

# A evolução do tratamento da dor lombar: a abordagem biopsicossocial e o envolvimento multiprofissional

*The evolution of low back pain treatment: the biopsychosocial approach and multi-professional involvement*

<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240065-pt>

A dor lombar (DL) está entre as condições de dor crônica mais prevalentes e incapacitantes para a população mundial. Repleta de mitos e crenças limitantes, a DL está associada a altos custos diretos e indiretos aos sistemas de saúde em todo o mundo<sup>1</sup>. O impacto negativo, com perda da qualidade de vida e produtividade, é um fardo social e pessoal.

A classificação da DL pode ser em função de diferentes fatores, como o temporal e o patogênico. A classificação proposta em função do tempo de duração do sintoma é: de até 6 semanas para a DL aguda, de 6 semanas a 3 meses para a subaguda, e mais de 3 meses para ser definida como crônica. A classificação pela patogênese da dor (mecanismo) estabelece a dor nociceptiva (inflamatória ou mecânica) e a dor neuropática ou nociplástica<sup>2</sup>. A DL nociplástica primária é a nova nomenclatura para a DL não específica, que é o tipo mais prevalente<sup>3</sup>.

Até a década de 1990, a DL era compreendida como uma dor inflamatória<sup>4</sup>, agravada por fatores biomecânicos, posturais e ergonômicos. Desse modo, ortopedistas e fisioterapeutas eram os principais profissionais no tratamento. Entre as décadas de 1950 e 1990 acreditava-se na combinação de anti-inflamatórios e repouso como estratégia de tratamento da DL. O repouso caracterizava-se pela restrição e evitação de movimentos de flexão, agachamento e outros que expusessem o disco intervertebral a uma sobrecarga mecânica que aumentaria a inflamação local<sup>4</sup>. Na década de 1970 surgiram as escolas de postura com a proposta de ensino sobre anatomia, biomecânica e ergonomia, para que os pacientes pudessem “cuidar melhor das suas costas”<sup>5</sup>.

A visão da dor nociceptiva de causa mecânica da DL motiva a investigação diagnóstica por exames de imagem, bem como a procura de alterações estruturais que justifiquem a presença e a persistência da dor. Contudo, a associação entre os achados nos exames de imagem e a DL é baixa<sup>6</sup>. Desse modo, nem todas as alterações identificadas nos exames complementares representam “a causa” da dor, pois algumas modificações estruturais são naturais do envelhecimento e não impactam diretamente a dor ou a incapacidade. Além disso, a adoção da conduta educativa de explicar aos pacientes a informação contida nos laudos e nos exames de imagem pode contribuir para o efeito nocebo, aumentando a sensação de vulnerabilidade, incapacidade e medo do movimento<sup>7</sup>.

Compreender o “problema de postura” não é suficiente para solucionar a dor. Diversos modelos de escolas de postura e de educação sobre dor foram sugeridos nas últimas décadas, mas ainda sem grande mudança nos desfechos epidemiológicos. A dor lombar crônica (DLC) persiste como uma dor e doença musculoesquelética com ônus elevado para a sociedade e para a pessoa que a sofre. A partir da abordagem da DLC expande-se para o tratamento multidisciplinar ou multiprofissional. Estudos clínicos aplicam terapia combinada com o retorno progressivo ao movimento funcional e a educação em dor, agregando a participação de diferentes especialidades médicas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, entre outros<sup>8</sup>.

Nas últimas décadas, o tratamento da DLC evoluiu para um modelo mais abrangente e multidisciplinar. Essa mudança traz um aprofundamento na compreensão da complexidade da dor, que vai além do segmento corpóreo, e a presença de uma forte interação entre a funcionalidade física e emocional e a percepção da dor. Por exemplo, a dor na região inferior da coluna pode desencadear mudanças no padrão de comportamento motor de todo corpo. Além do impacto emocional, como a vulnerabilidade, catastrofização da dor e cinesiofobia, há também o impacto no desempenho ocupacional, que interfere negativamente nas atividades de vida diária e na participação social e ocupacional. A dor pode ser incapacitante e modificar a rotina e a identidade ocupacional. Um trabalhador que precisa se ausentar, devido à dor, pode ter sua percepção de produtividade atingida. Uma mãe que não consegue realizar os cuidados com seu bebê pode questionar seu papel materno, e um idoso orientado a restrições de movimentos pode apresentar perda de força muscular e acelerar o processo de fragilidade e dependência. As crenças sobre a DL são variadas. Durante a gestação, acredita-se que as dores lombar e pélvica são consequências naturais do estado gravídico. Nesse contexto, as gestantes não buscam por assistência em saúde e acreditam que a dor será interrompida após o nascimento do bebê. Relatos mostram o quão impactante é quando a DL persiste após o parto e dificulta a mãe a cuidar do seu filho. Mães questionam sua identidade materna e optam por não ter uma nova gestação<sup>9</sup>. Receber orientações que restringem movimentos comuns de atividades de vida diária, como agachar para sentar-se em um vaso sanitário, gera tensão, medo e comportamentos mal adaptativos. O medo de se mover leva a perda de participação social, isolamento, sentimentos de frustração e ansiedade, fatores esses que pioram a intensidade da dor, iniciando um ciclo sem fim de dor crônica<sup>10</sup>.

