



**PROGRAMA**  
DE CIÊNCIAS  
DA REABILITAÇÃO

CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Reabilitação

Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação

ADRIELI BORSOE NUNES QUEVÊDO

ADMISSÃO DE PACIENTES COM DOR NAS COSTAS EM UM  
HOSPITAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE SERRA – ES

RIO DE JANEIRO

2021

ADRIELI BORSOE NUNES QUEVÊDO

ADMISSÃO DE PACIENTES COM DOR NAS COSTAS EM UM  
HOSPITAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE SERRA – ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, do Centro Universitário Augusto Motta, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Linha de Pesquisa: Abordagem Terapêutica em Reabilitação

Orientador: Ney Armando de Mello Meziat Filho

RIO DE JANEIRO

2021

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e  
Informação – SBI – UNISUAM

611.73 Quevêdo, Adrieli Borsoe Nunes.

Q5a Admissão de pacientes com dor nas costas em um Hospital Estadual no Município de Serra – ES / Adrieli Borsoe Nunes Quevêdo. – Rio de Janeiro, 2021.

31 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Centro  
Universitário Augusto Motta, 2022.

1. Dor nas costas. 2. Atendimento de emergência. 3. Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes. I. Título.

CDD 22.ed.

ADRIELI BORSOE NUNES QUEVÊDO

ADMISSÃO DE PACIENTES COM DOR NAS COSTAS EM UM  
HOSPITAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE SERRA – ES

Examinada em: 15/12/2021



Ney Armando de Mello Meziat Filho  
Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM



Leandro Alberto Calazans Nogueira  
Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM



Charbel Jacob Junior  
Escola Superior de Ciências Médicas Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

RIO DE JANEIRO

2021

## Resumo

**Introdução:** As dores nas costas muitas vezes culminam com procura por serviços de saúde em setores de emergências hospitalares. Além de ser um grande gasto, questiona-se se o público com esta queixa está indo ao melhor local para atendimento neste quadro. **Objetivo:** Descrever características de admissão dos pacientes com dor nas costas em um hospital estadual. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo descritivo com dados secundários de entradas em um hospital estadual do Espírito Santo em 2019 observados por análise do banco de dados da instituição. A amostra de 3240 foi apresentada por idade, sexo, local de procedência, classificação de risco, tipo de especialista e tipo de consulta e distribuída por CID10. **Resultados:** Os participantes tinham em média 43,69 anos de idade, a maioria era do sexo feminino (56,56%). A maioria dos participantes (89,43%) compareceu ao hospital vindo de sua própria residência. Do total da amostra, 68,4% recebeu a classificação de risco como urgente. Das consultas realizadas, a maioria (77,3%) foi encaminhada para atendimento com neurocirurgião. De acordo com o sistema de classificação CID-10 fornecido pelos médicos, o código mais representativo da amostra foi o M545 (Dor lombar baixa). **Conclusão:** A maioria dos casos de dores nas costas que deram entrada no departamento de emergência hospitalar foram considerados inespecíficos, entretanto a maior parte foi encaminhada a um neurocirurgião. Ao invés da maior parte dos participantes terem sido atendidos por especialistas, o clínico geral deveria ter sido a primeira opção mais frequente.

**Palavras-chave:** Dor nas costas; Atendimento de emergência; Serviço Hospitalar de Admissão de Pacientes; (<http://decs.bvs.br/>).

## Sumário

Resumo	5
Capítulo 1 Revisão de Literatura	7
<b>1.1 Introdução</b>	7
<b>1.1.1 Dor nas costas</b>	7
<b>1.1.2 Epidemiologia</b>	8
<b>1.1.3 Admissão dos pacientes no hospital</b>	9
<b>1.2 Justificativa</b>	13
<b>1.2.1 Relevância para as Ciências da Reabilitação</b>	13
<b>1.2.2 Relevância para a Agenda de Prioridades do Ministério da Saúde</b>	13
<b>1.2.3 Relevância para o Desenvolvimento Sustentável</b>	14
<b>1.3 Objetivos</b>	14
<b>1.3.1 Primário/Geral</b>	14
<b>1.3.2 Secundários/Específicos</b>	14
<b>1.4 Hipóteses</b>	15
Capítulo 2 Participantes e Métodos	16
<b>2.1 Aspectos éticos</b>	16
<b>2.2 Delineamento do estudo</b>	16
<b>2.2.1 Local de realização do estudo</b>	16
<b>2.3 Amostra</b>	16
<b>2.3.1 Critérios de inclusão</b>	16
<b>2.4 Variáveis do estudo</b>	17
<b>2.4.1 Análise estatística</b>	18
<b>2.4.2 Disponibilidade e acesso aos dados</b>	18
Capítulo 3. Resultados	19
Capítulo 4. Discussão	26
Conclusão	29
Referências	30
Apêndice 1 – CEP	34
Apêndice 2 – Declaração de Instituição Coparticipante	35

# Capítulo 1 Revisão de Literatura

---

## 1.1 Introdução

Considera-se muito comum o relato de dor nas costas nos indivíduos em todo o mundo, e este se confunde com a dor na região da lombar. A lombalgia é uma das queixas musculoesqueléticas mais comuns e de acordo com Fialho e colaboradores em 2011, quando se pensa no custo das doenças, as condições musculoesqueléticas encontram-se na categoria das doenças mais dispendiosas. (FIALHO et al., 2011) Waterman, et al apud Chow (2012), observaram que a lombalgia é a quinta queixa com mais procura por serviços médicos em setores de emergências hospitalares e isto pode levar a gastos de 30 a 50 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos.(WATERMAN; BELMONT; SCHOENFELD, 2012)

### 1.1.1 Dor nas costas

Muitas vezes, quando se fala em dor nas costas, pensa-se em dor lombar. Entretanto, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID10) é possível considerar a dor nas costas como dorsalgias pelo código M54 e pode ser subdividida em radiculopatia (M541), cervicalgia (M542), ciática (M543), lumbago com ciática (M544), dor lombar baixa (M545), dor na coluna torácica (M546), outra dorsalgia (M548), dorsalgia não especificada (M549) (WHO, 2000).

