

A lombalgia afeta até 80% das pessoas em algum momento da vida. Representa uma carga pessoal, social e econômica significativa, sendo uma das principais causas de incapacidade

# Lombalgia

## Intervenções terapêuticas

DATA 2025-07-23 AUTOR Aurora Simón, Farmacêutica

A lombalgia define-se como presença de dor e desconforto na região da coluna lombar localizada abaixo da margem costal e acima da região glútea, com ou sem dor nas pernas.<sup>1,2</sup> A intensidade da dor pode variar consoante a postura e a atividade física, podendo ser acompanhada de limitação dolorosa do movimento.<sup>3</sup>

A lombalgia é considerada aguda se a sua duração for inferior a seis semanas, subaguda se a duração for entre seis e 12 semanas e persistente (crónica) se perdurar por mais de 12 semanas.<sup>2,4,5</sup>

A lombalgia afeta até 80% das pessoas em algum momento da vida.<sup>5</sup> Representa uma carga pessoal, social e econômica significativa,<sup>1,5,6</sup> sendo uma das principais causas de incapacidade.<sup>5,7,8</sup>

A maioria das pessoas apresenta **lombalgia inespecífica**, isto é, não é possível estabelecer uma causa concreta.<sup>3,8,9</sup> A sua origem é considerada multifatorial, envolvendo fatores biológicos, psicossociais, genéticos e ocupacionais,<sup>3</sup> sendo responsável por cerca de 80 a 90% dos casos.<sup>7,8</sup> A **lombalgia específica** é provocada por patologias da coluna vertebral como fraturas, infeções, cancro, condições inflamatórias (espondiloartrite ou estenose espinhal),<sup>2,4,7</sup> défice neurológico (síndrome da cauda equina)<sup>4</sup> ou por problemas não relacionados com a coluna (por ex., renais<sup>7</sup> ou vasculares, como o aneurisma da aorta).<sup>2,4,8</sup> Menos de 1% das pessoas com lombalgia terá uma etiologia grave.<sup>10</sup>

Certos **fatores de risco** têm sido associados a uma maior frequência de lombalgia, entre os quais: obesidade, ansiedade, depressão, ocupações que requerem esforços físicos intensos, trabalho sedentário, fatores psicossociais,<sup>2,6,9,11</sup> ou episódios prévios de lombalgia.<sup>2,6</sup>

Há que prestar atenção a certos **sinais de alerta** que podem indicar uma etiologia grave, que precise de uma avaliação mais aprofundada e encaminhamento médico,<sup>1,5</sup> tais como: historial de cancro ou de traumatismo, febre ou perda de peso inexplicável, uso prolongado de corticosteroides sistémicos, imunossupressão,<sup>1,2</sup> consumo de drogas por via parenteral, incontinência urinária ou fecal, dificuldades na micção, perda de força muscular ou diminuição de sensibilidade dos membros inferiores.<sup>1,9</sup>

Geralmente, um historial detalhado e um exame físico são suficientes para avaliar uma lombalgia aguda (LA).<sup>1,10</sup>

Usualmente, não são necessários exames laboratoriais ou de imagem, podendo ser realizados se estiverem presentes sinais de alerta ou se a dor não diminui com cuidados conservadores.<sup>2,10,12</sup> É importante conhecer as circunstâncias do aparecimento, a intensidade, a duração e a localização da dor e as consequências sobre a atividade diária.<sup>9</sup>

A maioria das pessoas com LA inespecífica tem um prognóstico favorável,<sup>1,4,5</sup> com melhoria significativa em quatro a seis semanas.<sup>4,5,10</sup> Porém, a recorrência é comum e em alguns casos os sintomas persistem e a dor torna-se crónica.<sup>1,8</sup> Existem ferramentas de rastreio para previsão do risco de desenvolvimento de dor persistente.<sup>4,12</sup>

### Lombalgia aguda

A dor é influenciada por múltiplos fatores,<sup>5,9</sup> incluindo a perceção pessoal, a capacidade de lidar com a dor, o bem-estar mental e os antecedentes familiares e culturais. Os objetivos do tratamento da LA inespecífica são o alívio da dor e a redução do risco de incapacidade crónica.<sup>5</sup> Devem ser priorizadas as intervenções não farmacológicas.<sup>4,5,7,13</sup>

