

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO
HUMANO

Marcele Bueno Desconsi

MANEJO DA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA NOS SERVIÇOS DE
FISIOTERAPIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre

2015

Marcele Bueno Desconsi

MANEJO DA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA NOS SERVIÇOS DE
FISIOTERAPIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção de título de Mestre em Ciências do Movimento Humano.

Orientadora: Prof. Dra. Adriane Vieira

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Desconsi, Marcele Bueno

Manejo da dor lombar crônica inespecífica nos serviços de Fisioterapia do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre / Marcele Bueno Desconsi. -- 2015.
59 f.

Orientadora: Adriane Vieira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Dor Lombar. 2. Fisioterapia. 3. Atitudes e Crenças. 4. Manejo da Dor. 5. Sistema Único de Saúde. I. Vieira, Adriane, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Marcele Bueno Desconsi

MANEJO DA DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA NOS SERVIÇOS DE
FISIOTERAPIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Conceito Final:

Aprovado em:.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cláudia Tarragô Candotti – UFRGS

Prof. Dr. Jadir Camargo Lemos – UFSM

Prof. Dr. Luiz Fernando Alvarenga –UFRGS

Orientadora: Prof. Dra. Adriane Vieira

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Inicialmente expresso meus mais sinceros agradecimentos à minha família! A meus pais Lauri e Lurena, por acolherem e cuidarem de mim e de minha família, pelo incentivo e apoio constante nesse período. À minha irmã Lutiele, pela amizade e por estar ao meu lado incondicionalmente. A meu esposo Júnior e minha pequena Ana Clara, vocês são a razão da minha vida! Obrigada por todo apoio, amor incondicional, paciência e compreensão que tiveram comigo e que permitiu a concretização de meu trabalho.

Agradeço também à minha orientadora, Adriane, por ter acreditado e confiado em mim e ter me dado a oportunidade de realizar o que antes parecia apenas um sonho. Por ter tido paciência comigo e ter me auxiliado durante meu processo de aprendizagem. Por ter me mostrado que o verdadeiro Professor não fornece todas as respostas, mas nos conduz para encontrar todas elas. Por todas as horas dedicadas na leitura e auxílio na construção deste trabalho.

Estendo meus agradecimentos a minha colega de mestrado Patrícia que esteve ao meu lado durante esse processo e me auxiliou em muitos momentos durante a realização deste trabalho. As minhas colegas de mestrado Manu e Joane que também estiveram ao meu lado e com quem construí uma relação de amizade. Gurias, muito obrigada!

Agradeço também às minhas bolsistas Taís, Luana e Milena por terem, desde cedo mostrado interesse pela pesquisa, por serem dedicadas e comprometidas e por terem auxiliado na realização deste trabalho.

Não poderia deixar de agradecer a todos os Professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) com quem tive a oportunidade de conviver nesse período. Agradeço a todos os funcionários do PPGCMH em especial a secretária Ana por sempre me receber com um sorriso, ser prestativa e atenciosa.

Finalmente, e não menos importante, agradeço muito a todos os colegas Fisioterapeutas que me receberam em seus locais de trabalho e que, apesar da grande demanda de atendimentos, dedicaram um período de seu tempo para colaborarem com esta pesquisa. Muito Obrigada!

RESUMO

A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é uma condição prevalente que gera custos econômicos para os indivíduos e a sociedade. Há consenso na literatura que a DLCI é multifatorial e apesar de as diretrizes clínicas recomendarem que seu manejo seja baseado na orientação de tratamento biopsicossocial, a literatura demonstra que a orientação biomédica ainda é influente entre os profissionais da saúde. Porém, no Brasil, pouco se sabe sobre a orientação de tratamento adotada pelos fisioterapeutas no manejo da DLCI, principalmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e a avaliação das atitudes e crenças desses profissionais permite uma melhor compreensão da orientação de tratamento por eles adotada em sua prática bem como seu possível impacto no manejo da DLCI. Além disso, estudos demonstram que fatores como ambiente de trabalho, educação e idade dos profissionais de saúde são capazes de influenciar as suas crenças e atitudes no manejo da DLCI e conhecê-los pode contribuir para proposição de intervenções mais pontuais junto a esses profissionais. Entretanto, a influência desses fatores ainda não foi bem estabelecida. Assim, a presente dissertação de mestrado foi composta de dois artigos. O primeiro artigo revisou sistematicamente a associação de uma orientação de tratamento no manejo de pacientes com DLCI ao perfil demográfico e profissional de fisioterapeutas. Os resultados de nossa revisão sistemática demonstram moderada evidência sobre a influência do sexo feminino sobre a adoção de uma orientação biopsicossocial e do local de trabalho privado sobre a adoção de uma orientação de tratamento biomédica entre fisioterapeutas no manejo da DLCI. Concluímos, portanto, que fatores demográficos e profissionais são capazes de influenciar a prática profissional adotada pelos fisioterapeutas. O segundo artigo descreveu atitudes e crenças dos fisioterapeutas que atuam pelo SUS em Porto Alegre no manejo de usuários com DLCI e identificou a relação entre suas características demográficas e profissionais e as orientações de tratamento da DLCI. Este estudo foi de base populacional, transversal, sendo utilizado na coleta de um questionário demográfico e profissional e o questionário *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT). O segundo 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 entre o tempo de formação com a escala comportamental. Concluímos que, diferentemente do que propõem diretrizes internacionais sobre o manejo da DLCI, crenças e atitudes relacionadas à orientação de tratamento biomédica ainda são predominantes entre fisioterapeutas no manejo de usuários com DLCI do SUS em Porto Alegre.

Palavras-chave: Dor Lombar, Fisioterapia, Atitudes e Crenças, Manejo da Dor, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Non-specific chronic low back pain (NCLBP) is a prevalent condition that causes economical costs for individuals and society. There is a common agreement in its literature saying that NCLBP is multifactorial and although the clinical guidelines recommend managing it based on biopsychosocial orientation for treatment, literature shows that this biomedical orientation is still an influence among health professionals. In Brazil, however, little do we know about the orientation of treatment adopted by physiotherapists in managing NCLBP, mainly in Unified Health System context and the evaluation of attitudes and beliefs of these professionals allow a better understanding of treatment orientation by them in their practices as well as their possible impact in NCLBP management. Moreover, studies show that the work environment, education and age of the health professionals are able to influence their beliefs and attitudes in the management of NCLBP and that knowing them can contribute to propose punctual intervention to the health professionals. Nevertheless, the influence of these factors was not well established yet. Thus, the present master's work was composed of two studies. The first study systematically reviewed the association of a treatment orientation in managing patients of non-specific chronic low back pain to the demographic and professional profile of physiotherapists. The results of our systematic review showed moderate evidence on the influence of women on the adoption of a biopsychosocial orientation for treatment and private workplace on the adoption of a biomedical orientation for treatment of physiotherapists in the management of NCLBP. Therefore, demographic and professional factors can influence professional practice adopted by physiotherapists in the management of NCLBP. The second study described attitudes and beliefs of the physical therapists who work at Unified Health System in Porto Alegre in the management of patients with NCLBP and identified the relationship between their demographic and professional characteristics and orientation for treatment of NCLBP. This study of inhabitants, cross-sectional and the data were collected through a demographic and professional questionnaire and a Pain Attitudes and Beliefs Scales for Physiotherapists (PABS-PT) questionnaire. The second study included 49 physiotherapists and the results showed a bigger agreement to beliefs and attitudes related to biomedical orientation, the score on this scale being 15,5% higher than in behavior and a regular and positive correlation of time training and behavior scale. We conclude that differently from what international guidelines establish about NCLBP management, beliefs and attitudes related to biomedical treatment orientations still are prevalent among physiotherapists in managing patients of NCLBP from Unified Health System in Porto Alegre.

Key words: Low Back Pain, Physical Therapy Specialty, Attitudes and Beliefs, Pain Management, Unified Health System

LISTA DE TABELAS e FIGURAS

Capítulo 1:

Quadro 1 – Estratégia de busca completa no PubMed

Figura 1 – Fluxograma da revisão

Tabela 1 – Características dos estudos selecionados

Tabela 2 – Avaliação qualidade metodológica dos estudos incluídos

Capítulo 2:

Tabela 1 – Características demográficas e profissionais dos fisioterapeutas

Tabela 2 – Perfil das atitudes e crenças dos fisioterapeutas

Tabela 3 – Soma dos escores das escalas do PABS-PT

Tabela 4 – Correlação entre as variáveis contínuas e os escores do PABS-PT

Tabela 5 – Comparação entre as variáveis categóricas e os escores do PABS-PT

LISTA DE ABREVIATURAS

DLCI: dor lombar crônica inespecífica

EIA: instrumento de avaliação de estudos epidemiológicos

PABS-PT: *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists*

ABS-mp: *Attitudes to Back Pain Scale for Musculoskeletal Practitioners*

CI: Consistência interna

SUS: Sistema Único de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CGAPSES: Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Especializados Ambulatoriais e Substitutivos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

TENS: Estimulação elétrica transcutânea

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1	14
RESUMO	14
ABSTRACT	15
1.1 INTRODUÇÃO.....	16
1.2 MÉTODOS.....	17
1.2.1 Critérios de elegibilidade.....	17
1.2.2 Estratégia de busca	17
1.2.3 Seleção dos estudos e extração dos dados	18
1.2.4 Risco de viés em estudos individuais	19
1.2.5 Força de evidência.....	19
1.3 RESULTADOS	20
1.3.1 Descrição dos estudos.....	20
1.3.2 Risco de viés.....	25
1.3.4 Influência de fatores demográficos e profissionais sobre as orientações de tratamento	27
1.4 DISCUSSÃO	28
1.5 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
CAPÍTULO 2	35
RESUMO	35
ABSTRACT	36
2.1 INTRODUÇÃO.....	37
2.2 MÉTODO.....	38

2.3 RESULTADOS	40
2.4 DISCUSSÃO	43
2.5 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXO	53
ANEXO 1 - Versão em português-brasileiro da <i>Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists</i> (PABS-PT).....	53
APÊNDICES	56
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO PARA DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS	56
APÊNDICE 2 – CARTA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	57

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi realizada com a finalidade de conhecer quais as atitudes e crenças dos fisioterapeutas que atuam com usuários com dor lombar crônica inespecífica (DLCI) em Porto Alegre e foi elaborada na forma de artigo. Inicialmente apresento uma introdução da dissertação, seguida de dois capítulos referentes aos artigos. O primeiro capítulo contém uma revisão sistemática que nos forneceu uma síntese sobre as pesquisas atuais relacionadas ao tema e possibilitou aprofundar nosso entendimento sobre o mesmo. O segundo capítulo contém artigo original elaborado a partir das coletas de dados que nos permitiu conhecer como os fisioterapeutas estão manejando seus pacientes com DLCI no contexto do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre. Em seguida, apresento as considerações finais da dissertação, o anexo e os apêndices. No anexo apresento a versão do questionário PABS-PT que utilizamos para verificar as atitudes e crenças dos fisioterapeutas. Já o apêndice 1 contém o questionário que desenvolvemos para a coleta de dados demográficos e profissionais dos participantes do estudo. Finalizo essa dissertação com um segundo apêndice no qual apresento uma carta que entregarei aos fisioterapeutas que participaram de nosso estudo. Essa carta cumpre com dois objetivos, primeiro agradecer aos participantes por terem participado de nosso estudo e, em segundo lugar, fornecer a eles um retorno dos principais resultados da pesquisa.

INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica é caracterizada pela presença de dor e desconforto, abaixo da margem costal e acima da prega glútea, com ou sem irradiação para perna, por pelo menos 12 semanas (AIRAKSINEN *et al.*, 2006). Estudos indicam que em 90% dos casos não é possível definir uma causa específica para a dor como, por exemplo, fraturas, inflamações ou doenças malignas sendo, então, a dor lombar crônica classificada como inespecífica (DLCI) (VAN TULDER; KOES; BOMBARDIER, 2002). Devido a essa característica, a DLCI é entendida como um fenômeno multidimensional que envolve, por exemplo, sofrimento físico e emocional, incapacidade funcional e redução na participação social (HASENBRING; RUSU; TURK, 2012). Ao se considerar esses aspectos, o modelo biomédico, que entende o desenvolvimento da dor e da incapacidade como decorrente unicamente de alterações biológicas, torna-se insuficiente para abordar a DLCI, sendo essa resistente a tratamentos puramente físicos e direcionados a uma possível, porém não identificada, causa patológica para a dor (WADDELL, 1992).

O cuidado excessivamente centrado no modelo biomédico foi primeiramente contestado por Engel em seu artigo de 1977 no contexto da psiquiatria. Segundo esse autor, uma das importantes falhas para esse modelo está no fato de considerar que uma alteração biológica específica é critério para o desenvolvimento dos problemas de saúde (ENGEL, 2012). Isso porque, quando se considera que os problemas de saúde são experiências humanas, as alterações biológicas, se presentes, são apenas um dos muitos fatores que podem culminar com a manifestação desse problema. Ainda segundo esse autor, fatores psicológicos e sociais também são importantes para determinar o desenvolvimento dos problemas de saúde e, assim, embora a alteração biológica esteja relacionada com as características do problema apresentado, não necessariamente determina quando e se ele se apresentará (ENGEL, 2012). A partir disso, Engel ofereceu uma alternativa ao modelo biomédico que veio a ser conhecida como Modelo Biopsicossocial, cuja aplicação prática é chamada de prática clínica orientada biopsicossocialmente (BORRELL-CARRIÓ, 2004). Nas últimas décadas esse modelo passou a ser utilizado também na avaliação e tratamento de pacientes com DLCI devido ao seu entendimento como condição multidimensional associada a fatores como medo do movimento e estresse psicológico (WADDELL, 1992).

Dessa maneira, diretrizes clínicas têm sido publicadas nas últimas décadas e suas recomendações são baseadas no modelo biopsicossocial (KOES *et al.*, 2010). Essas diretrizes são desenvolvidas por grupos de especialistas ou sociedades científicas para auxiliar os profissionais de saúde a embasarem sua abordagem terapêutica nas melhores evidências disponíveis (KOES *et al.*, 2010). Há um consenso entre diretrizes clínicas para o manejo da DLCI de que, além da prescrição de medicamentos, o tratamento deve envolver a educação a respeito da natureza e do curso da dor, assim como esclarecimentos sobre a relevância da manutenção de um estilo de vida ativo apesar da dor (KOES *et al.*, 2010). Por mais que as melhores evidências apontem a perspectiva biopsicossocial como mais adequada para entender a DLCI (VLAEYEN; LINTON, 2000; WADDELL; BURTON, 2005), alterar a prática clínica, enraizada no modelo biomédico, é uma tarefa muito complexa e somente a publicação de diretrizes não é suficiente para influenciar o manejo da DLCI pelos profissionais de saúde (VAN TULDER; WADDELL, 2005). Estudos atuais têm pesquisado a orientação de tratamento que profissionais da saúde adotam no manejo da DLCI através da investigação de suas atitudes e crenças (BISHOP *et al.* 2008; DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011; HENDRICK *et al.*, 2013), mostrando que a orientação biomédica, ainda é influente entre os profissionais de saúde e o uso das recomendações de diretrizes na prática clínica não é rotina completamente estabelecida.

Estudo de revisão sistemática sobre as atitudes e crenças dos profissionais de saúde no manejo da dor lombar inespecífica indicou que as atitudes e crenças desses profissionais repercutem no manejo dessa condição e saúde (DARLOW *et al.*, 2012). A literatura tem indicado que fatores como ambiente de trabalho, educação e idade dos profissionais de saúde são capazes de influenciar as suas crenças e atitudes no manejo da DLCI e conhecê-los pode contribuir para proposição de intervenções mais pontuais junto aos profissionais de saúde com o objetivo de divulgar o modelo biopsicossocial (OSTELO *et al.*, 2003; DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011; SIMMONDS *et al.*, 2012). Entretanto, a influência desses fatores ainda não foi sistematicamente revisada.

A avaliação das atitudes e crenças dos profissionais de saúde permite uma melhor compreensão da orientação de tratamento que os profissionais de saúde adotam em sua prática bem como de seu possível impacto no manejo da DLCI. Porém, no Brasil, pouco se sabe sobre como os fisioterapeutas manejam seus pacientes com DLCI, principalmente no contexto do SUS. Além disso, os prejuízos pessoais e sociais gerados

pela DLCI indicam a importância de a prestação de serviços de saúde ser efetiva, justificando que pesquisas sejam desenvolvidas com essa temática.

Nesse sentido, os objetivos dessa dissertação foram: (1) revisar sistematicamente a associação de uma orientação de tratamento no manejo de pacientes com dor lombar crônica inespecífica ao perfil demográfico e profissional de fisioterapeutas e (2) descrever atitudes e crenças dos fisioterapeutas que atuam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre no manejo de usuários com DLCI e identificar a relação entre suas características demográficas e profissionais e as orientações de tratamento da DLCI.

CAPÍTULO 1

A influência do perfil demográfico e profissional de fisioterapeutas no manejo da dor lombar crônica inespecífica: Revisão Sistemática de estudos observacionais

The influence of demographic and professional profile of physiotherapists in the management of non-specific chronic low back pain: Systemic Review of observational studies.

RESUMO

A literatura tem apontado dificuldade de incorporação das recomendações propostas pelas diretrizes clínicas sobre o manejo da dor lombar crônica inespecífica (DLCI) na prática diária dos profissionais de saúde. Dado a relevância dessa condição de saúde, é importante saber se fatores como ambiente de trabalho, educação e idade dos profissionais de saúde são capazes de influenciar a orientação de tratamento no manejo da DLCI. Assim, o objetivo desse estudo foi revisar sistematicamente estudos observacionais transversais que verificassem a associação de uma orientação de tratamento, biomédica ou biopsicossocial, no manejo de pacientes com DLCI ao perfil demográfico e profissional de fisioterapeutas. Para atender a esse objetivo, foram incluídos estudos que investigaram a orientação de tratamento dos profissionais de saúde no manejo de pacientes com DLCI e que verificaram a sua relação com as características demográficas e profissionais de fisioterapeutas. Foram efetuadas buscas nas bases de dados: Cochrane, Scielo, Cinahl, Pubmed, Bireme e Psycinfo. Os seguintes termos de busca em inglês foram usados: "attitude", "attitude of health personnel", "Attitude to Health", "health knowledge, attitudes, practice", "health occupations", "Health Personnel", "physical therapy" e "low back pain" acompanhados de seus termos sinônimos. Foram identificados cinco estudos que verificaram a associação de uma orientação de tratamento ao perfil demográfico e profissional de fisioterapeutas. De acordo com nossos resultados, considerando o conjunto de artigos analisados, encontramos moderada evidência sobre a influência do sexo feminino sobre a adoção de uma orientação biopsicossocial e do local de trabalho privado sobre a adoção de uma orientação de tratamento biomédica entre fisioterapeutas no manejo da DLCI. Concluimos, portanto, que fatores demográficos e profissionais são capazes de influenciar a prática profissional adotada pelos fisioterapeutas. Número de registro da revisão sistemática: CRD42015026768

Palavras-chave: Dor Lombar, Fisioterapia, Revisão, Manejo da Dor

ABSTRACT

Literature has shown the difficulty of incorporating the recommendations proposed by the clinical guidelines on the management of chronic nonspecific low back pain (NCLBP) in the daily practice of health professionals. Regarding to the relevance of this health condition, it is important to know if factors as work environment, education and age of health professionals can influence the treatment orientations taken by them in the management of NCLBP. Thus, the aim of this study was reviewing systematically cross-sectional observational studies that verified the association of a treatment orientation, biomedical or biopsychosocial in managing NCLBP patients to the demographic and professional profiles of physiotherapists. To get to this aim studies that investigated the orientation of treatment of health professionals and that checked the relation with demographic and professionals profiles of physiotherapists were included. Research was made in the data bases: Cochrane, Scielo, Cinhal, Pubmed, Bireme and Psycinfo. The following search words in English were used: "attitude", "attitude of health personnel", "Attitude to Health", "health knowledge", "attitudes, practice", "health occupations", "Health Personnel", "Physical therapy" and "low back pain" together with their synonyms. Five studies that verified the association of a treatment orientation to the demographic and professional profiles of physiotherapists were identified. According to our results and considering all the articles analysed, we found moderate evidence on the influence of women on the adoption of a biopsychosocial orientation for treatment and private workplace on the adoption of a biomedical orientation for treatment of physiotherapists in the management of NCLBP. Therefore, demographic and professional factors can influence professional practice adopted by physiotherapists in the management of NCLBP. Systematic review register number: CRD42015026768

Keywords: Low Back Pain, Physical Therapy, Review, Pain Management

1.1 INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é uma condição incapacitante causadora de custos para a sociedade relacionados tanto a utilização dos serviços de saúde quanto aos dias de trabalho perdidos (GORE *et al.*, 2012). Muitos estudos têm sido conduzidos sobre o manejo da DLCI pelos profissionais de saúde, sendo os fisioterapeutas comumente pesquisados devido a seu grande envolvimento no manejo desses pacientes (BISHOP *et al.*, 2008; HOUBEN *et al.*, 2005; VALJAKKA *et al.*, 2013). Em artigo de revisão sistemática de Koes *et al.* (2010) sobre diretrizes clínicas para o tratamento da DLCI de países europeus e da América do Norte existe consenso de que o manejo do paciente, além da prescrição de medicamentos, deve envolver a educação a respeito da natureza e do curso benigno de sua dor, assim como esclarecimentos sobre a relevância da manutenção de um estilo de vida ativo apesar da dor e o uso de exercícios supervisionados. Essas recomendações estão relacionadas ao entendimento atual de que o desenvolvimento da cronicidade da dor e da incapacidade é influenciado não somente por fatores biológicos, mas também pela inter-relação de fatores psicológicos e sociais (WADDELL, 1992). Portanto, a orientação biopsicossocial tem sido recomendada nas diretrizes clínicas tanto para definição do prognóstico quanto para avaliação e tratamento do paciente com DLCI (WADDELL; BURTON, 2005; KOES *et al.*, 2010).