De acordo com Chou et al. em 2007, define-se dor lombar como aquela que ocorre no dorso, no espaço entre as margens inferiores dos gradis costais e as pregas glúteas inferiores. A dor lombar tem como origem principal a coluna lombar, uma estrutura muito complexa, que envolve as vértebras, discos intervertebrais, articulações, tendões, músculos regionais, vasos sanguíneos, raízes e nervos periféricos, medula espinhal, cauda equina e meninges. Cada uma dessas estruturas, em grau variável, podem ser fonte de nocicepção. Além disso, órgãos abdominais, como rins, pâncreas ou a aorta, e estruturas pélvicas (ovários,

músculos, pelve óssea) podem também causar dor que eventualmente se refere para a região lombar. (CHOU et al., 2007)

A dor lombar é inespecífica em cerca de 90% dos casos, ou seja, não se consegue identificar a sua causa com exatidão, e específica (ex: radiculopatia causada por hérnia de disco extrusa) em menos de 10% dos casos. Apenas 1 a 2% dos casos estão relacionados à patologias graves (ex: câncer, infecções, fraturas, doenças reumatológicas inflamatórias e síndrome de cauda equina) (COHEN; ARGOFF; CARRAGEE, 2009). A dor lombar inespecífica tem uma evolução favorável em 60% dos casos, com os sintomas regredindo em até seis semanas. Entretanto, pelo menos 30% das pessoas que sofrem um episódio de lombalgia aguda experimentarão outro episódio em um período de um ano (ZHONG et al., 2017). Quando a lombalgia se prolonga além de três meses é classificada como crônica. A lombalgia se cronifica em cerca de 5-8% dos pacientes (MCCAMEY; EVANS, 2007), mas estes são responsáveis por mais de 75% dos gastos anuais realizados com essa enfermidade. (CHOU et al., 2007)

### **1.1.2 Epidemiologia**

No Brasil, em uma população de adultos em idade produtiva, a lombalgia representa entre 60 e 80% das doenças que afetam os trabalhadores. Afeta cerca de 80% da população pelo menos uma vez da vida e cerca de 10 a 15% dessa população afetada desenvolve dor lombar crônica (VALENÇA; ALENCAR, 2018).

Embora ocorram variações das estimativas de prevalência, 3,15% das entradas em emergências hospitalares são por lombalgias, representando 2,74 milhões de consultas anualmente nos Estados Unidos, além disso, a incidência de procura é maior entre aqueles que apresentam mais de 35 anos de idade (WATERMAN, BELMONT, SCHOENFELD, 2012).

Cerca de 50% dos pacientes que compareceram ao departamento de emergência com dor lombar tiveram prognóstico ruim, relatando dor persistente e incapacidade funcional por 1 ano (FRIEDMAN et al., 2012).

Lovegrove et al. (2011) realizaram um estudo na Austrália incluindo 22.655 casos de dor lombar no departamento de emergência em um período de 5 anos que mostrou que a faixa etária mais comum dessa condição foi entre 35 a 45 anos,

sendo que as mulheres apresentaram maior número nos grupos etários mais velhos (75 anos ou mais) e também na adolescência, entre 15 e 24 anos. (LOVEGROVE et al., 2011) Segundo Hoy et al. em 2014, a dor lombar apresentou uma prevalência de aproximadamente 11,9% na população mundial. (HOY et al., 2014)

No Reino Unido, 16% dos adultos procuraram os serviços médicos com queixas de dor lombar, onde 12,5% acabaram resultando em faltas no trabalho, acarretando em um custo total de 1,3 milhões por dia ao sistema de saúde (GORDON; BLOXHAM, 2016).

### **1.1.3 Admissão dos pacientes no hospital**

O'Connel et al em 2016, analisaram os últimos guidelines para lombalgia e perceberam um consenso entre National Institute For Health And Care Excellence (NICE) e as diretrizes canadenses, que fornecem algumas orientações sobre os encaminhamentos de atenção primária. A diretriz canadense recomenda o encaminhamento para reavaliação de um especialista musculoesquelético quando os pacientes não retornam à função de 1 a 6 semanas após o contato inicial. A diretriz NICE recomenda o uso de uma ferramenta de estratificação de risco para informar a tomada de decisão compartilhada sobre se um paciente pode ser gerenciado com suporte mais simples e menos intensivo, por exemplo, reafirmação, conselhos para manter-se ativo e orientação sobre autogestão ou encaminhamento para uma gama de possíveis opções de reabilitação, incluindo exercícios em grupo ou individuais, com ou sem terapias manuais ou psicológicas, ou um programa de reabilitação físico e psicológico combinado. (O'CONNEL et al, 2016)

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e às urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas

organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. (SAÚDE, 2003)

Atualmente, se utiliza o modelo de classificação de risco para triagem e intervenção. O modelo centrado na classificação de risco organiza os serviços de emergência hospitalar em dois fluxos: o azul e o vermelho. Os ambientes do fluxo azul têm a finalidade de atender a uma determinada sequência: acolhimento, classificação de risco, consulta médica, sala de procedimentos de baixa complexidade e sala de observação até 12 horas. Os ambientes do fluxo vermelho atendem a outra sequência: área de reanimação, unidade de estabilização com cuidados intensivos e sala de observação até 24 horas. As equipes do fluxo azul têm perfil adequado ao atendimento do grande público, organizada em plantões. No fluxo vermelho as equipes têm perfil para o atendimento intensivo e procedimentos invasivos, preferencialmente, organizada horizontalmente para aumentar o vínculo e responsabilização na conduta com os pacientes. (BITTENCOURT; HORTALE, 2009)

Segundo Waterman et al. em 2011, nos Estados Unidos, cerca de 3,15% das entradas em emergências hospitalares são por lombalgias, resultando 2.74 milhões de visitas ao ano, com maior incidência de procura entre aqueles que tinham mais de 35 anos de idade. (WATERMAN; BELMONT; SCHOENFELD, 2012)

De acordo com o acompanhamento de Friedman et al (2012), cerca de 50% se queixa de dor lombar persistente e incapacidade funcional dentro de um ano após a primeira visita aos setores emergenciais. Há uma tendência de que estes pacientes admitidos nas emergências recebam medicações orais ou parenterais de benzodiazepínicos, relaxantes musculares, opióides e anti-inflamatórios não esteroidais. (FRIEDMAN et al., 2012)

Em sua análise sobre como é realizado o gerenciamento das lombalgias em departamentos de emergência na Austrália, Ferreira et al. (2019), acompanharam, através de dados dos registros dos pacientes do hospital, aqueles que vieram com a lombalgia como queixa principal e motivo da busca pelo setor de emergência hospitalar. Os pesquisadores perceberam uma quantidade relativamente alta de pacientes com lombalgia que receberam prescrição de opióides (69,6%), e foram caracterizados como patologia mais séria da coluna. Quase metade dos pacientes que chegaram no hospital tiveram como motivo da visita a dor lombar. Quanto maior a idade do paciente, mais chance teve de ter sido prescrito exame de imagem.