### Intervenções não farmacológicas

As normas de orientação clínica (NOC) sobre o tratamento da LA incidem na importância da educação e do autocuidado.<sup>4</sup> O primeiro passo será desenvolver estratégias para lidar com a dor, através da **educação** do doente, incidindo na natureza benigna e prognóstico favorável da lombalgia. Os doentes devem ser aconselhados a manter-se tão ativos quanto possível, evitando o repouso no leito.<sup>2-4,7,14</sup> Contudo, as recomendações devem ser individualizadas.<sup>13</sup> Numa dor intensa, pode ser inevitável a interrupção da atividade profissional durante um ou dois dias.<sup>9</sup> Os dados disponíveis sobre a efetividade de outras intervenções não farmacológicas são geralmente de qualidade baixa a moderada,<sup>1,13</sup> devendo ser consideradas opções de segunda linha,<sup>1</sup> dependendo a sua escolha das preferências do doente, custo e acessibilidade.<sup>13</sup>

A terapia de **exercício** inclui os realizados pelo doente e outros supervisionados, no contexto da fisioterapia.<sup>13</sup> A evidência de eficácia na LA é insuficiente.<sup>1,9,15</sup> Embora alguns estudos mostrem uma eficácia modesta em casos selecionados, revisões sistemáticas não mostraram um claro benefício.<sup>13</sup>

## Lombalgia

DATA 2025-07-23 | AUTOR Aurora Simón, Farmacêutica

Não existem dados que sustentem a vantagem de uma modalidade de exercício em relação a outra,<sup>1,14</sup> pelo que se recomenda a sua adaptação ao estilo de vida, capacidade física e preferências pessoais.<sup>1,3,14,16</sup> A fisioterapia poderia beneficiar pessoas com um maior risco de desenvolver lombalgia persistente,<sup>2,13</sup> mas tal não está comprovado.<sup>13</sup>

Evidências moderadas sugerem que a aplicação local de **calor** reduz a dor e a incapacidade,<sup>1,13</sup> embora com um benefício pequeno e de curta duração.<sup>13</sup> Não está provado que o **frio** tenha o mesmo efeito.<sup>1</sup> Uma revisão sistemática não constatou benefício,<sup>13</sup> mas alguns doentes podem preferi-lo.<sup>5</sup> Os dados disponíveis sobre **intervenções físicas passivas** (manipulação ou mobilização da coluna vertebral, massagem ou acupuntura) são contraditórios,<sup>1</sup> com evidências de benefício limitadas.<sup>5</sup> Há NOC que não recomendam a sua utilização, outras consideram-nas opcionais e algumas sugerem-nas para pessoas que não respondem a outros tratamentos.<sup>1</sup> **Outras intervenções** como a tração, a eletroterapia (estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), ultrassons, etc.) ou o uso de ortóteses parecem ser ineficazes.<sup>1,3,6,13</sup>

As **terapias psicossociais** (terapia cognitivo-comportamental, redução do estresse baseada na atenção plena ou tratamento multidisciplinar) não são geralmente recomendadas na LA.<sup>1</sup>

### Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico é recomendado apenas se não existir resposta adequada às intervenções não farmacológicas.<sup>1,3,4</sup> Os medicamentos devem ser utilizados na menor dose eficaz e durante o menor período de tempo possível.<sup>4</sup> Em geral, nenhum medicamento reduz significativamente a intensidade da dor na lombalgia;<sup>1</sup> contudo, podem ser necessários numa fase inicial.<sup>5</sup>

Se for necessário um analgésico, os **anti-inflamatórios não esteroides** (AINE) orais são provavelmente indicados,<sup>7</sup> sendo frequentemente utilizados como tratamento farmacológico de primeira linha.<sup>17</sup> São ligeiramente mais eficazes do que o placebo na redução da dor e da incapacidade a curto prazo,<sup>1,6,7,13,18</sup> proporcionando um alívio sintomático modesto,<sup>1,7,13</sup> que alguns consideram que pode não ter relevância clínica.<sup>1,4</sup> Os possíveis efeitos adversos (gastrointestinais, renais e cardiovasculares) são intensificados com o uso de doses elevadas ou de forma prolongada.<sup>6,7</sup> Ter em atenção que podem estar contraindicados em alguns doentes.<sup>5,13</sup> A eficácia dos AINE tópicos não foi bem estudada;<sup>2,5</sup> apresentam menos eventos adversos do que os orais,<sup>2</sup> mas e a sua eficácia parece inferior.<sup>7,13</sup>

