

CAPÍTULO 16

DOR LOMBAR E QUEIXAS MUSCULOESQUELÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRIAGEM DE GRAVIDADE, DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E MANEJO FUNCIONAL BASEADO EM EVIDÊNCIAS

FERNANDO VICTOR ELISEU MACEDO¹
LEONARDO SEIJI KATAYAMA ITAYA²
LUIZA ROCHA PINTO COELHO³

¹Discente - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

²Discente - Universidade de Taubaté, Taubaté, São Paulo, Brasil.

³Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Dor Lombar; Dor Musculoesquelética; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Dor lombar e queixas musculoesqueléticas estão entre as principais causas de procura por atendimento na atenção primária à saúde (APS) e, ao mesmo tempo, entre os cenários em que a qualidade do método clínico mais altera desfechos: afastamentos prolongados, cronificação, uso excessivo de exames de imagem, prescrição de medicamentos de baixo benefício e alto risco e encaminhamentos tardios para condições graves. A maior parte das lombalgias atendidas na APS é inespecífica, flutuante e recidivante, e o desafio clínico real não é “nomear uma lesão”, e sim identificar rapidamente o pequeno grupo com condições potencialmente graves, estratificar risco de cronificação e construir um plano funcional que favoreça retorno progressivo às atividades (NICE, 2016; WHO, 2023).

A lombalgia crônica primária, anteriormente referida como lombalgia inespecífica, é definida como dor lombar persistente por mais de 3 meses sem causa subjacente específica como neoplasia, infecção, fratura, doença inflamatória ou compressão neurológica progressiva. A OMS destaca que esse fenótipo responde pela grande maioria das apresentações de dor lombar crônica na atenção primária, exigindo abordagem biopsicossocial e pacote multimodal, em vez de intervenções isoladas (WHO, 2023). Essa lógica se estende às demais queixas musculoesqueléticas: joelho doloroso por osteoartrose, ombro doloroso por síndrome do manguito rotador, cervicalgia mecânica, tendinopatias e entorses. Em todas elas, a APS precisa operar com o mesmo “núcleo duro” de qualidade: reconhecer sinais de gravidade, avaliar funcionalidade, orientar autocuidado e atividade graduada, usar farmacoterapia como ponte para reabilitação e definir reavaliação e critérios de encaminhamento (NICE, 2016; NICE, 2022).

O problema central é que a prática cotidiana ainda confunde “investigar” com “solicitar imagem” e “tratar” com “prescrever analgésicos”. Diretrizes recomendam restringir imagem para situações em que o resultado mudará a conduta e enfatizam intervenções não farmacológicas e retorno à atividade como pilares do cuidado, tanto para lombalgia quanto para outras dores musculoesqueléticas (NICE, 2016; QASEEM *et al.*, 2017; WHO, 2023). Além disso, recomendações atuais desestimulam intervenções e fármacos de baixo valor e potencial de dano, como cintas/lombares de rotina, tração, TENS, opioides e anticonvulsivantes para lombalgia crônica primária, e gabapentinoides, benzodiazepínicos e corticoide oral para ciática, por baixa efetividade e risco de eventos adversos e dependência (NICE, 2016; WHO, 2023).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reproduzível para dor lombar e queixas musculoesqueléticas na APS, integrando triagem de gravidade e sinais de alerta, diagnóstico sindrômico orientado por função, estratificação de risco de cronificação, manejo multimodal com reabilitação prescritiva e farmacoterapia segura, além de critérios de reavaliação, encaminhamento e organização do cuidado longitudinal.

Triagem de gravidade e diagnóstico sindrômico na APS

A etapa de maior impacto clínico é separar rapidamente: (1) dor musculoesquelética comum, (2) dor com comprometimento neurológico relevante, (3) dor com sinais de doença sistêmica ou estrutural grave. Em lombalgia, diretrizes enfatizam que a imagem não deve ser rotina e que o núcleo do cuidado é identificar sinais de alerta e, na ausência deles, conduzir com manejo conservador e reavaliação planejada (NICE, 2016). Em outras dores musculoesqueléticas, o mesmo princípio se aplica: a clínica

direciona, e a imagem é reservada para mudança de conduta, suspeita de fratura/infecção/neoplasia, ou falha terapêutica com necessidade de planejamento especializado (NICE, 2022).