Revisão sistemática de Darlow *et al.* (2012) demonstrou que profissionais que seguem a orientação biomédica, que compreende a dor como produto de alterações anatômicas e teciduais (HOUBEN *et al.*, 2005) são mais propensos a recomendar limitação nas atividades laborais e físicas e, com menor frequência, seguem as recomendações de diretrizes clínicas sobre essa condição. Além disso, essa revisão apontou forte evidência da associação das crenças dos profissionais de saúde e de seus pacientes e moderada evidência de que altos níveis de receio dos profissionais de que a realização de exercícios e atividades de vida diária possa piorar o quadro do paciente repercutem em altos níveis de receio em seus pacientes (DARLOW *et al.*, 2012). Em revisão sistemática realizada com médicos, Fullen *et al.* (2009) identificaram que a idade desses profissionais impacta no manejo da dor lombar aguda uma vez que, segundo essa revisão, médicos mais velhos foram mais inclinados a não aderir às diretrizes de tratamento. Porém, as revisões de Darlow *et al.* (2012) e Fullen *et al.*

(2009) não investigaram a influência de fatores demográficos e profissionais no manejo de pacientes com DLCI por fisioterapeutas. A relevância dessa condição de saúde justifica a realização de estudos que auxiliem no entendimento de quais fatores podem influenciar o manejo de pacientes com DLCI pelos profissionais de saúde. Assim, o objetivo desse estudo foi revisar sistematicamente estudos observacionais transversais que verificaram a influência do perfil demográfico e profissional de fisioterapeutas sobre as orientações de tratamento, biomédica ou biopsicossocial, no manejo de pacientes com DLCI.

1.2 MÉTODOS

Esta revisão foi registrada no banco de dados PROSPERO sob o número CRD42015026768.

1.2.1 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos observacionais, publicados em português ou inglês, que investigaram a orientação de tratamento dos profissionais de saúde no manejo de pacientes com DLCI e que verificaram a sua relação com as características demográficas e profissionais de fisioterapeutas. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: estudos realizados com estudantes da área da saúde, estudos que não apresentassem análise de dados separada por grupos de profissionais e estudos com dados incompletos.

1.2.2 Estratégia de busca

Foi efetuada uma busca sistemática, em outubro de 2015, nas seguintes bases de dados, sem restrição de data de publicação: Cochrane, Scielo, Cinahl, Pubmed, Bireme e Psycinfo. Os seguintes termos de busca em inglês foram usados: "attitude", "attitude of health personnel", "health knowledge, attitudes, practice", "health occupations", "Health Personnel", "Physical Therapy", "Low Back Pain" acompanhados de seus termos sinônimos. A estratégia de busca completa da base de dados PubMed encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 – estratégia de busca completa no PubMed

"attitude"[MeSH Terms] OR attitude[Text Word]

OR

"attitude of health personnel"[MeSH Terms] OR attitude of health personnel[Text Word] OR "Health Personnel Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Attitude, Staff" OR "Attitudes, Staff" OR "Staff Attitudes"

OR

"health knowledge, attitudes, practice"[MeSH Terms] OR "Knowledge, Attitudes, Practice"

AND

"health occupations"[MeSH Terms] OR health profession[Text Word] OR "Health Occupation" OR "Occupation, Health" OR "Occupations, Health" OR "Health Professions" OR "Health Profession" OR "Profession, Health" OR "Professions, Health"

OR

"Health Personnel"[MeSH] OR "Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Providers, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Healthcare" OR "Fieldworkers" OR "Fieldworker" OR "Field Workers" OR "Field Worker" OR "Worker, Field" OR "Workers, Field"

OR

"physical therapy specialty"[MeSH Terms] OR physical therapy specialty[Text Word] OR "Specialty, Physical Therapy" OR "Therapy Specialty, Physical" OR "Physiotherapy Specialty" OR "Specialty, Physiotherapy"

AND

"low back pain"[MeSH Terms] OR "low back pain"[Text Word] OR "Low Back Pain"[Mesh] OR "Back Pain, Low" OR "Back Pains, Low" OR "Low Back Pains" OR "Pain, Low Back" OR "Pains, Low Back" OR "Lumbago" OR "Lower Back Pain" OR "Back Pain, Lower" OR "Back Pains, Lower" OR "Lower Back Pains" OR "Pain, Lower Back" OR "Pains, Lower Back" OR "Low Back Ache" OR "Ache, Low Back" OR "Aches, Low Back" OR "Back Ache, Low" OR "Back Aches, Low" OR "Low Back Aches" OR "Low Backache" OR "Backache, Low" OR "Backaches, Low" OR "Low Backaches" OR "Low Back Pain, Recurrent" OR "Recurrent Low Back Pain" OR "Low Back Pain, Postural" OR "Postural Low Back Pain" OR "Low Back Pain, Mechanical" OR "Mechanical Low Back Pain" OR "Low Back Pain, Posterior Compartment" OR "Nonspecific Chronic Low Back Pain" OR "Chronic Pain" OR "Chronic Low Back Pain" OR "Nonspecific Pain"

1.2.3 Seleção dos estudos e extração dos dados

Inicialmente dois revisores realizaram a leitura de títulos e resumos dos artigos originados pela estratégia de busca de forma independente. Os artigos que apresentaram os critérios de inclusão ou que não forneceram informações suficientes em seus resumos foram selecionados para a fase de leitura dos textos completos. Nessa fase, os mesmos revisores avaliaram na íntegra e de forma independente os artigos potencialmente relevantes. A partir de um formulário de extração de dados padronizado, os revisores realizaram a seleção de dados dos estudos. As seguintes categorias de dados foram extraídas de cada estudo: País, número de participantes e profissão, dados demográficos

e profissionais dos participantes, instrumento utilizado para avaliação dos participantes, associação da orientação de tratamento a partir de fatores demográficos e profissionais. Discordâncias entre os revisores em quaisquer dessas fases, foram resolvidas por consenso ou consulta a um terceiro pesquisador.

1.2.4 Risco de viés em estudos individuais

Para a avaliação da qualidade dos estudos incluídos nessa revisão, foi utilizado o instrumento para avaliação de estudos epidemiológicos (EIA) de Genaidy *et al.*, 2007, sendo que 21 itens foram aplicados nessa revisão: itens 1 ao 9, 13 ao 17, 19, 21, 31, 32, 41 ao 43. Foram excluídos da análise itens que não se aplicavam a estudos transversais, assim como itens relacionados às variáveis de exposição e fatores de confusão por não se adequarem aos estudos que analisamos. Cada item foi pontuado pelo seguinte sistema de escores: sim = 2, parcial = 1, não ou impossível determinar = 0 (EL-ZEIN *et al.*, 2009; VEENHOF *et al.*, 2012). Cada artigo recebeu uma pontuação referente à soma desses itens, sendo a pontuação máxima igual a 42. Como critério para a avaliação dos artigos, foi utilizada a seguinte classificação: os artigos que completassem 60% ou mais da pontuação máxima foram classificados como de alta qualidade; foram considerados de baixa qualidade aqueles artigos que completaram menos de 60% dessa pontuação (VEENHOF *et al.*, 2012). Dois revisores analisaram independentemente os artigos e as discordâncias foram resolvidas por consenso ou consulta a um terceiro pesquisador.

1.2.5 Força de evidência

A avaliação dos níveis de evidência de nossas conclusões é baseada na força da evidência científica com o uso da Síntese de Melhor Evidência (BES). Esse sistema avalia o número e a qualidade dos estudos incluídos na revisão e, a partir dessa análise qualitativa, fornece a síntese da evidência científica (VAN TULDER; KOES; BOUTER, 1997). Quatro níveis de evidência científica compõem esse sistema: 1) forte evidência, obtida a partir de vários estudos de alta qualidade; 2) moderada evidência, obtida a partir de um estudo de alta qualidade e um ou mais estudos de baixa qualidade; 3) limitada evidência, obtida a partir de um estudo de alta qualidade ou vários estudos

de baixa qualidade; 4) sem evidência, obtida a partir de um estudo de baixa qualidade ou resultados contraditórios. Somente fatores igualmente descritos e pesquisados em dois ou mais estudos foram incluídos na síntese de melhor evidência.

1.3 RESULTADOS

1.3.1 Descrição dos estudos

A busca inicial nas bases de dados identificou um total de 3882 artigos, dos quais 38 foram incluídos na fase de leitura de texto completo. Além desses, um artigo foi localizado pela busca em referências bibliográficas e incluído na fase de leitura de texto completo, totalizando 39 artigos. Após esta fase, 34 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade: estudos que não verificaram a associação de fatores demográficos e profissionais com as orientações de tratamento dos profissionais (n=31) e estudos que não apresentaram análises separadas por grupos de profissionais (n=3). Portanto, cinco artigos foram incluídos na revisão, sendo que um desses artigos (SIMMONDS; DERGHAZARIAN; VLAHEYEN, 2012) é secundário a estudo anteriormente publicado (DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011), apresentando a mesma amostra e, portanto, os dois estudos são contabilizados como um único. A Figura 1 apresenta o fluxograma da revisão e a Tabela 2 resume as características dos estudos selecionados.