Pacientes acima dos 65 anos de idade, foram duas vezes mais propensos a receber exames de imagem em comparação com os mais jovens. Os autores sugerem que a educação dos profissionais de saúde e a divulgação ativa das diretrizes para a abordagem da dor lombar são ferramentas essenciais para melhorar o manejo das lombalgias nas emergências hospitalares. (FERREIRA et al., 2019)

Apesar de os guidelines sugerirem o uso de opioides somente quando há casos de dor muito severa ou em casos refratários ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais, o que se observa é que, na maioria das vezes, os pacientes que são recebidos em departamentos de emergência recebem com frequência prescrições de medicamentos opióides como conduta para sua queixa de dor lombar. (FERREIRA et al., 2019)

As diretrizes do NICE, do Canadá e as diretrizes da American College of Physicians (ACP) de 2007 não recomendam o uso de imagem de rotina. Os exames de imagem só são recomendados se for provável que mude o manejo do tratamento do paciente ou onde há suspeita justificável de doença específica. A orientação canadense inclui uma lista de indicações como déficit neurológico importante ou progressivo, suspeita de síndrome de cauda equina, dor severa progressiva e debilidade apesar da terapia não intervencionista, dor incapacitante nas costas ou nas pernas e suspeita clínica ou radiológica de neoplasia ou infecção. Eles recomendam tomografia computadorizada para detectar ou caracterizar tumores ósseos primários, ou após trauma para descartar ou caracterizar fraturas. As diretrizes atualizadas dos EUA não mencionam o uso de imagens em suas publicações. (O'CONNELL et al., 2016)

O American College of Radiology listou direcionamentos para prescrição de modalidades de exames através de diretrizes baseadas em evidências para condições clínicas específicas relacionadas a lombalgia, a fim de criar critérios de adequação para tal. Dentre estes critérios, orienta-se que a lombalgia aguda não complicada e / ou radiculopatia são condições benignas e autolimitadas que não justificam quaisquer estudos de imagem. A ressonância magnética da coluna lombar deve ser considerada para os pacientes com bandeiras vermelhas levantando suspeita de uma condição subjacente grave, como síndrome da cauda equina, malignidade ou infecção. Em pacientes com histórico de trauma de baixa velocidade, osteoporose, ou uso crônico de esteróides, recomenda-se avaliação inicial com radiografia. Na ausência de bandeiras vermelhas, o tratamento de primeira linha

para lombalgia crônica permanece terapia conservadora tanto farmacológica quanto não farmacológica (por exemplo, exercício, permanecendo ativo). Se houver sintomas persistentes ou progressivos durante ou após 6 semanas de tratamento conservador e o paciente é candidato a cirurgia ou intervenção ou permanece a incerteza diagnóstica, ressonância magnética da coluna lombar pode ser a modalidade de imagem inicial de escolha na avaliação de lombalgia complicada. Pacientes com lombalgia recorrente e histórias de intervenção cirúrgica devem ser avaliados com ressonância magnética com contraste. (PATEL et al., 2016)

Para verificar se estes critérios de adequação recomendados pelo American College of Radiology estavam sendo seguidos, foi realizado um estudo com os dados de pacientes com lombalgia em um departamento de emergência e foi verificado que a grande maioria dos pacientes recebeu de forma adequada as indicações para exames de imagem, garantindo a melhor relação custo-efetividade. (RAO et al., 2015)

Além de propor redução de custos, há uma preocupação em reduzir a exposição dos pacientes à radiação pela indicação equivocada dos exames para vários pacientes que dão entrada em departamentos de emergência hospitalares. Segundo Schlemmer et al, mais da metade dos casos de lombalgia em um setor de emergências não tiveram indicação para realizar exames de imagem e isto implicou em uma tendência menor de internações, procura por atenção primária com fisioterapia, procura por especialistas em coluna em até um ano após o episódio. (SCHLEMMER et al., 2015)

No estudo de Lee, Choi e Pransky (2016), foi observada relação significativa entre a prescrição de opioides recebidos no prazo de 6 semanas após o início da lombalgia aguda considerada não séria nas emergências e o aumento do uso prolongado de opióides e aumentos dos gastos com saúde. Os autores sugerem que esta conduta deve ser desencorajada e que deve ser praticada com mais frequência nos setores de emergência o que pregam os guidelines. (LEE; CHOI; PRANSKY, 2016)

O que se percebe, é que os pacientes com lombalgia muitas vezes deixam de receber na atenção primária os cuidados de saúde e educação sobre autocuidado e gerenciamento da queixa, pois culturalmente buscam os departamentos de

emergência de hospitais, onde recebem intervenções desnecessárias. Para o sistema de saúde, isto se converte em gastos e baixa eficiência, que é vista nos casos de recidivas e retornos. Para o paciente, esta busca por tratamento em local inapropriado se traduz em resultados pobres e uma resolução ruim para sua queixa.

## **1.2 Justificativa**

Existe uma escassez de estudos sobre o gerenciamento da dor na coluna em hospitais no Brasil. Entender se a admissão dos pacientes que buscam emergências hospitalares está de acordo com as diretrizes de avaliação da dor na coluna é fundamental para que seja possível tomar medidas que diminuam os gastos governamentais com esse problema de saúde pública.

### **1.2.1 Relevância para as Ciências da Reabilitação**

Através do estudo, foi possível entender quais as falhas em receber pacientes com dor nas costas num ambiente hospitalar, de forma a incentivar que os pacientes sejam educados com relação à suas queixas, sejam estimulados a buscar na atenção primária o tratamento adequado, criando uma cultura preventiva e de autogerenciamento do quadro.

Conhecer o perfil dos pacientes que buscam a emergência hospitalar por dor nas costas é importante para os profissionais da assistência, pois enquanto clínicos podem entender a trajetória de quem tem dor nas costas até chegar em seus ambulatórios e consultórios e assim buscar uma melhor forma de atendimento.

### **1.2.2 Relevância para a Agenda de Prioridades do Ministério da Saúde**

Espera-se que com a pesquisa reconheçamos o que é possível melhorar em termos da abordagem e do gerenciamento dos pacientes com dores nas costas, evitando assim gastos desnecessários com saúde pública, direcionando este público para os setores que tem as melhores ferramentas para manejar este tipo de queixa. Desta forma, o presente trabalho contribui com o Eixo 5 da Agenda de prioridades

do Ministério da Saúde, que se trata da Avaliação de custos e do impacto econômico no Sistema Único de Saúde (SUS) das doenças crônicas não transmissíveis, e também ao Eixo 7, que corresponde à Desenvolvimento de estratégias para o uso racional de recursos públicos em Hospitais Públicos; Análise da relação entre custos hospitalares e melhoria dos desfechos do cuidado em âmbito nacional.

