

## Artigo de Revisão

**Jornada do paciente com lombalgia crônica no Brasil: uma revisão semi-sistemática sobre a melhor abordagem***Patient journey for those with chronic low back pain in Brazil: a semi-systematic review on the best approach***Rogério Adas Ayres de Oliveira<sup>1,2</sup>, Patrick Raymond Nicolas André Ghislain Stump<sup>2</sup>, Marcelo Cruz Rezende<sup>3</sup>, Luiz Fernando Vieira<sup>4</sup>, Marco Antonio da Silva<sup>4</sup>, Paola M Elorza<sup>5</sup>**

Oliveira RAA, Stump PRNAG, Rezende MC, Vieira LF, Silva MA, Elorza PM. Jornada do paciente com lombalgia crônica no Brasil: uma revisão semi-sistemática sobre a melhor abordagem / *Patient journey for those with chronic low back pain in Brazil: a semi-systematic review on the best approach*. Rev Med (São Paulo). 2022 set.-out.;101(5):e-194651.

**RESUMO:** *Histórico* - O tratamento de pacientes com lombalgia crônica (LC) em muitos países, incluindo o Brasil, é um grande desafio no nível de atendimento primário e especializado. Além disso, as informações sobre epidemiologia e tratamento de pacientes com LC são escassas. O objetivo principal desta revisão semi-sistemática foi a construção de evidências locais sobre a prevalência e o padrão de tratamento da LC. *Métodos*. Esta revisão semi-sistemática utilizou Medline, Embase e Biosis via plataforma Ovid e recursos adicionais (Google, Google Scholar, Banco de dados de incidência e prevalência, Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde do Brasil e informações anedóticas de especialistas locais) para identificar literatura relevante entre 2002 e 2020 para mapear a jornada do paciente. Artigos de texto completos e originais do Brasil em inglês contendo dados sobre pontos de contato predefinidos na jornada do paciente (conscientização, triagem, diagnóstico, tratamento, adesão e controle) foram selecionados. Os dados foram obtidos usando uma média simples ou ponderada, conforme aplicável para os componentes da jornada do paciente. *Resultados*. De 297 registros, incluindo os fornecidos por especialistas locais, oito estudos foram incluídos para análise. A conscientização da

LC e da LC-NeP foi de 30,4% e 12%, respectivamente. De acordo com estudos publicados, a adesão e o controle dos sintomas dos pacientes foram estimados com percentual semelhante de 38% e 18%, respectivamente para a LC e a LC-NeP. A prevalência de LC-NeP (3,6%) foi menor que a de LC (20,6%). Com exceção de uma porcentagem comparável da população tratada, para LC (39,1%) e LC-NeP (38%), a porcentagem de pontos de contato restantes foi maior no caso de LC do que no LC-NeP, o que implicava uma melhora no trajeto do paciente para a LC. *Conclusão*. O estudo destaca a necessidade de melhorar os resultados dos pacientes em nível nacional, medindo esses pontos de contato da jornada do paciente. O resultado deste estudo baseado em evidências é importante para preencher a lacuna de conhecimento do paciente com LC. Portanto, recomenda-se garantir a educação médica contínua, a conscientização do paciente e a reestruturação do sistema de saúde brasileiro, ao mesmo tempo em que adota novas práticas sobre o gerenciamento da dor.

**Palavras-chave:** Brasil; Dor; Reestruturação do sistema de saúde; Mapeamento da jornada do paciente; Envolvimento do paciente

1. Centro de Dor, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. Email: roger.adas.doc@gmail.com

2. Pain center of Department of Neurology, Clinics Hospital of the University of Sao Paulo Medical School. Email: ptstump@gmail.com

3. Member of the Pain and Fibromyalgia Commission of the Brazilian Society of Rheumatology. Email: marcelorezende2152@gmail.com

4. Research, Development, and Medical, Viatrix – a Pfizer Division, São Paulo, SP. Email: Luiz.Vieira@viatrix.com, marco.silva@viatrix.com.

5. Research, Development, and Medical, Upjohn – a Pfizer Division, Lumina Thames C, Buenos Aires. Argentina. E-mail: paola.elorza@pfizer.com.

**Correspondência:** Rogério Adas Ayres de Oliveira. Centro de Dor, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. Email: roger.adas.doc@gmail.com

**ABSTRACT:** *Background.* Managing patients with chronic low back pain (CLBP) in many countries, including Brazil, is a major challenge at the primary and specialty care level. Moreover, the information about epidemiology and patient management with CLBP is sparse. The primary objective of this semi-systematic review was to build local evidence about the prevalence and management pattern of CLBP. *Methods.* This semi-systematic review used Medline, Embase, and Biosis via Ovid the platform and additional resources (Google, Google Scholar, Incidence and Prevalence Database, World Health Organization, Brazilian Ministry of Health, and anecdotal information from local experts) to identify relevant literature between 2002–2020 to map the patient journey. Original full-text articles from Brazil in English containing data on pre-defined patient journey touchpoints (awareness, screening, diagnosis, treatment, adherence, and control) were screened. Data were synthesized using a simple or weighted mean, as applicable for patient journey components. *Results.* Of 297 records including those provided by local experts, eight studies were included for analysis. Awareness of CLBP

and CLBP-NeP was 30.4% and 12%, respectively. According to published studies, adherence and symptoms control of patients was estimated with a similar percentage of 38% and 18%, respectively for CLBP and CLBP-NeP. CLBP-NeP prevalence (3.6%) was lower than that of CLBP (20.6%). Except for a comparable percentage of the treated population, for CLBP (39.1%) and CLBP-NeP (38%), the percentage of remaining touchpoints are higher in the case of CLBP than in CLBP-NeP, implying an improved patient journey for CLBP. *Conclusion.* The study highlights the usefulness to improve patient outcomes at the national level by measuring these mapping patient journey touchpoints. The outcome of this evidence-based study was fruitful to bridges the know-do gap in CLBP patients. Therefore, it is recommended to ensure continuing medical education, patient awareness, and health system preparedness while embracing the emerging insights on pain management.

