

# Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal

*Treatment of patients of non specified chronic low back pain by physical therapists: a cross-sectional study*

*Tratamiento de pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico por fisioterapeutas: un estudio transversal*

Marcele Bueno Desconsi<sup>1</sup>, Patrícia Thurow Bartz<sup>2</sup>, Taís Regina Fiegenbaum<sup>3</sup>, Cláudia Tarragô Candotti<sup>4</sup>, Adriane Vieira<sup>5</sup>

**RESUMO** | Estudos atuais têm investigado a orientação de tratamento que fisioterapeutas adotam no tratamento da dor lombar crônica inespecífica (DLCI) pela avaliação de suas atitudes e crenças. Porém, no Brasil, pouco se sabe sobre essa temática principalmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desse estudo foi descrever atitudes e crenças dos fisioterapeutas que atuam no SUS no tratamento de pacientes com DLCI e identificar a relação entre suas características demográficas e profissionais e as orientações de tratamento da DLCI. O estudo é de base populacional e transversal. Os dados foram coletados com um questionário demográfico e profissional e o questionário *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists*. O estudo contou com 49 fisioterapeutas e os resultados evidenciaram maior concordância com crenças e atitudes relacionadas à orientação biomédica, sendo a pontuação nessa escala 15,5% maior que na comportamental, e uma correlação regular e positiva ( $p < 0,05$ ) entre o tempo de formação e a orientação de tratamento biopsicossocial. Concluiu-se que houve predomínio de crenças biomédicas entre os fisioterapeutas que trataram a DLCI em

pacientes do SUS. O estudo também demonstrou que os fisioterapeutas com maior tempo de formação foram aqueles que apresentaram maior influência da orientação biopsicossocial.

**Descritores** | Dor Lombar; Fisioterapia; Atitude; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** | Current studies have investigated the orientation of treatment that physical therapists adopt when treating nonspecific chronic low back pain (CLBP) by assessing their attitudes and beliefs. However, in Brazil, little is known about this subject, especially in the context of the Unified Health System. This study aimed to describe the attitudes and beliefs of the physical therapists working in the Unified Health System treating patients with nonspecific chronic CLBP and to identify the relationship between their demographic and professional characteristics and the treatment guidelines for nonspecific chronic CLBP. This is a cross-sectional population-based study. Data were collected using a demographic and professional questionnaire, and the Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists.

Estudo realizado na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Esefid-UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>1</sup>Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS) Brasil. E-mail: cele\_desconsi@yahoo.com.br. Orcid: 0000-0001-6594-967X

<sup>2</sup>Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS) Brasil. E-mail: patriciatbartz@gmail.com. Orcid: 0000-0001-5715-9205

<sup>3</sup>Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS) Brasil. E-mail: taisfiegenbaum@gmail.com. Orcid: 0000-0002-0788-5900

<sup>4</sup>Professora Associada da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS) Brasil. E-mail: claudia.candotti@ufrgs.br. Orcid: 0000-0002-8676-9157

<sup>5</sup>Professora Associada da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS) Brasil. E-mail: adriane.vieira@gmail.com. Orcid: 0000-0003-3846-0873

Forty-nine physical therapists participated in the study, and the results showed higher agreement with attitudes and beliefs related to a biomedical orientation. The score in this scale was 15.5% higher than in the behavioral one, and the correlation ( $p < 0.05$ ) between the time since graduation and the biopsychosocial treatment orientation was regular and positive. The conclusion was that biomedical beliefs were predominant among the physical therapists who treated nonspecific chronic CLBP in Unified Health System patients. This study also showed physical therapists with more time since graduation were more influenced by the biopsychosocial orientation.

**Keywords** | Low Back Pain; Physical Therapy Specialty; Attitude; Unified Health System.

**RESUMEN** | Estudios recientes han investigado la orientación de tratamiento que los fisioterapeutas adoptan en el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico (DLCI) por la evaluación de sus actitudes y creencias. Sin embargo, en Brasil, poco se sabe sobre esa temática principalmente en el contexto del Sistema Único de Salud