### **1.2.3 Relevância para o Desenvolvimento Sustentável**

Torna-se indispensável para um país de dimensões continentais como o Brasil conhecer como é feito o gerenciamento das dores nas costas nos departamentos de emergência e ambulatórios hospitalares, a fim de entender comparativamente qual a tendência mundial de abordagens neste grupo específico.

O presente estudo vai ao encontro da Agenda 2030 proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), de maneira que o Objetivo de Desenvolvimento sustentável (ODS) número 3 (três), tem como meta: Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos

Para o Espírito Santo, ter um hospital estadual de grande porte que trata com excelência baseando-se nas melhores evidências existentes uma queixa comum como a lombalgia e outras queixas de coluna, pode colocar o Estado como referência e exemplo para outros no país.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Primário/Geral**

Descrever características de admissão dos pacientes com dor nas costas em um hospital estadual.

### **1.3.2 Secundários/Específicos**

1. Descrever a distribuição dos pacientes com dor nas costas através do CID.
2. Descrever a distribuição de CID por especialista
3. Descrever a classificação de urgência por CID

## **1.4 Hipóteses**

Levando em consideração que as diretrizes nacionais e internacionais recomendam a abordagem da lombalgia na atenção primária, o setor de emergência dos hospitais, em sua maioria, tende a realizar condutas próprias, priorizando-as em detrimento das recomendações e guidelines.

## Capítulo 2 Participantes e Métodos

---

### 2.1 Aspectos éticos

Este protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética antes da execução do estudo, em consonância com a resolução 466/2012, com parecer de número 3.704.504

### 2.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo descritivo com dados secundários de entradas de pacientes no hospital com códigos do CID10 relacionados à dor nas costas observados por análise do banco de dados da instituição. O presente trabalho seguiu as recomendações do The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement para coleta de dados de saúde.

#### 2.2.1 Local de realização do estudo

O banco de dados do estudo foi cedido pelo Hospital Estadual Jaime dos Santos Neves – unidade das emergências.

### 2.3 Amostra

#### 2.3.1 Critérios de inclusão

Pacientes maiores de 18 anos que deram entrada na emergência do hospital em 2019 e que foram classificados com os códigos M51.0 (Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia), M51.1 (Transtornos de

discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia), M51.9 (Transtorno não especificado de disco intervertebral), M54.1 (Radiculopatia), M54.2 (Cervicalgia), M54.3 (Ciática), M54.4 (Lumbago com ciática), M54.5 (Dor lombar baixa), M54.6 (Dor na coluna torácica), M54.8 (Outra dorsalgia), M54.9 (Dorsalgia não especificada).

## **2.4 Variáveis do estudo**

Como variáveis do estudo foram analisadas sexo, idade, local de procedência (delegacia, funcionário do HEJSN, transferência de outros hospitais, outras localidades, PA de carapina/praias do suá, residência, SAMU, trabalho).

Foi utilizada a classificação de risco de Manchester, dividida em muito urgente, urgente, pouco urgente, não urgente e não compatível. Os dados eram preenchidos por enfermeiros treinados para usar o protocolo na admissão dos participantes, e os critérios para classificar dores na lombar e na torácica baseiam-se em intensidade da dor, presença de vômitos e febre, déficit neurológico, trauma direto e sintomas respiratórios. Após triagem feita pelo enfermeiro o paciente é encaminhado ao especialista que faz a classificação por CID10 em seu atendimento.

Foram analisadas variáveis como tipo de consulta (Acidente de trabalho HEJSN, consulta ortopedia, internação tratamento clínico urgência, consulta cirurgia geral, consulta neurologia/neurocirurgião, consulta clínico geral, obstetrícia), tempo de permanência (em horas), especialidade médica (cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, intensivista, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, cirurgia vascular) e classificação por CID10 (M51.0, M51.1, M51.9, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9).

## **Análise dos dados**

A amostra do estudo incluiu todos os registros das admissões com CID10 de dor nas costas no hospital no ano de 2019, chegando a 3240 pacientes, sendo estes classificados com os códigos M51.0 (Transtornos de discos lombares e de outros

discos intervertebrais com mielopatia), M51.1 (Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia), M51.9 (Transtorno não especificado de disco intervertebral), M54.1 (Radiculopatia), M54.2 (Cervicalgia), M54.3 (Ciática), M54.4 (Lumbago com ciática), M54.5 (Dor lombar baixa), M54.6 (Dor na coluna torácica), M54.8 (Outra dorsalgia), M54.9 (Dorsalgia não especificada).

As variáveis estudadas foram idade, sexo, local de procedência, classificação de risco e tipo de consulta, tempo de internação e especialidades médicas que receberam os pacientes. Foi analisada a classificação de risco por CID10 referente às dores nas costas a fim de entender se os códigos relativos às dores inespecíficas foram identificados como mais ou menos urgentes. Também foi analisado o CID10 referente às dores nas costas por tipo de especialista para observar se houve tendência maior em cada especialidade em nomear algum código específico.

### **2.4.1 Análise estatística**

As variáveis contínuas foram apresentadas como médias (desvios-padrões). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências (percentuais) e número de participantes. Foram calculados os intervalos de confiança de 95%.

Os dados foram extraídos do banco de dados do hospital, tabulados em Excel e analisados através do software R-Studio versão 1.2.1335.

### **2.4.2 Disponibilidade e acesso aos dados**

O acesso ao banco de dados do hospital foi possível mediante liberação da secretaria estadual de saúde em seu Comitê de pesquisa. Como método de limpeza foram usados os códigos do CID10 para dor nas costas e as admissões apenas do ano de 2019, excluindo os outros casos recebidos no departamento de emergência no ano.

## Capítulo 3. Resultados

---

Um total de 3240 registros de participantes foram incluídos neste estudo. Os participantes tinham em média 43,69 (DP= 14,94) anos de idade e a maioria da amostra foi composta por mulheres (n=1832, 56,56%). Quanto ao local de procedência, a maioria dos participantes analisados em registro (89,43%) compareceu ao hospital vindo de sua própria residência enquanto 2,7% vieram diretamente do trabalho e apenas 0,67% chegaram através da remoção de ambulância (tabela 1).

