



Global Year against musculoskeletal pain Fact Sheets

Evidence-Based Biopsychosocial Treatment of Chronic Musculoskeletal Pain

Ano Mundial Contra Dor Musculoesquelética

Tratamento biopsicossocial baseado em evidência da dor musculoesquelética crônica

Introdução

- O modelo biopsicossocial é um modelo conceitual que propõe que os fatores psicológicos e sociais devem também ser incluídos junto com as variáveis biológicas na compreensão da doença de uma pessoa, nesse caso com dor musculoesquelética.
- Neste caso, a dor é melhor vista como um padrão comportamental psicofisiológico, interativo que não pode ser separado em componentes físicos e psicossociais independentes e distintos (14).
- O modelo biopsicossocial substituiu a abordagem reducionista biomédica obsoleta da medicina.
- Os elementos críticos de uma abordagem de tratamento interdisciplinar (baseada neste modelo biopsicossocial) são os mais clinicamente efetivos e custo-efetivos para serem usados em pacientes com dor crônica.
- Os fatores biológicos, psicológicos e sociais devem ser todos simultaneamente considerados. O tratamento psicológico necessita ser integrado com outros componentes terapêuticos, tais como terapia física e conduta medicamentosa, para considerar todos os componentes que envolvam a experiência de dor musculoesquelética crônica.

Tratamento psicológico

- Numerosos estudos apóiam o uso de terapia cognitivo-comportamental (TCC) e outras abordagens psicológicas para tratamento de dor musculoesquelética crônica (6, 7, 15).
- Os estudos mostram que as abordagens psicológicas são mais efetivas do que grupos controles de lista de espera (7, 15).
- As intervenções comportamentais fornecem resultados semelhantes, sem benefício adicional quando pareadas com cuidados usuais, e são somente “moderadamente” superiores às seguintes condições: nenhum tratamento, controle placebo, e grupos controles de lista de espera (15).

Efetividade ao tratamento interdisciplinar com base biopsicossocial

- Programas interdisciplinares abrangentes:
 - Esses programas usam uma abordagem de equipe, incluindo médico e enfermeira, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras e gerenciadores de cuidados.

- Os programas mostram substancial melhora em importantes medidas de resultados socioeconômicos (p. ex. retorno ao trabalho e resolução de eminentes problemas médico-legais), em pessoas com dor medular crônica (5 – 6).
- Essa abordagem de recuperação funcional é também efetiva em distúrbios musculoesqueléticos crônicos das extremidades superiores, disfunção temporomandibular, fibromialgia, cefaléia, dor cervical e em chicote e distúrbios por tensão repetitiva (p. ex. 4, 8-10).
- Uma revisão (9) comparando diretamente tratamento interdisciplinar unimodal ou com paciente controle sem tratamento evidencia maiores melhoras numa variedade de medidas, incluindo:
 - Retorno ao trabalho: 68% multidisciplinar versus 32% unimodal ou nenhum tratamento.
 - Redução de dor, 37% versus 4%
 - Redução de medicação, 63% versus 21%
 - Aumento da atividade, 53% versus 13%
- Programas interdisciplinares empregando apenas TCC e terapia física (1, 2).
- Outras abordagens interdisciplinares que não são formalmente baseadas num modelo de restabelecimento funcional, mas que possuem incorporados componentes de tratamento psicológico dentro de um quadro de reabilitação evidenciam também efetividade a longo prazo (p. ex. 2, 3, 11, 13).
 - Um estudo comparando eficácia de fusão espinhal com TCC e exercício para pacientes com dor lombar com fisiopatologia subjacente documentada mostrou resultados semelhantes em seguimentos de um ano e dois anos, ambos os grupos mostrando significativamente melhora clínica (1).
 - Análise de custo-utilidade desses dados mostra que em seguimento de dois anos, mesmo não havendo diferenças significativas na efetividade entre os dois grupos, o custo médio de cirurgia era de 7.830 libras (aproximadamente R\$ 14.000), comparada com apenas 4.526 libras (aproximadamente R\$ 8.323) para TCC combinada com exercício (12).
 - Um estudo avaliando as taxas de dor lombar baixa, antes e após a disponibilidade de duas clínicas multidisciplinares não-cirúrgicas de coluna, mostrou que a taxa de cirurgias relacionadas com dor lombar baixa para pacientes de uma região geográfica particular diminuía de cerca de 60 - 80 por 100.000 habitantes antes da introdução do cuidado multidisciplinar em 1997 para 40 por 100.000 habitantes em 2001 após sua introdução (11). As taxas de cirurgias discais eletivas e de primeiro tempo também diminuíram aproximadamente em dois terços.

Tradução Dr. Carlos Mauricio de Castro Costa

Referencias

1. Brox JI, Reikeras O, Nygaard O, Sorenson R, Indahl A, Holm I, Keller A, Ingebrigtsen T, Grundnes O, Lange JE, Friis A. Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic back pain after previous surgery for disc herniation: a prospective randomized controlled study. *Pain Headache* 2006;122:145-55.
2. Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J, Yu LM, Barker K, Collins R. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. *BMJ* 2005;330:1233.
3. Friedrich M, Gittler G, Arendasy M, Friedrich KM. Long-term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine* 2005;30:995-1000.
4. Gardea MA, Gatchel RJ, Mishra KD. Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *J Behav Med* 2001;24:341-59.
5. Gatchel RJ, Rollings KH. Evidence-based review of the efficacy of cognitive-behavioral therapy for the treatment of chronic low back pain. *Spine J* 2008;8:40-44.
6. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD000963.
7. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological intervention for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007;26:1-9.
8. Mayer TG, Gatchel RJ, Mayer H, Kishino N, Keeley J, Mooney V. A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. *JAMA* 1987;258:1181-2.
9. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain. *Spine* 2002;27:2564-73.
10. Patrick L, Ahmaier E, Found E. Long-term outcomes in multidisciplinary treatment of chronic low back pain: results of a 13-year follow-up. *Spine* 2004;29:850-5.
11. Rasmussen C, Nielsen GL, Hansen VK, Jensen OK, Schioetz-Christensen B. Disc surgery before and after implementation of multidisciplinary nonsurgical spine clinics. *Spine* 2005;30:2469-73.

12. Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J. Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:1239.
13. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;1:CD001822.
14. Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain. in Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York: Guilford; 2002.
15. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2001;26:270-281.