(SUS). El objetivo de este estudio fue describir actitudes y creencias de los fisioterapeutas que actúan en el SUS en el tratamiento de pacientes con DLCI e identificar la relación entre sus características demográficas y profesionales y las orientaciones de tratamiento de la DLCI. El estudio es de base poblacional y transversal. Los datos fueron recolectados con un cuestionario demográfico y profesional y el cuestionario *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists*. El estudio contó con 49 fisioterapeutas y los resultados evidenciaron mayor concordancia con creencias y actitudes relacionadas a la orientación biomédica, siendo la puntuación en esa escala 15,5% mayor que en la conductual, y una correlación regular y positiva ( $p < 0,05$ ) entre el tiempo de formación y la orientación de tratamiento biopsicosocial. Se concluyó que hubo predominio de creencias biomédicas entre los fisioterapeutas que trataron la DLCI en pacientes del SUS. El estudio también demostró que los fisioterapeutas con mayor tiempo de formación fueron aquellos que presentaron mayor influencia de la orientación biopsicosocial.

**Palabras clave** | Dolor de la Región Lumbar; Fisioterapia; Actitud; Sistema Único de Salud.

## INTRODUÇÃO

A dor lombar é uma das queixas musculoesqueléticas mais comuns no mundo, sendo a mediana de um ano de prevalência global na população adulta de 37% na meia-idade e atingindo mais mulheres do que homens<sup>1</sup>. Em 2015, a prevalência pontual global de lombalgia limitante de atividade foi de 7,3%, o que significa que 540 milhões de pessoas foram afetadas. Na atualidade, a dor lombar crônica é considerada a causa número um de incapacidade no mundo (a qual aumenta com a idade), e de afastamentos do trabalho<sup>1,2</sup>. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelam a prevalência de 18,5% de queixas relacionadas a problemas crônicos de coluna. Segundo os dados da pesquisa por estado, o Rio Grande do Sul foi o que apresentou proporcionalmente mais casos de dor crônica na coluna, com média de 22% da população. Dentre os respondentes que possuíam problema crônico de coluna, 17,1% referiram grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido a essa queixa<sup>3</sup>.

Na maioria dos casos de dor lombar crônica não é possível definir uma causa específica para a dor, sendo essa, portanto, entendida como um fenômeno multidimensional que envolve, por exemplo, sofrimento físico e emocional, incapacidade funcional e redução na participação social<sup>4</sup>. Nesses casos, a dor lombar crônica é classificada como

inespecífica (DLCI)<sup>5</sup> e diversas diretrizes clínicas têm apontado a orientação de tratamento biopsicosocial como a mais adequada para o tratamento de pacientes com essa classificação<sup>6</sup>. Essa perspectiva considera que a dor e a incapacidade são influenciadas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores psicológicos e sociais, e que o tratamento deve enfatizar elementos que são obstáculos para a recuperação e o retorno às atividades ocupacionais, não se restringindo ao alívio da dor<sup>4</sup>. Por outro lado, o foco da abordagem terapêutica no alívio do sintoma está relacionado a uma prática baseada no modelo biomédico, a qual pode levar o profissional a considerar a dor apenas como resultado de anormalidades estruturais e não se ater às diferenças que existem na forma como as pessoas experimentam, respondem e lidam com a dor<sup>4</sup>.

Como as recomendações das diretrizes estão vinculadas à orientação biopsicosocial, investigar a abordagem terapêutica da DLCI utilizada pelos profissionais de saúde também reflete o uso das diretrizes na rotina clínica<sup>7</sup>. Estudos atuais conduzidos em diferentes países demonstram que as atitudes e crenças que os profissionais da saúde adotam no tratamento da DLCI ainda se identificam com a orientação de tratamento biomédica<sup>8-10</sup>. Um único estudo desenvolvido com essa temática foi encontrado no Brasil até o momento<sup>11</sup>, cujos autores concluem que os fisioterapeutas entrevistados apresentam

incerteza em relação à orientação de tratamento no atendimento de pacientes com DLCI. Esse estudo não incluiu fisioterapeutas do Sul do país e não se deteve em investigar profissionais que prestam serviços aos pacientes que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>11</sup>.

Além disso, os prejuízos pessoais e sociais gerados pela DLCI indicam a importância de que a prestação de serviços seja efetiva, o que justifica o desenvolvimento de pesquisas com essa temática a fim de conhecer como os serviços de saúde prestados à população vêm conduzindo a abordagem terapêutica da DLCI e se as recomendações presentes em diretrizes clínicas têm sido empregadas pelos profissionais. Nesse sentido, nosso estudo teve como objetivo descrever atitudes e crenças dos fisioterapeutas que atuam pelo SUS no atendimento de pacientes com DLCI e identificar a relação entre suas características demográficas e profissionais e as orientações de tratamento da DLCI.