Sinais de alerta e situações que exigem avaliação urgente ou encaminhamento

A presença de sinais do **Quadro 16.1** desloca a lógica do cuidado: prioriza estabilização, inves-

tigação dirigida e encaminhamento conforme gravidade e recursos locais. A ausência de sinais de alerta permite uma abordagem funcional com forte componente de autocuidado e exercício, reduzindo medicalização e exames de baixo valor (NICE, 2016; QASEEM *et al.*, 2017).

Quadro 16.1 Sinais de alerta em dor lombar e queixas musculoesqueléticas

• Déficit neurológico progressivo, anestesia em sela, disfunção esfinteriana, retenção urinária, fraqueza importante de membros inferiores, suspeita de síndrome da cauda equina.
• Febre persistente, calafrios, imunossupressão, uso de drogas injetáveis, dor noturna desproporcional, sinais de infecção sistêmica.
• História de neoplasia, perda ponderal inexplicada, dor noturna progressiva, dor refratária com deterioração sistêmica.
• Trauma relevante, osteoporose importante, uso prolongado de corticoide sistêmico, dor aguda com incapacidade e suspeita de fratura.
• Dor torácica/abdominal associada, pulsos assimétricos, sinais de emergência não musculoesquelética.
• Monoartrite aguda com sinais inflamatórios importantes e febre, suspeita de artrite séptica.
• Dor inflamatória com rigidez matinal prolongada, melhora com exercício e piora com repouso, dor noturna de segunda metade da noite e alternância glútea, sugerindo espondiloartrite e necessidade de avaliação dirigida.

Fonte: NICE, 2016; BRASIL, 2013; BRASIL, [s.d.].

Classificação sindrômica prática: o que muda conduta na lombalgia

A consolidação do diagnóstico sindrômico não exige “descobrir a lesão exata” na APS;

exige descrever o padrão, mensurar função e programar reavaliação. Isso reduz inércia terapêutica e evita cronificação por repouso e medo-evitação (**Tabela 16.1**): (WHO, 2023; QASEEM *et al.*, 2017).

Tabela 16.1 Lombalgia: categorias sindrômicas e implicações

Síndrome	Achados típicos	Conduta na APS	Quando acelerar investigação
Lombalgia inespecífica mecânica	dor lombar sem sinais neurológicos relevantes, piora com carga, melhora parcial com movimento	educação + retorno à atividade + exercício graduado + analgesia de ponte	sinais do Quadro 16.1 , dor desproporcional progressiva
Lombociatalgia/radiculopatia	dor irradiada em trajeto, parestesias, dor neuropática, sinais radiculares	manejo conservador, avaliação neurológica seriada, foco em função	déficit progressivo, sinais de cauda equina, falha com limitação severa
Dor inflamatória axial	rigidez matinal prolongada, melhora com exercício, piora com repouso, dor noturna	rastreio dirigido e encaminhamento conforme suspeita	marcadores inflamatórios, sinais sistêmicos, uveíte/psoríase/enteropatia
Causa secundária grave	febre, perda de peso, trauma, neoplasia, infecção	estabilizar, investigar e encaminhar	sempre, conforme gravidade e protocolo local

Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023.

Exames complementares e imagem: quando realmente mudam conduta

Diretrizes recomendam considerar imagem apenas em ambientes especializados ou quando o resultado provavelmente mudará o manejo, e desencorajam imagem de rotina em lombalgia inespecífica (NICE, 2016). Na APS, a imagem deve responder a uma pergunta clínica clara. Achados degenerativos são frequentes em indivíduos assintomáticos e podem aumentar catastrofização e incapacidade por reforçar crenças de “coluna estragada”, sem ganho terapêutico relevante (NICE, 2016). O mesmo raciocínio se aplica à osteoartrose: não usar imagem rotineiramente para guiar manejo não cirúrgico e evitar acompanhamento por imagem como marcador de resposta (NICE, 2022).

