeiras 6 semanas (Maher, Underwood & Buchbinder, 2017; Hartvigsen *et al.*, 2018). Cerca de 10-15% dos indivíduos que reportam um episódio agudo de lombalgia irá continuar a reportar dor persistente e incapacitante 12 meses depois, desenvolvendo uma condição de lombalgia crónica/persistente (LC), caracterizada por uma duração superior a 3 meses ou pela sua presença em metade dos dias nos últimos 6 meses (Hestbaek, Leboeuf-Yde & Manniche, 2003; Maher *et al.*, 2017; Hartvigsen, *et al.*, 2018).

Na grande maioria (cerca de 90%) dos utentes com lombalgia não é possível identificar uma causa pato-anatómica nociceptiva específica, sendo diagnosticados com lombalgia de origem não específica (LNe), ou outra designação equivalente (Koes, Tulder & Thomas, 2006; Maher *et al.*, 2017). Deyo & Weinstein (2001) estimaram que, entre os utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários (CSP) por lombalgia, 4% terão fratura osteoporótica, 3% estenose do canal lombar, 2% doença visceral, 0,7% tumor ou metástase tumoral, 0,3% espondilartrite e 0,001% uma infeção. Um estudo em Australiano observou que, dos 1172 utentes com lombalgia aguda que recorreram aos CSP, menos de 1% apresentavam uma causa específica para a sua dor (Henschke *et al.*, 2009).

Os resultados do estudo *Global Burden of Disease 2010* (Hoy *et al.*, 2014) indicam uma prevalência global de 9,4% para a lombalgia, e que, das 291 condições estudadas, esta foi a que registou o sexto maior impacto global. À semelhança dos dados descritos a nível internacional, os resultados de um estudo

de investigação nacional, realizado no âmbito do Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal (*EpiReumaPt*), identificou a lombalgia como a doença reumática e músculo-esquelética (DRM) com maior prevalência em Portugal (26,4%; 95% IC 23,3-29,5%) (Branco *et al.*, 2016). Os resultados indicaram existir uma taxa de prevalência mais elevada nas mulheres do que nos homens (29,6% vs. 22,8%; $p=0,040$), assim como na faixa etária dos 46-55 anos (29,6% vs. 22,8%; $p=0,040$), calculando uma prevalência de 10,4% de LC ativa na população adulta portuguesa (95% IC 9,6–11,9%) (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010; Branco *et al.*, 2016).

A lombalgia envolve diversas dimensões biopsicossociais, afetando a função, participação social e prosperidade financeira. É experienciada por indivíduos de todas as idades e condições socioeconómicas, com um impacto importante ao nível da qualidade de vida, sendo a principal causa de incapacidade e de anos de vida perdidos ajustados à incapacidade (DALYs) a nível mundial, assim como a causa mais comum de pedidos de certificados de incapacidade e de reformas antecipadas na Europa (Hoy *et al.*, 2014; Hartvigsen *et al.*, 2018).

Gouveia *et al.* (2016) demonstrou que a LC ativa na população adulta portuguesa está associada a um aumento dos custos diretos, indiretos e intangíveis, quando comparada com a população com LC não ativa. Analisando os custos intangíveis, os resultados encontrados refletem maiores níveis de incapacidade ($\beta=0,35$, $p<0,001$) e de presença de sintomas de ansiedade (OR 2,77, $p<0,001$) e de depressão (OR 2,18, $p<0,001$) em utentes com LC ativa. Relativamente aos custos diretos, a presença de LC ativa encontra-se associada a um significativo maior consumo de recursos de cuidados de saúde ($\beta=2,65$, $p=0,018$), tais como consultas médicas. Em relação aos custos indiretos, os pedidos de reforma antecipada foram significativamente mais elevados (OR 1,88, $p=0,002$) em utentes com LC ativa (Gouveia *et al.*, 2016).

Em 2015 a lombalgia foi responsável por 60,1 milhões de anos vividos com incapacidade (YLDs), representando um aumento de 54% desde 1990, com o maior aumento a ser registado em países com baixo e médio rendimento, sendo expectável que o impacto global da lombalgia continue a aumentar ao longo das próximas décadas (Hartvigsen *et al.*, 2018). As estimativas para Portugal do estudo *Global Burden of Disease* confirmam essas expectativas, apontando as doenças

não-transmissíveis como a principal causa de YLDs em Portugal, dando destaque à lombalgia e à cervicalgia (representam 88,5% do total de YLDs), com um aumento significativo da sua prevalência ao longo das últimas décadas (Hoy *et al.*, 2014; Global Health Metrics, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2018).

Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro local onde a vasta maioria dos utentes em todo o mundo procura ajuda relativamente a condições músculo-esqueléticas e o local onde muitos recebem cuidados para as mesmas, sendo por isso essencial um sistema de CSP eficiente capaz de dar resposta e prestar cuidados de saúde músculo-esqueléticos (Dziedzic, French, Davis, Geelhoed & Porcheret, 2016). No atual modelo de cuidados de saúde em Portugal a lombalgia é uma das condições músculo-esqueléticas mais prevalentes e um dos principais motivos de consultas ao nível dos CSP, onde a maioria destes utentes recorre em primeiro lugar ao seu médico de medicina geral e familiar (MG&F), que decide acerca da necessidade de referenciação para outros cuidados de saúde (Rodrigues, 2000; Castro-Lopes *et al.*, 2010; Barreiro & Santiago, 2013). O processo de diagnóstico e de referenciação de casos que necessitem de intervenção diferenciada pode ser bastante lento devido a, entre outros motivos, falta de consciência em relação ao problema, capacidades específicas e/ou experiência do profissional de primeiro contacto, sujeitando os utentes a sucessivos processos de avaliação e referenciação até que o encaminhamento apropriado seja estabelecido (Castro-Lopes *et al.*, 2010; Hartvigsen *et al.*, 2018).

Tal como referido anteriormente, o curso clínico inicial da lombalgia apresenta um bom prognóstico, sendo expectável que a maioria dos indivíduos que experienciam um episódio de lombalgia aguda recupere substancialmente durante as primeiras 6 semanas relativamente à intensidade da dor e incapacidade funcional, independentemente do tipo de tratamento que receba (Costa *et al.*, 2012).

Um estudo realizado em utentes com lombalgia que recorreram aos CSP em Inglaterra, reportou uma diminuição de 2,2 pontos ($\pm 6,0$) e de 1,7 pontos ($\pm 2,8$) na média dos resultados obtidos aos 6 meses na *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) (para avaliação da incapacidade funcional) e na *Numerical Pain Rating Scale* (NPRS) (para avaliação da intensidade da dor), respetivamente, em comparação com os resultados obtidos na *baseline*. Dos 368 utentes incluídos nesse estudo, 154 (42%) alcançaram a diferença mínima clinicamente importante

(DMCI) estabelecida (redução $\geq 30\%$ do resultado obtido na RMDQ na *baseline*), e 38 (10%) reportaram sentir-se completamente recuperados aos 6 meses (Foster *et al.*, 2014). Os resultados de um estudo nacional implementado ao nível dos CSP em Espanha demonstraram que, relativamente à RMDQ, a média dos resultados obtidos diminuiu 5 pontos na reavaliação aos 14 dias, e 6,6 pontos na reavaliação aos 60 dias. O mesmo estudo concluiu que 64,4% dos utentes avaliados aos 2 meses de *follow-up* continuavam a referir dor ou incapacidade funcional (Kovacs *et al.*, 2006). Relativamente à qualidade de vida relacionada com a saúde (avaliada através do instrumento EuroQuol-5D 3L (EQ5D-3L)) um estudo reportou valores de 0,552 ($\pm 0,30$), 0,691 ($\pm 0,27$) e 0,649 ($\pm 0,29$) nas avaliações na *baseline*, 4 e 12 meses, respetivamente (Hill *et al.*, 2011). Um estudo em Portugal reportou uma média de 0.55 ($\pm 0,30$) em utentes com LC ativa (Gouveia *et al.*, 2016).

A evidência demonstra existir uma elevada taxa de cronicidade associada à lombalgia, onde cerca de dois terços dos utentes continuarão a reportar dor ao fim de 3 (67%, 95% IC 50–83) e 12 meses (65%, 95% IC 54-75), sendo frequente (33%) a reincidência de novos episódios durante o primeiro ano de recuperação (da Silva *et al.*, 2017). Aliás, uma revisão sistemática concluiu que utentes que sofreram um episódio de lombalgia apresentam maior risco de sofrerem novos episódios e de apresentarem sintomas persistentes, existindo outros fatores de risco conhecidos, como hábitos tabágicos, obesidade, baixos níveis de atividade física, cinesiofobia, ansiedade, depressão, catastrofização, etc. (Taylor, Goode, George & Cook, 2014).

Ao longo das últimas décadas aspetos-chave das recomendações de *guidelines* para a prática clínica na LNe têm sido alvo de atualizações significativas, sendo que o principal foco passou a estar centrado na capacitação do utente para a autogestão da sua condição, e menos em intervenções farmacológicas e cirúrgicas, não sendo recomendado o recurso rotineiro a exames complementares de diagnóstico (ECDs). No entanto, diversos estudos realizados noutros países identificam uma lacuna substancial entre as recomendações da evidência e a prática clínica oferecida aos utentes com LNe, em relação à prescrição de medicação e ECDs, educação e aconselhamento dos utentes, e referenciação para outras especialidades/intervenções, sendo uma das possíveis razões para tal o facto da rotina desenvolvida na prática clínica nos CSP não ser adequadamente considerada quando estas *guidelines* são realizadas (Little *et al.*, 2004; Somerville

et al. 2008; Williams *et al.*, 2010; Michaleff, Harrison, Britt, Lin & Maher, 2012; O'Connell, Cook, Wand & Ward, 2017; Traeger, Buchbinder, Harris & Haher, 2017).

As *guidelines* reforçam que a primeira linha de tratamento para a LNe não deve ser farmacológica, sendo o recurso a medicamentos opióides fortemente desencorajado (O'Connell *et al.*, 2017; Traeger *et al.*, 2017). As *guidelines* recentes recomendam o recurso a anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) para a gestão da LNe, independentemente da duração dos sintomas, devendo a sua utilização ser limitada a um breve período de duas semanas (Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018). A utilização de paracetamol tem vindo a ser a desencorajada, e o recurso a opióides fracos apenas deve ser iniciado em último recurso em utentes com lombalgia crónica de origem não específica (LCNe), caso os AINEs e outras medicações adjuvantes não sejam eficazes no controlo da dor, devendo esta medicação ser utilizada por curtos períodos de tempo (O'Connell *et al.*, 2017; Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

Os resultados de uma revisão sistemática desenvolvida com o objetivo de descrever as abordagens envolvidas na “prática convencional” para a gestão da lombalgia no contexto de CSP em estudos experimentais randomizados, sugeriu que o nível de prescrição de medicamentos opióides e o recurso a ECDs era bastante elevado, variando amplamente entre diferentes países (Somerville *et al.*, 2008). Um estudo nacional Australiano (Michaleff *et al.*, 2012) revelou que 64,5% dos utentes que recorreram ao seu médico de MG&F por episódio agudo de lombalgia receberam medicação como primeira linha de tratamento. Outro estudo implementado no contexto de CSP nos Estados Unidos da América (Carey *et al.*, 2009) concluiu que 61% dos utentes com lombalgia receberam prescrição de medicamentos opióides, e, em Espanha, os resultados de um estudo (Kovacs *et al.*, 2006) indicaram que cerca de 90% dos utentes com lombalgia que recorreram aos CSP receberam medicação como parte da intervenção.

Embora os ECDs apenas devam ser solicitados aquando da suspeita de patologia específica que beneficie de intervenção diferenciada, a taxa de prescrição continua a ser elevada em diversos países (Foster *et al.*, 2018). Na Noruega (Werner & Ihlebaek, 2012) 38,9% dos utentes com lombalgia foram encaminhados pelo seu médico de MG&F para a realização de ECDs, e, num estudo em Inglaterra,

15% dos utentes que recorram aos CSP por lombalgia receberam prescrição para ECDs. (Foster *et al.*, 2014).

As recomendações para a prática geral para o tratamento da LNe baseiam-se no aconselhamento e na educação do utente para se manter ativo e evitar o descanso prolongado (O'Connell *et al.*, 2017; Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018). A maior parte das *guidelines* direcionadas para a gestão da lombalgia, em particular da LCNe, enfatizam a importância de considerar fatores psicológicos de risco para o desenvolvimento de cronicidade da dor, salientando a importância de tranquilizar os utentes alertando-os para o prognóstico favorável da sua condição, encorajando-os a manterem-se ativos dentro dos limites da sua dor, de forma a contribuir para que o episódio agudo de lombalgia não resulte num quadro de incapacidade a longo prazo (Maher *et al.*, 2017; Traeger *et al.*, 2017; Foster *et al.*, 2018). Na Austrália, um estudo concluiu que apenas 21% das consultas com o médico de MG&F incluíram aconselhamento/educação do utente como parte da intervenção (Williams *et al.*, 2010), e outro estudo mostrou que 24,5% dos médicos de MG&F com particular interesse na área da lombalgia reforçavam o aconselhamento de que o utente não deve regressar ao trabalho enquanto referir dor (Buchbinder, Staples & Jolley, 2009), em oposição das recomendações das *guidelines* atuais (Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018). Um estudo implementado nos CSP de Inglaterra concluiu que cerca de 15% dos utentes com lombalgia receberam certificados de incapacidade (Foster *et al.*, 2014).