## METODOLOGIA

Este estudo é de base populacional, transversal, realizado em julho e agosto de 2014, do qual participaram fisioterapeutas que tratam pacientes com DLCI em serviços que atendem pelo SUS no município de Porto Alegre. Esta pesquisa foi aprovada pela Coordenadoria-Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CGAPSES), assim como pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. As informações a respeito dos serviços de saúde que prestavam atendimento fisioterapêutico a pacientes do SUS em Porto Alegre foram obtidas pelo contato com a CGAPSES. Posteriormente, foi realizado contato com os coordenadores dos serviços de fisioterapia da Prefeitura e com os responsáveis técnicos das clínicas particulares conveniadas e agendados dias e horários adequados para a coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram: ser fisioterapeuta; atuar no nível de atenção básica ou de média complexidade há pelo menos seis meses; e atender pelo menos um paciente com DLCI por semana. Os fisioterapeutas que aceitaram participar do estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Os participantes responderam a um questionário de dados demográficos e profissionais (idade, sexo, tempo de formação, instituição de formação, pós-graduação, local de trabalho e utilização de alguma referência bibliográfica no

tratamento da DLCI) e preencheram o questionário *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT)<sup>12</sup> que avalia crenças e atitudes relacionadas a duas orientações de tratamento no manejo da DLCI: biomédica (itens 1-10) e comportamental (itens 11-19). Esse questionário foi traduzido e adaptado para o português por Magalhães et al.<sup>12</sup> e a escala comportamental refere-se à orientação de tratamento biopsicossocial. Cada um dos 19 itens é computado por Escala Likert de 6 pontos (de 0 a 5 pontos); dessa forma, a pontuação da escala biomédica varia de 0 a 50, e a da escala comportamental de 0 a 45. A fim de deixar claro aos participantes qual condição de saúde era tratada pela pesquisa, o questionário continha uma caracterização e breve explicação sobre a DLCI em seu cabeçalho. As coletas foram realizadas por duas pesquisadoras e os questionários foram preenchidos pessoalmente pelos fisioterapeutas em seus locais de trabalho. Durante as coletas, cada questionário preenchido foi revisado pelas pesquisadoras para verificar se todas as questões foram respondidas.

O questionário PABS-PT é autoaplicado, não possui ponto de corte e nem resposta certa ou errada. A soma dos itens de cada escala do PABS-PT é realizada e cada fisioterapeuta recebe duas pontuações. A maior pontuação em uma das escalas indica uma orientação de tratamento biomédico ou biopsicossocial mais forte. Para classificar os profissionais dentro de um perfil biomédico ou biopsicossocial foi calculado o valor médio das questões em cada escala e, posteriormente, o valor médio da escala comportamental foi subtraído do valor médio da escala biomédica. Com o resultado da subtração positivo, o profissional foi classificado como biomédico e com resultado negativo, como biopsicossocial.

A análise estatística foi realizada no *software* SPSS 2.0. Inicialmente, confirmou-se a distribuição dos dados com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para correlacionar as variáveis contínuas, demográfica (idade) e profissional (tempo de formação) com os escores das escalas do questionário PABS-PT foi utilizado o Teste de Correlação de *Spearman*. Para comparar as variáveis categóricas (sexo, pós-graduação e local de trabalho) em cada uma das escalas do questionário PABS-PT foi utilizado o Teste t independente. As correlações com valores de 0 a 0,3 foram consideradas fracas, de 0,3 a 0,6, regulares, de 0,6 a 0,9, fortes, e de 0,9 a 1, muito fortes<sup>13</sup>.

## RESULTADOS

Segundo a CGAPSES, em julho de 2014 a Prefeitura de Porto Alegre continha em seu quadro de funcionários

15 fisioterapeutas em serviços de atenção básica e de média complexidade. Os responsáveis técnicos das clínicas particulares conveniadas à Prefeitura nos informaram que o número de fisioterapeutas em seus estabelecimentos era de 42 profissionais. Portanto, a população desse estudo é de 57 fisioterapeutas que atuavam em serviços de saúde que prestavam atendimento a pacientes do SUS em Porto Alegre no período de julho a agosto de 2014.