Historicamente, o **paracetamol** tem sido considerado uma opção de primeira linha no tratamento da lombalgia.<sup>1,4,9</sup> Existe agora evidência de falta de benefício,<sup>1,4,5,7,18</sup> pelo que não se recomenda como terapêutica inicial na maioria dos doentes.<sup>13</sup> Contudo, o seu perfil de segurança é geralmente superior ao dos AINE,<sup>3,7</sup> sendo os principais riscos relacionados com sobredosagens, com afetação hepática e às vezes renal.<sup>9</sup> É razoável testar o seu uso em doentes selecionados para os quais não haja alternativas seguras,<sup>11,13</sup> não ultrapassando a posologia máxima diária e com especial atenção em pessoas idosas ou com comprometimento hepático, ou com outros fatores que predisõem à hepatotoxicidade.<sup>13</sup>

Os **relaxantes musculares** não benzodiazepínicos são um grupo heterogéneo de medicamentos (ciclobenzaprina, tizanidina, baclofeno, metocarbamol, entre outros).<sup>7,13</sup> Evidências de certeza

baixa a moderada<sup>7,18</sup> indicam que podem oferecer pequenos benefícios sintomáticos.<sup>1,7,16,17</sup> Em geral, as NOC não recomendam o uso de relaxantes musculares.<sup>3</sup> Podem aumentar o risco de eventos adversos,<sup>1,2,7,18</sup> em especial sedação,<sup>7</sup> devendo ser ponderado o uso apenas quando os AINE são ineficazes ou estão contraindicados<sup>1,3</sup> e por curtos períodos de tempo.<sup>6</sup> As **benzodiazepinas** não devem ser utilizadas,<sup>1,5,6,9</sup> pela sua falta de eficácia e potencial para uso indevido.<sup>1,13</sup> Entre os seus possíveis efeitos adversos incluem-se: sedação, tonturas, incoordenação motora ou diminuição da memória e da concentração.<sup>3</sup>

Os **opioides** não devem ser utilizados rotineiramente.<sup>1,2,13,16</sup> Os dados que apoiam o uso na lombalgia são limitados,<sup>1,13</sup> mostrando alívio da dor e da funcionalidade a curto prazo, mas a sua eficácia e segurança a longo prazo não são claras.<sup>17</sup> NOC recentes recomendam precaução no seu uso,<sup>4</sup> podendo ser considerado um curso curto de opioides fracos em casos cuidadosamente selecionados.<sup>2,3,5,15</sup> Raramente, podem ser apropriados para pessoas que apresentem contraindicações ou não respondam aos AINE.<sup>3-5,13,15,16</sup> Os efeitos adversos dos opioides incluem sedação, confusão, náuseas e obstipação.<sup>9,13</sup> A depressão respiratória é um problema com doses elevadas, mas raramente com as utilizadas na lombalgia.<sup>13</sup> Com o uso prolongado pode surgir habituação e dependência. O tramadol expõe também a síndromes serotoninérgicas e convulsões.<sup>9</sup> Para minimizar os riscos, recomenda-se a titulação progressiva da dose, a utilização durante o menor tempo possível e a retirada gradual.<sup>3</sup> Os estudos realizados com **capsaicina** tópica apresentam resultados contraditórios. Embora os **gabapentinoides** (gabapentina e pregabalina) sejam frequentemente utilizados na lombalgia, com ou sem ciática, as provas de eficácia são limitadas e encontram-se associados a risco aumentado de eventos adversos,<sup>1</sup> estando desaconselhados.<sup>1,3,16</sup> Não há evidência que apoie o uso de **antidepressores**<sup>1,3,7,13,16</sup> **corticosteroides**,<sup>1,9</sup> ou **antiepiléticos** na LA.<sup>13</sup>