Estudos sugerem que em países de alto rendimento a incapacidade associada à lombalgia é parcialmente iatrogénica, sugerindo que a exposição aos cuidados de saúde pode, por vezes, resultar em consequências negativas, onde o aumento de tratamentos potencialmente inseguros e ineficazes tem desperdiçado e esgotado limitados recursos aos cuidados de saúde e prejudicado os utentes (Lin *et al.*, 2013; Buchbinder *et al.*, 2018). A consequência mais óbvia do recurso excessivo e desnecessários a exames imagiológicos trata-se da exposição à radiação, mas estudos também sugerem que a prática recorrente a estes exames pode levar a achados clínicos irrelevantes que desencadeiam cuidados médicos adicionais (por exemplo, exames adicionais, referenciação para outras especialidades, cirurgias e intervenções) e aumenta o risco de custo indiretos, como a ausência ao trabalho. Os riscos mais preocupantes relacionados com o

consumo de opióides prescritos são a dependência, *overdose* e morte (Chou, Deyo & Jarvik, 2012; Foster *et al.* 2018). Além disso, um estudo mostrou que as crenças dos utentes relacionadas com a lombalgia são influenciadas pela interação com os profissionais de saúde, que ao transmitirem crenças/indicações biomédicas negativas relacionadas com esta condição reforçam a incapacidade de os utentes gerirem a sua condição de forma eficaz (Lin *et al.*, 2013).

Apesar da existência e da disponibilização de *guidelines* orientadoras, os padrões de prática clínica na gestão da lombalgia variam amplamente e são resistentes à mudança, uma vez que os profissionais de saúde muitas vezes confiam em crenças partilhadas e na opinião pessoal para basearem o seu processo de tomada de decisão clínica, ao invés de se basearem na evidência científica. As razões para a prescrição de ECDs, medicação e certificados de incapacidade, assim como a referenciação para outras especialidades, envolvem múltiplos fatores, incluindo as crenças e o conhecimento do profissional de saúde e do utente, o funcionamento específico dos sistemas de saúde de cada país, a perceção da pressão que os utentes exercem, a satisfação dos utentes, entre outros fatores. O uso generalizado de tratamentos ineficazes para a lombalgia é considerado como uma das prováveis causas para sua elevada prevalência (Little *et al.*, 2004; van Tulder *et al.*, 2006; Jellema & van Der Windt, 2007; Hill *et al.*, 2008; Scott, Moga & Harstall, 2010; O'Connell *et al.*, 2017).

Em Portugal desconhece-se como é desenvolvida a prática atual implementada ao nível dos CSP na gestão de utentes com LNe, e se esta integra as recomendações atuais para o diagnóstico e intervenção nesta população, relativamente à prescrição de ECDs, medicação e certificados de incapacidade pelos médicos de MG&F. Esta lacuna não permite perceber qual a real capacidade do atual sistema de CSP na gestão da LNe, e qual a evolução dos utentes com esta condição a este nível de cuidados. Esta limitação reflete-se igualmente na capacidade para detetar aspetos relacionados com a prática clínica atual que poderão ser potencialmente responsáveis por prejudicar os utentes e as suas condições clínicas, e, conseqüentemente, na capacidade de identificação de aspetos que possam ser passíveis de melhorias.

Assim, o principal objetivo deste estudo é caracterizar a prática atual de diagnóstico e tratamento, assim como avaliar os resultados clínicos obtidos aos 2

e 6 meses após consulta, em utentes com LNe que recorrem aos CSP, de acordo com a decisão clínica dos médicos de MG&F das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACES Arrábida). Especificamente pretendeu-se:

(1) Caracterizar e analisar a prática clínica corrente nos CSP em utentes com lombalgia, relativamente à prescrição de ECDs, medicação, certificados de incapacidade, e referenciação para Fisioterapia e para outras especialidades médicas, e verificar se esta segue as recomendações atuais;

(2) Avaliar o curso clínico de utentes com lombalgia, relativamente à incapacidade funcional, intensidade de dor, qualidade de vida relacionada com a saúde, e perceção global de melhoria;

(3) Examinar a proporção de utentes com lombalgia que obtém bons resultados clínicos e a proporção que recupera ao nível da incapacidade funcional, intensidade de dor e perceção global de melhoria.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo *cohort* prospetivo observacional que resultou de uma parceria com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) através do ACES Arrábida, que esteve na base da seleção das sete USF e UCSP parceiras desse agrupamento. A aprovação ética foi obtida pelo Comité de Ética da ARSLVT. Os utentes tomaram conhecimento e concordaram em participar no estudo através da assinatura de um consentimento informado.

Previamente à recolha de dados foi realizada uma apresentação do estudo em todas as USF/UCSP selecionadas e foram explicados todos os procedimentos de seleção, convite e referenciação de utentes para o estudo. Foi enfatizado que os médicos de MG&F deveriam manter a sua prática habitual e tomassem todas as decisões que julgassem adequadas.

O período de recrutamento teve lugar entre fevereiro e outubro de 2018. A recolha de dados foi realizada de forma sequencial, sendo que um investigador esteve cerca de 4/5 semanas em cada uma das unidades parceiras. Durante o período de recolha de dados, foram realizadas reuniões de balanço com os médicos de MG&F de forma a manter os níveis de referenciação.

Os utentes foram recrutados durante a consulta médica, sendo potenciais candidatos aqueles que fossem diagnosticados com lombalgia de qualquer duração (Códigos L03-Sinais e sintomas na região lombar, L84-Síndromes da coluna sem irradiação de dor; e L86-Síndrome vertebral com irradiação de dores) pelos médicos MG&F das unidades do ACES Arrábida parceiras do projeto.

Os seguintes critérios de inclusão foram definidos e aplicados durante a consulta médica pelos médicos MG&F: ter lombalgia, idade compreendida entre 18-65 anos, e que saibam ler e escrever Português Europeu, de forma a garantir o preenchimento dos diferentes instrumentos de medida. Foram excluídos os utentes com lombalgia de origem específica, por infeção, tumor, fratura e/ou doença inflamatória, com presença de patologia específica, tal como sintomas de compressão radicular, doença inflamatória e/ou infecciosa, doença sistémica, dor de origem visceral/ maligna, fratura ou risco de fratura, que tenham realizado cirurgia lombar recentemente (últimos 6 meses), mulheres grávidas ou até 6 meses após o parto, à data da consulta.

No final da consulta, os médicos MG&F convidaram os utentes a participar no projeto e, caso aceitassem, eram enviados ao investigador colaborador no estudo. Todos os utentes enviados pelos médicos MG&F foram informados pelo investigador colaborador acerca do estudo de acordo com as informações disponíveis no folheto informativo do mesmo, e no final foi-lhes solicitado o preenchimento do consentimento informado (Apêndice A).

Imediatamente após a consulta médica foi solicitado a todos os utentes que concordaram em participar no estudo para completarem os instrumentos de medida referentes à avaliação inicial (*baseline*), que incluía um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a *Escala Numérica da Dor*, e as versões portuguesas dos questionários *Roland Morris Disability Questionnaire* (Monteiro, Faísca, Nunes & Hipólito, 2010) e *EuroQol-5D* (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013). Estes instrumentos de medida foram aplicados sob forma de entrevista, com o objetivo de homogeneizar o método de recolha de dados nos três momentos de avaliação (*baseline*, 2 e 6 meses). No final da avaliação inicial foi combinado com o utente as reavaliações aos 2 e 6 meses. Ambas as reavaliações foram realizadas pelo mesmo investigador por entrevista telefónica, em horário estipulado pelo utente e não demoraram mais do que 20 minutos. Nas reavaliações, foram aplicados os mesmos instrumentos de medida que aplicados na *baseline* (exceto o questionário de caracterização), aos quais foi acrescentada a versão portuguesa da *Global Back Recovery Scale* (Freitas & Cruz, 2017).

2.1. Caracterização da prática clínica

O registo clínico de cada utente foi consultado (autorização fornecida no consentido informado) com o objetivo de caracterizar a prática clínica corrente dos médicos de MG&F, sendo esta consulta realizada pelos investigadores do estudo, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo. A informação extraída foi unicamente relacionada com a condição de lombalgia, de acordo com um formulário previamente estandardizado (Apêndice B) relacionado com o processo de diagnóstico (prescrição de ECDs), de tratamento (prescrição de medicação), pedidos de certificados de incapacidade, consultas de *follow-up* (até ao máximo de 6 meses após a 1ª consulta) e referências para Fisioterapia e outras especialidades médicas.

2.2. Instrumentos de medida

Questionário sociodemográfico e clínico

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice C) usado incluiu duas secções: dados sociodemográficos (idade, género, situação familiar, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), nível de escolaridade, situação profissional, ausência do trabalho, baixa remunerada); e dados clínicos (duração da lombalgia, dor irradiada para o membro inferior, incapacidade funcional, intensidade da dor e qualidade de vida relacionada com a saúde na *baseline*).

Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)

A RMDQ é um instrumento de autopreenchimento constituído por 24 questões, que avalia a incapacidade funcional associada à lombalgia. As questões são em formato fechado (sim/ não) e o resultado advém da soma de todos os itens marcados como “sim”, podendo variar de 0 (ausência de incapacidade) a 24 (incapacidade severa). Apresenta uma boa validade convergente com outros instrumentos, como a *Quebec Back Pain Disability Scale* ($r=0,60$, $p<0,001$) e a *Oswestry Disability Index* ($r=0,50$) (Roland & Fairbank, 2000; Reneman, Jorritsma, Schellekens & Goeken, 2002; Smeets, Köke, Lin, Ferreira & Demoulin, 2011).

Este instrumento encontra-se adaptado e validado para a população e língua portuguesa (Monteiro *et al.*, 2010), apresentando uma consistência interna (α de Cronbach=0,81) e um valor de confiabilidade no teste-reteste (CCI=0,86) elevados, fornecendo medidas fiáveis de incapacidade para o utente com lombalgia.

A DMCI estabelecida para a RMDQ é de 30% ou de 5 pontos (Ostelo *et al.*, 2008). Obter uma pontuação igual ou superior a 7 encontra-se associada a um risco elevado de desenvolver dor persistente e incapacitante (Hill *et al.*, 2008).

Escala Numérica da Dor (END)

A END é um instrumento unidirecional, numerado de 0-10, no qual o utente é solicitado a classificar a intensidade da sua dor (0 corresponde a “ausência de dor” e 10 a “dor máxima/ pior dor imaginável”), no momento ou nos últimos 7 dias. Este instrumento pode ser utilizado por escrito, tanto na horizontal como na vertical, e apresenta elevados níveis de confiabilidade no teste-reteste (CCI=0,96-0,95). Pode ser aplicado a utentes analfabetos e alfabetizados, assim como em todas as línguas

e culturas (Hawker, Mian, Kendzerska & French, 2011; Monticone *et al.*, 2014; Direção-Geral de Saúde, 2003).

De acordo com alguns autores, a diminuição em 2 pontos ou em 30% representa uma DMCI para este instrumento. A intensidade da dor foi classificada como: ausência de dor se $END = 0$; dor ligeira se $1 \leq END \leq 3$; dor moderada se $4 \leq END \leq 6$; dor severa se $7 \leq END \leq 10$ (Farrar, Young, LaMoreaux, Werth & Poole, 2001; Childs, Piva & Fritz, 2005; Dworkin *et al.*, 2005; Ostelo *et al.*, 2008).

EuroQoL-5D 3L (EQ5D-3L)

O EQ5D-3L é um instrumento de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde que permite gerar um índice representativo do valor do estado de saúde do utente, estando adaptada e validada para a população e língua portuguesa (Ferreira *et al.*, 2013). Desenvolvido pelo grupo *EuroQoL*, consiste num sistema de classificação que descreve o estado de saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. Cada dimensão apresenta três níveis de severidade associados, que correspondem a “sem problemas” (nível 1), “alguns problemas” (nível 2) e “problemas extremos” (nível 3), experienciados/ sentidos pelo utente. As respostas deste sistema descritivo podem ser agregadas através de um algoritmo sensível aos valores identificados no país, produzindo um índice de valor que varia numa escala de 1 (“estado de saúde perfeito”) a 0 (“morte”), podendo assumir valores negativos que correspondem a estados de saúde considerados pior que a morte. A estimativa deste índice para a população geral portuguesa é de 0,758, variando entre -0,5 e 1 (Ferreira *et al.*, 2013; Ferreira, Ferreira, Pereira & Oppe, 2014).

Adicionalmente ao preenchimento deste sistema descritivo, é solicitado ao utente que assinale a sua autoavaliação sobre o seu estado de saúde geral numa escala visual análoga que varia de 0 (“pior estado de saúde imaginável”) a 100 (“melhor estado de saúde imaginável”), sendo geralmente apelidada de termómetro EQ-VAS (EuroQoL Group, 1990). A média obtida através do EQ-VAS para uma amostra saudável da população portuguesa foi de 74,9 (Ferreira *et al.*, 2013; Ferreira *et al.*, 2014).

A versão portuguesa deste instrumento apresenta elevados níveis de confiabilidade no teste-reteste ($CCI=0,862$, 95% $IC=0,808-0,901$) e valores

aceitáveis de consistência interna (α de Cronbach=0,716) (Ferreira *et al.*, 2013). No presente estudo foram utilizadas as ponderações portuguesas no algoritmo para a obtenção do índice (Ferreira *et al.*, 2014).

Global Back Recovery Scale (GBRS)

A GBRS é um instrumento destinado a quantificar a percepção de melhoria ou agravamento da condição clínica do utente ao longo do tempo, usualmente utilizada para determinar o efeito percebido com a intervenção ou monitorizar o curso clínico de uma condição. Neste estudo utilizou-se a seguinte questão âncora: “Comparativamente ao início do tratamento nesta instituição, como descreve as suas costas atualmente? (selecione UMA opção)” (Freitas & Cruz, 2017).

Para esta questão existem 11 possibilidades de resposta que podem variar entre -5 (“muito pior”) a 5 (“completamente recuperado”), incluindo 0 (“na mesma/ sem alterações”) no centro da escala. Este instrumento encontra-se adaptado e validado para a população e língua portuguesa, e apresenta uma boa validade de construto, com uma moderada/ forte correlação com a RMDQ ($r=0,50$) (Freitas & Cruz, 2017; Pengel, Refshauge & Maher, 2004). Apresenta valores adequados de confiabilidade no teste-reteste (CCI=0,717, 95% IC 0,479-0,859, $p<0,001$). A DMCI estabelecida neste instrumento para indivíduos com LC que se encontrem a realizar Fisioterapia é de 3 ($AUC>0,70$) (Freitas & Cruz, 2017).