**Keywords:** Brazil; Pain; Health system preparedness; Patient journey mapping; Patient engagement.

## INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica (DLC) é uma séria preocupação para a saúde pública e um ônus socioeconômico cada vez maior em todo o mundo. No mundo todo, estima-se que 540 milhões de pessoas sofrem de DLC<sup>1</sup>. Uma análise sistemática de 2015 apresentou uma prevalência global de 25,4% na população idosa ( $\geq 60$  anos) e 3-20% em adultos ( $< 60$  anos)<sup>2</sup>. Além disso, dados recentes sugerem um aumento adicional da prevalência em 2017 (55%). Embora a lombalgia desapareça sozinha na maioria das pessoas, pode causar incapacidade em 1 em cada 5 pacientes<sup>3</sup>. Em 2016, foi relatado que a LBG causou um total de 57,6 milhões de anos vividos com incapacidade (intervalo de incerteza de 95%, 40,8-75,9 milhões [7,2%, 6,0-8,3])<sup>4</sup>, o que compromete a qualidade de vida (QV). Ela também pode levar à depressão devido à dor persistente, bem como prejudicar as relações psicossociais do paciente<sup>5</sup>. Além disso, a relação do paciente com amigos, colegas, empregadores e familiares pode mudar, o que prejudica o bem-estar social e a inclusão<sup>5</sup>. A DLC tem um ônus socioeconômico alto em todo o mundo, e a maioria dos custos decorrentes da condição provêm de perdas significativas de produtividade. Um terço dos pacientes estava de licença médica ou permanentemente incapacitado para trabalhar<sup>6</sup>.

A LBG é definida como uma dor, tensão muscular ou rigidez localizada abaixo da margem costal e acima das pregas infraglúteas, com ou sem dor nas pernas (ciática)<sup>7</sup>. Pode ser categorizada temporalmente como dor aguda, subaguda ou crônica. A dor aguda nas costas tem uma relação causal com o estímulo e pode durar menos de três meses, enquanto a dor lombar crônica (DLC)

persiste por um período mais longo ( $> 3$  meses), muitas vezes causando incapacidade<sup>8,9</sup>. É comumente observado que pacientes que sofrem um episódio de dor aguda nas costas não necessitam de nenhum tratamento médico<sup>10</sup>. Com relação ao diagnóstico, a dor nociceptiva é atribuída a danos teciduais ou a um estímulo responsável por esses danos, enquanto a dor neuropática (DN) se manifesta como consequência direta de uma lesão ou de uma doença que afeta o sistema somatossensorial. Esta última também é conhecida como DLC com componente neuropático (DLC-NEP)<sup>11</sup>. Em 2017, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) apresentou uma nova terminologia “*Dor Neuropática*”, definida como dor decorrente de nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara para riscos ou danos teciduais reais que causem a ativação de nociceptores periféricos ou evidências de doença ou lesão no sistema somatossensorial que cause a dor<sup>12</sup>. Na prática, não há categorias exclusivas de dor denominada como dor nociplástica, nociceptiva e neuropática observadas. Em vez disso, estes são descritores de potenciais fatores mecanicistas de dor<sup>13</sup>. Isso é respaldado por evidências de estudos clínicos que não demonstram a utilidade de um tratamento diferenciado<sup>14,15</sup>.

Depende-se da compreensão do médico sobre a dor subjacente e os diferentes mecanismos subjacentes para um diagnóstico semelhante de dor<sup>16</sup>. Os mecanismos da dor crônica não são bem compreendidos por muitos médicos devido à sua natureza complexa<sup>17</sup>, de modo que os profissionais de atenção primária dependem em grande parte de técnicas de diagnóstico caras, como ressonância magnética e tratamentos cirúrgicos, que acabam se mostrando menos eficazes em pacientes com DLC<sup>18</sup>. Mesmo em centros de maior porte, a maioria dos prestadores de assistência médica brasileiros não é favorável

a ampliar seus serviços de uma atenção básica primária para um atendimento especializado e muito menos para uma abordagem holística multidisciplinar ideal<sup>19</sup> focada em pacientes com DLC. O problema da falta de capacitação dos profissionais responsáveis pelos tratamentos tem tido destaque na literatura prévia<sup>20</sup>. Uma má compreensão dos diversos mecanismos da LBG tem sido relatada em diversos estudos<sup>21-23</sup>. O diagnóstico complexo e a existência de equilíbrio clínico entre profissionais de saúde com relação a desfechos positivos de saúde em LBG têm levado as partes interessadas a considerar uma abordagem multidisciplinar para lidar com essa condição<sup>24,25</sup>. Vale ressaltar que os sistemas de saúde de vários países não foram projetados para reduzir a carga de LBG<sup>26</sup>.

É evidente que, apesar do alto impacto socioeconômico associado à DLC, poucos estudos sobre informações epidemiológicas de países em desenvolvimento são publicados<sup>27</sup>. Até o momento, dados específicos de gênero com evidência sólida são limitados. Além disso, dadas as limitações metodológicas, a generalização dos achados da literatura publicada continua sendo questionável<sup>28</sup>.

Com o surgimento da medicina personalizada, o mapeamento da jornada do paciente utilizando dados epidemiológicos publicados parece ser um passo importante para identificar lacunas no sistema de saúde<sup>29</sup>. Podemos incluir principalmente cinco pontos de interação em que o paciente passa a fazer parte do ecossistema de atendimento, ou seja, ciência, rastreamento, diagnóstico, tratamento, bem como adesão e cuidados paliativos ao longo do continuum de tratamento<sup>30</sup>. Embora seja evidente que o mapeamento da jornada do paciente forneceria insights significativos sobre o manejo da dor, O enfoque desta análise foi baseada em um estudo já publicado pela Upjohn e pelo grupo, a metodologia chamada “Mapping the Patient Journey Towards Actionable Beyond the Pill Solutions for Non-communicable Diseases” (MAPS, Mapeando a jornada do paciente de forma prática além de soluções com comprimidos para doenças não transmissíveis)<sup>31</sup>. Este estudo destaca a necessidade de pesquisas baseadas em evidências relacionadas a pontos de contato na jornada do paciente. Para superar essas barreiras, o mapeamento de evidências é uma nova abordagem que visa reduzir as diferenças nas evidências científicas para informar futuras prioridades de pesquisa<sup>30</sup>. Como relatado recentemente, um mapeamento quantitativo e a identificação de lacunas de dados em pontos de contato de jornadas de pacientes com dor lombar crônica (DLC) em regiões específicas são importantes e têm esta análise como base<sup>32</sup>. Portanto, espera-se que a presente análise semissistemática diminua as diferenças no diagnóstico, manejo e tratamento da DLC

em diferentes regiões.

Os principais objetivos dessa análise semissistemática foram avaliar a prevalência da DLC, analisar seus fatores de risco e identificar lacunas no sistema de saúde para o tratamento dessa condição. Os autores também pretendem elaborar um modelo estratégico para diminuir a lacuna entre o conhecimento e a prática no tratamento da LBG.