De acordo com a classificação de risco do protocolo de Manchester, 68,4% (n=2115) da amostra foi considerada como urgente, 29,9% (n=925) pouco urgente, 0,54% (n=17) muito urgente e 0,45% (n=14) como não urgente. Apenas 0,6% (n=21) dos pacientes encontravam-se em situação não compatível com a classificação e 4,56% (n=148) não foram classificados quanto ao risco (Tabela 1).

Das entradas, a maioria 77,3% (n=2505) foi encaminhada ao departamento de Neurologia/Neurocirurgia, 12,4% (n=403) à Clínica Geral, 3,95% (128) dos casos necessitaram de internação para tratamento clínico de urgência e apenas 2,6% (n=84) foi encaminhada ao departamento de Ortopedia (Tabela 1). Do período de entrada até a alta os pacientes permaneceram no hospital por um tempo médio de 13,29 h (DP=65,07).

Dos diferentes tipos de especialidades para as quais os registros de pacientes com dor nas costas foram encaminhados, observamos uma predominância expressiva de 80,9% (n=2622) dos atendimentos realizados por neurocirurgião seguida de 13,1 % (n=427) por clínico geral e em 2,4% (n=80) dos casos por ortopedistas. Nota-se que atendimentos oriundos da maternidade realizados por Ginecologistas / Obstetras totalizaram 1,2% (n=40) dos casos (Tabela 2).

De acordo com o sistema de classificação CID-10 fornecido pelos médicos, o código mais representativo da amostra foi o M54.5 (dor lombar baixa), recebido por 74,8% (n=2425) dos pacientes, seguido de 12,7% (n=412) classificados em M54.4 (lumbago com ciática). Entre os transtornos de dor específica, encontramos o código de classificação M51.1(transtorno de disco lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia) em 1,3 % (n=44) dos casos, M54.3- Ciática em 0,2

% (n=8) e M51.0 (Transtorno de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia) em 0,06 % (n=2) (Tabela 3). As dorsalgias (M54.8) e dorsalgias não especificadas (M54.9), juntamente com as dores na coluna torácica (M54.6) e cervicalgias (M54.2) foram agrupadas como dores nas costas de origem não específica, tendo suas porcentagens, respectivamente em 0,2% (n=8), 2,6% (n=73), 0,2% (n=7) e 7,4% (n=241), quando somadas aos números de dor lombar baixa, anteriormente mencionados.

Para análise de associação entre os descritores das localizações das queixas pelo código CID-10 e a classificação de risco pelo protocolo de Manchester, nosso estudo revelou que a classificação pelo código M54.5 de dor lombar baixa estava associada com a classificação urgente em 74,9% dos casos (IC 95%: 73-76,8, n=1586). Com relação aos casos classificados como pouco urgentes, 79,24% (n=733) eram referidos como dor lombar baixa (M54.5) e esse predomínio se repetiu na classificação não urgente (54,14%, n=8) e muito urgente (88,2%, n=15) (tabela 4).

Os casos muito urgentes foram classificados com códigos de dor considerada inespecífica através dos CID10 M54.5 - dor lombar baixa com 88,2% (n=15), M54.6 - dor na coluna torácica e dorsalgia não especificada - M54.9 com 5,8% (n=1) cada. (Tabela 4). Houve perda de classificação de Manchester por não preenchimento do banco de dados em 148 casos, com isso, pacientes que receberam classificação por CID10 com códigos M51.0 (Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia) e M51.9 (Transtorno não especificado de disco intervertebral) não foram classificados quanto ao risco, bem como outros códigos de forma pontual.

Ao analisar as classificações do CID10 dado pelo tipo de especialidade, nossa pesquisa revelou que códigos CID10 eram nomeados por médicos especialistas e 80,9% (n=2622) eram especialistas em neurocirurgia. Códigos ditos como dados para dor nas costas classificadas como específicas como o M51.1 (Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia) e M54.4 (Lumbago com ciática) foram classificados na maioria das vezes por neurocirurgiões, sendo 97,7% (n=43) e 97,33% (n=401) respectivamente. A maioria dos pacientes com dor nas costas recebeu CID10 de dor lombar baixa (M54.5) atingindo 74,8% (n=2425) da amostra total e 78,2% (n=1892) destes

receberam este código através de um especialista em neurocirurgia. (Tabela 5). Os especialistas em clínica médica foram os que mais usaram o código M54.6 de dor na coluna torácica para classificar seus pacientes e o código M51.9 de transtorno não especificado de disco intervertebral foi classificado uma única vez também por um clínico geral (Tabela 5).

As especialidades ginecologia, oftalmologia, cirurgia vascular e medicina intensiva foram agrupadas para denominar as poucas vezes que recebiam pacientes com dores nas costas em detrimento dos especialistas em neurocirurgia, clínica médica, ortopedia e cirurgia geral. (Tabela 5)

Tabela 1. Características da amostra

Idade (anos), média (DP)	43,69 (14,94)
Sexo, n feminino (%)	1832 (56,56)
Local de procedência, n(%)	
Delegacia	2(0,06)
Funcionário do HEJSN	162(5,21)
Transferência de outros hospitais	7(0,22)
Outras localidades	14(0,45)
PA de Carapina/Praia do Suá	34(1,09)
Residência	2777(89,43)
SAMU	21(0,67)
Trabalho	84(2,70)
Classificação de risco, n(%)	
Não urgente	14(0,45)
Pouco urgente	925(29,9)
Urgente	2115(68,4)
Muito urgente	17(0,54)
Situação não compatível	21(0,7)
Tipo de consulta, n(%)	
Acidente de trabalho HEJSN	12(0,37)
Consulta ortopedia	84(2,6)
Internação tratamento clínico urgência	128(3,95)
Consulta cirurgia geral	58(1,8)

Consulta neurologia/neurocirurgião	2505(77,3)
Consulta clínico geral	403(12,4)
Obstetrícia	40(1,2)

---

Tabela 2.Especialidade, n(%)

Cardiologia	2(0,06)
Cirurgia geral	63(1,94)
Clinica médica	427(13,1)
Ginecologia e obstetrícia	40(1,2)
Intensivista	1(0,03)
Neurocirurgia	2622(80,9)
Oftalmologia	2(0,06)
Ortopedia/Traumatologia	80(2,4)
Cirurgia vascular	3(0,09)

---

Tabela 3.Classificação pelo CID10, n(%)