2.3. Análise de dados

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 23. A significância estatística foi estabelecida para $p<0,05$.

A análise dos dados recolhidos foi realizada com base na amostra total dos utentes incluídos no estudo, tendo sido realizada uma análise estatística descritiva da informação relacionada com as características sociodemográficas e clínicas e com a prescrição de medicação, ECDs, certificados de incapacidade e referências para Fisioterapia e/ ou outras consultas da especialidade médicas. Relativamente aos métodos de estatística descritiva, recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão, respetivamente) para as variáveis numéricas, e a medidas de distribuição de frequências para as variáveis nominais e ordinais.

Foi realizada uma regressão logística binária (Método: Enter) com o objetivo de verificar se a probabilidade dos médicos de MG&F prescreverem ECDs e certificados de incapacidade estava ou não associada às seguintes características da *baseline*: duração do lombalgia (aguda e subaguda/ crónica); dor irradiada (ter/ não ter dor irradiada); nível de incapacidade funcional (RMDQ); intensidade da dor (END); e índice de qualidade de vida (EQ5D-3L). A análise da associação (*Odds Ratio* (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95%) entre as diferentes variáveis independentes e a variável dependente foi ajustada às variáveis género e idade.

Foi apenas realizada uma análise estatística descritiva da prescrição de medicação, devido ao baixo valor de *n* reportados nas diferentes classes terapêuticas. De forma a analisar os resultados obtidos relativamente à medicação prescrita, foi recolhida informação relacionada com a classe terapêutica de cada medicamento e organizada de acordo com a classificação da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde Portuguesa (INFARMED).

A escada analgésica da dor (Figura 1), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, foi usada para classificar o nível de medicação analgésica, assim como a combinação de medicações utilizadas.

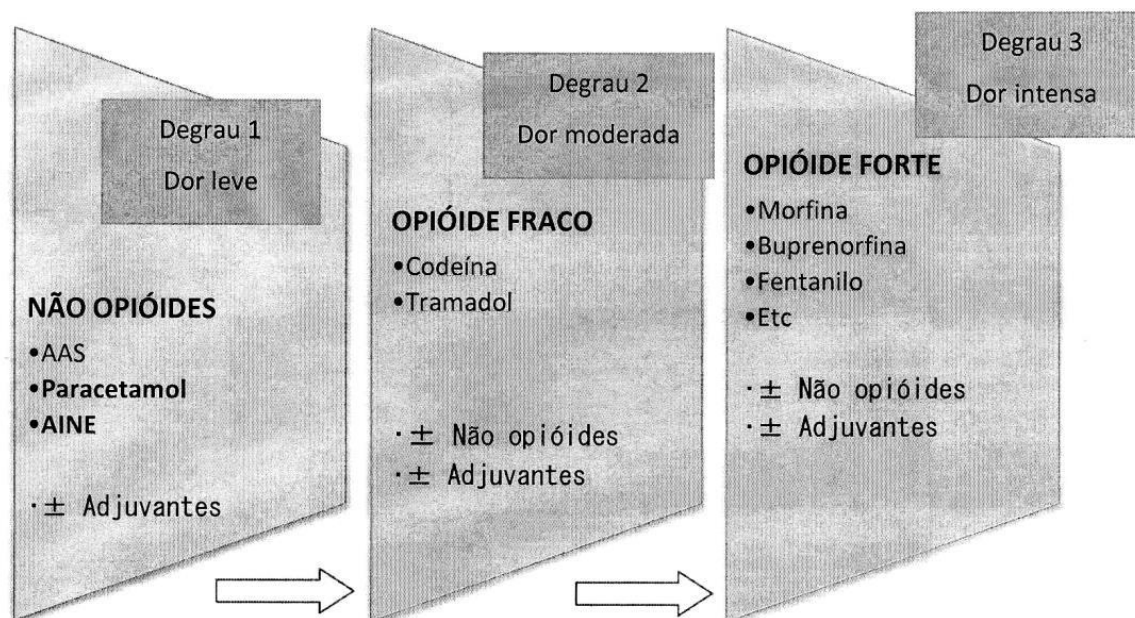


Figura 1. Escada analgésica da dor (OMS, 1986).

Medicação adjuvante inclui medicamentos antidepressivos, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, antiepiléticos e anticonvulsivantes, antiepilético e anticonvulsivante, e relaxantes musculares.

O *outcome* primário definido foi a incapacidade funcional, e os secundários foram a intensidade da dor, qualidade de vida relacionada com a saúde e percepção global de melhoria. O curso clínico destes *outcomes* foi analisado em cada momento de avaliação (*baseline*, 2 e 6 meses). De forma a determinar a abordagem estatística a utilizar procedeu-se inicialmente ao estudo da normalidade das variáveis nos três momentos de avaliação, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Uma vez que se verificou que a maioria dos dados não seguia uma distribuição normal (Apêndice D), foi aplicado o teste de *ANOVA de Friedman* (teste não-paramétrico) para comparação das médias dos resultados obtidos nos diversos *outcomes* entre os três momentos de avaliação, e o teste de comparações múltiplas (*pairwise comparisons* com correção de *Bonferroni*) de forma a identificar entre quais momentos existiam diferenças estatisticamente significativas. Adicionalmente, foram definidos três critérios para classificação dos resultados clínicos obtidos pelos utentes aos 2 e 6 meses de *follow-up*, relativamente à incapacidade funcional, intensidade da dor e percepção global de melhoria:

1) Uteses que obtiveram um resultado igual “0” na RMDQ e na END, e um resultado igual a “5” na GBRS foram classificados como recuperados;

2) Uteses cuja melhoria excedeu os valores estabelecidos na literatura para a DMCI da RMDQ ($\geq 30\%$), END ($\geq 30\%$) e GBRS (pontuação ≥ 3) (Ostelo, *et al.*, 2008; Freitas & Cruz, 2017) foram classificados como tendo uma melhoria clinicamente importante;

3) Uteses que obtiveram uma pontuação < 7 na RMDQ (Hill *et al.*, 2008) foram classificados como tendo baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/cronicidade.

De seguida procedeu-se à análise das frequências absolutas e relativas da amostra dicotomizada entre utentes que “recuperaram/ não recuperaram”, utentes “com/ sem melhoria clinicamente importante”, e utentes com baixo/ elevado risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/ cronicidade”, com base nos critérios descritos.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo de 8 meses, 139 utentes foram referenciados para o estudo através das USF e UCSP parcerias, sendo 23 excluídos por referenciação incorreta, não cumprindo os critérios de inclusão. A Figura 2 representa o fluxograma do estudo.

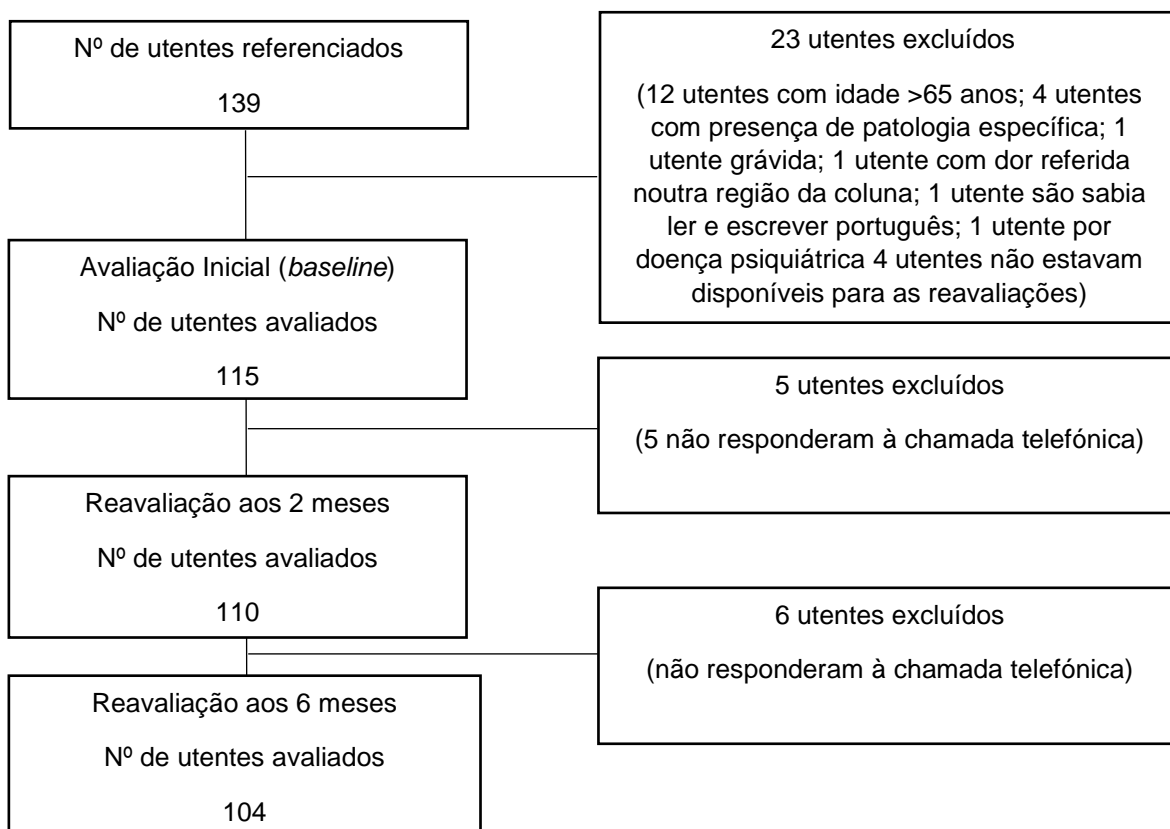


Figura 2. Fluxograma do estudo

Foram incluídos na amostra inicial 115 utentes com LNe que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente, preencheram os instrumentos de avaliação inicial e assinaram o consentimento informado.

A amostra foi constituída por utentes com idade média de 48 anos ($\pm 11,15$) e maioritariamente do género feminino (56,5%). Cerca de 30% ($n=35$) dos utentes referia na altura estar ausente do trabalho e 27% ($n=31$) de baixa remunerada. A maioria dos utentes referia lombalgia há menos de 12 semanas (53,9%) e ter dor irradiada para o membro inferior (66,1%). A amostra total de utentes reportou uma média de 12,63 ($\pm 5,89$) de incapacidade funcional (através do instrumento RMDQ), uma média de 5,41 ($\pm 2,56$) de intensidade da dor (através do instrumento END) e

uma média de 0,44 ($\pm 0,23$) relativamente à qualidade de vida (reportada através do EQ5D-3L). As restantes características sociodemográficas e clínicas da amostra total estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra na *baseline* (n=115).

		n (%) ou média (DP)	
Caraterísticas sociodemográficas	Idade (anos)	48,30 ($\pm 11,15$)	
	Género (feminino)	65 (56,5%)	
	Situação familiar	Vive sozinho	41 (35,7%)
		Viva acompanhado	74 (64,3%)
	IMC	26,7 ($\pm 4,52$)	
	Nível de escolaridade	Ensino Básico ou Inferior	60 (52,2%)
		Ensino Secundário ou Superior	55 (47,8%)
	Situação profissional	A trabalhar	89 (77,4%)
		Incapaz de trabalhar devido ao seu problema	3 (2,6%)
		Desempregada (o)	12 (10,4%)
		Reformada (o)	7 (6,1%)
		Doméstica (o)	4 (3,5%)
Ausente do trabalho (não)	80 (69,6%)		
Baixa remunerada (não)	84 (73%)		
Caraterísticas clínicas	Duração da lombalgia	0-12 semanas	62 (53,9%)
		> 12 semanas/ 3 meses	53 (46,1%)
	Dor irradiada para o membro inferior (sim)	76 (66,1%)	
	Incapacidade funcional reportada (RMDQ)	12,63 ($\pm 5,89$)	
	Intensidade da dor reportada (END)	5,41 ($\pm 2,56$)	
Qualidade de vida reportada (EQ5D-3L)	0,44 ($\pm 0,23$)		

Variáveis quantitativas: média \pm desvio padrão. Variáveis categóricas: frequência absoluta (n) e relativa (%).

3.1. Caraterização da prática clínica atual

Medicação

Ao longo do estudo, 97 (85,1%) utentes receberam prescrição de medicação durante a consulta com o seu médico de MG&F, sendo que no total foram prescritos 178 medicamentos. Entre os medicamentos mais frequentemente prescritos destacam-se os AINEs (n=79, 44,38%), relaxantes musculares (n=59, 33,15%) e

opióides (n=19, 10,67%). A Tabela 2 apresenta as frequências absoluta e relativa dos medicamentos prescritos, segundo a sua classe terapêutica.

Tabela 2. Frequência das prescrições realizadas organizadas por classes terapêuticas (n=178).

Classe Terapêutica	n (%)
AINEs	79 (44,38%)
Opióides fracos	19 (10,67%)
Relaxantes musculares	59 (33,15%)
Antiepiléticos e anticonvulsivantes	11 (6,18%)
Suplementos alimentares	5 (2,81%)
Bifosfonatos	1 (0,56%)
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	1 (0,56%)
Antieméticos e antivertiginosos	2 (1,12%)
Antiácidos e anti-ulcerosos	1 (0,56%)

Variáveis quantitativas: frequência absoluta (n) e relativa (%).

Analisando apenas os dados relativos à prescrição de analgésicos, estes foram prescritos a 80 (82%) utentes, sendo que a maior parte destes auto-reportaram dor intensa (n=34, 42,5%) e dor aguda/subaguda (n=47, 58,75%). Entre os utentes que receberam prescrição de medicação analgésica, a prescrição isolada de AINEs (acompanhada ou não de medicação adjuvante) foi bastante mais frequente (n=61, 76,25%) do que a prescrição isolada de opióides (n=1, 1,25%) ou a prescrição combinada de AINEs e opióides (n=18, 22,5%). Não foram prescritos opióides fortes.