## MÉTODOS

### Modelo do estudo

O conceito da análise semissistemática baseia-se na formulação de tópicos conceituados estudados por vários grupos de pesquisadores de diversas disciplinas e economiza um tempo que seria dedicado a uma análise sistemática completa. Sua abordagem baseia-se geralmente em como a pesquisa em um campo específico é monitorada ao longo do tempo ou como um tópico se desenvolveu com uma ampla área de pesquisa. Nela, seguimos o processo de análise sistemática, ajustando a profundidade de seus processos de pesquisa e triagem, bem como a síntese de seus dados, devido à falta de recursos. No geral, uma análise temática ou de conteúdo é usada em uma análise semissistemática e fornece orientações para a realização de uma análise metanarrativa. Uma possível contribuição para o mapeamento de um campo de pesquisa, incluindo uma série de mapas de lacunas de evidências e a criação de uma agenda para pesquisas futuras<sup>29,31</sup>. Normalmente, o processo de pesquisa deve ser transparente e desenvolver uma estratégia que permita aos leitores entender que as argumentações que servem de base para as decisões tomadas foram racionais e razoáveis. No geral, essa estratégia de pesquisa cumpre os critérios de uma análise semissistemática e segue as diretrizes.

O estudo foi uma análise semissistemática da literatura para identificar a prevalência, ciência, rastreamento, diagnóstico, tratamento, dados de adesão relacionados à jornada de pacientes com DLC. A presente análise continha quatro tipos de evidências: Pesquisa estruturada, busca não estruturada, estudos fornecidos por especialistas em idiomas locais ou baseados no conhecimento destes nos estudos que não foram identificados por pesquisas de literatura, dados anedóticos fornecidos por especialistas com base em sua experiência pessoal no cenário atual no Brasil. Os métodos de condução da análise e critérios de elegibilidade foram documentados com antecedência<sup>31</sup>. Os critérios de inclusão na análise semiestruturada foram suficientemente amplos para identificar todos os estudos com potencial relevância. A estratégia de pesquisa detalhada é fornecida na Tabela Complementar 1.

**Tabela complementar 1** - Estratégia para pesquisa estruturada usando os Portais: Medline, Embase, Biose

Termos de pesquisa para LBG crônica:	
•	exp lombalgia/OU exp dor crônica/OU exp fibromialgia/OU exp artrite reumatoide/OU exp osteoartrite/OU exp artrite/OU exp dor de cabeça/OU exp enxaqueca/OU exp dor musculoesquelética/OU "dor crônica" ou fibromialgia ou "lombalgia" ou reumatoide ou osteoartrite* ou "dor artrítica" ou "dor de artrite" ou dor de cabeça ou enxaqueca ou "dor musculoesquelética" E
•	Incidência ou prevalência ou ocorrência ou carga ou epidemiologia* ou exame* ou tratamento* ou manejo* ou terapia ou ciência* ou sem conhecimento* ou conhecimento ou diagnóstico* ou sem diagnóstico* ou aderente* ou adotando* ou não adotando* ou não aderente* ou controle* ou sem controle* ou sem tratamento*
•	Brasil*
Termos de pesquisa para DLC-NEP	
•	exp dor neuropática/OU exp neuralgia/OU exp neuropatia/OU neurop* adj5 dor OU neurogênica adj5 dor OU neuralgia OU nevrálgia OR diabetes* adj5 neuropatia* OU traumatismo de nervo OU neuropatia periférica* OU traumatismo da medula espinal ou pós-operatório adj5 dor E
•	Incidência ou prevalência ou ocorrência ou carga ou epidemiologia* ou exame* ou tratamento* ou manejo* ou terapia ou ciência* ou sem conhecimento* ou conhecimento ou diagnóstico* ou sem diagnóstico* ou aderente* ou adotando* ou não adotando* ou não aderente* ou controle* ou sem controle* ou sem tratamento*
•	Brasil*

**Tabela 1:** Tabela de extração de dados para quadro de perguntas de pesquisa "mista"

N.º sr.	Cargo	Ano	Tipo de artigo	População (Pacientes)	Fenômeno de Interesse (Componentes da jornada do paciente)	Contexto (País)	Condição de interesse (Prevalência de LBG)
<b>Dados da pesquisa de literatura estruturada e não estruturada</b>							
1	Avaliação da dor inflamatória nas costas e espondilartrite axial no Brasil	2016	Estudo observacional com coleta de dados retrospectiva (fase 1) e prospectiva de um mês (fase 2)	Pacientes adultos com dor inflamatória nas costas, LBG crônica e espondilartrite axial	Sem dados disponíveis	Brasil	DLC: 35.80%
2	Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study	2018	Pesquisa transversal baseada em internet	Pacientes com DLC	CIÊNC. lombalgia crônica: 30.4%; TRT DLC: 40.25%	Brasil	DLC: 59.85%
3	Correlates of a recent history of disabling low back pain in community-dwelling older persons the Pain in the Elderly (PAINEL) Study	2018	Pesquisa transversal	Pacientes mais velhos com lombalgia incapacitante	Sem dados disponíveis	Brasil	DLC: 9.30%
4	Epidemiology of physician - diagnosed neuropathic pain in Brazil	2019	Estudo observacional retrospectivo	Paciente com dor crônica	Sem dados disponíveis	Brasil	DLC-CN: 36.8%
<b>Dados de especialistas locais</b>							
5	Prevalence of chronic pain in a metropolitan area of a developing country: a population-based study	2016	Um estudo de base populacional	Pacientes com DLC	DLC: DG: 28.1%	Brasil	Sem dados disponíveis
6	Prevalence of self-reported spinal pain in Brazil: Results of the national health research	2017	Análise retrospectiva de dados	Pacientes com DLC	CIÊNC DLC-NEP: 19% DLC: RASTR, TRT, AD, CT: 26%-50%	Brasil	DLC: 11-25% DLC: 11%-25%
7	Dados anedóticos de especialistas locais	2019	N/A	Pacientes com lombalgia	DLC-NEP: CIÊNC, RASTR: 0%-10%; DG: 11% - 25%; TR: 26%-50%; AD, CT: 11% - 25%	Brasil	
8	Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador	2008	Um estudo transversal.	População geral			DLC - 14,7%
9	Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE)	2013	Pesquisa transversal	Idosos residentes em comunidades			DLC - 25,4%

**Abreviações:** AD: adesão; CIÊNC, ciência; DLC: Dor lombar crônica; DLC-NEP: Dor lombar crônica com componente neuropático; CT: controle; DG: diagnóstico; LBG: lombalgia; RASTR: rastreamento; TRT: tratamento.

### Estratégia de pesquisa

Uma pesquisa estruturada de literatura sobre lombalgia crônica e dor neuropática nas costas foi realizada utilizando termos do tesouro Medical Subject Headings (MeSH), seus sinônimos e palavras de textos relacionados à jornada do paciente (prevalência, ciência, rastreamento, diagnóstico, tratamento, adesão e controle) em três bases de dados eletrônicos de literatura, ou seja, a Embase, MEDLINE e BIOSIS pela plataforma OVID. Além disso, também foi realizada uma pesquisa não estruturada para identificar informações relevantes sobre a jornada do paciente a partir de fontes como o motor de busca do Google, Pubmed, Google Scholar, *Incidence and Prevalence Database* (IPD), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde do Brasil.