M51.0 – Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia	2(0,06)
M51.1 – Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia	44(1,3)
M51.9 – Transtorno não especificado de disco intervertebral	1(0,03)
M54.1 – Radiculopatia	15(0,4)
M54.2 – Cervicalgia	241(7,4)
M54.3 – Ciática	8(0,2)
M54.4 – Lumbago com ciática	412(12,7)
M54.5 – Dor lombar baixa	2425(74,8)
M54.6 – Dor na coluna torácica	7(0,2)
M54.8 – Outra dorsalgia	8(0,2)
M54.9 – Dorsalgia não especificada	73(2,6)

---



Tabela 4 - Classificação de risco por CID10, n, %(IC)

	Não urgente		Pouco urgente		Urgente		Muito urgente	
	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)
Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia - M51.1	1	7,14(0,37-35,83)	4	0,43(0,13-0,11)	19	0,9(0,55-1,4)	-	-
Radiculopatia - M54.1	1	7,14(0,37-35,83)	2	0,21(0,03-0,08)	5	0,2(0,08-0,58)	-	-
Cervicalgia - M54.2	3	21,42(5,70-51,18)	97	10,48(8,62-12,68)	135	6,3(5,39-7,53)	-	-
Ciática - M54.3	-	-	-	-	6	0,28(0,11-0,64)	-	-
Lumbago com ciática - M54.4	1	7,14(0,37-35,83)	49	6,37(4,92-8,2)	308	14,5(13,1-16,1)	-	-
Dor lombar baixa - M54.5	8	57,14(29,64-81,18)	3	79,24(76,45-81,78)	1586	74,9(73-76,8)	15	88,2(62,2-97,9)
Dor na coluna torácica - M54.6	-	-	1	0,1(5.643517e-05)	5	0,2(0,08-0,58)	1	5,8(0,3-30,7)
Outra dorsalgia - M54.8	-	-	3	0,32(0,08-1,02)	5	0,2(0,08-0,58)	-	-
Dorsalgia não especificada - M54.9	-	-	25	0,27(1,79-4,02)	46	2,1(1,61-2,91)	1	5,8(0,3-30,7)

Tabela 5 - CID10 por especialista, n, %(IC)

	Neurocirurgia		Clínica médica		Ortopedia		Cirurgia geral		Outros	
	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)
Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia - M51.0	-	-	1	50(9,45-90,54)	1	50(9,45-90,54)	-	-	-	-
Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia - M51.1	43	97,7(86,49-99,88)	-	-	1	2,27(0,11-13,50)	-	-	-	-
Transtorno não especificado de disco intervertebral - M51.9	-	-	1	100(5,56-100)	-	-	-	-	-	-
Radiculopatia - M54.1	11	73,33(44,83-91,08)	12	13,33(2,34-41,61)	1	6,67(0,34-33,96)	1	6,67(0,34-33,96)	-	-
Cervicalgia - M54.2	207	85,89(80,70 - 89,90)	13	5,39(3,02-9,26)	15	6,22(3,64-10,26)	4	1,65(0,56 - 4,47)	2	0,82(0,14 - 3,28)
Ciática - M54.3	5	62,5(25,89 - 89,75)	1	12,5(0,65 - 53,32)	1	12,5(0,65 - 53,32)	1	12,5(0,65 - 53,32)	-	-
Lumbago com ciática - M54.4	401	97,33(94,13 - 98,58)	5	1,21(0,44 - 2,97)	6	1,45(0,59 - 3,30)	-	-	-	-
Dor lombar baixa - M54.5	189	78,02(76,30 - 79,64)	39	16,08(14,65 - 17,61)	47	1,93(1,44 - 2,59)	5	2,1(1,58 - 2,78)	4	1,85(1,37-2,49)
Dor na coluna torácica - M54.6	1	14,28(0,75 - 57,99)	4	57,14(20,23 - 88,19)	1	14,28(0,75 - 57,99)	1	14,28(0,75 - 57,99)	-	-
Outra dorsalgia - M54.8	6	75(35,57 - 95,54)	2	25(4,45 - 64,42)	-	-	-	-	-	-
Dorsalgia não especificada - M54.9	56	73,68(62,12 - 82,82)	8	10,52(4,97 - 20,21)	6	7,89(3,25 - 16,99)	5	6,57(2,44 - 15,33)	1	1,31(0,06 - 8,11)

Outros: Ginecologia, oftalmologia, cirurgia vascular e medicina intensiva.

## Capítulo 4. Discussão

---

A maioria dos registros de entrada no hospital com dores nas costas era de adulto, do sexo feminino e com permanência hospitalar em torno de 13 horas. A maior parte da amostra foi considerada como urgente e dentre estes urgentes, a maioria pertencia à classificação CID10 de M54.5 que corresponde a dor lombar baixa, entretanto, a maior parte foi encaminhada a um neurocirurgião.

Em sua pesquisa sobre pacientes com lombalgia no setor de emergência de hospitais dos Estados Unidos por dez anos, Drazin et al. em 2016 analisou 183.151 entradas de pacientes com dor na região lombar e também encontrou uma predominância do sexo feminino, mas uma média de idade um pouco acima da média do presente estudo (59,3 anos), além de um maior tempo de permanência no hospital (3,6 dias). Em contrapartida, no estudo de Waterman et al (2012), a grande maioria dos pacientes não teve necessidade de internação para observação, totalizando 98,42%, tendo alta rapidamente após a admissão.

Galliker et al (2020) em sua pesquisa observaram que os pacientes com patologia de coluna consideradas graves que requerem tratamento imediato por patologias por compressão da medula espinhal/cauda equina alcançando 1,9% dos casos de dor nas costas nas emergências hospitalares. No presente estudo, os códigos do CID10 como dores nas costas consideradas graves, temos o M51.0 como transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia, que correspondeu a 0,06%. Apesar disso, não foi classificada como muito urgente.

As avaliações para classificação por CID10 foram realizadas, na maioria das vezes, por neurocirurgiões (80,9%). Esta discrepância que se dá no número de pacientes com dor nas costas que são recebidos por neurocirurgiões pode ser explicada por um acordo interno entre os médicos e a administração do hospital (organização social). Aqueles pacientes que apresentam dor nas costas e por algum motivo são triados para outra especialidade, acabam sendo encaminhados para o neurocirurgião da mesma forma, reforçando este acordo. As dores nas costas poderiam ser manejadas por um médico de família na atenção primária, e isso garantiria uma gestão da queixa com uma tendência menos intervencionista, respeitando o curso natural e utilizando tratamentos mais conservadores.