Seis fisioterapeutas dos Serviços da Prefeitura não participaram da pesquisa: um estava em férias e cinco não prestavam atendimento a pacientes, pois três estavam alocados em equipes de matriciamento e dois no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Dos fisioterapeutas das clínicas particulares conveniadas ao SUS, dois não participaram da pesquisa: um não concordou em participar do estudo e um trabalhava há menos de seis meses no atendimento a pacientes do SUS. Dessa maneira, 49 fisioterapeutas participaram deste estudo, nove funcionários dos serviços de saúde de atenção de média complexidade da Prefeitura e 40 funcionários das clínicas particulares conveniadas com a Prefeitura. As principais características demográficas e profissionais dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas e profissionais dos participantes (n=49)

Características	Média e desvio-padrão
Idade	35,3 (10,1)
Tempo de formação	9,5 (9,9)
Características	Número de fisioterapeutas (%)
Sexo	
Masculino	19 (38,8%)
Feminino	30 (61,2%)
Universidade de formação	
Pública	5 (10,2%)
Privada	43 (87,8%)
Pós-graduação	
Não	16 (32,7%)
Especialização	31 (63,3%)
Mestrado	2 (4%)
Doutorado	1 (2%)
Local de trabalho	
Serviços da Prefeitura	9 (18,4%)
Serviços conveniados à Prefeitura	40 (81,6%)
Utilização de referência para tratamento da DLCI*	
Não	42 (85,7%)
Sim	7 (14,9%)
Livros	4 (8,7%)
Artigos	2 (4,1%)
Sites	3 (6,1%)

\* O fisioterapeuta poderia citar mais de uma opção

A Tabela 2 apresenta os resultados da classificação dos profissionais de acordo com o perfil biomédico ou biopsicossocial. Entre os profissionais classificados no perfil biopsicossocial, quatro atuam em clínicas conveniadas e três nos serviços da Prefeitura. Na análise das pontuações do PABS-PT, identificou-se uma média de 31,2 (5,5) na escala biomédica, correspondendo a 62,4% da pontuação máxima do questionário nessa escala, que varia de 0 a 50 pontos. Já na escala comportamental, a pontuação média foi de 21,1 (5,0), correspondendo a 46,9% da pontuação máxima do questionário nessa escala, que varia de 0 a 45. De todas as características demográficas e profissionais pesquisadas, somente o tempo de formação apresentou correlação significativa e positiva, porém regular, com a escala comportamental do PABS-PT (Tabela 3). As variáveis categóricas (sexo, pós-graduação e local de trabalho) apresentaram-se semelhantes em cada uma das escalas, biomédica e comportamental (Tabela 4).

Tabela 2. Perfil das atitudes e crenças dos fisioterapeutas (n=49)

Perfil	Frequência	Percentual
Biomédico	42	85,7
Comportamental	7	14,3
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Tabela 3. Correlação entre as variáveis contínuas e os escores do PABS-PT

Variáveis	Escore biomédico		Escore comportamental	
	rho#	P	rho#	P
Idade (n=49)	-,067	0,647	,262	0,690
Tempo de formado (n=49)	-,237	0,101	,325*	0,023

# valor de correlação de Spearman para variáveis contínuas.

\*Correlação significativa <0,05.

Tabela 4. Comparação entre as variáveis categóricas em cada um dos escores do PABS-PT

Variáveis	Escore biomédico		Escore comportamental	
	Média (DP)	p*	Média (DP)	p*
Sexo				
Masculino (n=19)	30,8 (5,6)	0,719	21,6 (2,9)	0,581
Feminino (n=30)	31,4 (5,6)		20,9 (6,0)	
Pós-graduação				
Com (n=18)	31,6 (3,9)	0,738	20,3 (3,3)	0,328
Sem (n=31)	31,0 (6,3)		21,6 (5,8)	
Local de trabalho				
Serviços da Prefeitura (n=9)	28,9 (7,5)	0,166	23,1 (6,0)	0,195
Serviços conveniados à Prefeitura (n=40)	31,7 (4,9)		20,7 (4,7)	

\* valor de p do Teste t

## DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que os fisioterapeutas deste estudo conduzem o tratamento de pacientes com DLCI, no SUS, em consonância com a orientação biomédica, sendo a pontuação nessa escala 15,5% maior que na comportamental. Uma correlação regular e positiva entre o tempo de formação e a orientação de tratamento biopsicossocial indica ainda que quanto maior o tempo de formado do fisioterapeuta, maior a influência da orientação biopsicossocial. Isso sugere que o ganho de experiência profissional propiciou a estes fisioterapeutas o entendimento de que a dor e a incapacidade a ela relacionada são vinculadas ao contexto social e econômico dos pacientes, assim como as suas crenças sobre a dor, sendo insuficiente um tratamento direcionado apenas aos sintomas físicos<sup>14,15</sup>. Pode-se sugerir também a hipótese de que as universidades brasileiras não têm priorizado uma visão biopsicossocial sobre a DLCI na formação dos alunos, fazendo com que os fisioterapeutas iniciem suas carreiras ainda muito vinculados à visão biomédica.