A ideia por trás da pesquisa adicional era solucionar quaisquer diferenças nas pesquisas sistemáticas (particularmente as relacionadas a dados locais específicos). Os filtros da pesquisa estruturada incluíam o idioma “inglês” e um horizonte de tempo como “referente ao período de 2000 a 2020” para garantir sua contemporaneidade, relevância e disponibilidade de dados de países de baixa e média renda. Não foram aplicadas restrições de data à busca não estruturada. Dados anedóticos de experiências pessoais foram fornecidos por especialistas no tema sobre pontos de contato na jornada de pacientes com dor crônica.

### Crítérios de seleção

Foram realizadas pesquisas de literatura e as publicações recuperadas foram avaliadas antes de serem selecionados por dois revisores independentes em um processo de triagem de duas fases com base nos critérios predefinidos. Na primeira fase da triagem, os artigos foram examinados conforme o abstract e os títulos pelo revisor 1. Na segunda fase, os textos completos dos artigos foram avaliados antes de serem selecionados pelos revisores 1 e 2. Qualquer divergência entre os revisores foi resolvida.

Considerando a interação entre o paciente o prestador do serviço de saúde, dados baseados em cinco pontos de contato (ciência sobre a doença e conhecimento de fatores de risco associados; (2) exame e avaliação de risco; (3) decisão sobre o diagnóstico e o tratamento; (4) experiência e acesso ao tratamento; e (5) adesão ao tratamento para o manejo de longo prazo e 6) controle de sintomas e sinais da doença foram extraídos da lista final de publicações consideradas relevantes para esta análise. Foi adotada uma estrutura mista para a coleta das informações epidemiológicas e qualitativas sobre o diagnóstico e o tratamento da DLC, a situação do sistema de saúde brasileiro e o nível de participação do paciente na tomada de decisões compartilhadas em caso de DLC. Essa decisão foi tomada porque, ao contrário de condições mentais, como a depressão, cujos dados de desfecho e avaliação da eficácia de uma intervenção seriam uma área

de interesse da pesquisa, a literatura relacionada à DLC geralmente inclui aspectos sobre a prevalência e a jornada do paciente, como tratamento e controle.

Assim sendo, foi adotada uma estrutura mista para a coleta de informações epidemiológicas e qualitativas sobre o diagnóstico e o tratamento da LBG, a situação do sistema de saúde brasileiro e o nível de participação do paciente na tomada de decisões compartilhadas e em melhores desfechos decisórios<sup>30</sup> no caso de LBG.

Estudos incluídos de acordo com os critérios de triagem: análises sistemáticas e/ou meta-análises, ensaios controlados randomizados, estudos observacionais e análises narrativas (em formato de abstract e texto completo) com as informações pertinentes do estudo com a estrutura CoCoPop + PICo (estudos realizados em pacientes adultos  $\geq 18$  anos] [População], de nacionalidade brasileira [Contexto] com informações sobre prevalência e incidência de LBG [Condição] além da população, fenômeno de interesse e contexto) foram incluídos na análise<sup>33</sup>. Foram excluídos estudos de caso, cartas a editores e editoriais e/ou artigos com menção a grupos específicos de pacientes (pacientes com comorbidades, gestantes e crianças).

Uma busca direcionada adicional para identificar a literatura foi realizada e teve como foco os principais problemas para o diagnóstico e o tratamento/manejo da LBG (fenômeno de interesse) e a situação do sistema de saúde brasileiro (Contexto) no atendimento de pacientes com LBG (População).

### Extração de dados

Os dados dos estudos identificados foram extraídos por meio de uma rede de extração predefinida, que incluiu pontos de contato na jornada do paciente (prevalência, ciência, rastreamento, diagnóstico, tratamento, adesão, controle) e informações sobre o tipo de estudo, bem como o tamanho amostral. Esse processo foi realizado por um revisor e validado por especialistas locais para garantir sua consistência tanto com informações do mundo real quanto com a opinião de especialistas. A rede de extração se concentrou em pontos de contato de epidemiologia e da jornada do paciente (ciência, rastreamento, diagnóstico, tratamento, adesão e controle) em pacientes com DLC e DLC-NEP.

### Análise de dados e síntese de evidências

Com relação aos dados quantitativos, foram calculados meios simples ou ponderados relacionados à pontos de contato na jornada do paciente. Os dados sintetizados de cada ponto de contato foram tabulados e informações qualitativas sobre a jornada de um paciente foram fornecidas como um resumo narrativo. Considerando o contexto da política, foram planejadas apenas estatísticas descritivas para os dados agrupados. Por isso, não foram utilizados testes estatísticos avançados para fins



de previsão. Os dados sintetizados foram analisados, verificados e refinados holisticamente por especialistas locais para garantir sua consistência tanto com informações do mundo real quanto com a opinião de especialistas. As evidências sintetizadas foram então mapeadas para a jornada do paciente.

#### Consentimento ético

Esta análise é baseada em estudos registrados e se restringe à análise de dados secundários, portanto, a aprovação do Comitê de Ética não é necessária.

## RESULTADOS

#### Seleção dos estudos

##### DLC

Das 323 publicações recuperadas pela pesquisa estruturada e das três recuperadas pela pesquisa não estruturada, um total de cinco publicações foram listadas.

Três publicações adicionais foram fornecidas por especialistas locais durante a fase de validação de dados, juntamente com dados anedóticos. De um total de oito publicações que foram avaliadas antes de ser selecionadas, seis foram incluídas na análise principal. Detalhes sobre a literatura de DLC incluída são apresentados na Tabela 1.

##### DLC-NEP

Das 115 publicações da pesquisa estruturada e das cinco da pesquisa não estruturada, um total de duas publicações foram listadas. Uma publicação adicional foi fornecida por especialistas locais durante a fase de validação de dados, juntamente com dados anedóticos. Levando em conta uma duplicata, as duas publicações restantes foram incluídas na análise principal. Os dados sobre a literatura de DLC-NEP incluídos estão disponíveis na Tabela 1.

O fluxograma consolidado do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para DLC e DLC-NEP é apresentado na Figura 1.