### Lombalgia crónica

Algumas pessoas desenvolvem lombalgia crónica (LC), seja como um problema recorrente ou contínuo.<sup>7</sup> O tratamento procura a redução da intensidade da dor, a melhora funcional e a prevenção da incapacidade. Tal como na LA, são inicialmente recomendadas medidas não farmacológicas. Os tratamentos usados na LA não têm os mesmos resultados em dor persistente, uma vez que a fisiologia dos processos é diferente.<sup>1</sup>

### Intervenções não farmacológicas

A **educação** do doente tem também um papel fundamental na LC.<sup>1,2</sup> O **exercício físico** supervisionado e a **terapia cognitivo-comportamental** são opções não farmacológicas de primeira linha na lombalgia subaguda e crónica.<sup>2,4,11,12,14</sup>

Os dados sobre as **intervenções físicas passivas** são contraditórios,<sup>1</sup> podendo ser consideradas em doentes selecionados.<sup>11</sup> Algumas NOC contemplam o seu uso na LC em associação a outras intervenções, uma vez que podem oferecer alívio a curto prazo,<sup>1</sup> mas não mostraram melhoria consistente.<sup>3</sup> Os resultados dos estudos de eficácia sobre o uso de **TENS** têm sido contraditórios.<sup>12</sup> Não há provas suficientes de que o calor ou o frio melhorem a dor na lombalgia persistente.<sup>1</sup>

Além da terapia cognitivo-comportamental, pode ser considerada a **reabilitação multidisciplinar**.<sup>3,17</sup>

## Lombalgia

DATA 2025-07-23 | AUTOR Aurora Simón, Farmacêutica

A redução do estresse baseada na **atenção plena** (*mindfulness*),<sup>11,17</sup> o **biofeedback** ou o **relaxamento progressivo** são opções adicionais para abordar os fatores psicossociais que podem contribuir para a dor.<sup>11</sup>

### Tratamento farmacológico

A terapêutica farmacológica é também um tratamento de segunda linha,<sup>12</sup> com um papel complementar em caso de sintomas significativos e persistentes.<sup>1</sup> Recomenda-se iniciar os tratamentos a doses baixas com avaliação periódica da eficácia e tolerabilidade.<sup>3</sup>

Os **AINE** são o tratamento farmacológico inicial.<sup>12</sup> Evidências de baixa qualidade referem melhorias modestas,<sup>1,2,7,18</sup> mas os AINE não se recomendam se não tiverem sido previamente eficazes na lombalgia subaguda.<sup>11</sup> Proporcionam alívio na LC sem radiculopatia, mas não na presença de sintomas radiculares.<sup>17</sup> Não há evidência suficiente para recomendar o uso de **paracetamol** na LC.<sup>12,18</sup>

Não há evidência de benefício com o uso de **relaxantes musculares**.<sup>1,4,12</sup> Os não benzodiazepínicos podem ser adjuvantes em alguns casos,<sup>2,11</sup> porém, os efeitos adversos são comuns.<sup>17</sup> As **benzodiazepinas** não são adequadas pela falta de dados de eficácia, potenciais efeitos adversos e complicações do uso prolongado.<sup>1,12</sup>

Pela sua modesta eficácia e possíveis efeitos adversos associados ao uso prolongado, não é recomendado o uso rotineiro de **opioides**.<sup>1,4,7,11,12</sup> Algumas NOC recomendam não utilizar opioides na LC;<sup>4,12,16</sup> outras, admitem o uso quando não há

resposta a outros tratamentos.<sup>4</sup> Devem ser reservados para doentes cuidadosamente selecionados, por períodos de tempo curtos e com monitorização adequada.<sup>2,11</sup>

Os **gabapentínicos** não têm mostrado reduzir a dor na LC,<sup>1,3,12,17</sup> e apresentam efeitos adversos significativos,<sup>17</sup> não sendo recomendado o uso.<sup>1,3</sup>

Em ocasiões, são utilizados **antidepressores** como terapêutica adjuvante, embora não exista evidência clara que apoie o seu uso<sup>12,17</sup> e existam riscos potenciais.<sup>2</sup> Há evidência moderada de que a duloxetine pode proporcionar uma pequena melhoria.<sup>7,11,12,17</sup>