Figura 1. Fluxograma da Revisão

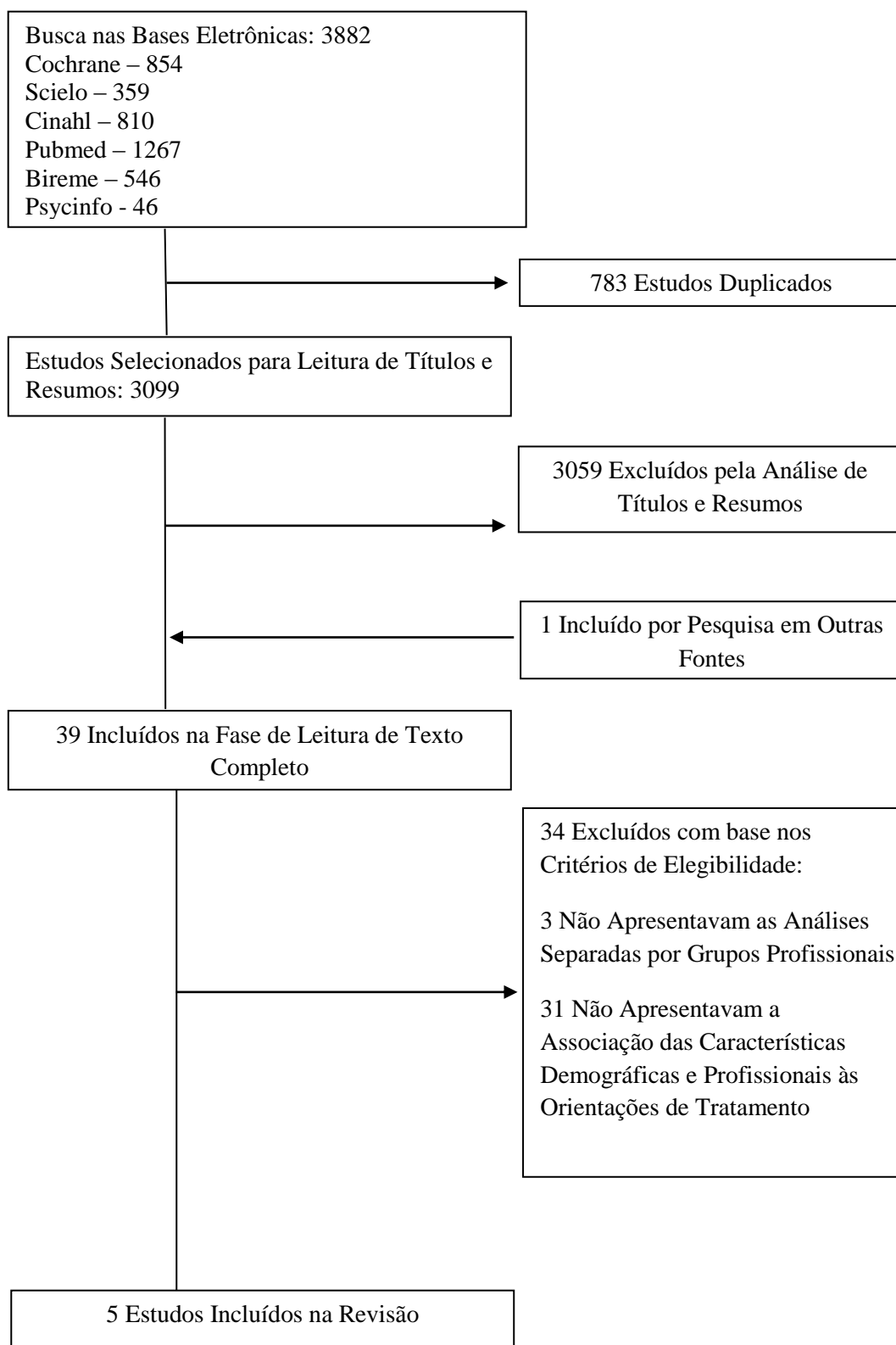


Tabela 1 – Características dos estudos selecionados

1º Autor, Ano País Amostra	Dados demográficos e profissionais	Instrumento utilizado	Resultados
Ostelo, 2003 Holanda 421 Fisioterapeutas da Associação Holandesa de fisioterapia e 62,1% participantes de curso de manejo da dor crônica	I: 41,7 63% homens AE: NI PG: NI NP:NI LT: 14%	PABS-PT	Escore maior na escala COMP quando comparado mulheres (20,7±3,8) e homens (19,5±4,6) (p=0,007). Escore maior na escala BM quando comparado idade ≥ 42 anos (41,6±10,3) e < 42 anos (38,9±10,6) (p=0,005). Experiência pessoal com dor lombar não influenciou as escalas.
Pincus, 2007 Reino Unido 174 Fisioterapeutas registrados	I: 40 15% homens AE: 16 PG :NI NP:NI LT: 65%	ABS-mp	Correlação fraca ($r = ,161$) entre número de anos de prática e dimensão BM do questionário (p<0,05). Escore maior na dimensão biomédica (restrição das atividades e aumento da vigilância) quando comparado setor privado (12,41±2,98) e Sistema Nacional de Saúde (10,10±3,18) (p<0,001).
Magalhães, 2012 Brasil 100 fisioterapeutas de quatro cidades brasileiras (São Paulo, Belo Horizonte, Maceió, Belém)	I: 27,44 51% homens AE: 5,6 PG: 78% NP: 8 LT: 32%	PABS-PT	Escore maior na escala BM foi predito pelo sexo masculino ($\beta = 3,34$) (p=0,02) e pelo menor tempo de experiência profissional ($\beta = -0.29$) (p=0,02).

I: Média da idade em anos; S: Percentual do sexo masculino; AE: Anos de Experiência; PG: Pós-Graduação; NP: Número de Pacientes com Dor/ mês; LT: percentual de trabalhadores no setor público; NI: não informado; PABS-PT: Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists; ABS-mp: The Attitudes to Back Pain Scale for Muculoskeletal Practitioners; COMP: Comportamental; BM: Biomédica; M: valores de média e desvio padrão

Continuação Tabela 1 – Características dos estudos selecionados

1º Autor, Ano País Amostra	Dados demográficos e profissionais	Instrumento utilizado	Resultados
Simmonds, 2012 e Derghazarian e Simmonds, 2011 Canadá 108 Fisioterapeutas registrados no “Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Que’bec”	I: 36,7 S: 32% AE: > de 10 anos (50%) PG: NI NP: NI LT: 35%	PABS-PT e ABS-mp	Menor escore na escala BM quando comparado Fisioterapeutas com pós-graduação no manejo da dor crônica (27,27) e Fisioterapeutas sem pós-graduação no manejo de dor crônica (32,4) (p<0,05). Maior escore na escala COMP quando comparado Fisioterapeutas com pós-graduação no manejo da dor crônica (33,58) e Fisioterapeutas sem pós-graduação no manejo de dor crônica (31,59) (p<0,05). Escore menor na escala BM quando comparado Fisioterapeutas do setor público (29,2±7,3) e do setor privado (32,0±6,2) (p<0,05).
Rosa, 2013 Portugal 120 Fisioterapeutas	I: 85% < 42 S: 30% M AE: 46,7% possuíam entre 2 e 10 anos PG: 40% NP: NI LT: 42,5%	PABS-PT	Maior escore na escala BM quando comparado Fisioterapeutas sem formação complementar (43,1±8,23) e Fisioterapeutas com formação complementar (38,9±9,18) (p=0,009). Maior escore na escala COMP quando comparado Fisioterapeutas com experiência com pacientes com dor lombar (20,04±2,39) e Fisioterapeutas sem experiência com pacientes com dor lombar (17,76±3,07) (p=0,001). Os resultados do PABS não foram influenciados pelo sexo, tempo de experiência profissional, local de trabalho e experiência pessoal ou familiar com dor lombar.

I: Média da idade em anos; S: Percentual do sexo masculino; AE: Anos de Experiência; PG: Pós-Graduação; NP: Número de Pacientes com Dor/ mês; LT: percentual de trabalhadores no setor público; NI: não informado; PABS-PT: Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists; ABS-mp: The Attitudes to Back Pain Scale for Muculoskeletal Practitioners; COMP: Comportamental; BM: Biomédica; M: valores de média e desvio padrão

Embora nossa revisão não tenha restringido a data de publicação dos artigos, o mais antigo é de 2003, evidenciando o interesse atual em pesquisar fatores ligados aos profissionais de saúde que possam influenciar o manejo da DLCI. Dos estudos encontrados três foram realizados em países da Europa, um na América do Norte e um na América do Sul. As orientações de tratamento biomédica ou biopsicossocial foram avaliadas pelos questionários ABS-mp (*Attitudes to Back Pain Scale for musculoskeletal practitioners*) e PABS-PT (*Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists*).

O questionário ABS-mp foi utilizado apenas em um dos estudos e contém duas seções, interação pessoal e orientação de tratamento. A seção orientação de tratamento é composta por dois fatores: “*re-activation*” e “*biomedical*”. A primeira contém itens a respeito do retorno ao trabalho, atividades diárias e melhora da mobilidade, já a segunda, contém itens relacionados a aconselhamentos sobre ser vigilante com a coluna bem como crenças da existência de uma causa estrutural para a dor. No total, o ABS-mp é composto por 19 itens, classificados por escala likert de sete pontos. Os autores desse instrumento referem que o mesmo possui excelentes propriedades psicométricas, sendo adequado como medida das atitudes e crenças de fisioterapeutas, quiropratas e osteopatas no manejo da DLCI (PINCUS *et al.*, 2006).

O questionário PABS-PT, utilizado em quatro artigos desta revisão, foi inicialmente desenvolvido por Ostelo *et al.*, 2003 e é composto por duas escalas relacionadas às orientações de tratamento no manejo da DLCI: biomédica e comportamental. A escala comportamental está associada a crenças relacionadas à orientação de tratamento biopsicossocial (OSTELO *et al.*, 2003). O PABS-PT foi revisado e modificado por Houben *et al.*, 2005 com o objetivo de fortalecer os valores de consistência interna, porém, mesmo após a revisão, o PABS-PT continuou a apresentar valores mais baixos de consistência interna na escala comportamental, o que foi identificado nos estudos incluídos nessa revisão. Após modificado, o PABS-PT passou a apresentar 19 itens, relacionados ao manejo da DLCI, pontuados por escala Likert de seis pontos variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

1.3.2 Risco de viés

Na avaliação da qualidade metodológica com o instrumento EIA, dois artigos foram considerados como de alta (OSTELO *et al.*, 2003; SIMMONDS; DERGHAZARIAN; VLAHEYEN, 2012) e três de baixa qualidade (PINCUS *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2012; ROSA, 2013). Observamos que houve itens importantes, relacionados à qualidade dos estudos, em que a maioria dos artigos apresentou baixa pontuação. Um desses itens diz respeito à presença de critérios de inclusão claramente especificados, os quais foram apresentados por somente dois dos artigos incluídos (MAGALHÃES *et al.*, 2012; SIMMONDS; DERGHAZARIAN; VLAHEYEN, 2012). Além desse item, o cálculo de tamanho de amostra foi realizado e relatado por somente um estudo (SIMMONDS; DERGHAZARIAN; VLAHEYEN, 2012). Todos os estudos apresentaram baixa pontuação na avaliação da confiabilidade dos instrumentos utilizados nas pesquisas. A maioria dos estudos utilizou o PABS-PT e apresentaram como medida da confiabilidade o teste de consistência interna (CI). Observamos que, em todos os estudos incluídos, a CI da escala biopsicossocial foi inferior a CI da escala biomédica, sendo classificada como fraca, de acordo com os critérios de classificação apresentados nos estudos, o que resultou em uma classificação da confiabilidade dos questionários como moderada de acordo com os critérios do EIA. Em relação à classificação da validade dos questionários, a maioria dos estudos apresentou validade moderada de acordo com os critérios do EIA, porém um estudo não menciona esse item (OSTELO *et al.*, 2003). Problemas relacionados aos questionários utilizados nas pesquisas podem levar a existência de viés de aferição. A Tabela 2 apresenta a avaliação da qualidade metodológica dos estudos.