Manejo avançado na APS: educação, reabilitação prescritiva e farmacoterapia segura

O cuidado contemporâneo para lombalgia e queixas musculoesqueléticas é organizado em pacote multimodal e progressivo. A OMS enfatiza que pessoas com lombalgia crônica primária geralmente se beneficiam de combinação de intervenções físicas, educacionais e psicológicas, iniciando pelas menos invasivas e potencialmente menos danosas (WHO, 2023). O ACP recomenda, para lombalgia aguda/subaguda, priorizar intervenções não farmacológicas como calor superficial, massagem, acupuntura ou manipulação espinal; e, quando medicar, preferir anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou relaxantes musculares de curta duração, sempre com cautela e seleção por risco (QASEEM *et al.*, 2017). Para lombalgia crônica, o ACP também prioriza intervenções não farmacológicas e orienta considerar farmacoterapia quando necessário, com avaliação de

risco/benefício e evitando escalada iatrogênica (QASEEM *et al.*, 2017).

“Mensagens-chave” terapêuticas que reduzem cronificação

Educação terapêutica não é “orientação genérica”; ela é intervenção de alto impacto quando reduz medo, evita repouso prolongado e promove retorno gradual à atividade (**Quadro 16.2**) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023; NICE, 2016).

Quadro 16.2 Educação terapêutica estruturada

• Explicar que dor lombar inespecífica é comum, tende a oscilar e raramente representa lesão grave na ausência de sinais de alerta.
• Encorajar continuidade de atividades e retorno gradual ao trabalho, evitando repouso prolongado.
• Definir expectativas realistas: melhora é frequentemente progressiva, com “altos e baixos”.
• Orientar manejo de “piora transitória”: reduzir carga por curto período, manter movimento, retomar progressão planejada.
• Tratar linguagem: evitar termos que aumentem ameaça estrutural sem base clínica consistente.
• Pactuar meta funcional mensurável para 2–6 semanas.

Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023.

Reabilitação prescritiva em 4–8 semanas: modelo aplicável na APS

A OMS recomenda educação estruturada, programas de exercício, terapias psicológicas como terapia cognitivo-comportamental e cuidado biopsicossocial multicomponente como intervenções que podem ser oferecidas em lombalgia crônica primária, e desaconselha rotineiramente tração, ultrassom terapêutico, TENS, cintas/lombares e opioides, entre outros, por baixa efetividade e potencial de dano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023). Diretrizes NICE também desaconselham cintos e corsets em lombalgia, e reforçam programas de exercício e manejo ativo (**Tabela 16.2**) (NICE, 2016).

Tabela 16.2 Plano reabilitador graduado

Semana	Meta funcional	Intervenção principal	Critério de progressão
1–2	reduzir medo-evitação e retomar rotina básica	caminhar diário + mobilidade leve + educação	manter atividade apesar de dor tolerável
2–4	aumentar tolerância à carga	exercícios de fortalecimento progressivo e estabilidade + higiene do sono	aumento de volume sem piora sustentada
4–8	consolidar retorno ao trabalho/AVDs	fortalecimento + condicionamento + estratégias de autocuidado	metas funcionais atingidas e autonomia

Fonte: WHO, 2023; NICE, 2016; NICE, 2022.

Farmacoterapia: “ponte para função”, com prevenção de iatrogenia

A farmacoterapia deve ser usada para permitir movimento e reabilitação, por tempo limitado e com reavaliação programada. Para lombalgia aguda/subaguda, o ACP sugere AINEs como primeira escolha farmacológica quando necessário, e relaxantes musculares em curto prazo em cenários selecionados (QASEEM *et al.*, 2017). Em idosos, pessoas com doença renal, risco gastrointestinal ou cardiovascular, o benefício do AINE pode ser superado pelo risco, exigindo seleção criteriosa, menor dose pelo menor tempo e vigilância clínica. A diretriz NICE de osteoartrose reforça que medicamentos devem ser usados como parte de um plano mais amplo e que intervenções centrais incluem educação, exercício e, quando aplicável, controle de peso (NICE, 2022).

Em ciática, o NICE recomenda contra uso de gabapentinoides, outros antiepilépticos, benzodiazepínicos e corticoide oral, por ausência de benefício clínico relevante e risco de eventos adversos e dependência, além de desencorajar opioides de longo prazo para ciática (NICE, 2016). Em lombalgia crônica primária, a OMS também recomenda que opioides não sejam usados como parte do cuidado rotineiro, e lista anticonvulsivantes, relaxantes musculares e gliocorticoides como intervenções a não serem

usadas rotineiramente (WHO, 2023). Essas recomendações estruturam a prática segura na APS: não “escalar remédios” quando a principal intervenção é reabilitação.