Em pesquisa anteriormente realizada com fisioterapeutas brasileiros<sup>11</sup> também não foi identificado o predomínio de crenças e atitudes relacionadas à orientação de tratamento biopsicossocial, conforme proposto nas diretrizes clínicas de tratamento da DLCI. Entretanto, diferentemente dos resultados do presente estudo, as pontuações médias nas escalas da pesquisa anterior<sup>11</sup> foram muito próximas, evidenciando a falta de predomínio de uma orientação de tratamento para a DLCI entre aqueles fisioterapeutas. Em relação à associação entre dados demográficos e profissionais, os resultados do estudo anterior desenvolvido no Brasil<sup>11</sup> mostram que fisioterapeutas homens com menor tempo de formação são mais biomédicos, enquanto que o presente estudo mostrou uma correlação entre maior tempo de formação e a orientação biopsicossocial. Esses achados são relevantes, pois evidenciam que até o momento, no Brasil, o tempo de formação do fisioterapeuta influencia a visão deste profissional a respeito da DLCI, havendo evidências de que fisioterapeutas mais experientes são mais propensos a uma visão biopsicossocial.

A análise das respostas do PABS-PT mostrou que homens e mulheres deste estudo apresentaram pontuações muito semelhantes nas duas escalas e que a idade apresentou correlação fraca e negativa com a escala biomédica. Estes resultados divergem daqueles de estudo realizado com fisioterapeutas holandeses<sup>16</sup>, em que o sexo feminino foi significativamente associado à

escala comportamental do PABS-PT e a idade igual ou superior a 42 anos à escala biomédica. Há também na literatura evidência sobre a influência do setor de atuação do fisioterapeuta, público ou privado, nas respostas ao questionário PABS-PT<sup>9</sup>. Estudo canadense<sup>9</sup> identificou que fisioterapeutas da província do Quebec atuantes no setor público pontuaram significativamente menos na escala biomédica do PABS-PT em relação aos profissionais do setor privado. Resultados esses que contrastam com os achados desta pesquisa, em que se identificou que o setor de atuação do fisioterapeuta, público ou privado, não influenciou significativamente as respostas ao questionário.

Estudos conduzidos no Canadá<sup>9</sup>, Holanda<sup>16,17</sup>, Reino Unido<sup>18</sup> e Nova Zelândia<sup>7</sup> também empregaram o questionário PABS-PT para determinar atitudes e crenças de fisioterapeutas. Os resultados desses estudos demonstram uma maior influência da orientação biopsicossocial entre os fisioterapeutas avaliados, indicando maior alinhamento dos profissionais com as atuais diretrizes clínicas. Isso pode estar relacionado à formação desses profissionais e ao fato de esses países possuírem publicação de diretrizes para o tratamento da DLCI para disseminar o conhecimento da prática baseada em evidências<sup>6,19</sup>.

Diferente das pesquisas desses países desenvolvidos, esta pesquisa identificou que crenças e atitudes relacionadas a uma orientação de tratamento biomédica ainda são predominantes entre os fisioterapeutas que atuam no SUS. Esse resultado tem implicações importantes uma vez que o entendimento da DLCI embasado na abordagem biomédica tem sido associado a recomendações ineficazes, como sugerir aos pacientes que limitem os níveis de atividades laborais e de vida diária<sup>20</sup>. Essas recomendações podem dificultar o tratamento da DLCI e o retorno dos pacientes às suas atividades<sup>22</sup>, na medida em que reforçam crenças negativas nos pacientes como o medo do movimento, reconhecidos como importantes obstáculos para a recuperação<sup>22</sup>. Dessa maneira, as diretrizes para o tratamento da DLCI mencionam a importância de os profissionais recomendarem aos pacientes a manutenção de um estilo de vida ativo apesar da dor, conduzindo o tratamento da DLCI conforme a orientação biopsicossocial<sup>6</sup>.