Tabela 2 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Questões	Estudos (1º Autor, ano)				
	Ostelo, 2003	Pincus, 2007	Magalhães, 2012	Simmonds, 2012	Rosa, 2013
1.A hipótese / objetivo do estudo está claramente descrita?	2	2	2	2	2
2.As variáveis de exposição / intervenção estão claramente descritas?	2	2	2	2	2
3.Os principais resultados estão claramente descritos?	2	2	2	2	2
4.O desenho do estudo está claramente descrito?	1	1	2	2	2
5. A origem da população (incluindo quadro de amostragem) é claramente descrita?	2	2	1	2	2
6. Os critérios de elegibilidade para a seleção dos sujeitos estão claramente descritos?	0	0	2	2	0
7. As taxas participação são relatadas? As constatações de disponibilidade de registros são indicadas?	2	2	2	2	0
8. As características dos participantes do estudo são descritas?	2	2	2	2	2
9. As características dos sujeitos perdidos após a entrada no estudo ou sujeitos que não participam entre a população elegível foram descritas? Os detalhes de registros indisponíveis foram descritos?	2	0	0	0	0
13. Os métodos estatísticos são claramente descritos?	2	2	2	2	2
14. Os principais resultados do estudo estão claramente descritos?	2	2	1	2	2
15. O estudo fornece estimativas da variabilidade aleatória nos dados para os principais desfechos ou exposições (intervalos de confiança, desvios-padrão)?	2	2	1	2	2
16. O estudo fornece estimativas dos parâmetros estatísticos (coeficientes de regressão ou estimativas como odds ratio)?	2	2	1	2	2
17. Cálculos de tamanho de amostra são realizados e relatados?	0	0	0	2	0
19. A taxa de participação é adequada? A apuração de disponibilidade de registro é adequada?	0	1	0	2	0
21. Os sujeitos perdidos ou os registros indisponíveis após a entrada no estudo são levados em conta?	0	0	0	0	0
31. As principais medidas de desfecho são confiáveis?	1	0	1	1	1
32. As principais medidas de desfecho são válidas?	0	1	1	1	1
41. Os dados sobre os resultados /exposição são relatados por subgrupos de sujeitos?	2	0	0	2	2
42. Os resultados do estudo podem ser aplicados à população elegível?	0	0	0	2	0
43. Os resultados do estudo podem ser aplicados a outras populações relevantes?	0	0	0	2	0
Pontuação total	26	23	22	36	24
Avaliação da qualidade metodológica do estudo	A	B	B	A	B

0 – Não ou Impossível Determinar (ID) / 1 – Parcial / 2 – Sim / NA – itens não aplicados / B – baixa qualidade / A – alta qualidade

1.3.4 Influência de fatores demográficos e profissionais sobre as orientações de tratamento

Os fatores demográficos e profissionais pesquisados nos estudos incluídos foram: sexo, pós-graduação, tempo de formação, idade, local de trabalho e número de pacientes com dor lombar atendidos. Nenhuma dessas variáveis foi estudada por todos os estudos.

Identificamos quatro estudos que investigaram se as orientações de tratamento são influenciadas pelo sexo dos fisioterapeutas (OSTELO *et al.*, 2003; PINCUS *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2012; ROSA, 2013). Em dois estudos, de alta (OSTELO *et al.*, 2003) e baixa (MAGALHÃES *et al.*, 2012) qualidade, os resultados foram significativos, demonstrando que fisioterapeutas homens são mais propensos a seguir uma abordagem biomédica (MAGALHÃES *et al.*, 2012) e que fisioterapeutas mulheres apresentaram maior influência biopsicossocial quando comparadas aos homens (OSTELO *et al.*, 2003). Existe, portanto, moderada evidência sobre a influência do sexo sobre as orientações de tratamento dos fisioterapeutas.

A influência da pós-graduação sobre a orientação de tratamento dos fisioterapeutas foi pesquisada por três estudos (MAGALHÃES *et al.*, 2012; SIMMONDS; DERGHAZARIAN; VLAHEYEN, 2012; ROSA, 2013). Em dois estudos, um de alta (SIMMONDS; DERGHAZARIAN; VLAHEYEN, 2012) e um de baixa (ROSA, 2013) qualidade os resultados foram significativos, demonstrando que a pós-graduação em dor crônica apresenta influência na adoção da orientação biopsicossocial (SIMMONDS; DERGHAZARIAN; VLAHEYEN, 2012) e que fisioterapeutas sem qualquer formação complementar têm maior influência biomédica (ROSA, 2013). Devido a esses estudos não investigarem o mesmo curso de pós-graduação, esse fator não pode ser incluído na síntese de melhor evidência.

Em relação à variável tempo de formação, foram localizados três estudos que investigaram a sua influência sobre as orientações de tratamento de fisioterapeutas (PINCUS *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2012; ROSA, 2013), sendo que dois estudos de baixa qualidade apresentaram resultados significativos, porém conflitantes (PINCUS *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2012). O primeiro estudo aponta que fisioterapeutas com menor tempo de formação apresentam uma menor influência da orientação biomédica (PINCUS *et al.*, 2007). Em contraste com esse resultado, o segundo estudo identificou que fisioterapeutas com menos tempo de formação são mais

propensos a seguir uma abordagem biomédica (MAGALHÃES *et al.*, 2012). Não existindo, assim, evidência sobre a influência do tempo de formação sobre as orientações de tratamento de fisioterapeutas.

De todos os estudos incluídos, três investigaram se a idade do fisioterapeuta influencia na adoção de uma orientação de tratamento (OSTELO *et al.*, 2003; PINCUS *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2012). Apenas os resultados de um estudo, de alta qualidade foram significativos, demonstrando que fisioterapeutas com idade igual e superior a 42 anos apresentaram-se mais biomédicos (OSTELO *et al.*, 2003), sendo limitada a evidência da influência da idade sobre as orientações de tratamento de fisioterapeutas.

A influência do local de trabalho, público ou privado, sobre as orientações de tratamento foi pesquisada por três estudos (DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011; PINCUS *et al.*, 2007; e ROSA, 2013). Os resultados de um estudo de alta (DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011) e de um estudo de baixa qualidade (PINCUS *et al.*, 2007) foram significativos, demonstrando que fisioterapeutas que atuam no setor privado são mais biomedicamente orientados que os do setor público, indicando evidência moderada sobre a influência do local de trabalho na orientação de tratamento dos fisioterapeutas. Estudo de Pincus *et al.*, (2007), realizado no Reino Unido, apontou que fisioterapeutas do setor privado orientam mais seus pacientes a serem vigilantes em relação a sua coluna, assim como a manterem um estilo de vida mais restritivo. Essas recomendações são avaliadas pela dimensão biomédica do questionário ABS-mp que se apoia na orientação de tratamento biomédica. Derghazarian e Simmonds (2011) apontam que os fisioterapeutas do setor privado apresentaram predominância na orientação biomédica, verificada pelo questionário PABS-PT.

A variável número de pacientes com dor lombar atendidos por mês foi estudada por um estudo (MAGALHÃES *et al.*, 2012) e não foram encontrados resultados significativos para a influência dessa variável sobre as orientações de tratamento de fisioterapeutas no manejo da DLCI.

1.4 DISCUSSÃO

Nosso objetivo foi revisar sistematicamente se fatores demográficos e profissionais de fisioterapeutas são capazes de influenciar a adoção de uma orientação

de tratamento no manejo de pacientes com DLCI. De acordo com nossos resultados, considerando o conjunto de artigos analisados, encontramos moderada evidência sobre a influência do sexo feminino sobre a adoção de uma orientação biopsicossocial entre os fisioterapeutas. Em conformidade com nosso resultado, identificamos estudo conduzido com fisioterapeutas americanos e que teve por objetivo verificar o conhecimento desses profissionais a respeito das diretrizes clínicas sobre dor lombar (LEARMAN *et al.*, 2014). Segundo esse estudo, fisioterapeutas mulheres foram mais propensas a responder questões relacionadas ao manejo da dor lombar de acordo com o que é preconizado pelas diretrizes clínicas, demonstrando a influência desse fator no manejo de pacientes com dor lombar. Como as diretrizes clínicas apresentam recomendações alinhadas com a orientação biopsicossocial, isso indica que as fisioterapeutas participantes do estudo foram mais inclinadas a conduzirem sua prática de acordo com essa orientação de tratamento quando comparadas aos fisioterapeutas homens.

Identificamos também moderada evidência sobre a influência do local de trabalho privado sobre a orientação de tratamento biomédica entre os fisioterapeutas. Os estudos que apontam essa influência foram desenvolvidos no Canadá (DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011) e no Reino Unido (PINCUS *et al.*, 2007). Esses países são reconhecidos por prestar atendimentos em saúde pública diferenciados para a sua população (VIACAVA *et al.*, 2004), especula-se que esse fato possa ter conduzido a uma atuação distinta da fisioterapia nesses países interferindo nos resultados desses estudos.

No que se refere à influência do tempo de formação sobre as orientações de tratamento biomédica e biopsicossocial, localizamos resultados conflitantes entre os estudos desenvolvidos no Reino Unido (PINCUS *et al.*, 2007) e no Brasil (MAGALHÃES *et al.*, 2012). Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que, no Reino Unido, são desenvolvidas importantes pesquisas sobre o manejo da dor lombar na atenção primária com apoio do Sistema Nacional de Saúde (FERGUSON, 2010) e os fisioterapeutas terem uma grande atuação em serviços de atenção primária (LUDVIGSSON; ENTHOVEN, 2012). No Brasil, a fisioterapia ainda tem pouca atuação em serviços de atenção primária, sendo pesquisa e atuação profissional vinculadas principalmente à atenção secundária e terciária (COSTA *et al.*, 2012). Além disso, os fisioterapeutas do estudo de Pincus *et al.*, (2007) atuavam principalmente no setor público e os participantes do estudo de Magalhães *et al.*, (2012) atuavam

predominantemente em clínicas e hospitais privados o que também pode ter impactado nos resultados.

Dessa maneira, os estudos incluídos na nossa revisão englobam fisioterapeutas de diferentes países e que atuam na atenção primária, secundária e terciária. As diferenças entre os profissionais de distintos países com respeito aos locais de atuação assim como a formação profissional devem ser consideradas quando analisamos o conjunto de estudos, uma vez que essas especificidades são capazes de influenciar o entendimento de cada profissional sobre a DLCI e a sua conduta no manejo dessa condição de saúde.

Nossa busca originou um pequeno número de estudos. Associado a isso, o uso de instrumentos de pesquisa diferentes entre os estudos e a falta de apresentação completa dos resultados de alguns estudos, impossibilitou a realização de metanálise. Portanto, sugere-se a realização de novas pesquisas com essa temática, que apresentem adequado rigor metodológico, a fim de ampliar o poder em relação a esse tipo de análise.