As Tabelas 3 e 4 reúnem a distribuição dos dados relacionadas com a prescrição de analgésicos segundo a intensidade de dor: ausente (END = 0); ligeira ($1 \leq \text{END} \leq 3$); moderada ($4 \leq \text{END} \leq 6$); intensa ($7 \leq \text{END} \leq 10$); e a duração da dor: <12 semanas (aguda/ subaguda); >12 semanas (crónica).

Tabela 3. Medicação analgésica prescrita segundo a intensidade da dor na END (n=115).

Analgésicos prescritos	Intensidade da dor segundo a END				Total n (%)
	Dor ausente	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	
AINEs	4	13	21	23	61 (53%)
Opióides	0	0	0	1	1 (0,9%)
AINEs e Opióides	0	1	7	10	18 (15,7%)
Sem analgésicos	3	6	16	10	35 (30,4%)
Total	7 (6,1%)	20 (17,4%)	44 (38,2%)	44 (38,2%)	115 (100%)

Variáveis quantitativas: frequência absoluta (n) e relativa (%).

Tabela 4. Medicação analgésica prescrita segundo a duração da dor (n=115).

Analgésicos prescritos	Duração da dor		Total n (%)
	Aguda/Subaguda	Crónica	
AINEs	35	26	61 (53%)
Opióides	1	0	1 (0,9%)
AINEs e Opióides	11	7	18 (15,7%)
Sem analgésicos	15	20	35 (30,4%)
Total	62 (53,9%)	53 (46,1%)	115 (100%)

Variáveis quantitativas: frequência absoluta (n) e relativa (%).

A Figura 3 representa a distribuição da medicação analgésica prescrita de acordo com a escada analgésica da dor da OMS e a intensidade e duração da dor.

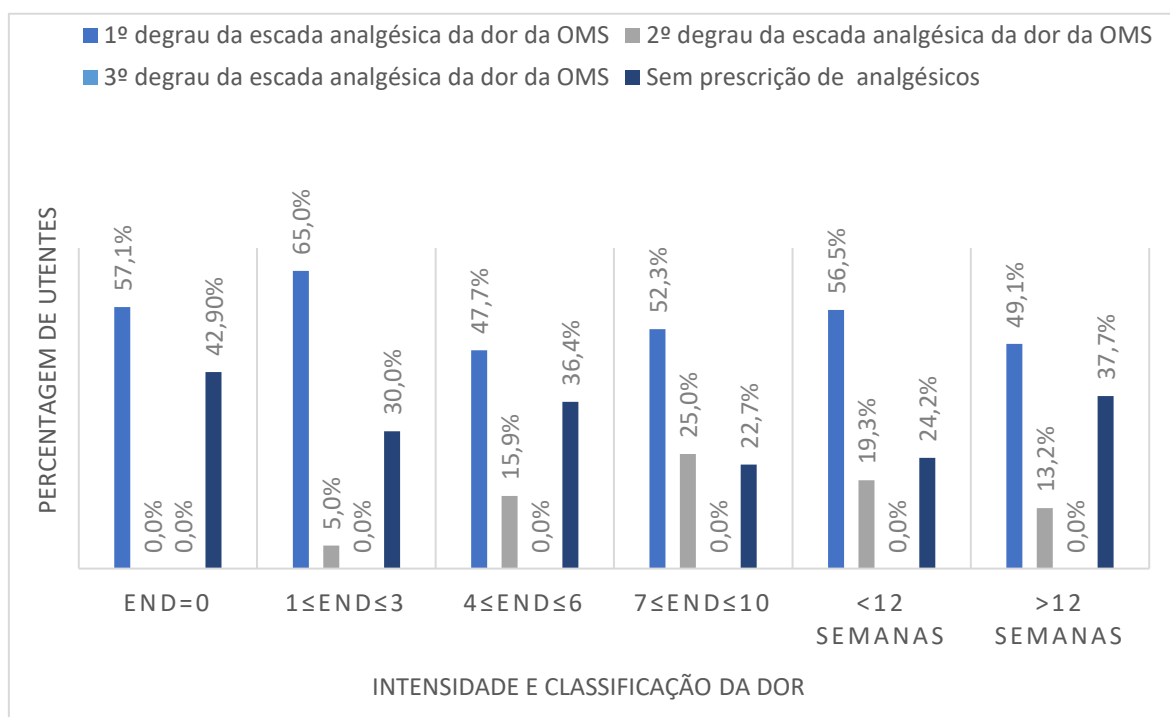


Figura 3. Medicação analgésica prescrita de acordo com a escada analgésica da dor da OMS, intensidade da dor auto-reportada através da Escala Numérica de Dor (END) e duração da dor.

Exames Complementares de Diagnóstico

Cerca de 48% (n=55) dos utentes recebeu prescrição para a realização de ECDs. As prescrições de ECDs foram: radiografia (n=38, 69,1%), tomografia axial computadorizada (TAC) (n=14, 25,5%), e o conjunto de radiografia e TAC (n=3, 5,5%).

A regressão logística binária, ajustada à idade e ao género, revelou que a duração do episódio de dor (OR 0,934; 95% IC 0,439-1,988; $p=0,860$), a presença

de dor irradiada (OR 0,793; 95% IC 0,360-1,745; $p=0,564$), o nível de incapacidade funcional (OR 1,003; 95% IC 0,941-1,068; $p=0,934$), a intensidade da dor (OR 0,956; 95% IC 0,826-1,107; $p=0,551$), e o índice de qualidade de vida (OR 0,572; 95% IC 0,108-3,036; $p=0,512$) na *baseline* não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a probabilidade de receber prescrição de ECDs. A Tabela 5 resume os coeficientes do modelo e a sua significância (Apêndice D inclui os restantes resultados da análise).

Tabela 5. Resultado da análise de regressão logística binária relativamente à probabilidade de prescrição de ECDs (*odds ratio*, intervalo de confiança e valor de significância).

Variáveis		Não ajustada			Ajustada à idade e ao género		
		OR	95% IC	Sig.	OR	95% IC	Sig.
Duração da dor	Aguda ^a	1			1		
	Crónica	0,941	[0,451-1,966]	0,872	0,934	[0,439-1,988]	0,860
Dor irradiada	Sim ^a	1			1		
	Não	0,831	[0,383-1,804]	0,640	0,793	[0,360-1,745]	0,564
RMDQ		0,997	[0,937-1,061]	0,918	1,003	[0,941-1,068]	0,934
END		0,962	[0,833-1,111]	0,600	0,956	[0,826-1,107]	0,551
EQ5D-3L		0,607	[0,117-3,142]	0,552	0,572	[0,108-3,036]	0,512

Classe de referência ^a; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; Sig: valor de significância; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQuol-5D 3L.

Certificados de Incapacidade

Da amostra em estudo, 29 (25,7%) utentes receberam certificados de incapacidade para período de baixa, em que a duração da mesma oscilou entre 3 (n=1) e 60 (n=1) dias, sendo a mais frequente a de 12 (n=11) dias. Entre os utentes que receberam baixa médica, 16 (55,2%) referiam lombalgia aguda/subaguda.

A regressão logística binária, ajustada à idade e ao género, revelou que a duração do episódio de dor (OR 1,043; 95% IC 0,435-2,500; $p=0,924$) e a presença de dor irradiada (OR 2,168; 95% IC 0,811-5,795; $p=0,123$) não estão significativamente associadas com a probabilidade de receber prescrição de certificados de incapacidade. Ao contrário, as variáveis de incapacidade funcional

(OR 1,226; 95% IC 1,109-1,357; $p=0,005$), intensidade da dor (OR 1,321; 95% IC 1,079-1,616; $p=0,007$), e qualidade de vida (OR 0,006; 95% IC 0,000-0,079; $p=0,005$) apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a probabilidade de receber uma prescrição de certificados de incapacidade. Estes resultados indicam que, por cada ponto na RMDQ e na END, a probabilidade de um certificado de incapacidade ser prescrito aumenta 1,2 e 1,3 vezes, respetivamente. A Tabela 6 resume os coeficientes do modelo e a sua significância (Apêndice D inclui os restantes resultados da análise).

Tabela 6. Resultado da análise de regressão logística binária relativamente à probabilidade de prescrição de certificados de incapacidade (*odds ratio*, intervalo de confiança e valor de significância).

Variáveis		Não ajustada			Ajustada à idade e ao género		
		OR	95% IC	Sig.	OR	95% IC	Sig.
Duração da dor	Aguda ^a	1			1		
	Crónica	1,119	[0,479-2,612]	0,795	1,043	[0,435-2,500]	0,924
Dor irradiada	Sim ^a	1			1		
	Não	1,934	[0,742-5,040]	0,177	2,168	[0,811-5,795]	0,123
RMDQ		1,233	[1,114-1,363]	0,005	1,226	[1,109-1,357]	0,005
END		1,283	[1,058-1,555]	0,011	1,321	[1,079-1,616]	0,007
EQ5D-3L		0,007	[0,001-0,086]	0,005	0,006	[0,000-0,079]	0,005

Classe de referência ^a; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; Sig: valor de significância; RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQuol-5D 3L.

Referenciações para Fisioterapia e outras especialidades médicas

Apenas 8,3% dos utentes foram referenciados para Fisioterapia, e 4,6% para consultas de outras especialidades médicas.

3.2. Curso Clínico da Incapacidade Funcional, Intensidade da Dor e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

A comparação das médias dos resultados obtidos através da RMDQ (incapacidade funcional), END (intensidade da dor) e EQ5D-3L (qualidade de vida relacionada com a saúde) nos três momentos de avaliação foi realizada através do

teste ANOVA de Friedman e da comparação *pairwise* com correção de Bonferroni (Apêndice E), para identificação das diferenças estatisticamente significativas.

Os resultados obtidos através da RMDQ sofreram alterações estatisticamente significativas entre as três avaliações [$X_2(3)=25,164$; $p<0,001$; $n=103$]. A incapacidade funcional diminuiu da *baseline* para os 2 meses, e dos 2 para os 6 meses, sendo registada uma redução de 4,26 pontos entre a *baseline* e os 6 meses. As diferenças estatisticamente significativas ocorreram entre a *baseline* e os 2 meses ($p=0,001$), e a *baseline* e os 6 meses ($p<0,001$).

Relativamente aos resultados obtidos através da END, foram encontradas alterações estatisticamente significativas entre as três avaliações quer ao nível da intensidade da dor no momento [$X_2(3)=25,099$; $p<0,001$; $n=103$] como nos últimos 7 dias [$X_2(3)=23,955$; $p<0,001$; $n=103$], sendo que em ambas as diferenças estatisticamente significativas ocorreram entre a *baseline* e os 6 meses ($p<0,001$ e $p<0,001$, respetivamente) e a *baseline* e os 2 meses ($p=0,13$ e $p=0,001$, respetivamente). Foi registada uma redução de 2,12 pontos na intensidade da dor no momento, entre a *baseline* e os 6 meses.

Os resultados do EQ5D-3L foram semelhantes aos encontrados nas variáveis anteriores, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas [$X_2(3)=31,328$; $p<0,001$; $n=103$] entre a *baseline* e os 6 meses ($p<0,001$) e *baseline* e os 2 meses ($p=0,001$). A média da pontuação obtida através do EQ5D-3L aumentou inicialmente da *baseline* ($0,44\pm 0,23$) para os 2 meses ($0,61\pm 0,27$), diminuindo ligeiramente dos 2 para os 6 meses ($0,59\pm 0,25$). Também nos resultados obtidos através do EQ-VAS foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [$X_2(3)=36,254$; $p<0,001$; $n=103$] entre a *baseline* e os 6 meses ($p<0,001$) e a *baseline* e os 2 meses ($p<0,001$), evoluindo positivamente ao longo das três avaliações.

Em todos os *outcomes* salienta-se que dos 2 para os 6 meses as alterações registadas são mínimas e estatisticamente não significativas, indicando que os principais ganhos foram obtidos até aos 2 meses. Os dados relativos aos *outcomes* obtidos através da RMDQ, END, EQ5D-3L e EQ-VAS nos três momentos de avaliação são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7. Resultados obtidos na RMDQ, END, EQ5D-3L e EQ-VAS na baseline (n=115), aos 2 meses (n=110) e 6 meses (n=104).

Instrumentos de medida	Baseline		2 meses		6 meses	
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana
RMDQ	12,63 (±5,89)	13	9,15 (±6,76)	8	8,37 (±6,83)	8
END momento	5,41 (±2,56)	6	3,88 (±2,94)	4	3,29 (±3,22)	3
END 7 dias	6,29 (±2,21)	7	4,74 (±2,82)	5	4,41 (±3,09)	4,5
EQ5D-3L	0,44 (±0,23)	0,45	0,61 (±0,27)	0,59	0,59 (±0,25)	0,59
EQ-VAS	53,84 (±20,77)	53	68,54 (±21,65)	70	70,26 (±23,91)	80

Variáveis quantitativas: média ± desvio padrão, mediana. RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQuol-5D 3L.

3.3. Recuperação e Melhoria clinicamente importantes

Apenas cerca de 10% (n=11) e 12% (n=12) dos utentes da amostra reportaram pontuação “0” (sem incapacidade funcional) aos 2 e 6 meses, respetivamente, na RMDQ. Relativamente à END, 24% (n=26) e 38% (n=39) dos utentes registaram pontuação “0” (ausência de dor) aos 2 e 6 meses, respetivamente. Em relação à GBRS, cerca de 12% (n=13) e 10% (n=10) dos utentes registaram pontuação “5” (completamente recuperado) aos 2 e 6 meses, respetivamente.

A maioria dos utentes que alcançaram os critérios de recuperação referiam dor aguda/ subaguda, tanto aos 2 como aos 6 meses, na RMDQ (72,7% e 75%, respetivamente), na END (69,6% e 56,4%, respetivamente) e na GBRS (84,6% e 80%, respetivamente).

Os dados relativos à percentagem de utentes que reportaram melhorias clinicamente importantes na RMDQ, END e GBRS, e baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, aos 2 e 6 meses, são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Número/ proporção de utentes que alcança a DMCI na END, RMDQ e GBRS, e baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, aos 2 (n=111) e 6 meses (n=104).