Segurança farmacológica: *checklist* mínimo antes de prescrever e antes de renovar (**Quadro 16.3**):

Quadro 16.3 Checklist de segurança

• Objetivo funcional explícito e prazo de reavaliação definido.
• Revisar comorbidades e riscos: DRC, gastrite/hemorragia, risco cardiovascular, idade avançada, uso de anticoagulantes, queda.
• Evitar combinações sedativas e evitar cronificação do uso.
• Definir estratégia de descontinuação e orientar sinais de alarme.
• Reavaliar sempre: função, retorno à atividade, efeitos adversos e aderência ao plano de exercício.

Fonte: Qaseem *et al.*, 2017; NICE, 2016; WHO, 2023; Brasil, 2024.

No contexto brasileiro, protocolos e linhas de cuidado reforçam a APS como coordenadora do fluxo e salientam a necessidade de reconhecer causas graves e conduzir manejo conservador com reavaliação e prevenção de cronificação (BRASIL, 2013; BRASIL, s.d.). O PCDT de Dor Crônica no SUS organiza princípios gerais de cuidado, reforçando plano multimodal, reavaliação periódica e foco em funcionalidade (BRASIL, 2024).

Além da lombalgia: princípios aplicáveis às principais queixas musculoesqueléticas

Para manter a prática avançada com poucos eixos, uma estratégia robusta é aplicar a mesma matriz clínica a qualquer dor musculoesquelética:

1. identificar sinais de alerta e risco imediato
2. definir síndrome provável e funcionalidade
3. iniciar plano reabilitador + analgesia de ponte quando necessário
4. programar reavaliação curta e escalonar conforme resposta

Essa matriz reduz a fragmentação e aumenta coerência de cuidado.

Joelho doloroso e osteoartrose: foco em função e carga, não em imagem

A osteoartrose é diagnóstico clínico na maioria dos casos e a diretriz NICE recomenda não usar imagem rotineiramente para guiar manejo não cirúrgico, reforçando educação, exercício e, quando aplicável, perda de peso como núcleo do tratamento (NICE, 2022). A APS deve medir impacto funcional, orientar atividade física e prescrever fortalecimento progressivo. Medicamentos entram como suporte para permitir o plano ativo, com atenção a riscos de AINEs e polifarmácia, especialmente em idosos.

Ombro doloroso: síndrome do manguito rotador e capsulite como “diagnósticos funcionais”

Na APS, o manejo seguro do ombro doloroso depende menos de “achar a lesão no ultrassom” e mais de diferenciar padrões clínicos: dor com arco doloroso e fraqueza por dor sugere síndrome do manguito; rigidez importante com limitação global ativa e passiva sugere capsulite

adesiva. A conduta avançada é orientar mobilidade e fortalecimento progressivo, evitar repouso prolongado, usar analgesia de ponte quando necessário e reavaliar em 2–6 semanas, acelerando encaminhamento quando há perda de força verdadeira, trauma com suspeita de ruptura completa ou falha persistente com limitação funcional importante.

Dor cervical e cervicobraquialgia: reconhecer risco neurológico, evitar excessos e manter plano ativo

Cervicalgia mecânica e cervicobraquialgia sem déficit progressivo devem ser manejadas com educação, manutenção de atividade e reabilitação progressiva. Em sintomas radiculares, a lógica é semelhante à ciática: observar evolução, avaliar força e reflexos seriados e acelerar encaminhamento em déficit progressivo. Evitar sedativos e combinações de alto risco sem benefício funcional é parte da prática avançada e coerente com diretrizes de dor lombar/ciática e dor crônica (NICE, 2016; BRASIL, 2024).

Reavaliação, critérios de encaminhamento e organização do cuidado

A qualidade do cuidado musculoesquelético na APS é medida pela capacidade de produzir melhora funcional com segurança e reduzir cronificação. Isso exige reavaliação programada e critérios explícitos para escalonar cuidado.