Essa revisão apresenta relevância para estudos futuros, pois identifica o que estudos mais atuais têm publicado a respeito da associação entre fatores demográficos e profissionais com as orientações de tratamento no manejo da DLCI. Essa revisão também traz importantes implicações para os gestores de saúde que objetivam realizar campanhas de divulgação das recomendações das diretrizes entre seus profissionais. A realização de campanhas dirigidas para a divulgação das recomendações das diretrizes clínicas são importantes devido à dificuldade de incorporação da orientação biopsicossocial na prática clínica (BISHOP *et al.*, 2008; HENDRICK *et al.*, 2013). Essas campanhas podem, portanto, auxiliar a melhorar a eficácia dos serviços prestados aos pacientes, reduzindo o impacto da DLCI na utilização dos serviços de saúde e nos custos para a sociedade, a partir da difusão da orientação biopsicossocial entre os profissionais. Campanhas realizadas na Austrália e na Escócia mostraram-se capazes de mudar as crenças e o comportamento clínico dos profissionais de saúde (BUCHBINDER; JOLLEY; WYATT, 2001; WADDELL *et al.*, 2007). Acreditamos que esses resultados podem ser melhorados se forem considerados fatores capazes de influenciar as orientações de tratamento dos profissionais, como o sexo e o local de trabalho. Porém, devemos considerar a influência das especificidades locais sobre os profissionais de saúde e, dessa maneira, julgamos ser importante que, previamente a

realização de campanhas ou programas educacionais, sejam realizados estudos que identifiquem as especificidades locais a fim de aprimorar os resultados das intervenções.

1.5 CONCLUSÃO

Nossos resultados apontam moderada evidência sobre a influência do sexo feminino na adoção de uma orientação biopsicossocial e do local de trabalho privado na adoção de uma orientação de tratamento biomédica entre os fisioterapeutas no manejo da DLCI. Apesar das especificidades locais, concluímos que fatores demográficos e profissionais são capazes de influenciar a prática profissional adotada pelos fisioterapeutas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BISHOP, A. et al. 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.

BUCHBINDER, R.; JOLLEY, D.; WYATT, M. 2001 Volvo Award winner in clinical studies: effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. **Spine**, v. 26, n. 23, p. 2535-2542, 2001. ISSN 0362-2436. Disponível em:
<[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2002078251\(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip.cookie,uid](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2002078251(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip.cookie,uid) >.

COSTA, L. *et al.* Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 16, n. 5, p. 422-30, set./out. 2012.

DARLOW, B. et al. 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. **European Journal of Pain**, United Kingdom, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2012. ISSN 1532-2149(Electronic);1090-3801(Print).

DERGHAZARIAN, T.; SIMMONDS, M. J. Management of low back pain by physical therapists in quebec: how are we doing? **Physiotherapy Canada**, v. 63, n. 4, p. 464-473, 2011. ISSN 0300-0508.

EL-ZEIN, M. et al. Does BCG vaccination protect against the development of childhood asthma? A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. **International journal of epidemiology**, p. dyp307, 2009. ISSN 0300-5771.

FERGUSON, F. **Dor Lombar**. Elsevier Brasil, 2011. ISBN 8535254730.

FULLEN, B. M. et al. Factors impacting on doctors' management of acute low back pain: a systematic review. **European Journal of Pain**, v. 13, n. 9, p. 908-914, 2009. ISSN 1532-2149.

GENAIDY, A. M. et al. An epidemiological appraisal instrument – a tool for evaluation of epidemiological studies. **Ergonomics**, v.50, n. 6, p. 920-960, 2007.

GORE, M. et al. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. **Spine**, v. 37, n. 11, p. E668-E677, 2012. ISSN 0362-2436.

HENDRICK, P. et al. 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. **Manual therapy**, v. 18, n. 2, p. 136-142, 2013. ISSN 1356-689X.

Houben, R. M. et al. 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**, v. 9, n. 2, p. 173-83, Apr 2005. ISSN 1090-3801 (Print)1090-3801.

Koes, B. W. et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. **Eur Spine J**, v. 19, n. 12, p. 2075-94, Dec 2010. ISSN 0940-6719.

Learnman, K. E. et al. Physical therapists' clinical knowledge of multidisciplinary low back pain treatment guidelines. In: (Ed.). **Phys Ther**. United States: 2014 American Physical Therapy Association., v.94, 2014. p.934-46. ISBN 1538-6724 (Electronic) 0031-9023 (Linking).

Ludvigsson, M. L.; Enthoven, P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. **Physiotherapy**, v. 98, n. 2, p. 131-7, Jun 2012. ISSN 0031-9406.

Magalhaes, M. O. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. **Rev Bras Fisioter**, v. 16, n. 3, p. 248-53, Jun 2012.

Ostelelo, R. W. et al. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. **Man Ther**, v. 8, n. 4, p. 214-22, Nov 2003. ISSN 1356-689X (Print)1356-689x.

Pincus, T. et al. Attitudes to back pain amongst musculoskeletal practitioners: a comparison of professional groups and practice settings using the ABS-mp. **Man Ther**, v. 12, n. 2, p. 167-75, May 2007. ISSN 1356-689x.

_____. The attitudes to back pain scale in musculoskeletal practitioners (ABS-mp): the development and testing of a new questionnaire. **Clin J Pain**, v. 22, n. 4, p. 378-86, May 2006. ISSN 0749-8047 (Print)0749-8047.

Rosa, A. Adaptação cultural e contributo para a validação da Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT) para a população de fisioterapeutas portuguesas. 2013.

Simmonds, M. J.; Derghazarian, T.; Vlaeyen, J. W. Physiotherapists' knowledge, attitudes, and intolerance of uncertainty influence decision making in low back pain. **Clin J Pain**, v. 28, n. 6, p. 467-74, Jul 2012. ISSN 0749-8047.

Valjakka, A. L. et al. The association between physicians' attitudes to psychosocial aspects of low back pain and reported clinical behaviour: A complex issue. **Scandinavian Journal of Pain**, v. 4, n. 1, p. 25-30, 2013. ISSN 1877-8860.

Van Tulder, M. W.; Koes, B. W.; Bouter, L. M. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. **Spine (Phila Pa 1976)**, v.22, n.18, p.2128-56. 1997.

VAN TULDER, M.; KOES, B.; BOMBARDIER, C. Low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 16, n. 5, p. 761-75, Dec 2002. ISSN 1521-6942 (Print) 1521-6942.

VAN TULDER, M. W.; WADDELL, G. Evidence-based medicine for non-specific low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 19, n. 4, p. vii-ix, 2005. ISSN 1521-6942.

VEENHOF, C. *et al.* Factors associated with physical activity in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 20, n. 1, p. 6-12, 2012. ISSN 1063-4584.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

WADDELL, G. Biopsychosocial analysis of low back pain. **Baillieres Clin Rheumatol**, v. 6, n. 3, p. 523-57, Oct 1992. ISSN 0950-3579 (Print) 0950-3579.

WADDELL, G.; BURTON, A. K. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 19, n. 4, p. 655–670, 2005.

WADDELL, G. *et al.* Working Backs Scotland. A Public and Professional Health Education Campaign for Back Pain. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 32, n. 19, p. 2139–43, 2007.

CAPÍTULO 2

Manejo de usuários com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas de Porto Alegre: um estudo transversal

Management of users of non-specified chronic low back pain for physiotherapists in Porto Alegre: a cross-sectional study

RESUMO

Introdução: Estudos atuais têm investigado a orientação de tratamento que fisioterapeutas adotam no manejo 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). **Objetivo:** descrever atitudes e crenças dos fisioterapeutas que atuam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre no manejo de usuários com DLCI e identificar a relação entre suas características demográficas e profissionais e as orientações de tratamento da DLCI. **Método:** Estudo de base populacional, transversal. Os dados foram coletados com um questionário demográfico e profissional e o questionário *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT). **Resultados:** 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 do tempo de formação com a escala comportamental. **Conclusão:** concluímos que, diferentemente do que propõem diretrizes internacionais sobre o manejo da DLCI, crenças e atitudes relacionadas à orientação de tratamento biomédica ainda são predominantes entre fisioterapeutas no manejo de usuários com DLCI do SUS em Porto Alegre.

Palavras-chave: Dor Lombar, Fisioterapia, Atitudes e Crenças, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Background: Up-to-date studies have investigated the treatment orientation that physiotherapists adopt in managing non-specific low back pain (NCLBP) by their attitudes and beliefs. In Brazil, we know little about it mainly in Unified Health System context. **Aim:** describe attitudes and beliefs of the physical therapists who work at Unified Health System in Porto Alegre in the management of patients with NCLBP and identified the relationship between their demographic and professional characteristics and orientation for treatment of NCLBP. **Method:** Study of inhabitants, cross-sectional and the data were collected through a demographic and professional questionnaire and a Pain Attitudes and Beliefs Scales for Physiotherapists (PABS-PT) questionnaire. **Results:** the study included 49 physiotherapists and the results showed a bigger agreement to beliefs and attitudes related to biomedical orientation, the score on this scale being 15,5% higher than in behavior and a regular and positive correlation of time training and behavior scale. **Conclusion:** We conclude that differently from what international guidelines establish about NCLBP management, beliefs and attitudes related to biomedical treatment orientations still are prevalent among physiotherapists in managing users of NCLBP from Unified Health System in Porto Alegre.

Keywords: Low Back Pain, Physical Therapy Specialty, Attitudes and Beliefs, Unified Health System

2.1 INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica é uma das queixas musculoesqueléticas mais prevalentes e, em todo o mundo, é responsável por grande parte das incapacidades funcionais e dos afastamentos do trabalho (HOY *et al.*, 2014). 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 apresentou, proporcionalmente, mais casos de dor crônica na coluna, sendo a média no estado de 22%. Dentre os respondentes que possuíam problema crônico de coluna, 17,1% referiram grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais devido a esse problema (IBGE, 2014).

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 (HASENBRING, RUSU E TURK, 2012). Nesses casos, a dor lombar crônica é classificada como inespecífica (DLCI) (VAN TULDER; KOES; BOMBARDIER, 2002) e diversas diretrizes clínicas têm apontado a orientação de tratamento biopsicossocial como a mais adequada para o seu manejo (KOES *et al.*, 2010). 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 recuperação e retorno às atividades ocupacionais, não se restringindo ao alívio da dor (HASENBRING; RUSU; TURK, 2012).