		2 meses	6 meses
RMDQ	Número /proporção de utentes que alcança uma melhoria clinicamente importante - igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial no <i>Roland Morris Disability Questionnaire</i> .	54 (49,1%)	53 (50,9%)
RMDQ	Número /proporção de utentes que tem baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/ crónica (<7).	46 (41,8%)	48 (46,2%)
END	Número /proporção de utentes que alcançou uma melhoria clinicamente importante - redução igual ou superior a 30% relativamente à pontuação obtida na avaliação inicial na Escala Numérica da Dor.	55 (50%)	60 (57,7%)
GBRS	Número /proporção de utentes que alcança uma melhoria clinicamente importante - pontuação igual a 5 (completamente recuperado) na <i>Global Back Recovery Scale</i> .	58 (52,7%)	56 (53,8%)

Variáveis quantitativas: frequência absoluta (n) e relativa (%). RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; GBRS: Global Back Recovery Scale.

Relativamente à variável “*Incapacidade funcional*” (RMDQ), o número de utentes que apresentou melhorias clinicamente importantes foi semelhante aos 2 (n=54, 49,1%) e 6 meses (n=53, 51%). A maioria dos utentes que alcançou este critério referiam dor aguda/ subaguda, aos 2 (68,5%) e 6 (64,2%) meses.

A percentagem de utentes que apresentou um baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/ cronicidade (pontuação <7 na RMDQ) nas duas reavaliações foi semelhante, sendo que a maioria destes eram utentes que referiam lombalgia aguda/ subaguda, tanto aos 2 (60,9%) como aos 6 meses (58,3%).

Aos 2 meses, metade dos utentes apresentaram melhorias clinicamente importantes (n=55, 50%) na variável “*Intensidade da dor*” (END), aumentando ligeiramente aos 6 meses (n=60, 58%). A maioria dos utentes que alcançou este critério referiam dor aguda/ subaguda, aos 2 (67,3%) e 6 (60%) meses.

Relativamente à variável “*Perceção global de melhoria*” (GBRS) uma ligeira maioria dos utentes reportou uma diferença clinicamente importante tanto aos 2 (n=58, 52,7%), como aos 6 meses (n=56, 53,8%). A maioria dos utentes que alcançou este critério referiam dor aguda/ subaguda, aos 2 (65,5%) e 6 (66,1%) meses.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em Portugal, o tratamento da lombalgia é predominantemente realizado ao nível dos CSP (Rodrigues, 2000; Castro-Lopes *et al.*, 2010; Barreiro & Santiago, 2013), desconhecendo-se como é gerida a prática na LNe neste contexto. O presente estudo teve como objetivo caracterizar a prática atual de diagnóstico e de tratamento, assim como avaliar os resultados clínicos obtidos aos 2 e 6 meses após consulta, em utentes com LNe que recorrem aos CSP, de acordo com a decisão clínica dos médicos de MG&F.

A amostra deste estudo foi constituída por 115 utentes com idade média de 48 anos ($\pm 11,15$) e maioritariamente do género feminino (56,5%). Relativamente à caracterização sociodemográfica, estes resultados são semelhantes aos encontrados num estudo epidemiológico nacional (*EpiReumaPt*) conduzido em 2016, cuja amostra é representativa da população adulta portuguesa, que concluiu que a prevalência da lombalgia é significativamente mais elevada nas mulheres do que nos homens (29,6% vs. 22,8%; $p=0,04$), assim como no grupo etário entre os 46-55 anos (27,7%; 95% IC 23,1-32,4%). Os resultados deste estudo indicam uma prevalência de 10,4% (95% IC 9,6–11,9%) de LC ativa na população adulta portuguesa, cuja média de idades rondou os 58 anos ($\pm 17,2$), sendo também mais prevalente nas mulheres (14,1 vs. 6,3%). Um estudo realizado numa USF em Matosinhos (Portugal) reportou uma maior prevalência da lombalgia nas mulheres (54,2%) e no grupo etário dos 50-65 anos (Ponte, 2005). Em relação à caracterização clínica da amostra em estudo, a maioria dos utentes referia dor há menos de 12 semanas (53,9%) e dor irradiada para o membro inferior (66,1%), sendo este último valor semelhante ao referido no estudo *EpiReumaPt* (60,9%) (Gouveia *et al.*, 2016).

Na avaliação inicial (*baseline*) foi encontrada uma média de 12,63 ($\pm 5,89$) pontos na RMDQ (incapacidade funcional), 5,41 ($\pm 2,56$) pontos na END (intensidade da dor no momento) e 0,44 ($\pm 0,23$) no índice do EQ5D-3L (qualidade de vida relacionada com a saúde). Outros autores reportaram resultados semelhantes, como Hill *et al.* (2011) e Kovacs *et al.* (2006), que observaram, respetivamente, uma média de 9,7 e 11,3 pontos para a incapacidade funcional (avaliada através da RMDQ), e uma média de 5,2 e 5,89 pontos para a intensidade da dor (avaliada através da NPRS). Relativamente à qualidade de vida relacionada com a saúde, o

estudo *EpiReumaPt* encontrou uma média no índice do EQ5D de 0,87 ($\pm 0,20$) e de 0,55 ($\pm 0,30$) na amostra sem LC ativa e na amostra com LC ativa, respetivamente, sendo o último valor próximo ao obtido no presente estudo (Gouveia *et al.*, 2016).

Os principais objetivos de tratamento da lombalgia aguda passam por aliviar a dor, diminuir a probabilidade de limitações funcionais a longo prazo, como o absentismo laboral, e desenvolver estratégias de autogestão da condição através de educação e aconselhamento do utente (O'Connell *et al.*, 2017; Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

Relativamente à prescrição de medicação analgésica na LNe as recomendações são consistentes, referindo que a intervenção farmacológica não deve ser a primeira linha de tratamento na LNe (Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018), no entanto, estudos demonstram que a medicação continua a ser o tratamento mais frequentemente utilizado pelos médicos de MG&F na gestão de utentes com LNe (Michaleff *et al.*, 2012; Foster *et al.*, 2018). Também os resultados deste estudo apontam nesse sentido, tendo sido registada uma elevada percentagem de prescrição de medicação analgésica em utentes com LNe, onde 85% dos utentes recebeu prescrição de medicação durante a consulta com o médico de MG&F. Um estudo que analisou os resultados do *EpiReumaPt* relativos à toma de medicação na população com LC ativa (Gouveia *et al.*, 2016), indicou que apenas 18,7% dos utentes reportou tomar medicação, representando uma grande diferença comparativamente aos dados obtidos neste estudo. Esta diferença poderá, em parte, ser explicada pelas diferenças nas populações em estudo (LCNe ativa vs. LNe de qualquer duração), e pelo facto de, no presente estudo, a recolha de dados se ter baseado na medicação prescrita extraída dos registos clínicos, não significando obrigatoriamente que os utentes cumpram a medicação prescrita pelo médico, podendo assim este valor diminuir na prática implementada pelos utentes. Outros estudos reportam percentagens de prescrição de medicação nestes utentes mais elevadas e semelhantes à encontrada neste estudo, variando entre 64,5%-91,7% (Michaleff *et al.*, 2012; Kovacs *et al.*, 2006; Williams *et al.*, 2010).

Os resultados deste estudo indicam que cerca de 62% dos utentes com lombalgia crónica e 76% dos utentes com lombalgia aguda/ subaguda receberam prescrição para medicação, sendo que estes últimos receberam a maioria das prescrições de medicamentos realizadas (58,75%).

Entre os medicamentos mais frequentemente prescritos neste estudo destacam-se os AINEs (n=79, 44,38%), relaxantes musculares (n=59, 33,15%) e opióides (n=19, 10,67%). A percentagem de prescrição de AINEs neste estudo (44,4%) é semelhante aos resultados obtidos no *Survey of Chronic Pain in Europe* (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006) e no estudo *IMPACT Back* (Foster *et al.*, 2014), tendo ambos reportado uma percentagem de 44% de prescrições de AINEs. A prescrição de relaxantes musculares parece demonstrar melhorias clínicas significativas no alívio da dor em utentes com lombalgia aguda na presença de contração muscular reflexa exagerada, sendo a sua utilização recomendada por períodos curtos nestes utentes (Traeger *et al.*, 2017).

Apesar do recurso a medicamentos opióides não ser recomendados na gestão da LNe (Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018), neste estudo a prescrição de opióides fracos representou cerca de 11% do total das prescrições, um valor baixo quando comparado com os resultados de outros estudos internacionais que variam entre 18,6-29% (Williams *et al.*, 2010; Michaleff *et al.*, 2012; Foster *et al.*, 2014), mas alto quando comparado com o obtido pelo estudo nacional de Gouveia *et al.* (2016), em que a toma de opióides (fracos e fortes) apenas foi reportada por 2% e 2,3% dos utentes com dor moderada e com dor intensa, respetivamente. Apenas foram registadas prescrições de opióides fracos (segundo degrau da escada analgésica da dor da OMS), sendo que a grande maioria das prescrições foi combinada com AINEs e mais frequentemente prescrita a utentes com dor intensa e/ ou aguda/ subaguda, em parte não correspondendo às recomendações das *guidelines* direcionadas para a gestão da LNe, uma vez que a sua prescrição apenas é indicada em casos de dor intensa e persistente que não responde às tentativas farmacológicas anteriores (Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

Apesar da alta percentagem de prescrições de medicação analgésica, as recomendações da escada analgésica da dor da OMS foram em parte respeitadas, tendo a maior parte dos utentes recebido prescrições de acordo com o primeiro degrau da escada (AINEs), independentemente do nível de intensidade (ligeira, moderada, intensa) ou duração (aguda/ subaguda, crónica) da dor.

Durante o processo de diagnóstico e de referenciação, os utentes são frequentemente sujeitos a diversos ECDs, embora as *guidelines* atuais recomendem consistentemente contra o uso rotineiros destes exames em utentes

com lombalgia e reforcem que estes apenas devem ser considerados se existirem sinais/ sintomas que indiquem a presença de uma patologia específica/ severa (Castro-Lopes *et al.*, 2010; Hartvigsen *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2018). Os resultados deste estudo mostraram que praticamente metade dos utentes (48%) receberam prescrição para a realização de ECDs, sendo este valor elevado quando comparado com os resultados reportados por outros autores, que variam entre 15-25,3% (Kovacs *et al.*, 2006; Williamns *et al.*, 2010; Foster *et al.*, 2014).

Kovacs *et al.* (2006) concluiu que a probabilidade dos médicos de MG&F prescreverem uma radiografia é maior quando o utente refere mais do que dois episódios de lombalgia, quando a duração do episódio é maior, e o nível de incapacidade funcional e de intensidade da dor irradiada aumentam. No presente estudo não foram encontrados efeitos estatisticamente significativos das variáveis testadas na prescrição de ECDs, o que não permite identificar possíveis fatores determinantes na decisão clínica que justifiquem uma percentagem de prescrição tão elevada. A evidência descreve que as razões para a prescrição de ECDs, medicação e certificados de incapacidade, assim como a referenciação para outras especialidades, envolvem múltiplos fatores, incluindo as crenças e o conhecimento do profissional de saúde e do utente, o funcionamento específico dos sistemas de saúde de cada país, a perceção da pressão que os utentes exercem, a satisfação dos utentes, entre outros fatores (Little *et al.*, 2004; Scott *et al.*, 2010; O'Connell *et al.*, 2017).

As recomendações atuais reforçam a importância de incentivar os utentes a manterem-se ativos dentro dos limites da sua dor, de forma a contribuir para que o episódio agudo de lombalgia não resulte num quadro de incapacidade a longo prazo (Maher *et al.*, 2017; Traeger *et al.*, 2017; Foster *et al.*, 2018). Os resultados deste estudo revelaram uma percentagem de prescrição de certificados de incapacidade de 25,7%, semelhante à percentagem de 24,4% reportada por Kovacs *et al.* (2006), mas superior à percentagem de 15% encontrada no estudo *IMPACT Back* (Foster *et al.*, 2014). Os resultados dos testes de regressões logísticas no presente estudo indicaram que a probabilidade dos médicos de MG&F prescreverem certificados de incapacidade aumenta 1,2 e 1,3 vezes por cada ponto na RMDQ e na END, respetivamente. Também Kovacs *et al.* (2006) refere que a prescrição de certificados de incapacidade está associada a um maior nível de

incapacidade funcional, tendo igualmente encontrado uma associação com o aumento da intensidade da dor irradiada para o membro inferior.

A maior parte dos utentes que receberam certificados de incapacidade reportavam um episódio de lombalgia aguda/subaguda (n=16, 55,2%), sendo importante que, principalmente neste grupo de utentes, a intervenção seja centrada no incentivo para se manterem fisicamente ativos e retomarem às suas atividades habituais e trabalho logo que possível, uma vez que isso poderá contribuir para uma recuperação mais rápida e completa dos seus sintomas (Hill *et al.*, 2011; Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

Os resultados deste estudo demonstram existir diferenças estatisticamente significativas entre a *baseline* e os 2 meses e entre a *baseline* e os 6 meses nos *outcomes* de incapacidade funcional [$X_2(3)=25,164$; $p<0,001$; n=103], intensidade da dor no momento [$X_2(3)=25,099$; $p<0,001$; n=103] e qualidade de vida relacionada com a saúde [$X_2(3)=31,328$; $p<0,001$; n=103]. Não houve diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos entre os 2 e os 6 meses. Estes resultados corroboram os resultados de estudos anteriores relacionados com o curso clínico da lombalgia aguda, que afirmam existir uma redução marcada da intensidade da dor e incapacidade funcional nas primeiras 6 semanas após o início do episódio, independentemente da administração ou do tipo de tratamento, mas que, após as 6 semanas, a evolução na melhoria dos sintomas diminui e apenas pequenas melhorias são registadas em termos de dor e incapacidade funcional são registadas até um ano (Costa *et al.*, 2012).