Reavaliação e escalonamento: quando retornar e quando encaminhar (**Tabela 16.3**):

Dor lombar e queixas musculoesqueléticas na APS exigem abordagem avançada centrada em segurança e funcionalidade. Diretrizes convergem para um método reproduzível: triagem ativa de sinais de alerta, diagnóstico sindrômico pragmático, restrição de imagem a cenários em que muda conduta, e manejo multimodal com educação, retorno à atividade e reabilitação

prescritiva como pilares. A farmacoterapia deve ser ponte para função, com vigilância para iatrogenias e dependência, e com desestímulo a intervenções e fármacos de baixo valor e alto risco em ciática e lombalgia crônica primária. A implementação consistente desse método na APS reduz cronificação, exames desnecessá-

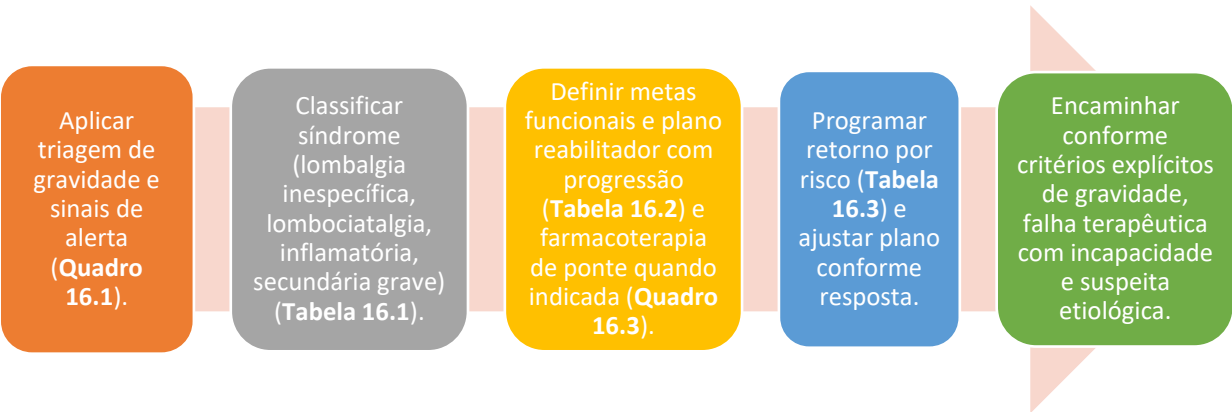
rios, afastamentos prolongados e desfechos adversos, fortalecendo a APS como ordenadora do cuidado na rede (NICE, 2016; QASEEM *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023; BRASIL, 2013; BRASIL, 2024).
Fluxo reprodutível para lombalgia e queixas musculoesqueléticas na APS (**Figura 16.1**):

Tabela 16.3 Seguimento e escalonamento

Situação	Retorno	Conduta no retorno	Encaminhar quando
Dor lombar aguda sem <i>red flags</i>	2–4 semanas	revisar função, adesão ao plano, ajustar carga	piora, nova <i>red flag</i> , incapacidade persistente
Lombociatalgia sem déficit progressivo	1–3 semanas	reavaliar neuro, função e dor; manter plano ativo	déficit progressivo, suspeita de cauda equina
Dor crônica com alto impacto funcional	2–6 semanas	plano multicomponente; revisar iatrogenia	falha persistente com incapacidade relevante
Suspeita de doença inflamatória	curto	investigação dirigida	critérios clínicos persistentes e repercussão
Monoartrite aguda febril	imediato	estabilizar e encaminhar	suspeita de artrite séptica

Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023; Brasil, 2013; Brasil, 2024.

Figura 16.1 Fluxo assistencial



Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023; Brasil, 2013; Brasil, [s.d.].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Volume II. Cadernos de Atenção Básica, n. 28. 1. ed.; 1. reimp. Brasília DF.: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 26 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dor lombar: portal Linhas de Cuidado. Brasília DF., s.d. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-lombar/>. Acesso em: 26 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília DF., 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2026.

NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2016. Last updated: 11 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>. Acesso em: 26 mar. 2026.

NICE. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management (NG226). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng226>. Acesso em: 26 mar. 2026.

QASEEM, A. *et al.* Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, v. 166, n. 7, p. 514-530, 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>. Acesso em: 26 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/ageing/lbp/summary_who_guideline_lower-back-pain_brochure_v7.pdf. Acesso em: 26 mar. 2026.