Entretanto, estudos atuais, que pesquisam atitudes e crenças que profissionais da saúde adotam no manejo da DLCI, identificam que a orientação de tratamento biomédica ainda é dominante (FULLEN *et al.*, 2011; DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2012; SIT *et al.*, 2015). A ênfase no modelo biomédico pode levar o profissional a considerar a dor apenas como resultado de anormalidades estruturais, a focar a abordagem terapêutica no alívio do sintoma e não se ater às diferenças que existem na forma como as pessoas experimentam, respondem e lidam com a dor (HASENBRING; RUSU; TURK, 2012).

Segundo revisão sistemática de diretrizes sobre o manejo da DLCI (KOES *et al.*, 2010), a avaliação deve abordar fatores prognósticos da cronicidade da dor e da

incapacidade como estresse psicológico, depressão, cinesifobia, catastrofização e insatisfação com o trabalho. Esses fatores psicossociais estão sendo descritos pelo termo “yellow flags” e identificá-los pode auxiliar a distinguir precocemente pacientes com risco de um pior resultado e determinar abordagens de tratamento específicas para pacientes com diferentes características (HASENBRING; RUSU; TURK, 2012). No tratamento, as diretrizes clínicas para a DLCI mencionam a importância de educar os pacientes sobre a DLCI não ser uma doença grave, de conscientizá-los a permanecerem ativos e evitar o repouso e de elaborar tratamentos que incluam exercícios. A intenção é evitar que fatores psicossociais possam ser agravados pela falta de informações ou por crenças inadequadas sobre o curso do problema (HASENBRING; RUSU; TURK, 2012). Como as recomendações das diretrizes estão vinculadas à orientação biopsicossocial, investigar o manejo dos profissionais de saúde também reflete o uso das diretrizes na rotina clínica (HENDRICK *et al.*, 2013).

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 manejando a 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 Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre no manejo de usuários com DLCI e identificar a relação entre suas características demográficas e profissionais e as orientações de tratamento da DLCI.

2.2 MÉTODO

Este estudo é de base populacional, transversal, realizado de julho a agosto de 2014, do qual participaram fisioterapeutas que manejam pacientes com DLCI em serviços que atendem usuários do SUS em Porto Alegre (POA). Esta pesquisa foi aprovada pela Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e 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 (nº675.876) e da Prefeitura Municipal de POA (nº703.742). As informações a respeito dos Serviços de Saúde que prestavam atendimento

fisioterapêutico para usuários do SUS em POA foram obtidas pelo contato a CGAPSES. Posteriormente, realizamos contato com os coordenadores dos Serviços de Fisioterapia da Prefeitura e com os Responsáveis Técnicos das Clínicas Particulares e, após contextualização da pesquisa, agendamos 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 usuário com DLCI por semana. Os fisioterapeutas que aceitaram participar do estudo assinaram o 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 manejo da DLCI) e preencheram o questionário *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT) que avalia crenças e atitudes relacionadas a duas orientações de tratamento no manejo da DLCI: biomédica (itens de 1 a 10) e comportamental (itens de 11 a 19). Esse questionário foi traduzido e adaptado para o português por Magalhães *et al.* (2011) 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), assim a pontuação da escala biomédica varia de 0 a 50 e da comportamental de 0 a 45. Esse questionário é auto-aplicado, não possui ponto de corte, 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 tratamento biomédico ou biopsicossocial mais forte. A fim de deixar claro aos participantes sobre qual a condição de saúde que se tratava a 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 estavam respondidas e se não havia alternativas com mais de uma resposta. O tempo gasto para responder aos questionários variou em torno de 15 minutos.

Realizamos a análise dos dados quantitativos no software SPSS 2.0. Utilizamos estatística descritiva, médias e desvio-padrão ou frequência e proporção quando cabíveis. A soma dos itens de cada escala do PABS-PT foi realizada e cada fisioterapeuta recebeu duas pontuações. Como a escala biomédica apresenta uma

pontuação superior à escala comportamental, em nosso estudo, a fim de 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 o resultado negativo, como biopsicossocial. Para identificar a relação das variáveis demográficas e profissionais e os escores das escalas do questionário PABS-PT, utilizamos o Teste t de *Student* para amostras independentes para as variáveis categóricas e o teste de correlação de Spearman para as variáveis contínuas, considerando a distribuição dos dados confirmada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. As correlações com valores de 0 a 0,3 foram consideradas fracas, de 0,3 a 0,6, regular de 0,6 a 0,9, forte e de 0,9 a 1, muito forte (CALLEGARI-JACQUES, 2007). As características demográficas e profissionais estudadas foram sexo, idade, tempo de formado, pós-graduação e local de trabalho.

2.3 RESULTADOS

Segundo a CGAPSES, em julho de 2014, a Prefeitura de POA, 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, 57 fisioterapeutas atuavam em Serviços de Saúde que prestavam atendimento a usuários do SUS em Porto Alegre, no período da realização deste estudo.

Seis fisioterapeutas dos Serviços da Prefeitura não participaram da pesquisa: um estava em férias e cinco não prestavam atendimento a pacientes, pois 3 estavam lotados em Equipes de Matriciamento e 2 no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Dos fisioterapeutas das clínicas particulares conveniadas ao SUS, dois não participaram da pesquisa: um se negou a participar e um trabalhava há menos de seis meses no atendimento a usuários do SUS. Dessa maneira, 49 fisioterapeutas participaram de nosso estudo, nove funcionários dos serviços de saúde da Prefeitura de Atenção de Média Complexidade e 40 funcionários das clínicas particulares

conveniadas 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	35,34 (10,05)
Tempo de Formação	9,52 (9,91)
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 a Prefeitura	40 (81,6%)
Utilização de referência para manejo da DLCI*	
Não	42 (85,71%)
Sim	7 (14,28%)
Livros	4 (8,16%)
Artigos	2 (4,08%)
Sites	3 (6,12%)

* 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 com um perfil biopsicossocial, quatro atuam nas clínicas conveniadas e três nos serviços da Prefeitura.

Tabela 2 – Perfil das atitudes e crenças dos Fisioterapeutas (n=49)

Perfil	Frequência	Percentual
Biomédico	42	85,7
Comportamental	7	14,3
Total	49	100

A Tabela 3 apresenta as pontuações médias e percentuais nas escalas do PABS-PT.

Tabela 3 – Soma dos escores das escalas do PABS-PT

Soma dos escores das escalas	N	Média (DP)	Percentual da Pontuação Máxima da Escala
Biomédica	49	31,20 (5,51)	62,4%
Comportamental	49	21,14 (5,00)	46,9%

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 4). Isso evidencia que quanto maior o tempo de formado do fisioterapeuta, maior a influência da orientação biopsicossocial. Nenhuma das características foi associada significativamente com a escala biomédica. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Correlação entre as variáveis contínuas e os escores do PABS-PT

Variáveis	Escore biomédico		Escore comportamental	
	r_s	p[#]	r_s	p[#]
Idade (n=49)	-,067	0,647	,262	0,69
Tempo de formado (n=49)	-,237	0,101	,325*	0,023

[#] valor de correlação de Spearman para variáveis contínuas.

*Correlação é significativa ao nível de 0,05.

Tabela 5 – Comparação entre as variáveis categóricas e os escores do PABS-PT

Variáveis	Escore biomédico		Escore comportamental	
	Média (DP)	p [#]	Média (DP)	p [#]
Sexo		0,719		0,581
Masculino (n=19)	30,84 (5,55)		21,57 (2,85)	
Feminino (n=30)	31,43 (5,57)		20,86 (6,02)	
Pós-graduação		0,738		0,328
Com (n=18)	31,55 (3,97)		20,33 (3,27)	
Sem (n=31)	31,00 (6,29)		21,61 (5,78)	
Local de trabalho		0,166		0,195
SP ^o (n=9)	28,88 (7,50)		23,11 (6,03)	
SCP ^{oo} (n=40)	31,72 (4,93)		20,70 (4,72)	

SP^o: Serviços da Prefeitura

SCP^{oo}: Serviços Conveniados à Prefeitura

valor de p de Teste t para variáveis categóricas.

2.4 DISCUSSÃO

Nosso estudo teve como objetivo descrever atitudes e crenças e identificar a relação entre as características demográficas e profissionais dos fisioterapeutas e as orientações de tratamento adotadas no manejo de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com DLCI em Porto Alegre. Nossas análises 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 entre o tempo de formação e a orientação de tratamento biopsicossocial.

Em pesquisa realizada com fisioterapeutas brasileiros por Magalhães *et al.*, (2012), também não foi identificada uma predominância de crenças e atitudes relacionadas à orientação de tratamento biopsicossocial, conforme proposto nas diretrizes clínicas de manejo da DLCI. Entretanto, diferentemente dos resultados do nosso estudo, as pontuações médias nas escalas no estudo de Magalhães *et al.*, (2012) foram muito próximas com percentuais de 54,12% na biomédica e 54,08% na comportamental. Em relação à associação entre dados demográficos e profissionais, os resultados desse estudo mostram que fisioterapeutas homens com um menor tempo de formação são mais biomédicos, enquanto nosso estudo mostrou uma correlação do maior tempo de formação com a orientação biopsicossocial. Esse resultado é importante

para se propor uma reflexão sobre a formação em Fisioterapia. Na medida em que os resultados dos dois estudos conduzidos no Brasil mostram que fisioterapeutas recém-formados apresentam maior influência biomédica e menor biopsicossocial.

Nossas análises também mostraram que homens e mulheres apresentaram pontuações muito semelhantes nas duas escalas do PABS-PT e que a idade apresentou correlação fraca e negativa com a escala biomédica. Os resultados dessas análises não foram significativos e divergem dos resultados de estudo realizado com fisioterapeutas holandeses 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 (OSTELO *et al.*, 2003). Em nossos resultados também não identificamos diferença significativa nas pontuações do PABS-PT em relação aos locais de atuação dos fisioterapeutas. Em contradição ao nosso resultado, estudo de Derghazarian e Simmonds (2011) 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.

Outros estudos que utilizaram o questionário PABS-PT para determinar atitudes e crenças de fisioterapeutas foram conduzidos no Canadá (DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011), Holanda (OSTELO *et al.*, 2003; HOUBEN *et al.*, 2005), Reino Unido (BISHOP *et al.*, 2008) e Nova Zelândia (HENDRICK *et al.*, 2013). Os resultados desses estudos demonstram uma maior influência da orientação biopsicossocial entre os fisioterapeutas avaliados, indicando um 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 manejo da DLCI para disseminar o conhecimento da prática baseada em evidências entre os profissionais (AIRAKSINEN *et al.*, 2006; KOES *et al.*, 2010), o que ainda não foi realizado no Brasil.

Nosso estudo permitiu identificar que crenças e atitudes relacionadas a uma orientação de tratamento biomédica ainda são predominantes entre os fisioterapeutas que atuam junto a usuários do SUS em POA. Esse resultado tem implicações importantes uma vez que o manejo 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 (DARLOW *et al.*, 2012). Essas recomendações podem dificultar o manejo da DLCI e o retorno dos pacientes às suas atividades (WADDELL; BURTON, 2005), pois podem reforçar crenças negativas nos

pacientes como o medo do movimento e a hipervigilância, reconhecidos como importantes obstáculos para a recuperação (VLAEYEN; LINTON, 2000). 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 e o uso de exercícios supervisionados, conduzindo, assim, o manejo da DLCI de acordo com a orientação biopsicossocial (KOES *et al.*, 2010).