Houve em nosso estudo a tendência de uma maior ocorrência do código de dor lombar baixa – M54.5. Este achado demonstra que as dores tidas como inespecíficas, de acordo com as diretrizes europeias para o manejo da dor lombar inespecífica crônica de 2006, que não são atribuíveis a uma patologia específica conhecida (infecção, tumor, osteoporose, fratura, deformidade estrutural, distúrbio inflamatório, síndrome radicular ou síndrome da cauda equina), assim como nos dados epidemiológicos mundiais, também foram mais presentes no estudo. Enquanto em nosso estudo a prevalência de casos de dor lombar baixa, interpretada como não específica pelo CID10 M54.5 atingiram 74,8%, estima-se que um diagnóstico específico de dor lombar não pode ser obtido em aproximadamente 80% dos pacientes com dor lombar, segundo o estudo de Deyo (2002), indicando que os pacientes com dor lombar costumam ser diagnosticados com dor lombar inespecífica.

Analisando os dados do Brasil por Meziat (2011), do total de aposentadorias por invalidez decorrente de dor nas costas concedidas, 57,2% corresponderam a casos idiopáticos ou inespecíficos. Os mais freqüentes foram dorsalgia (33,4%), lumbago com ciática (29,0%) e dor lombar baixa (22,9%). A cervicalgia foi responsável por 7,2% dos casos inespecíficos. Entre as causas anatomopatológicas ou específicas, 88,0% foram transtornos dos discos intervertebrais, relacionados à região lombar. Os transtornos dos discos cervicais foram responsáveis por apenas 3,6% dos casos específicos. A dor nas costas idiopática foi a primeira causa de aposentadoria por invalidez previdenciária e acidentária no Brasil em 2007.

O presente estudo contou com a subjetividade que envolve a escolha dos códigos do CID10 pelos especialistas, de forma que não se sabe ao certo quais critérios eram utilizados por cada um para a escolha, sendo muitas vezes realizado por familiaridade com alguns tipos específicos de códigos. Em 2019, ano da coleta de nosso estudo, uma questão conceitual e de classificação foi resolvida, quando da inclusão da dor crônica na Classificação Internacional de Doenças (CID). Esta demanda foi resultante da ação conjunta de uma Força Tarefa da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e da OMS. Atualmente, a dor consta na CID-11 com 7 subcategorias, sendo 1 primária e 6 secundárias, segundo De Santanna (2020). Acredita-se que com esta nova classificação, somada a nova definição taxonômica de dor pela IASP em 2020 tendam a minimizar possíveis divergências no futuro.

Em nosso estudo foi utilizada a análise do banco de dados do hospital para extração das informações, então dependia-se do preenchimento do mesmo pelos funcionários do hospital, estando suscetíveis a viés de classificação incorreta, confusão e ausência de preenchimento. Com isso, em algumas variáveis foi perceptível uma perda dos dados secundários, constando como limitação do estudo. Entretanto, a perda por não preenchimento correspondeu a menos de 5% e não ocorreu em todas as variáveis. Além disso, o estudo foi realizado utilizando as variáveis disponíveis e com isso não foi possível esclarecer detalhes a mais relacionados a admissão. Outra limitação importante é quanto a generalização dos achados de apenas um hospital de referência.

Nosso estudo trouxe à tona a reflexão acerca do uso do sistema de saúde em seus departamentos e como é possível melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. É possível entender que se a maioria dos casos de dores nas costas que deram entrada no departamento de emergência hospitalar são tidas como inespecíficas e com isso não são consideradas graves ou urgentes, poderiam ser manejadas na atenção primária junto a equipes que tenham enfoque no acompanhamento, educação em dor e gerenciamento da queixa. Ao buscar as emergências hospitalares para atendimento nesse tipo de situação, serão recebidos por uma equipe que tenderá ao uso de medicamentos mais fortes, uso de exames de imagem muitas vezes de forma desnecessária, ou intervenções mais invasivas e internações, gerando alto custo para o serviço, tornando o processo lento e obstruindo leitos.

## Conclusão

---

A maioria dos casos de dores nas costas que deu entrada no departamento de emergência hospitalar foi considerada inespecífica, entretanto a maior parte foi encaminhada a um neurocirurgião. Ao invés da maior parte dos participantes terem sido atendidos por especialistas, o clínico geral deveria ter sido a primeira opção mais frequente. Apesar de considerados inespecíficos, estes casos que foram classificados desta forma receberam uma classificação de risco tida como urgente, o que também não se espera de um caso de dor nas costas sem causas específicas. Nossos resultados apontam para a necessidade de estudos sobre as admissões de pacientes com dor nas costas incluindo dados de um número maior de hospitais.

## Referências

- AIRAKSINEN, Olavi et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. **European spine journal**, v. 15, n. Suppl 2, p. s192, 2006.
- BENCHIMOL EI, et al; RECORD Working Committee. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. **PLoS Med.** 2015;12(10):e1001885.
- BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1439-1454, 2009.
- BRASIL, Portaria n.o 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2003. Anexo, p. 43.
- CAETANO, D. CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID10. **Organização Mundial da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- CHOU, Roger et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. **Annals of internal medicine**, v. 147, n. 7, p. 478-491, 2007.
- CHOU, Roger et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. **Annals of internal medicine**, v. 166, n. 7, p. 480-492, 2017.
- COHEN, Steven P.; ARGOFF, Charles E.; CARRAGEE, Eugene J. Management of low back pain. **Bmj**, v. 337, p. a2718, 2008.
- DEYO, Richard A. Diagnostic evaluation of LBP: reaching a specific diagnosis is often impossible. **Archives of internal medicine**, v. 162, n. 13, p. 1444-1447, 2002.
- DESANTANA, Josimari Melo et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. 2020.
- DRAZIN, Doniel et al. Emergency room resource utilization by patients with low-back pain. **Journal of Neurosurgery: Spine**, v. 24, n. 5, p. 686-693, 2016.
- FERREIRA, Giovanni E. et al. Management of low back pain in Australian emergency departments. **BMJ quality & safety**, p. bmjqs-2019-009383, 2019.
- FIALHO, Sonia Cristina de Magalhães Souza et al. Musculoskeletal system assessment in an emergency room. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 51, n. 3, p. 244-248, 2011.

FRIEDMAN, Benjamin W. Emergency practice, acute low back pain, and chiropractic manipulation. **The American journal of emergency medicine**, v. 35, n. 10, p. 1577-1578, 2017.