Entender a multidimensionalidade da DL é considerar a inclusão do manejo da dor e dos impactos que a lombalgia causa. Fatores biopsicossociais e até mesmo espirituais devem ser considerados e incluídos no plano de tratamento. O tratamento com abordagem biopsicossocial para a DL subentende a importância da colaboração de vários profissionais. Respeitar as diferentes competências é crucial para atuar de forma multi ou interdisciplinar. A discussão entre os membros da equipe não tem o objetivo de inferir no que o outro profissional executará. O



objetivo é harmonizar as intervenções com foco nos objetivos terapêuticos traçados.

A adesão ao tratamento, incluindo exercícios prescritos, engloba diferentes aspectos. O engajamento ocupacional, abordagem própria da terapia ocupacional, já se mostrou capaz de aumentar a participação em atividades físicas e de levar a uma melhora do sono<sup>11</sup>. Os cuidados com a saúde mental auxiliam o gerenciamento da saúde, incluindo o manejo da dor lombar. Orientações específicas sobre alimentação ajudam a melhorar a qualidade de vida e a disposição para executar exercícios. Por mais que seja humanizado, empático e entendedor da educação sobre dor, um profissional apenas não é detentor de resultados efetivos quando se trata de DL. Considera-se reducionista uma única classe profissional ser a responsável para o atendimento de pessoas com DL, pois isso seria tratar uma condição complexa e impactante de forma rasa e superficial. É preciso estudos e experiência para atender a DL, mas é preciso humildade, respeito e trabalho em equipe para realmente melhorar a vida das pessoas que vivem com essa condição.

**Juliana Barcellos de Souza<sup>1</sup>**

**Luciana Buin<sup>2</sup>**

*1. Editora-Chefe*

*Universidade do Estado de Santa Catarina,  
Florianópolis, SC, Brasil.*

[ID https://orcid.org/0000-0003-4657-052X](https://orcid.org/0000-0003-4657-052X)

*E-mail: editora.brjp.2425@dor.org.br*

*2. Terapeuta Ocupacional,*

*Centro de Referência da Dor Crônica Oeste, São Paulo, SP, Brasil.*

*Editora associada do BrJP*

*Coordenadora do Comitê de Educação em Dor SBED*

[ID https://orcid.org/0000-0002-1824-5749](https://orcid.org/0000-0002-1824-5749)

*E-mail: dralucianabuin@gmail.com*

## REFERÊNCIAS

1. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *Lancet*. 2018;391(10137):2302.
2. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings, 2023.
3. Nijs J, Kosek E, Chiarotto A, Cook C, Danneels LA, Fernández-de-Las-Peñas C, Hodges PW, Koes B, Louw A, Ostelo R, Scholten-Peeters GGM, Sterling M, Alkassabi O, Alsobayel H, Beales D, Bilika P, Clark JR, De Baets L, Demoulin C, de Zoete RMJ, Elma Ö, Gutke A, Hanafi R, Hotz Boendermaker S, Huysmans E, Kapreli E, Lundberg M, Malfliet A, Meziat Filho N, Reis FJJ, Voogt L, Zimney K, Smeets R, Morlion B, de Vlam K, George SZ. Nociceptive, neuropathic, or nociplastic low back pain? The low back pain phenotyping (BACPAP) consortium's international and multidisciplinary consensus recommendations. *Lancet Rheumatol*. 2024;6(3):e178-e188.
4. Saal JS. The role of inflammation in lumbar pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995;20(16):1821-7.
5. Forsell MZ. The back school. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1981;6(1):104-6.
6. Kasch R, Truthmann J, Hancock MJ, Maher CG, Otto M, Nell C, Reichwein N, Bülow R, Chenot JF, Hofer A, Wassilew G, Schmidt CO. Association of lumbar MRI findings with current and future back pain in a population-based cohort study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2022;47(3):201-11.
7. Fagundes FRC, Reis FJJ, Cabral CMN. Nocebo and pain: adverse effects of excessive information. *Rev Dor*. 2016;17(3):157-8.
8. Nees TA, Riewe E, Waschke D, Schiltenswolf M, Neubauer E, Wang H. Multidisciplinary pain management of chronic back pain: helpful treatments from the patients' perspective. *J Clin Med*. 2020;9(1):145.
9. Buin L, Joaquim RHVT, Strong J, Robinson K. The experience of pregnancy-related lumbopelvic pain: a qualitative evidence synthesis. *Can J Occup Ther*. 2024;91(1):29-43.
10. Ashby S, Fitzgerald M, Raine S. The Impact of Chronic Low Back Pain on Leisure Participation: Implications for Occupational Therapy. *Br J Occup Ther*. 2012;75(11):503-8.
11. Nielsen SS, Skou ST, Larsen AE, Bricca A, Søndergaard J, Christensen JR. The effect of occupational engagement on lifestyle in adults living with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Occup Ther Int*. 2022;13:2022:7082159.