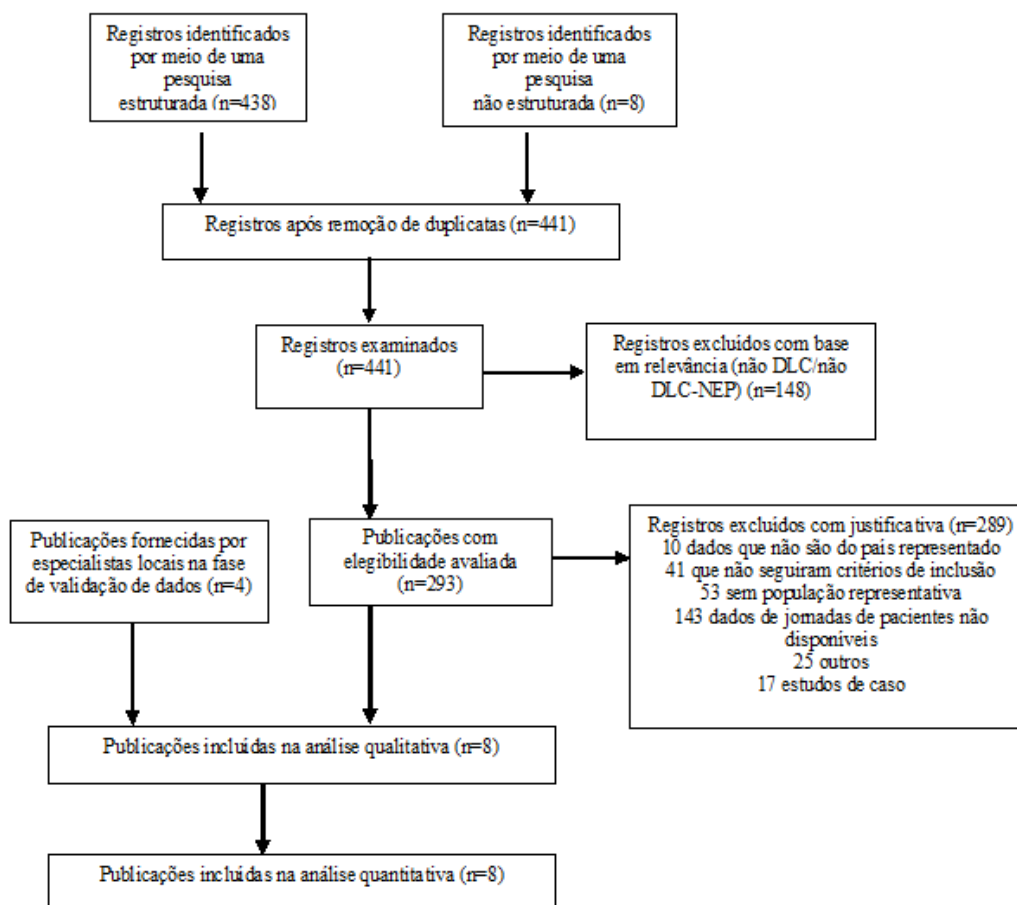


Figura 1 diagrama de fluxo do PRISMA

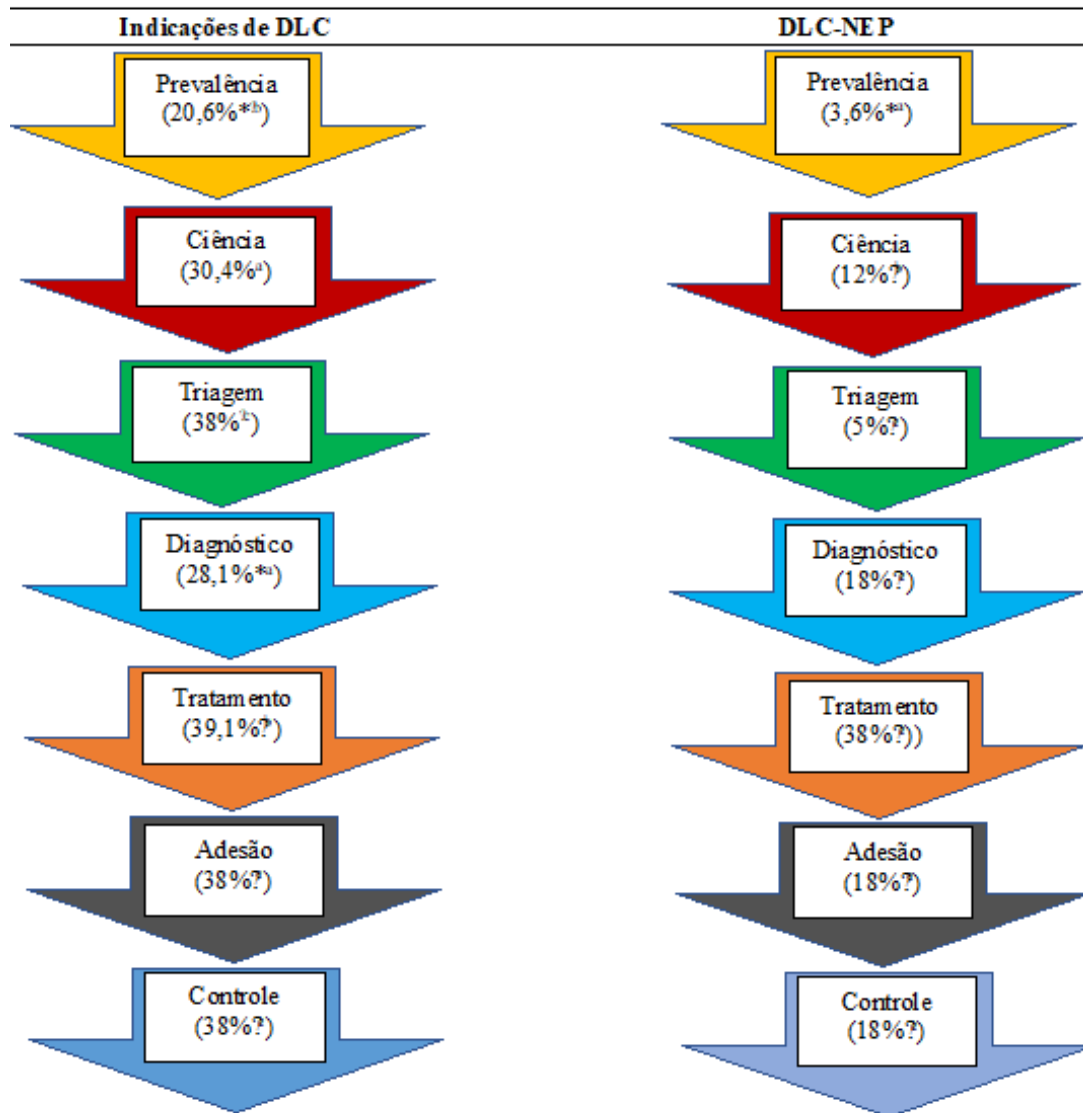
#### Achados da análise de dados agrupados

Das 9 publicações selecionadas tanto sobre DLC quanto sobre DLC-NEP, quatro<sup>34-37</sup> e uma<sup>38</sup> relataram prevalência de DLC e DLC-NEP no Brasil,

respectivamente. Considerando que duas publicações<sup>39,40</sup> mencionaram dados sobre ciência, diagnóstico e tratamento de pacientes com DLC e um artigo<sup>41</sup> com ciência percentual sobre DLC-NEP. Foram fornecidos dados anedóticos sobre

exame, tratamento, adesão e controle tanto sobre DLC quanto de DLC-NEP com as informações sobre os pontos de dados restantes tendo sido disponibilizadas apenas para DLC-NEP.