FRIEDMAN, Benjamin W. et al. One-week and 3-month outcomes after an emergency department visit for undifferentiated musculoskeletal low back pain. **Annals of emergency medicine**, v. 59, n. 2, p. 128-133. e3, 2012.

GALLIKER, Gabriela et al. Low back pain in the emergency department: prevalence of serious spinal pathologies and diagnostic accuracy of red flags. **The American journal of medicine**, v. 133, n. 1, p. 60-72. e14, 2020.

GORDON, Rebecca; BLOXHAM, Saul. A systematic review of the effects of exercise and physical activity on non-specific chronic low back pain. In: **Healthcare**. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2016. p. 22.

HARTVIGSEN, Jan et al. What low back pain is and why we need to pay attention. **The Lancet**, v. 391, n. 10137, p. 2356-2367, 2018.

HOY, D. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study [published online ahead of print March 24, 2014]. **Ann Rheum Dis**. doi, v. 10.

KARAHAN, Azize et al. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 3, p. 516-524, 2009.

KRISMER, M.; VAN TULDER, M. Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 21, n. 1, p. 77-91, 2007.

LEE, Sharon S.; CHOI, YoonSun; PRANSKY, Glenn S. Extent and impact of opioid prescribing for acute occupational low back pain in the emergency department. **The Journal of emergency medicine**, v. 50, n. 3, p. 376-384. e2, 2016.

LOVEGROVE, Michael T. et al. Analysis of 22,655 presentations with back pain to Perth emergency departments over five years. **International journal of emergency medicine**, v. 4, n. 1, p. 59, 2011.

MACHADO, Gustavo C. et al. Implementation of an evidence-based model of care for low back pain in emergency departments: protocol for the Sydney Health Partners Emergency Department (SHaPED) trial. **BMJ open**, v. 8, n. 4, p. e019052, 2018.

MACHADO, Gustavo C.; ROGAN, Eileen; MAHER, Chris G. Managing non-serious low back pain in the emergency department: Time for a change? **Emergency Medicine Australasia**, v. 30, n. 2, p. 279-282, 2018.

MCCAMEY, Kendra.; EVANS, Paul. Low back pain. **Prim Care Clin Office Pract.**, v.34, p.71-82. 2007.

MEZIAT FILHO, Ney; SILVA, Gulnar Azevedo. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 494-502, 2011.

MING ZHONG, M. D.; LIU, Jin Tao. Incidence of spontaneous resorption of lumbar disc herniation: a meta-analysis. **Pain physician**, v. 20, p. E45-E52, 2017.

O'CONNELL, Neil E. et al. Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 30, n. 6, p. 968-980, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 2000.

PATEL et al. ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain. **Journal of the American College of Radiology**, Virgínia, v. 13, n. 9, p. 1069-1078, abr./2016.

RAO, S. *et al.* Low Back Pain in the Emergency Department: Are the ACR Appropriateness Criteria Being Followed? **J Am Coll Radiol**, Boston, v. 12, n. 4, p. 364-369, abr./2015.

RIZZARDO, Alessandro et al. Low-back pain at the emergency department: still not being managed?. **Therapeutics and clinical risk management**, v. 12, p. 183, 2016.

SCHLEMMER, Erin et al. Imaging during low back pain ED visits: a claims-based descriptive analysis. **The American journal of emergency medicine**, v. 33, n. 3, p. 414-418, 2015.

SURI, Pradeep et al. Providing Epidemiological Data in Lumbar Spine Imaging Reports Did Not Affect Subsequent Utilization of Spine Procedures: Secondary Outcomes from a Stepped-Wedge Randomized Controlled Trial. *Pain Medicine*, v. 22, n. 6, p. 1272-1280, 2021.

VALENÇA, Janaina Bussola Montrezor; DE ALENCAR, Maria do Carmo Baracho. O afastamento do trabalho por dor lombar e as repercussões na saúde: velhas questões e desafios que continuam/The absence from work due to low back pain and the repercussions on health: old persisting issues and challenges. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 1, 2018.

WATERMAN, Brian R.; BELMONT JR, Philip J.; SCHOENFELD, Andrew J. Low back pain in the United States: incidence and risk factors for presentation in the emergency setting. **The spine journal**, v. 12, n. 1, p. 63-70, 2012.

## Apêndice 1 – CEP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** GERENCIAMENTO DA DOR LOMBAR NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE SERRA  $\zeta$  ES

**Pesquisador:** ADRIELI BORSOE NUNES PEZZIN

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21653219.5.0000.5235

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE UNIFICADA DE ENSINO AUGUSTO MOTTA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.704.504

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa está bem fundamentado e com objetivos claros. O embasamento científico e o interesse público justificam a realização da pesquisa

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é claro e bem definido

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não apresenta qualquer forma de risco aos participantes, visto que será uma análise de um banco de dados

Continuação do Parecer: 3.704.504

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto apresenta qualidade e atende aos requisitos para ser aprovado

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1422699.pdf	19/09/2019 20:03:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Adrieliprojetopdf.pdf	19/09/2019 20:02:13	ADRIELI BORSOE NUNES PEZZIN	Aceito
Folha de Rosto	plataformabrasilassinada.pdf	19/09/2019 20:00:09	ADRIELI BORSOE NUNES PEZZIN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciasesa.pdf	19/09/2019 19:47:05	ADRIELI BORSOE NUNES PEZZIN	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Novembro de 2019

## Apêndice 2 – Declaração de Instituição Coparticipante



Sociedade Unificada de Ensino Augusto Motta  
Centro Universitário Augusto Motta

### TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

#### À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada "GERENCIAMENTO DA DOR LOMBAR NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE SERRA – ES", que tem por objetivo: "Descrever o gerenciamento dos pacientes com dor lombar na emergência de um hospital estadual, o perfil do paciente com dor lombar atendidos no setor de emergência hospitalar e avaliar se as condutas utilizadas estão de acordo com a maioria das diretrizes sobre diagnóstico e tratamento da dor lombar".

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do Hospital Estadual Jaime dos Santos Neves – unidade das emergências. e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura \_\_\_\_\_ Data 31/04/19 \_\_\_\_\_

Nome e carimbo da chefia imediata, gestora da instituição de origem do pesquisador

Prof. Claudia de Freitas L. Costa  
Diretora de Pesquisa, Extensão e Inovação  
UNISUAM

**ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SESA - NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (NUEDRH), APÓS RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.**

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome e carimbo do técnico do NUEDRH

#### ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:

AUTORIZADO  NÃO AUTORIZADO

Considerações: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome e carimbo do gestor da Unidade campo da pesquisa na SESA