Os **corticosteroides** não demonstraram eficácia. Em injeção epidural podem proporcionar ligeira redução da dor a curto prazo, apenas em dor radicular,<sup>3-5,12</sup> mas os dados são limitados.<sup>12</sup> Não se recomendam em lombalgia inespecífica.<sup>1,4,6</sup>

### Prevenção e aconselhamento

Têm sido referidas algumas medidas para redução dos sintomas e prevenção das crises de lombalgia inespecífica, entre outras: manter-se fisicamente ativo,<sup>8,9,13</sup> otimizar o bem-estar mental, dormir bem, participar em atividades sociais e efetuar adaptações ergonómicas no local de trabalho.<sup>8</sup> Para prevenir recorrências pode ser útil evitar permanecer na mesma posição de forma prolongada, realizando pausas para deambular.<sup>9,13</sup>

Existem poucos dados que apoiem outras intervenções, como a cessação tabágica ou a manutenção de um peso corporal saudável, que, no entanto, serão benéficas para a saúde global.<sup>13</sup>

## Referências bibliográficas

- Lumbalgia. INFAC. 2024; 22(8): 86-94. [acedido a 5/4/25] Disponível em: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/boletin-infac-ano-2024-volumen-32/>
- Chiarotto A, Koes BW. Nonspecific Low Back Pain. N Engl J Med. 2022 May 5;386(18):1732-1740. doi: 10.1056/NEJMc2032396.
- De Pablo B, Marrero P. Dolor lumbar ¿Cuál es el abordaje recomendado? Butil Inf Ter 2021;32(4):21-31. [acedido a 20/3/25] Disponível em: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6677>
- Almeida M, Saragiotto B, Richards B, Maher CG. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. Med J Aust. 2018 Apr 2;208(6):272-275. doi: 10.5694/mja17.01152.
- Acute low back pain. Best Practice Advocacy Centre New Zealand. May 2022. [acedido a 5/4/25] Disponível em: <https://bpac.org.nz/2022/docs/low-back-pain.pdf>
- Fernández de Paúl M, García Espinosa MV, Prieto Checa I, Moreno Carrero P, Izquierdo Enríquez G, Díaz Crespo E. La lumbalgia: ¿el gran enemigo? Consejos breves en dolor en la consulta de atención primaria. Aten Primaria. 2025 Mar;57(3):103172. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103172.
- Jones CMP, Underwood M, Chou R, Schoene M, Sabzwari S, Cavanagh J, Lin CC. Analgesia for non-specific low back pain. BMJ. 2024 Jun 27;385:e080064. doi: 10.1136/bmj-2024-080064.
- Low back pain. 19 June 2023. [acedido a 20/3/25] Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
- Lombalgie aiguë chez un adulte. Premiers Choix Prescrire. Actualisation: octobre 2023. (+ Info-Patients)
- Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, MD, Jarvik JG. Evaluation of low back pain in adults. UpToDate®, topic last updated: May 26, 2022.
- Chou R. Subacute and chronic low back pain: Management. UpToDate®, topic last updated: Feb 11, 2025.
- Maharty DC, Hines SC, Brown RB. Chronic Low Back Pain in Adults: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2024 Mar;109(3):233-244.
- Knight CL, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE. Treatment of acute low back pain. UpToDate®, topic last updated: Nov 27, 2024.
- Hartigan C. Exercise therapy for low back pain. UpToDate®, topic last updated: Jan 17, 2025.
- Sharif S, Jazaib Ali MY, Kirazlı Y, Vlok I, Zygourakis C, Zileli M. Acute back pain: The role of medication, physical medicine and rehabilitation: WFNS spine committee recommendations. World Neurosurg X. 2024 Mar 6;23:100273. doi: 10.1016/j.wnsx.2024.100273.
- NICE guideline [NG59]. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Published: 30 November 2016; Last updated: 11 December 2020. [acedido a 5/4/25] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/resources/low-back-pain-and-sciatica-in-over-16s-assessment-and-management-pdf-1837521693637>
- Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical Low Back Pain. Am Fam Physician. 2018 Oct 1;98(7):421-428. [acedido a 20/3/25] Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1001/p421.pdf>
- Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, Lee H, Rizzo RR, Bagg MK, O'Hagan E, Maher CG, Furlan AD, van Tulder MW, McAuley JH. Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Apr 4;4(4):CD013815. doi: 10.1002/14651858.CD013815.pub2.