Diante do predomínio da visão biomédica da dor entre os fisioterapeutas do SUS evidenciado neste estudo, observa-se a necessidade de investir na divulgação das diretrizes clínicas para esses profissionais, a fim de alcançar como benefício uma maior compreensão da abordagem biopsicossocial. Isso demonstra a relevância desta pesquisa

para os gestores em saúde, tendo em vista a importância da DCLI tanto como causadora de incapacidade quanto como grande colaboradora para os gastos com saúde<sup>23</sup>.

Apesar dessa relevância, não se pode aplicar seus resultados a fisioterapeutas de outras cidades ou regiões do país, uma vez que os profissionais por nós estudados não podem ser considerados representativos dos fisioterapeutas brasileiros. Dessa maneira, a realização de pesquisas semelhantes em outras cidades do Brasil, com amostras representativas da população, é importante para verificar se o que foi identificado no contexto local é condizente com a prática presente em outras localidades do país.

Dentre as limitações deste estudo, identifica-se o próprio PABS-PT, que por sua característica de questionário fechado fornece apenas respostas superficiais e não permite que o entrevistado exponha opiniões diferentes para as questões apresentadas.

## CONCLUSÃO

A partir do contexto apresentado, conclui-se que houve predomínio de crenças biomédicas entre os fisioterapeutas que trataram a DCLI em pacientes do SUS. Este estudo também demonstrou que os fisioterapeutas com maior tempo de formação foram aqueles que apresentaram maior influência da orientação biopsicossocial.

## REFERÊNCIAS

- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-2367. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X
- Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(6):968-74. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204428
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [cited 2019 Jan 23]. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- Hasenbring MI, Rusu AC, Turk DC, editors. From acute to chronic back pain: risk factors, mechanisms, and clinical implications. 1st. ed. Oxford: Oxford University Press. 590p.
- van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002;16(5):761-75. doi: 10.1053/berh.2002.0267
- Koes BW, van Tulder M, Lin CC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19(12):2075-94. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y
- Hendrick P, Mani R, Bishop A, Milosavljevic S, Schneiders AG. Therapist knowledge, adherence and use of low back pain guidelines to inform clinical decisions – a national survey of manipulative and sports physiotherapists in New Zealand. *Man Ther*. 2013;18(2):136-42. doi: 10.1016/j.math.2012.09.002
- Fullen BM, Baxter GD, Doody C, Daly LE, Hurley DA. General practitioners' attitudes and beliefs regarding the management of chronic low back pain in Ireland: a cross-sectional national survey. *Clin J Pain*. 2011;27(6):542-9. doi: 10.1097/AJP.0b013e31821771e2
- Dergazarian T, Simmonds MJ. Management of low back pain by physical therapists in Quebec: how are we doing? *Physiother Can*. 2011;63(4):464-73. doi: 10.3138/ptc.2010-04P
- Sit RW, Yip BH, Chan DC, Wong SY. Primary care physicians' attitudes and beliefs towards chronic low back pain: an Asian study. *PLoS One*. 2015;10(1):e0117521. doi: 10.1371/journal.pone.0117521
- Magalhães MO, Costa LO, Cabral CM, Machado LA. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(3):248-53. doi: 10.1590/S1413-35552012005000014
- Magalhães MO, Costa LOP, Ferreira MI, Machado LAC. Testes clinimétricos de dois instrumentos que mensuram atitudes e crenças de profissionais de saúde sobre a dor lombar crônica. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(3):249-56. doi: 10.1590/S1413-35552011000300012
- Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. 1st ed. Porto Alegre: Artmed, 2007; 264 p.
- Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018;391(10137):2384-8. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30488-4
- Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368-83. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6
- Ostelo RW, Stomp-van den Berg SG, Vlaeyen JW, Wolters PM, de Vet HC. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Man Ther*. 2003;8(4):214-22. doi: 10.1016/S1356-689X(03)00013-4
- Houben RM, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Wolters PM, Peters M, Stomp-van den Berg SG. Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *Eur J Pain*. 2005;9(2):173-83. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.05.002
- Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain*. 2008;135(1-2):187-95. doi: 10.1016/j.pain.2007.11.010
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(Suppl 2):192-300. doi: 10.1007/s00586-006-1072-1
- Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and

- beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012;16(1):3-17. doi: 10.1016/j.ejpain.2011.06.006
21. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005;19(4):655-70. doi: 10.1016/j.berh.2005.03.008
22. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0
23. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736-47. doi: S0140-6736(16)30970-9