A análise agrupada utilizando literatura publicada e evidências anedóticas de dados sobre jornadas de pacientes em todos os pontos de contato em ambas as condições é apresentada na Figura 2. O escore kappa de ambos os revisores é zero neste estudo.



**Observações:** <sup>a</sup>Publicação revisada por pares; <sup>b</sup>Literatura científica + opinião de especialistas; <sup>c</sup>Apenas opinião de especialistas  
<sup>\*</sup>Estudos incluindo subgrupos populacionais, estudos em um único centro ou tamanho amostral <500.  
<sup>‡</sup>Média simples.

**Figura 2** Estimativas resumidas dos estudos incluídos

## DISCUSSÃO

O mapeamento da jornada do paciente tem sido considerado uma importante estratégia para otimizar os desfechos dos cuidados clínicos, separando o manejo de um tratamento ou condição específica em uma série de eventos ou etapas consecutivas<sup>29</sup>. A presente análise teve

como objetivo mapear os pontos de contato da jornada do paciente, ou seja, ciência, rastreamento, diagnóstico, tratamento, adesão e controle do paciente em relação a dados epidemiológicos. Adotamos uma abordagem semissistemática na pesquisa da literatura, que incluiu dados anedóticos de especialistas locais, bem como registros recuperados para obter informações sobre o

manejo da DLC em nível local<sup>42</sup>.

Foi realizada uma análise dos achados da síntese de evidências para identificar lacunas tanto nas pesquisas quanto na prática. As diferenças na prática foram categorizadas com relação à responsabilidade das partes interessadas: (1) Paciente, (2) Médico e (3) Sistema de Governança.

A literatura sugere que pacientes com DLC tinham conhecimento limitado sobre o tipo da dor. Isso pode ser parcialmente atribuído ao pouco conhecimento na área de saúde, a exames insuficientes, bem como modalidades diagnósticas e o diálogo insuficiente ou inadequado dos profissionais de saúde (HCP) com os pacientes. Uma das principais preocupações dos pacientes eram com as crises. A incapacidade dos pacientes de relatar a dor, parcialmente atribuída aos seus baixos níveis educacionais, pode ter resultado na subutilização dos serviços de saúde.

Os médicos, especialmente clínicos gerais (CGs), lidavam frequentemente com pacientes com DLC cometendo equívocos como “está tudo na sua mente” ou “o problema é apenas na coluna vertebral”. Há um consenso insignificante sobre a incorporação de medidas de desfechos relatados pelo paciente (PROs) para a tomada de decisões clínicas. Em segundo lugar, há uma disponibilidade fragmentada de diretrizes de prática clínica em nível local ou internacional sobre como utilizar os PROs para determinar a linha de tratamento da DLC<sup>43</sup>. Observou-se também uma transição clínica insatisfatória no encaminhamento de um ponto de acesso à saúde para outro<sup>44</sup>.

Um levantamento transversal recente apresentou uma prevalência de pontos de 31,8%, aproximadamente um terço da população do estudo relatou DLC entre bombeiros militares do Brasil<sup>45</sup>. Embora alta em outros países desenvolvidos, como o Canadá (75%), os Estados Unidos (67%), a Suécia (49%), a China (39,2%) e o Japão (32%)<sup>45</sup>, sabe-se que o manejo da DLC poderia ser melhorado com informações de dados de várias funções que abrangem aspectos físicos, psicológicos e socioculturais da dor<sup>46</sup>. Além disso, há um impacto significativo no bem-estar holístico dos pacientes, dos profissionais de saúde, da sociedade e do governo<sup>47</sup>. Não há estudos nacionais suficientes no Brasil que avaliem determinantes sociais e fatores de risco para DLC. Foi uma observação comum que mulheres e pacientes idosos eram mais propensos a sofrer de DLC. No entanto, deve-se notar também que os fatores de risco associados à DLC foram influenciados por um alto nível de diversidade geográfica. Assim, uma interpretação cautelosa é justificável. Portanto, é evidente que, dada a discrepância entre dados locais e dados de países desenvolvidos sobre DLC, a carga nacional dessa condição no Brasil é provavelmente subestimada, implicando a urgência de se gerar evidências epidemiológicas sólidas.

Conceitos pouco claros no diagnóstico da dor levaram os médicos a adotar diversas práticas sem

comprovação. Por exemplo, a maioria dos médicos prescreve um exame de ressonância magnética (RM) independentemente de este serem necessários do ponto de vista clínico. Isso leva a um aumento do ônus financeiro para os pacientes, que precisam passar por exames, encaminhamentos e cirurgias adicionais com eficácia questionável<sup>46,48,49</sup>. Além disso, o escopo dos serviços prestados pelos médicos de atenção básica (clínicos gerais) foi considerado muito limitado, tendo foco na atenção básica sem qualquer especialidade.

O Sistema de Informações Hospitalares contém todos os registros de internação, que são processados e encaminhados ao Ministério da Saúde e incluídos em um banco de dados nacional. O sistema de informação ambulatorial inclui todo o atendimento ambulatorial por prestadores públicos e privados contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As despesas são baseadas em valores de reembolso determinados pelo Ministério da Saúde, ou seja, os pagamentos são feitos aos profissionais de saúde que prestam atendimento no ambiente do sistema público de saúde. Aparentemente, os modelos de pagamento são um grande obstáculo ao acesso a intervenções eficazes que proporcionem alto valor aos pacientes<sup>39</sup>. Existem planos de seguro privados disponíveis que abrangem condições crônicas como doenças não transmissíveis e doenças respiratórias crônicas<sup>50</sup>. A maioria dos pacientes cobertos por seguros privados é encaminhada para especialistas em dor e não é tratada localmente<sup>51</sup>.

Há poucas informações sobre diversos programas de capacitação predominantes no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o principal motivo identificado para a falta de confiança nos julgamentos clínicos e na avaliação de DLC dos médicos seja falta de treinamento, não há modelos ativos de capacitação em aspectos processuais e psicológicos desses profissionais<sup>52</sup>.

Não havia serviços de internação para dor crônica nem estudos com foco em dados de estatísticas de informações de manejo (MIS). Vale ressaltar que não havia dados disponíveis sobre quais serviços são mais acessados por pacientes com DLC<sup>53</sup>. Houve uma escassez significativa de mentalidade de pesquisa interdisciplinar que vise gerar evidências multifuncionais para ajustar políticas.