Aos 6 meses foi registada uma redução de 4,26 pontos na RMDQ, e de 2,12 pontos na END. Um estudo registou uma redução menos expressiva no mesmo período de *follow-up*, registando na RMDQ uma diferença de 2,2 pontos, e na END uma diferença de 1,7 pontos (Foster *et al.*, 2014). A inexistência de estudos em Portugal que apliquem o instrumento EQ5D-3L na população com lombalgia não possibilita a sua comparação. No entanto, estes dados poderão servir para comparações futuras com outros estudos.

A percentagem de utentes que alcançou os critérios de melhoria clínica na RMDQ (diferença $\geq 30\%$), END (diferença $\geq 30\%$) e GBRS (pontuação ≥ 3), e baixo risco de desenvolvimento de dor persistente e incapacitante/ cronicidade (pontuação < 7 na RMDQ) rondou os 50% em ambos os critérios, tanto na

reavaliação aos 2 como aos 6 meses. Outros estudos realizados no contexto de CSP também definiram como melhoria o alcance da DCMI estabelecida para a RMDQ, reportando resultados de 56% aos 4 meses (Hill *et al.*, 2011) e de 42% aos 6 meses (Foster *et al.*, 2014).

Neste estudo, a percentagem de utentes que recuperou segundo os critérios definidos para a RMDQ e GBRS rondou os 10% nos dois *outcomes* em ambas as reavaliações, sendo esta percentagem ligeiramente superior se for tido em consideração o critério definido para a END, em que 24% e 38% dos utentes reportaram pontuação “0” aos 2 e 6 meses, respetivamente. Um estudo constatou que, aos 4 meses de reavaliação, 35% dos utentes auto-reportaram sentir-se “muito melhor” (Hill *et al.*, 2011). Analisando aos 6 meses de reavaliação, um estudo indicou que 10% dos utentes reportaram estar completamente recuperados (Foster *et al.*, 2014), enquanto outro estudo encontrou resultados mais desanimadores, referindo que nenhum utente reportou sentir-se completamente recuperado durante o período de *follow-up* (Mehling *et al.*, 2012).

As definições de “melhoria” e “recuperação” na LNe variam de estudo para estudo, não existindo consenso na literatura relativamente a esta definição. Este facto leva a que os resultados encontrados variem amplamente conforme o critério utilizado, dificultando o estabelecimento de comparações entre os resultados obtidos e a evidência existente. Ainda assim, é possível verificar que, em cada critério estabelecido, a percentagem de utentes que apresentaram melhorias clínicas importantes e que foram considerados recuperados foi semelhante aos 2 e aos 6 meses, sendo ambas maioritariamente registadas em utentes com lombalgia aguda/ subaguda. Estes resultados sugerem que a percentagem de utentes que melhoraram e que recuperaram neste estudo poderá estar relacionada com o curso natural da condição da lombalgia aguda descrito anteriormente, existindo múltiplos fatores que podem influenciar o prognóstico da lombalgia e contribuir para o desenvolvimento de cronicidade, entre eles a idade superior a 45 anos, obesidade, apresentar 2 ou mais sinais de envolvimento neurológico, pontuação >7 na RMDQ, fatores psicossociais, etc. (Grotle *et al.*, 2005; Taylor *et al.*, 2014; Hill *et al.*, 2006).

A presença destes fatores psicossociais (*yellow flags*) encontra-se associada ao desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, sendo que as *guidelines* atuais para a gestão da LNe salientam a importância da sua avaliação/ despiste na

avaliação inicial. Estes fatores incluem *stress*, ansiedade, cinesiofobia, crenças de medo-evitamento, catastrofização, depressão, insatisfação laboral, baixo suporte social, entre outros (Airaksinen *et al.*, 2006; Taylor *et al.*, 2014; Traeger *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2018). Um estudo concluiu que a presença de fatores psicossociais em utentes que recorreram aos CSP estava fortemente associada ao insucesso na recuperação aos 3 meses (Grotle *et al.*, 2005), e em Portugal sabe-se que a LC ativa está associada a sintomas depressivos (OR 2,18, $p < 0,001$) e ansiedade (OR 2,77, $p < 0,001$) (Gouveia *et al.*, 2016).

Deste modo, ao nível dos CSP, torna-se pertinente a identificação de utentes com lombalgia que apresentam fatores psicossociais que possam influenciar o seu prognóstico, contribuindo para uma intervenção mais específica e para que os utentes compreendam e sejam capazes de gerir a sua condição. No entanto, a influência de fatores psicossociais não é completamente entendida nem é suficientemente considerada como parte da intervenção. Estudos descrevem como problemática a capacidade de identificação precoce de indicadores de prognóstico que funcionem como facilitadores/ barreiras à recuperação (Main & Williams, 2002), e, mesmo quando os profissionais de saúde são capazes de os identificar, estes parecem não adaptar a intervenção do utente da forma adequada (Bishop & Foster, 2005). Estes indicadores podem ajudar a identificar subgrupos de utentes com maior ou menor risco de desenvolverem LC, orientando assim o processo de tomada de decisão clínica (Jellema & Van Der Windt, 2007; Melloh *et al.*, 2009).

Atualmente existem instrumentos validados para este propósito, como, por exemplo, o *STarT Back Tool* (SBT) criado por Hill *et al.* (2006), um instrumento de triagem baseado em fatores de prognóstico para a cronicidade da lombalgia, especificamente desenvolvido para ser utilizado no contexto de CSP, com o objetivo de ajudar os profissionais de primeiro contacto a tomarem decisões clínicas baseadas na possível necessidade dos utentes beneficiarem de determinada intervenção específica (Hill *et al.*, 2008; Melloh *et al.*, 2009). Os utentes identificados no grupo de baixo risco recebem uma intervenção simples baseada na educação e aconselhamento, e os identificados nos grupos de médio e alto risco são encaminhados para a Fisioterapia, com intervenções direcionadas a cada subgrupo de risco. Hill *et al.* (2008) e Foster *et al.* (2014) verificaram através dos seus estudos que os utentes classificados e tratados de acordo com o SBST

obtiveram melhores resultados na RMDQ, uma melhoria nos níveis de qualidade de vida, diminuição da utilização dos serviços de saúde e uma redução no período de absentismo laboral em comparação ao grupo controle. A utilização de uma intervenção estratificada em utentes com LNe é atualmente recomendada por *guidelines* direcionadas para a intervenção nesta condição (O'Connell *et al.*, 2017).

Os resultados deste estudo sugerem que o padrão de prática usual não está alinhado com as recomendações das normas de orientação clínica atuais, sendo importante equacionar se a gestão dos utentes com LNe ao nível dos CSP está a ser a mais adequada e se está a proporcionar os melhores resultados clínicos possíveis para estes utentes. Deste modo, e tendo em conta que o objetivo deste estudo não é comparar a efetividade da intervenção atual com outras, sugere-se a realização de estudos que comparem a prática atual ao nível dos CSP em utentes com LNe com a prática recomendada pelas *guidelines* atuais, como a intervenção estratificada.

Este estudo apresenta limitações. O método de recolha de dados relacionados com a prática clínica (consulta dos registos médicos) poderá não representar fielmente a prática implementada pelos utentes, principalmente em relação à toma da medicação prescrita, uma vez que não houve esse controlo e nem era a intenção do estudo interferir na prática clínica desenvolvida pelos profissionais. Este facto poderá não só influenciar os resultados relacionados com as prescrições realizadas, mas também o curso clínico dos *outcomes* ao longo do período de *follow-up*. Outra limitação, inerente a estudos que utilizam instrumentos de autopreenchimento, é possível que os resultados integrem algum viés de resposta, relacionado com o facto de algumas respostas poderem ter sido dadas tendo em conta a desejabilidade social ou o que se julga socialmente mais aceite, e não espelhando a verdadeira perceção do individuo quanto ao seu estado clínico. Ainda assim, optou-se por aplicar os instrumentos de medida sob forma de entrevista, com o objetivo de homogeneizar o método de recolha de dados nos três momentos de avaliação (*baseline*, 2 meses e 6 meses).

5. CONCLUSÕES

Este estudo foi realizado com o principal objetivo de caracterizar a prática atual de diagnóstico e tratamento, assim como avaliar os resultados clínicos obtidos aos 2 e 6 meses após consulta, em utentes com LNe que recorrem aos CSP, de acordo com a decisão clínica dos médicos de MG&F das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACES Arrábida).

Os resultados demonstram que a percentagem de prescrição de medicação analgésica em utentes com LNe é elevada, sugerindo que a intervenção farmacológica é a primeira linha de intervenção na maioria destes utentes nos CSP.

Praticamente metade dos utentes neste estudo receberam prescrição para a realização de ECDs, não tendo sido encontrada uma associação estatística significativa entre as variáveis testadas que permita a identificação de fatores determinantes na decisão clínica para a prescrição de ECDs.

Os resultados deste estudo revelaram uma percentagem de prescrição de certificados de incapacidade de 25,7%, indicando também que, por cada ponto na RMDQ e na END, a probabilidade de um certificado de incapacidade ser prescrito aumenta 1,2 e 1,3 vezes, respetivamente.

Em cada critério de melhoria clinicamente importante e de recuperação estabelecido, a percentagem de utentes que os alcançou aos 2 e 6 meses foi semelhante, sendo a maioritariamente registadas em utentes com lombalgia aguda/subaguda. Além disso, dos 2 para os 6 meses as alterações registadas nos diferentes *outcomes* foram mínimas, indicando que os principais ganhos são obtidos até aos 2 meses, podendo estes resultados estar relacionada com o curso natural da condição da lombalgia aguda.

Assim, estes resultados sugerem que o padrão de prática usual não está alinhado com as recomendações das normas de orientação clínica atuais, sendo importante equacionar se a gestão dos utentes com LNe ao nível dos CSP é a mais adequada e se está a proporcionar os melhores resultados clínicos possíveis para estes utentes. Deste modo, e tendo em conta que o objetivo deste estudo não é comparar a efetividade da intervenção atual com outras, sugere-se a realização de estudos que comparem a prática atual ao nível dos CSP em utentes com LNe com a prática recomendada pelas *guidelines* atuais, como a intervenção estratificada.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreiro, D. & Santiago, L. (2013). Motivos de consulta em medicina geral e familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 236-43.

Biscaia, A. & Heleno, L. (2017). Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-712.

Bishop, A. & Foster, N. (2005). Do physical therapists in the United Kingdom recognize psychosocial factors in patients with acute low back pain?. *Spine*, 30, 1316–22.

Branco, J., Rodrigues, A., Gouveia, N., *et al.* (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt – a national health survey. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 2(1).

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10, 287-333.

Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72.

Buchbinder, R., Staples, M., Jolley, D. (2009). Doctors with a special interest in back pain have poorer knowledge about how to treat back pain. *Spine*, 34, 1218–26.

Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L., Woolf, A., Schoene, M., Croft, P. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*, 391(10137), 2384-2388.

Carey, T., Freburger, J., Holmes, G., *et al.* (2009). A long way to go: practice patterns and evidence in chronic low back pain care. *Spine*, 34, 718–24.

Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., Paiva, M. (2010). Pain Proposal. A dor crónica em Portugal, 1-12.

Childs, J., Piva, S., Fritz, J. (2005). Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine*, 30(11), 1331-1334.

Chou, R., Deyo, R., Jarvik, J. (2012). Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin North Am*, 50, 569-85.

Costa, L., Maher, C., Hancock, M., McAuley, J., Herbert, R., Costa, L. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ*, 184(11), 613-24.

Farrar, J., Young, J., LaMoreaux, L., Werth, J., Poole, R. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, 94(2), 149-58.

Freitas, P. & Cruz, E. (2017). Avaliação da Relevância Clínica das Mudanças na Pontuação da Global Back Recovery Scale. Unpublished doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.

Deyo, R. & Weinstein, J. (2001). Low back pain. *N Engl J Med*, 344, 363–70.

Dionne, C., Dunn, K., Croft, P., *et al.* (2008). A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine*, 33(1), 95-103.

Direção Geral de Saúde-DGS (2013). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor).

Direção Geral da Saúde, Institute for Health Metrics and Evaluation (2018). Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results. Seattle, WA: IHME.

Dziedzic, K., French, S., Davis, A., Geelhoed, E. & Porcheret, M. (2016). Implementation of musculoskeletal models of care in primary care settings: Theory, practice, evaluation and outcome for musculoskeletal health in high-income economies. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 30, 375-397.

Dworkin, R., Turk, D., Farrar, J., *et al.* (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113(1-2), 9-19.

EuroQol Group (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.

Farrar, J., Young, J., LaMoreaux, L., Werth, J., Poole, R. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, 94(2), 149-158.

Ferreira, P., Ferreira, L., Pereira, L. (2013) Contribution for the validation of the portuguese version of EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-75.

Ferreira, L., Ferreira, P., Pereira, L. & Oppe, M. (2014). EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*, 23(2), 425-30.

Foster, N., Anema, J., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S., *et al.* (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 391, 2368-83.

Foster, N., Dziedzic, K., van der Windt, D., Fritz, J., Hay, E. (2009). Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. *BMC Musculoskelet Disord*, 10(3).

Foster, N., Mullis, R., Hill, J., Lewis, M., Whiteburst, D., Doyle, C., *et al.* (2014). Effect of Stratified Care for Low Back Pain in Family Practice (IMPACT Back): A Prospective Population-Based Sequential Comparison. *Ann Fam Med*, 12(2), 102-111.

Froud, R., Patterson, S., Eldridge, S., Seale, C., Pincus, T., Rajendran, D., Fossum, C. & Underwood, M. (2014). A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(50).

Global Health Metrics (2017). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390, 1260-1344.

Global Health Metrics (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390, 1211-59.

Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusébio, M., *et al.* (2016). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology International*, 36(2), 183-97.

Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusébio, M., *et al.* (2016). The use of analgesic and other pain-relief drugs to manage chronic low back pain: results from a national survey. *Pain Practice*, 17(3), 353-365.