## **Estratégias para garantir cuidados baseados em valor e centrados no paciente**

### **Modelo integrado de atendimento**

Está comprovado que a DLC é uma doença multifatorial não transmissível que exige um atendimento de alta qualidade. Uma implementação eficaz das diretrizes de prática clínica depende de uma participação complexa que integre todas as partes interessadas do sistema de saúde, incluindo pacientes com DLC. O modelo integrado de atendimento visa envolver não apenas especialistas em dor e CGs, mas também terapeutas comportamentais,



consultores de saúde ocupacional, farmacêuticos, fisioterapeutas e pesquisadores<sup>40</sup>.

### Implicações para a pesquisa

Os achados da análise indicam claramente a necessidade de estudos epidemiológicos de alta qualidade para avaliar o ônus da DLC no Brasil e em áreas circunvizinhas. Para um bom entendimento dos autores, não há um estudo na população brasileira que tenha avaliado PROs em DLC. Além disso, estudos focados na preferência dos pacientes e na utilização de evidências do mundo real para obter informações mais aprofundadas sobre a jornada do paciente com DLC possuem uma justificação sólida. Também é altamente recomendável familiarizar os prestadores de atendimento primário no Brasil com diretrizes de práticas baseadas em evidências disponibilizadas por fontes locais e globais. Caso essas diretrizes não estejam disponíveis, os KOLs devem ser incentivados a desenvolver protocolos clínicos e diretrizes práticas com base em sua experiência na atenção primária.

**Reconhecimento:** Agradecemos aos especialistas que forneceram insights para reduzir as lacunas de dados. Agradecemos imensamente pela contribuição do revisor independente, Aditi Karmarkar, da Upjohn – uma divisão da Pfizer. Agradecemos também a Kaveri Sidhu, da Upjohn – Uma divisão da Pfizer, por ter revisado criticamente a versão preliminar. Os autores deste artigo gostariam de agradecer pela contribuição de Kapil Khambholja e da equipe da Indegene pelos serviços de redação médica e revisão deste manuscrito.

### Divulgação

**Financiamento:** *Este estudo foi financiado pela Upjohn – uma divisão da Pfizer.*

### REFERÊNCIAS

1. Franco D, Mahtabfar A, Hines K, Sabourin V, Stefanelli A, Harrop J. Neurosurgical evaluation for patients with chronic lower back pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2020;24(10):1-6. doi: <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00894-4>
2. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of chronic low back pain: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2015;49:73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874>
3. Dutmer AL, Preuper HR, Soer R, Brouwer S, Bültmann U, Dijkstra PU, Coppes MH, Stegeman P, Buskens E, van Asselt AD, Wolff AP. Personal and societal impact of low back pain: the Groningen spine cohort. *Spine.* 2019;44(24):E1443-51. doi: <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000003174>
4. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017;390(10100):1211-1259. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
5. Mathew J, Singh SB, Garis S, Diwan AD. Backing up the stories: The psychological and social costs of chronic low-back pain. *Int J Spine Surg.* 2013;7:e29-e38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsp.2013.02.001>
6. Carregaro RL, Tottoli CR, Rodrigues DD, Bosmans JE, da Silva EN, van Tulder M. Low back pain should be considered a health and research priority in Brazil: Lost productivity and healthcare costs between 2012 to 2016. *PLoS One.* 2020;15(4):e0230902. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230902>
7. Koes BW, Van Tulder M, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ.* 2006;332(7555):1430-4. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7555.1430>
8. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and chronic low back pain. *Med Clin North Am.* 2016;100(1):169-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mena.2015.08.015>
9. Payne R. Chronic pain: challenges in the assessment and management of cancer pain. *J Pain Sympt Manag.* 2000;19(1):12-5. doi: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00123-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00123-2)
10. Atlas SJ, Deyo RA. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. *J Gen Intern Med.* 2001;16(2):120-31. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.91141.x>
11. Morlion B. Pharmacotherapy of low back pain: targeting nociceptive and neuropathic pain components. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(1):11-33. doi: <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.534446>
12. IASP. Council Adopts Task Force Recommendation for Third Mechanistic Descriptor of Pain - IASP. [cited August 21, 2020]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=6862>

### CONCLUSÃO

Para o nosso melhor entendimento, este é o primeiro estudo relacionado à jornada do paciente na região do Brasil. Mesmo com a limitação imposta pela escassez de dados, foi possível demonstrar a imprescindibilidade de se reconsiderar a alocação atual de recursos na área de saúde. Vários estudos de prevalência baseados em evidências destacam a importância de melhorar os resultados dos pacientes em nível nacional com relação a pontos de contato comuns na jornada do paciente. O desfecho dessa jornada mapeada por evidências sugere o preenchimento dessa lacuna com relação a pacientes com DLC. Concluindo, um método de atendimento centrado no paciente e baseado em valor com foco no continuum de cuidados integrados, programas robustos de capacitação e melhor estrutura de políticas no Brasil seria um grande passo para melhorar todos os cinco pontos de contato relacionados à jornada de pacientes com DLC.

13. Johnson MI. The landscape of chronic pain: broader perspectives. *Medicina (Mex)*. 2019;55(5). doi: <https://doi.org/10.3390/medicina55050182>
14. Binder A, Baron R. The pharmacological therapy of chronic neuropathic pain. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(37):616-626. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0616>
15. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, Franco H, Ho KY, Lara-Solares A, Li CC, Mimenza Alvarado A. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2019;35(6):1011-1018. doi: <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1552042>
16. Chimenti RL, Frey-Law LA, Sluka KA. A mechanism-based approach to physical therapist management of pain. *Phys Ther*. 2018;98(5):302-14. doi: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy030>
17. Fornasari D. Pain mechanisms in patients with chronic pain. *Clin Drug Invest*. 2012;32(1):45-52. doi: <https://doi.org/10.2165/11630070-000000000-00000>
18. Lim YZ, Chou L, Au RT, Seneviwickrama KM, Cicuttini FM, Briggs AM, Sullivan K, Urquhart DM, Wluka AE. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother*. 2019;65(3):124-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010>
19. Geurts JW, Willems PC, Kallewaard J-W, van Kleef M, Dirksen C. The Impact of Chronic Discogenic Low Back Pain: Costs and Patients' Burden. *Pain Res Manag*. 2018;2018:4696180. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/4696180>
20. Loeser JD, Schatman ME. Chronic pain management in medical education: a disastrous omission. *Postgrad Med*. 2017;129(3):332-335. doi: <https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1297668>
21. Rofail D, Myers L, Froggatt D. Treatment satisfaction and Dissatisfaction in chronic low back pain: a systematic review. *J Psychol Psychother*. 2016;6(260):2161-0487. doi: <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000260>
22. Nuseir K, Kassab M, Almomani B. Healthcare providers' knowledge and current practice of pain assessment and management: how much progress have we made?. *Pain Res Manag*. 2016;2016. doi: <https://doi.org/10.1155/2016/8432973>
23. Leão Ferreira KA, Bastos TR, Andrade DC, Silva AM, Appolinario JC, Teixeira MJ, Latorre MD. Prevalence of chronic pain in a metropolitan area of a developing country: a population-based study. *Arq Neuro-Psiquiatria*. 2016;74:990-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282x20160156>
24. Bishop MD, Bialosky JE, Penza CW, Beneciuk JM, Alappattu MJ. The influence of clinical equipoise and patient preferences on outcomes of conservative manual interventions for spinal pain: an experimental study. *J Pain Res*. 2017;10:965. doi: <https://doi.org/10.2147/JPR.S130931>
25. Suman A, Schaafsma FG, Buchbinder R, van Tulder MW, Anema JR. Implementation of a Multidisciplinary Guideline for Low Back Pain: Process-Evaluation Among Health Care Professionals. *J Occup Rehabil*. 2017;27(3):422-433. doi: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9673-y>
26. Traeger AC, Buchbinder R, Elshaug AG, Croft PR, Maher CG. Care for low back pain: can health systems deliver? *Bull World Health Organ*. 2019;97(6):423-433. doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.18.226050>
27. Leopoldino AA, Diz JB, Martins VT, Henschke N, Pereira LS, Dias RC, Oliveira VC. Prevalence of low back pain in older Brazilians: a systematic review with meta-analysis. *Rev Bras Reumatologia*. 2016;56:258-69. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.03.011>
28. Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatol Int*. 2019;39(4):619-626. doi: <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04273-0>
29. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *J Business Res*. 2019;104:333-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
30. Devi R, Kanitkar K, Narendhar R, Sehmi K, Subramaniam K. A Narrative Review of the Patient Journey Through the Lens of Non-communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. *Adv Ther*. 2020;37(12):4808-4830. doi: <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01519-3>
31. Bharatan T, Devi R, Huang PH, Javed A, Jeffers B, Lansberg P, Sidhu K, Subramaniam K. A Methodology for Mapping the Patient Journey for Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. *J Healthcare Leadership*. 2021;13:35. doi: <https://doi.org/10.2147/JHL.S288966>
32. Bahlas SM. A Semi-systematic Review of Patient Journey for Chronic Pain in Saudi Arabia to Improve Patient Care. *Saudi J Med*. 2021;6(2):47-56. doi: <https://doi.org/10.36348/sjm.2021.v06i02.005>
33. Munn Z, Stern C, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0468-4>
34. Lima S, Menin R, Vieira R, Ximenes A, Azevedo V, Suzuki C, Heringer F. Assessment of Inflammatory Back Pain and Axial Spondyloarthritis in Brazil. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68:111.
35. Machado LA, Viana JU, da Silva SL, Couto FG, Mendes LP, Ferreira PH, Ferreira ML, Dias J, Dias RC. Correlates of a recent history of disabling low back pain in community-dwelling older persons: The Pain in the Elderly (PAINEL) Study. *Clin J Pain*. 2018;34(6):515-24. doi: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000564>
36. Dellaroza MS, Pimenta CA, Duarte YA, Lebrão ML.

- Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study). *Cad Saude Publica*. 2013;29(2):325-34. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200019>
37. Almeida IC, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos MA, Lessa Í. Chronic low back pain prevalence in the population of the city of Salvador. *Rev Bras Ortop*. 2008;43(3):96-102. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162008000200007>.
  38. Udall M, Kudel I, Cappelleri JC, Sadosky A, King-Concialdi K, Parsons B, Hlavacek P, Hopps M, Salomon PA, DiBonaventura MD, Clark P. Epidemiology of physician-diagnosed neuropathic pain in Brazil. *J Pain Res*. 2019;12:243. doi: <https://doi.org/10.2147/JPR.S160504>.
  39. Ferreira G, Costa LM, Stein A, Hartvigsen J, Buchbinder R, Maher CG. Tackling low back pain in Brazil: a wake-up call. *Braz J Phys Ther*. 2019;23(3):189-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.10.001>
  40. Carvalho RC de, Maglioni CB, Machado GB, Araújo JE de, Silva JRT da, Silva ML da. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. *BrJP*. 2018;1(4):331-338. doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180063>
  41. Santos LG, Madeira K, Longen WC. Prevalence of self-reported spinal pain in Brazil: Results of the National Health Research. *Coluna/Columna*. 2017;16:198-201. doi: <https://doi.org/10.1590/s1808-185120171603165890>
  42. Östhols S, Boström C, Rasmussen-Barr E. Clinical assessment and patient-reported outcome measures in low-back pain—a survey among primary health care physiotherapists. *Disabil Rehabil*. 2019;41(20):2459-67. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1467503>
  43. Petersen L, Birkelund R, Schiøttz-Christensen B. Experiences and challenges to cross-sectoral care reported by patients with low back pain. A qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):96. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4952-x>
  44. Wáng YX, Wu AM, Santiago FR, Nogueira-Barbosa MH. Informed appropriate imaging for low back pain management: A narrative review. *J Orthop Translation*. 2018;15:21-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jot.2018.07.009>
  45. Pelozato de Oliveira DI, de Souza Teixeira BM, Gomes de Macedo O, Dos Santos V, Grossi Porto LG, Rodrigues Martins W. Prevalence of Chronic Low Back Pain in Brazilian Military Firefighters. *Int J Occup Safety Ergon*. 2021(just-accepted):1-22. doi: <https://doi.org/10.1080/10803548.2021.1929699>.
  46. de Souza IM, Sakaguchi TF, Yuan SL, Matsutani LA, do Espírito-Santo AD, Pereira CA, Marques AP. Prevalence of low back pain in the elderly population: a systematic review. *Clinics*. 2019;74. doi: <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e789>
  47. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ*. 2010;341. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c4078>
  48. Chou L, Ranger TA, Peiris W, Cicuttini FM, Urquhart DM, Sullivan K, Seneviwickrama M, Briggs AM, Wluka AE. Patients' perceived needs for medical services for non-specific low back pain: a systematic scoping review. *PLoS One*. 2018;13(11):e0204885. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204885>
  49. Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG, Moloney NA, Magnussen JS, Hancock MJ. Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *Spine J*. 2018;18(12):2266-77. doi: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2018.05.004>
  50. Malta DC, Bernal RT, Oliveira M. Trends in risk factors chronic diseases, according of health insurance, Brazil, 2008-2013. *Cien Saude Coletiva*. 2015;20:1005-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.14712014>
  51. Hall H. Effective spine triage: patterns of pain. *Ochsner J*. 2014;14(1):88-95.
  52. Romero DE, Muzy J, Maia L, et al. Chronic low back pain treatment in Brazil: inequalities and associated factors. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2019;24(11):4211-4226. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06352018>
  53. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010;340. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c1035>

Recebido: 03.02.2022

Aceito: 27.06.2022