Grotle, M., Brox, J., Veierød, M., Glomsrød, B., Lønn, J & Vøllestad, N. (2005). Clinical course and prognostic factors in acute LBP. *Spine*, 30(8), 976-982.

Hartvigsen, J., Hancock, M., Kongsted, A., *et al.* (2018). Low Back Pain 1: What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 0(0).

Hawker, G., Mian, S., Kendzerska, T., French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63(11), 240-252.

Hill, J., Dunn, K., Mullis, R., Lewis, M., Main, C., Hay, E. (2006). Validation of a new low back pain subgrouping tool for primary care (The STarT Back Tool). *Rheumatology*, 45(119).

Hill, J., Dunn, K., Lewis, M., *et al.* (2008). A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 59(5), 632-641.

Hill, J., Whitehurst, D., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K., *et al.* (2011). A randomised controlled trial and economic evaluation of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice: The STarT Back trial. *Lancet*, 378(9802), 1560-1571.

Hill, J., Whitehurst, D., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K., *et al.* (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9802), 1560-71.

Henschke, N., Maher, C., Refshauge, K., *et al.* (2009). Characteristics of patients with acute low back pain presenting to primary care in Australia. *Clin J Pain*, 25, 5-11.

Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., & Manniche, C. (2003). Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal*, 12(2), 149-65.

Hoy, D., March, L., Brooks, P., *et al.* (2014). The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases (BMJ Journals)*, 73(6), 968-74.

Jellema, P. & van Der Windt, D. (2007). Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *British Journal of General Practice*; 57(534), 15–22.

Koes, B., van Tulder, M. & Thomas S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*, 332, 1430-34.

Kovacs, F., Fernández, C., Cordero, A., Muriel, A., González-Luján, L., Real, M. (2006). Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. *BMC*, 6(57).

Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A. & Saltman, R. (2015). Building primary care in a changing Europe: Case studies. *Observatory Studies Series*, 40.

Lin, I., Sullivan, P., Coffin, J., Mak, D., Toussaint, S. & Straker, L. (2013). Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open*, 3(4).

Little, P., Dorward, M., Warner, G., *et al.* (2004). Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*, 328(7437), 444–448.

Main, C. & Williams, A. (2002). Musculoskeletal pain. *British Medical Journal*, 325, 534-7.

Maher, C., Underwood, M., Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *Lancet*, 389, 736-47.

Mehling, W., Gopisetty, V., Bartmess-LeVasseur, E., Acree, M., Pressman, A., Goldberg, H., Hecht, F., Carey, T. & Avins, A. (2012). The Prognosis of Acute Low Back Pain in Primary Care in the U.S. A 2-Year Prospective Cohort Study. *Spine*, 37(8), 678-684.

Melloh, M., Elfering, A., Presland, E., Roeder, C., Barz, T., Salathé, R., Tamcan, O., Mueller, U., Theis, J. (2009). Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *International Orthopaedics*, 33, 301-313.

Michaleff, Z., Harrison, C., Britt, H., Lin, C., Maher, C. (2012). Ten-year survey reveals differences in GP management of neck and back pain. *European Spine Journal*, 21, 1283-89.

Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O., Hipólito, J. (2010). Roland Morris disability questionnaire - adaptation and validation for the Portuguese speaking patients with back pain. *Acta Médica Portuguesa*, 23(5), 761-6.

Monticone, M., Ambrosini, E., Rocca, B., Magni, S., Brivio, F., Ferrante, S. (2014). A multidisciplinary rehabilitation programme improves disability, kinesiophobia and walking ability in subjects with chronic low back pain: results of a randomized controlled pilot study. *European spine journal*, 23, 2105-2113.

O'Connell, N., Cook, C., Wand, B., Ward, S. (2017). Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 30(6), 1-13.

Oliveira, C., Maher, C., Pinto, R., *et al.* (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal*, 27, 2791-2803.

Ostelo, R., Deyo, R., Stratford, P., *et al.* (2008). Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine*, 33(1), 90-94.

Pengel, L., Refshauge, K., Maher, C. (2004). Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain. *Spine*, 29(8), 879–883.

Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas. *Rev. Port. Clínica Geral*, 21, 259-267.

Reneman, M., Jorritsma, W., Schellekens, J. & Goeken, L. (2002). Concurrent validity of questionnaire and performance-based disability measurements in patients with chronic nonspecific low back pain. *J Occup Rehabil*, 12:119– 29.

Rodrigues, J. G. (2000). Porque consultam os utentes o seu Médico de Família?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16, 442-52.

Roland, M. & Fairbank, J. (2000). The Roland Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *The Spine Journal*, 25(4), 3115-3124.

Scott, N., Moga, C. & Harstall, C. (2010). Managing low back pain in the primary care setting: The know-do gap. *Pain Res Manage*, 15(6), 392-400.

da Silva, T., Mills, K., Brown, B., Herbert, R., Maher, C., Hancock, M. (2017). Risk of recurrence of low back pain: a systematic review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47, 305–13.

Smeets, R., Koke, A., Lin, C., Ferreira, M., Demoulin, C. (2011). Measures of function in low back pain/disorders: Low Back Pain Rating Scale (LBPRS), Oswestry Disability Index (ODI), Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (PILE), Quebec

Back Pain Disability Scale (QBPDS), and Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ). *Arthritis Care & Research*, 63(11), 158-73.

Somerville, S., Hay, E. Lewis, M. *et al.* (2008). Content and outcome of usual primary care for back pain: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 58(556), 790–797.

Taylor, J., Goode, A., George, S., Cook, C. (2014). Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine Journal*, 14, 2299–319.

Traeger, A., Buchbinder, R., Harris, I. & Maher, C. (2017). Reassurance for low back pain. Unpublished doctoral dissertation, Prince of Wales Clinical School Faculty of Medicine, Australia.

van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., *et al.* (2006). Chapter 3: European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*; 15(2); 169–91.

Werner, E. & Ihlebaek, C. (2012). Primary care doctors' management of low back pain patients - ten years after. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 132, 2388–90.

Williams, C. Maher, C., Hancock, M., *et al.* (2010). Low back pain and best practice care. A survey of general practice physicians. *American Medical Association*, 170(3), 271-77.

Apêndice A

Folheto Informativo do estudo e Consentimento Informado

FOLHETO INFORMATIVO E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO- UTENTES- ESTUDO 2

Folheto Informativo

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Apresentação do estudo: Somos um grupo de investigadores constituído por Médicos Reumatologistas, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas empenhados em oferecer o melhor tratamento para os utentes com dor lombar aguda/ subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários e, por isso, estamos a desenvolver um conjunto de estudos que poderão contribuir para a otimização dos cuidados que são prestados a estes utentes.

O estudo para o qual gostaríamos de a(o) convidar a participar é realizado no âmbito do Projeto SPLIT, projeto desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, cofinanciado pelo Programa Operacional Regional de Lisboa, na componente FEDER, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, na componente nacional – OE.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido, porque está a ser convidado, e o nível de envolvimento que lhe é pedido. O objetivo deste documento é explicar-lhe os procedimentos e deste modo, ajudá-lo a decidir se quer participar neste estudo ou não.

Leia atentamente este documento e peça ao seu médico/ investigador que lhe explique qualquer palavra ou informação que não compreenda.

QUAL É O OBJECTIVO DO ESTUDO?

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos (alívio da dor e melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e do trabalho) e o custo-efetividade do tratamento que é prestado aos utentes com um episódio de dor lombar aguda ou subaguda que recorrem ao Médico de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde Familiar do ACES Arrábida. Queremos conhecer quais são os procedimentos usuais do seu Médico, nomeadamente que tipo de exames solicita, qual a medicação

prescrita e se o referencia para algum tipo de tratamento. Queremos também saber como evolui a sua condição.

POR QUE FUI CONVIDADO(A)?

Foi convidada(o) a participar neste estudo porque o seu médico lhe diagnosticou dor lombar/ lombalgia aguda ou subaguda. Por essa razão possui as características clínicas necessárias para ser integrado neste estudo.

TENHO MESMO QUE PARTICIPAR?

A sua participação é totalmente voluntária. Só serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado para o estudo. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo deste folheto informativo. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

Caso recuse aceitar o convite ou desista no decorrer do estudo, isso não afetará o seu tratamento, que será sempre realizado de acordo com a decisão do seu médico.

O QUE ACONTECE, SE ACEITAR PARTICIPAR?

Se aceitar participar neste estudo é importante que compreenda que nada no seu tratamento será alterado. Todos os aspetos requeridos ou recomendados pelo seu Médico serão cumpridos.

Iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído no estudo e realizar uma avaliação da sua condição de dor lombar. Esta avaliação consta do preenchimento de questionários que incluem questões acerca das suas características sociodemográficas (por exemplo, a sua idade, nível de escolaridade, agregado familiar ou duração da sua dor), sobre a sua condição de dor lombar (por exemplo, há quanto tempo sente a sua dor), e sobre a repercussão que esta tem nas atividades do seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. **O tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Todos estes procedimentos serão realizados presencialmente, imediatamente após a sua consulta médica, e no mesmo local, por um Fisioterapeuta, membro da equipa de investigação.

Passados 2 e 6 meses da data da sua consulta ao seu médico, iremos enviar-lhe por correio, os mesmos questionários (exceto o questionário que inclui questões sobre as suas características sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, etc.), e pedir-lhe que os preencha. **Também aqui o tempo máximo estimado para preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Posteriormente será contactado por telefone, em dia e hora determinada por si, onde lhe iremos pedir que nos transmita o que preencheu nos questionários. Por essa razão iremos pedir-lhe que disponibilize o seu contacto telefónico. Julgamos que o tempo necessário para o telefonema não deverá ultrapassar os **10 minutos**.

Para além dos questionários necessitamos ainda de consultar a sua ficha clínica de forma a recolher informação acerca das intervenções ou outros procedimentos às quais está/esteve sujeito, sendo esta consulta limitada à sua condição de Dor Lombar.

Esta sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários/ resposta a questões. Tem ainda o direito de responder apenas às perguntas que quiser, embora todos os questionários sejam habitualmente utilizados na avaliação clínica da dor lombar.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS VANTAGENS EM PARTICIPAR?

Não existe garantia de que venha a retirar qualquer benefício do estudo, mas o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudá-lo a si e/ou a outras pessoas com dor lombar aguda/ subaguda, no futuro.

QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS DESVANTAGENS OU RISCOS SE ACEITAR PARTICIPAR?

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão este estudo tiver qualquer impacto negativo na sua condição poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

Será informado a respeito de qualquer novo dado que possa afetar a sua decisão de participar neste estudo ou que possa afetar negativamente a sua saúde a longo prazo.

TENHO LIBERDADE PARA ABANDONAR O ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar, devendo apenas comunicá-la ao investigador principal do estudo. Não precisa justificar a sua retirada e essa retirada não irá afetar negativamente o seu tratamento atual ou futuro.

O QUE ACONTECE SE EU NÃO ACEITAR PARTICIPAR NO ESTUDO?

Caso não aceite participar no estudo, irá ser abordado/tratado de acordo com a prática clínica habitual em casos como o seu. Essa decisão não terá qualquer impacto no seu tratamento atual ou futuro, ou direitos de saúde e legais.

E SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?

Se tiver alguma reclamação sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número 265709391 ou através do seguinte e-mail: splitproject@gmail.com. Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709391) ou através do e-mail (eduardo.cruz@ess.ips.pt).

A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO SERÁ CONFIDENCIAL?

Sim. a recolha de dados pessoais e de saúde no âmbito deste estudo cumpre com as disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais (nº67/98 de 26 de Outubro) e serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade.

No âmbito do estudo, os seus dados sociodemográficos e de saúde serão recolhidos e tratados de forma pseudonimizada, isto é, em vez de usar o seu nome para a(o) identificar, ser-lhe-á atribuído um código numérico. Este código ser-lhe-á atribuído por um membro da equipa de investigação e apenas ele conseguirá relacionar as suas informações ao seu nome, de forma a garantir a sua privacidade.

O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento.

Os seus dados e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos pela equipa de investigação numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos.

Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) apenas acessível à equipa de investigação.

Para além do seu médico, os seus registos médicos relacionados com a sua condição de dor lombar irão ser acedidos, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo, pelos investigadores.

Nos termos da lei, tem o direito de, através do seu médico/ equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

O QUE IRÁ ACONTECER COM OS RESULTADOS DESTE ESTUDO?

Os dados recolhidos no âmbito do estudo poderão vir a ser usados para publicar os resultados e conclusões em relatórios, revistas científicas, congressos, ou outra forma de disseminação. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o).

Caso tenha interesse em receber a informação que consigamos recolher, refira isso ao investigador principal. No futuro, o investigador principal irá contactá-lo para lhe fazer chegar essa informação.

Uma vez apresentados os resultados, os dados dos questionários originais serão destruídos (no prazo máximo de 2 anos). Os dados digitais ficarão armazenadas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

REMUNERAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

A equipa de investigação não é remunerada para a realização deste trabalho de investigação.

SE TIVER ALGUMA DÚVIDA COM QUEM FALO?

Caso sinta sintomas anómalos ou tenha algum problema de saúde, pedimos que contacte sempre o seu médico. Caso tenha dúvidas relativamente à sua participação no estudo, pedimos que contacte:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**; tel.: 265709391) ou com o seu Médico (que lhe facultará um contacto de fácil acesso).

Muito obrigada por ler este documento,

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Luís Miguel Antunes Gomes, Fisioterapeuta, Bolseiro de Investigação associado ao Projeto SPLIT. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção toda a informação do folheto informativo do estudo. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações ao seu médico/ investigador. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Título do Estudo: Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Enquadramento: Estudo desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, que tem como Investigador Responsável, Eduardo Brazete Cruz-Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Declaro que:

1. Fui convidado para participar num estudo que pretende avaliar os resultados clínicos e o custo-efetividade do tratamento que me é prestado.
2. Li e compreendi a informação descrita no folheto informativo, foi-me dado tempo para refletir, e pude esclarecer todas as minhas dúvidas com os investigadores deste estudo.
3. Estou consciente que a minha participação no estudo é completamente voluntária, e que posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que isso afete o meu tratamento atual ou futuro e sem ter de fornecer qualquer explicação.
4. Compreendo que irei participar em três momentos de recolha de dados (imediatamente após a consulta com o meu médico de medicina geral e familiar, e depois aos 2 e 6 meses após a data dessa consulta). Estou consciente que o primeiro momento de recolha de dados será realizado presencialmente e os seguintes através de entrevista telefónica. A entrevista telefónica será combinada previamente e decorrerá em dia e hora determinada por mim, com uma duração aproximada de 10

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

minutos. Por essa razão irei disponibilizar o meu contacto telefónico aos investigadores.

5. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, mas que vou contribuir para um melhor conhecimento sobre resultados de tratamento da dor lombar aguda/ subaguda.
6. Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou qualquer publicação do estudo. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade.
7. Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Confirmando que expliquei ao participante de forma adequada e inteligível todos os procedimentos necessários à sua participação no estudo acima descrito. É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura sem que isso cause qualquer prejuízo ao participante ou afecte os cuidados que lhe são prestados.

Investigador responsável pelo estudo

Nome: Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Assinatura:

Data: /..... /.....

Apêndice B

Formulário de registo de dados clínicos extraídos dos processos clínicos

FORMULÁRIO DE REGISTO DE DADOS CLÍNICOS

USF/ UCSP _____ ID Utente _____ Data da Recolha _____

Atos Médicos	Sim (1) / Não (0)	Descrição
Pedido de meios complementares de diagnóstico e tratamento (Rx, Ressonância Magnética, análises sanguíneas)		Se sim - tipo de MCDT
Certificado Incapacidade		Se sim - Registo do período de baixa (dias)
Medicação prescrita para os utentes com os códigos L83, L84 e L86;		Se sim – descrição da medicação prescrita
Referenciação para Fisioterapia (credenciais emitidas)		Se sim nº credenciais emitidas
Referenciação para consultas outras especialidades		Se sim , qual?
Consulta de <i>follow-up</i> relacionada com os códigos L83, L84 e L86;		Se sim , quantas?

Apêndice C

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Centro de Saúde/ Unidade Saúde Familiar:

Nº de Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo Investigador colaborador):

Data do preenchimento do questionário: ___/___/___

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

DOR LOMBAR

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

3. Peso (kg): _____ 4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções)

Solteiro(a) Casado(a) União de Facto Viúvo(a) Divorciado(a)

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções)

Ensino Primário ou inferior Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) Ensino Superior completo

7. Qual é sua situação profissional? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregado(a) Reformado(a) Doméstico(a)

DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

0-2 semanas 2-4 semanas 4-8 semanas 8-12 semanas

> 3 meses > 3 meses e < 7 meses > 7 meses e < 3 anos < 3 anos

10. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim Não

Se sim, Uma Ambas

11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?

Sim Não

Se sim, indique qual _____

12. Está ausente do seu trabalho devido à sua Dor Lombar?

Sim Não

13. Está de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc.) devido à sua Dor Lombar?

Sim Não

14. Desde o início do seu episódio de dor lombar considera que está? (escolha uma das seguintes opções)

Muito melhor Melhor Na mesma Pior Muito pior

15. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade da sua dor AGORA.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Apêndice D

Resultados da estatística de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*

Tabela 9. Resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* relativos às variáveis RMDQ, END no momento, END nos últimos 7 dias, EQ5D-3L, EQ-VAS e GBRS na *baseline* (n=115), aos 2 (n=110) e 6 (n=104) meses.

Instrumentos de medida	<i>Baseline</i>		2 meses		6 meses	
	Estatística de teste	Sig.	Estatística de teste	Sig.	Estatística de teste	Sig.
RMDQ	0,110	0,002	0,112	0,002	0,140	0,000
END no momento	0,115	0,001	0,143	0,000	0,221	0,000
END nos últimos 7 dias	0,183	0,000	0,137	0,000	0,106	0,006
EQ5D-3L	0,146	0,000	0,132	0,000	0,178	0,000
EQ5D VAS	0,105	0,003	0,145	0,000	0,168	0,000
GBRS			0,213	0,000	0,232	0,000

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQuol-5D 3L; GBRS: Global Back Recovery Scale; Sig: valor de significância.

Apêndice D

Resultados da estatística de regressão logística binária

Tabela 10. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente não ajustada) relativamente à probabilidade de prescrição de ECDs.

Variáveis na equação								
	B	E.P.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Duração da Lombalgia (1)	-,061	,376	,026	1	,872	,941	,451	1,966
Constante	-,038	,275	,019	1	,891	,963		
Dor Irrradiada (1)	-,185	,395	,219	1	,640	,831	,383	1,804
Constante	,051	,320	,026	1	,873	1,053		
RMDQ	-,003	,032	,011	1	,918	,997	,937	1,061
Constante	-,029	,443	,004	1	,948	,972		
EQ5D-3L	-,499	,838	,354	1	,552	,607	,117	3,142
Constante	,148	,412	,129	1	,720	1,159		
END	-,038	,073	,275	1	,600	,962	,833	1,111
Constante	,138	,440	,099	1	,753	1,148		

Variáveis categóricas (1): Duração da Lombalgia (Aguda^a, Crónica), Dor Irrradiada (Sim^a, Não); RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQuol-5D 3L.

Tabela 11. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente ajustada às variáveis género e idade) relativamente à probabilidade de prescrição de ECDs.

Variáveis na equação								
	B	E.P.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Idade	-,003	,018	,030	1	,863	,997	,963	1,032
Género (1)	-,607	,391	2,409	1	,121	,545	,253	1,173
Duração da Lombalgia (1)	-,068	,385	,031	1	,860	,934	,439	1,988
Constante	,377	,977	,149	1	,700	1,458		
Idade	-,002	,018	,011	1	,917	,998	,964	1,033
Género (1)	-,619	,392	2,492	1	,114	,538	,250	1,161
Dor Irradiada (1)	-,232	,402	,332	1	,564	,793	,360	1,745
Constante	,440	,938	,220	1	,639	1,552		
Idade	-,003	,017	,021	1	,885	,997	,964	1,032
Género (1)	-,609	,393	2,393	1	,122	,544	,252	1,176
RMDQ	,003	,032	,007	1	,934	1,003	,941	1,068
Constante	,282	,994	,081	1	,777	1,326		
Idade	-,003	,017	,025	1	,873	,997	,964	1,032
Género (1)	-,617	,392	2,473	1	,116	,540	,250	1,164
EQ5D-3L	-,558	,851	,430	1	,512	,572	,108	3,036
Constante	,576	,996	,335	1	,563	1,780		
Idade	-,002	,018	,009	1	,926	,998	,965	1,033
Género (1)	-,614	,392	2,457	1	,117	,541	,251	1,166
END	-,045	,075	,356	1	,551	,956	,826	1,107
Constante	,517	,973	,283	1	,595	1,678		

Variáveis categóricas (1): Género, Duração da Lombalgia (Aguda^a, Crónica), Dor Irradiada (Sim^a, Não); RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQol-5D 3L.

Tabela 12. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente não ajustada) relativamente à probabilidade de prescrição de certificados de incapacidade.

Variáveis na equação								
	B	E.P.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Duração da Lombalgia (1)	,112	,433	,067	1	,795	1,119	,479	2,612
Constante	-1,124	,319	12,394	1	,000	,325		
Dor Irrradiada (1)	,660	,489	1,822	1	,177	1,934	,742	5,040
Constante	-1,520	,417	13,267	1	,000	,219		
RMDQ	,209	,052	16,471	1	,000	1,233	1,114	1,363
Constante	-4,029	,835	23,275	1	,000	,018		
EQ5D-3L	-4,930	1,262	15,272	1	,000	,007	,001	,086
Constante	,887	,522	2,886	1	,089	2,428		
END	,249	,098	6,430	1	,011	1,283	1,058	1,555
Constante	-2,507	,644	15,150	1	,000	,082		

Variáveis categóricas (1): Duração da Lombalgia (Aguda^a, Crónica), Dor Irrradiada (Sim^a, Não); RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQol-5D 3L.

Tabela 13. Resultado da análise de regressão logística binária (variável dependente ajustada às variáveis género e idade) relativamente à probabilidade de prescrição de certificados de incapacidade.

Variáveis na equação								
	B	E.P.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Idade	-,018	,020	,790	1	,374	,982	,944	1,022
Género (1)	,561	,446	1,584	1	,208	1,752	,731	4,199
Duração da Lombalgia (1)	,042	,446	,009	1	,924	1,043	,435	2,500
Constante	-,497	1,108	,202	1	,653	,608		
Idade	-,021	,020	1,070	1	,301	,979	,941	1,019
Género (1)	,617	,453	1,858	1	,173	1,853	,763	4,500
Dor Irradiada (1)	,774	,502	2,380	1	,123	2,168	,811	5,795
Constante	-,891	1,082	,678	1	,410	,410		
Idade	-,018	,022	,670	1	,413	,982	,940	1,026
Género (1)	,394	,495	,635	1	,426	1,483	,562	3,913
RMDQ	,204	,052	15,671	1	,000	1,226	1,109	1,357
Constante	-3,273	1,386	5,581	1	,018	,038		
Idade	-,024	,023	1,145	1	,285	,976	,934	1,020
Género (1)	,585	,501	1,364	1	,243	1,794	,673	4,785
EQ5D-3L	-5,069	1,294	15,337	1	,000	,006	,000	,079
Constante	1,804	1,289	1,957	1	,162	6,073		
Idade	-,024	,021	1,253	1	,263	,977	,937	1,018
Género (1)	,665	,471	1,990	1	,158	1,944	,772	4,893
END	,278	,103	7,293	1	,007	1,321	1,079	1,616
Constante	-1,872	1,220	2,355	1	,125	,154		

Variáveis categóricas (1): Género, Duração da Lombalgia (Aguda^a, Crónica), Dor Irradiada (Sim^a, Não); RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; END: Escala Numérica da Dor; EQ5D-3L: EuroQuol-5D 3L.

Apêndice F

Resultados da estatística de *ANOVA de Friedman*

Estatísticas de teste ^a	
N	103
Qui-quadrado	25,164
gl	2
Significância Assint.	,000
Sig exata	,000
Probabilidade de	,000

a. Teste Friedman

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de RMDQ_T0, RMDQ_T1 and RMDQ_T2 são as mesmas.	Análise de Variância de Dois fatores de Friedman por Postos de Amostras Relacionadas	.000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Cada nó mostra o posto médio da amostra.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Sig. Aj.
RMDQ_T2-RMDQ_T1	.155	.139	1.115	.265	.795
RMDQ_T2-RMDQ_T0	.646	.139	4.633	.000	.000
RMDQ_T1-RMDQ_T0	.490	.139	3.519	.000	.001

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas.
São exibidas significâncias assintóticas (teste bilateral). O nível de significância é .05.

Estadísticas de teste^a

N	103
Qui-quadrado	25,099
gl	2
Significância Assint.	,000
Sig exata	,000
Probabilidade de ponto	,000

a. Teste Friedman

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de END_Momento_T0, END_Momento_T1 and END_Momento_T2 são as mesmas.	Análise de Variância de Dois fatores de Friedman por Postos de Amostras Relacionadas	.000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Cada nó mostra o posto médio da amostra.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Sig. Aj.
END_Momento_T2- END_Momento_T1	.223	.139	1.602	.109	.327
END_Momento_T2- END_Momento_T0	.621	.139	4.459	.000	.000
END_Momento_T1- END_Momento_T0	.398	.139	2.857	.004	.013

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste bilateral). O nível de significância é .05.

Estatísticas de teste ^a	
N	103
Qui-quadrado	23,955
gl	2
Significância Assint.	,000
Sig exata	,000
Probabilidade de ponto	,000

a. Teste Friedman

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de END_Ultimos_7_Dias_T0, END_Ultimos_7_Dias_T1 and END_Ultimos_7_Dias_T2 são as mesmas.	Análise de Variância de Dois fatores de Friedman por Postos de Amostras Relacionadas	.000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Cada nó mostra o posto médio da amostra.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Sig. Aj.
END_Ultimos_7_Dias_T2- END_Ultimos_7_Dias_T1	.107	.139	.766	.443	1.000
END_Ultimos_7_Dias_T2- END_Ultimos_7_Dias_T0	.592	.139	4.250	.000	.000
END_Ultimos_7_Dias_T1- END_Ultimos_7_Dias_T0	.485	.139	3.484	.000	.001

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste bilateral). O nível de significância é .05.

Estatísticas de teste ^a	
N	103
Qui-quadrado	31,328
gl	2
Significância Assint.	,000
Sig exata	,000
Probabilidade de	,000

a. Teste Friedman

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T0, EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T1 and EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T2 são as mesmas.	Análise de Variância de Dois fatores de Friedman por Postos de Amostras Relacionadas	.000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Cada nó mostra o posto médio da amostra.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Sig. Aj.
EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T0-EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T1	-.510	.139	-3.658	.000	.001
EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T0-EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T2	-.714	.139	-5.121	.000	.000
EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T1-EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T2	-.204	.139	-1.463	.143	.430

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste bilateral). O nível de significância é .05.

Estatísticas de teste ^a	
N	103
Qui-quadrado	36,254
gl	2
Significância Assint.	,000
Sig exata	,000
Probabilidade de	,000

a. Teste Friedman

Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de EQ_5D_VAS_T0, EQ_5D_VAS_T1 and EQ_5D_VAS_T2 são as mesmas.	Análise de Variância de Dois fatores de Friedman por Postos de Amostras Relacionadas	.000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Cada nó mostra o posto médio da amostra.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Sig. Aj.
EQ_5D_VAS_T0-EQ_5D_VAS_T1	-.612	.139	-4.389	.000	.000
EQ_5D_VAS_T0-EQ_5D_VAS_T2	-.757	.139	-5.435	.000	.000
EQ_5D_VAS_T1-EQ_5D_VAS_T2	-.146	.139	-1.045	.296	.888

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste bilateral). O nível de significância é .05.