O resultado de nossa pesquisa apresenta relevância para os gestores em saúde na medida em que mostra que o manejo da DLCI, pela fisioterapia, é conduzido de acordo com a orientação biomédica no contexto do SUS em POA. Isso demonstra a necessidade de investimentos na divulgação das diretrizes clínicas e na realização de cursos de educação continuada junto a esses profissionais a fim de alcançar como benefício uma maior compreensão da necessidade de mudar a abordagem ao grupo de pacientes com DLCI.

Os resultados do nosso estudo não podem ser aplicados a fisioterapeutas de outras cidades ou regiões do País, uma vez que os profissionais por nós estudados não podem ser considerados como representativos dos fisioterapeutas brasileiros. Dessa maneira, a realização de uma pesquisa que analise atitudes e crenças de Fisioterapeutas que atuem no manejo de usuários com DLCI no contexto do SUS, que envolva fisioterapeutas de outras cidades e regiões do Brasil, com amostra representativa da população alvo é importante para verificar se o que identificamos no contexto local é condizente com a prática presente em outras localidades do País.

2.5 CONCLUSÃO

Concluimos que houve predomínio de crenças biomédicas entre os fisioterapeutas participantes do nosso estudo em contradição com o que é proposto pelas diretrizes clínicas sobre o manejo da DLCI. Além disso, identificamos que fisioterapeutas com maior tempo de formação apresentam maior influência da orientação biopsicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRAKSINEN, O. et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. **European spine journal**, v. 15, p. s192-s300, 2006. ISSN 0940-6719.

BISHOP, A. et al. 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.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Artmed, 2007. ISBN 8536311444.

DARLOW, B. et al. 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. **European Journal of Pain**, United Kingdom, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2012. ISSN 1532-2149(Electronic);1090-3801(Print).

DERGHAZARIAN, T.; SIMMONDS, M. J. Management of low back pain by physical therapists in quebec: how are we doing? **Physiotherapy Canada**, v. 63, n. 4, p. 464-473, 2011. ISSN 0300-0508.

FULLEN, B. M. et al. General practitioners' attitudes and beliefs regarding the management of chronic low back pain in Ireland: a cross-sectional national survey. **Clin J Pain**, v. 27, n. 6, p. 542-9, Jul-Aug 2011. ISSN 0749-8047.

HASENBRING, M. I.; RUSU, A. C.; TURK, D. C. **From acute to chronic back pain: risk factors, mechanisms, and clinical implications**. Oxford University Press, 2012. ISBN 0199558906.

HENDRICK, P. et al. 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. **Manual therapy**, v. 18, n. 2, p. 136-142, 2013. ISSN 1356-689X.

HOUBEN, R. M. et al. 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**, v. 9, n. 2, p. 173-83, Apr 2005. ISSN 1090-3801 (Print)1090-3801.

HOY, D. et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Ann Rheum Dis**, v. 73, n. 6, p. 968-74, 2014/05PY - 2014
Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428> >.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E, E. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Rio de Janeiro 2014.

KOES, B. W. et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. **Eur Spine J**, v. 19, n. 12, p. 2075-94, Dec 2010. ISSN 0940-6719.

MAGALHÃES, M. O. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. **Rev Bras Fisioter**, v. 16, n. 3, p. 248-53, Jun 2012.

OSTELO, R. W. et al. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. **Man Ther**, v. 8, n. 4, p. 214-22, Nov 2003. ISSN 1356-689X (Print)1356-689x.

SIT, R. W. et al. Primary care physicians' attitudes and beliefs towards chronic low back pain: an Asian study. **PLoS One**, v. 10, n. 1, p. e0117521-e0117521, 2015/01PY - 2015 Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311983/?tool=pubmed> >.Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117521> >.

VAN TULDER, M.; KOES, B.; BOMBARDIER, C. Low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 16, n. 5, p. 761-75, Dec 2002. ISSN 1521-6942 (Print)1521-6942.

VAN TULDER, M. W.; WADDELL, G. Evidence-based medicine for non-specific low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 19, n. 4, p. vii-ix, 2005. ISSN 1521-6942.

VLAEYEN, J. W. S.; LINTON, S. J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. **Pain**, v. 85, n. 3, p. 317-332, 2000. ISSN 0304-3959.

WADDELL, G.; BURTON, A. K. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 19, n. 4, p. 655-670, 2005.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa revisão sistemática sobre a influência do perfil demográfico e profissional de fisioterapeutas no manejo de pacientes com DLCI identificou moderada evidência sobre a influência do sexo feminino na adoção de uma orientação biopsicossocial e do local de trabalho privado na adoção de uma orientação de tratamento biomédica entre os fisioterapeutas no manejo da DLCI. Esses resultados nos permitem afirmar que fatores demográficos e profissionais são capazes de influenciar a prática profissional adotada pelos fisioterapeutas no manejo da DLCI. Porém, nossa busca originou um pequeno número de estudos e identificamos, entre esses estudos, o uso de instrumentos de pesquisa diferentes e a falta de apresentação completa dos resultados de alguns estudos. Isso nos leva a sugerir a realização de novas pesquisas com essa temática, que apresentem adequado rigor metodológico, a fim de ampliar o poder em relação a esse tipo de análise.

Nosso estudo sobre as atitudes e crenças dos fisioterapeutas que manejam usuários do SUS com DLCI em Porto Alegre possibilitou identificar que as atitudes e crenças desses profissionais são moderadamente influenciadas pelo tempo de formação em concordância com os achados de nossa revisão sistemática que concluem sobre a influência de fatores demográficos e profissionais sobre as orientações de tratamento da DLCI. Além disso, constatamos que a orientação biomédica ainda apresenta importante influência entre esses profissionais, o que demonstra a necessidade de investimentos na divulgação das diretrizes clínicas e na realização de cursos de educação continuada junto a esses profissionais. Esses resultados também evidenciam a relevância da promoção de espaços de troca de experiências e discussões entre os Fisioterapeutas, que permitam uma reflexão sobre a prática atual nos serviços de fisioterapia vinculados ao SUS. Dessa maneira, pode-se alcançar como benefício uma maior compreensão da necessidade de mudar a abordagem adotada pela Fisioterapia junto ao grupo de pacientes com DLCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRAKSINEN, O. et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. **European spine journal**, v. 15, p. s192-s300, 2006. ISSN 0940-6719.

BISHOP, A. et al. 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.

BORRELL-CARRIÓ F FAU - BORRELL-CARRIÓ, F.; SUCHMAN AL FAU - SUCHMAN, A. L.; EPSTEIN RM FAU - EPSTEIN, R. M. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. n. 1544-1709 (Print)

BUCHBINDER, R.; JOLLEY, D.; WYATT, M. 2001 Volvo Award winner in clinical studies: effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. **Spine**, v. 26, n. 23, p. 2535-2542, 2001. ISSN 0362-2436. Disponível em:
<[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2002078251\(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2002078251(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid) >.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Artmed, 2007. ISBN 8536311444.

DARLOW, B. et al. 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. **European Journal of Pain**, United Kingdom, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2012. ISSN 1532-2149(Electronic);1090-3801(Print).

DELITTO, A. et al. Low back pain. **J Orthop Sports Phys Ther**, v. 42, n. 4, p. A1-57, Apr 2012. ISSN 0190-6011.

DERGHAZARIAN, T.; SIMMONDS, M. J. Management of low back pain by physical therapists in quebec: how are we doing? **Physiotherapy Canada**, v. 63, n. 4, p. 464-473, 2011. ISSN 0300-0508.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Psychodynamic psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 377-396, 2012. ISSN 2162-2590.

FERGUSON, F. **Dor Lombar**. Elsevier Brasil, 2011. ISBN 8535254730.

FOSTER, N. E.; DELITTO, A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice—challenges and opportunities. **Physical therapy**, v. 91, n. 5, p. 790-803, 2011. ISSN 0031-9023.

FULLEN, B. M. et al. General practitioners' attitudes and beliefs regarding the management of chronic low back pain in Ireland: a cross-sectional national survey. **Clin J Pain**, v. 27, n. 6, p. 542-9, Jul-Aug 2011. ISSN 0749-8047.

_____. Factors impacting on doctors' management of acute low back pain: a systematic review. **European Journal of Pain**, v. 13, n. 9, p. 908-914, 2009. ISSN 1532-2149.

HASENBRING, M. I.; RUSU, A. C.; TURK, D. C. **From acute to chronic back pain: risk factors, mechanisms, and clinical implications**. Oxford University Press, 2012. ISBN 0199558906.

HENDRICK, P. et al. 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. **Manual therapy**, v. 18, n. 2, p. 136-142, 2013. ISSN 1356-689X.

HOUBEN, R. M. et al. 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**, v. 9, n. 2, p. 173-83, Apr 2005. ISSN 1090-3801 (Print)1090-3801.

HOY, D. et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. **Ann Rheum Dis**, v. 73, n. 6, p. 968-74, 2014/05PY - 2014
Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428> >.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E, E. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Rio de Janeiro 2014.

KOES, B. W. et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. **Eur Spine J**, v. 19, n. 12, p. 2075-94, Dec 2010. ISSN 0940-6719.

LEARMAN, K. E. et al. Physical therapists' clinical knowledge of multidisciplinary low back pain treatment guidelines. In: (Ed.). **Phys Ther**. United States: 2014 American Physical Therapy Association., v.94, 2014. p.934-46. ISBN 1538-6724 (Electronic)0031-9023 (Linking).

LINTON, S. J.; VLAEYEN, J.; OSTELO, R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? **Journal of occupational rehabilitation**, v. 12, n. 4, p. 223-232, 2002. ISSN 1053-0487.

LUDVIGSSON, M. L.; ENTHOVEN, P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. **Physiotherapy**, v. 98, n. 2, p. 131-7, Jun 2012. ISSN 0031-9406.

MAGALHAES, M. O. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. **Rev Bras Fisioter**, v. 16, n. 3, p. 248-53, Jun 2012.

PINCUS, T. et al. Attitudes to back pain amongst musculoskeletal practitioners: a comparison of professional groups and practice settings using the ABS-mp. **Man Ther**, v. 12, n. 2, p. 167-75, May 2007. ISSN 1356-689x.

_____. The attitudes to back pain scale in musculoskeletal practitioners (ABS-mp): the development and testing of a new questionnaire. **Clin J Pain**, v. 22, n. 4, p. 378-86, May 2006. ISSN 0749-8047 (Print)0749-8047.

ROSA, A. Adaptação cultural e contributo para a validação da Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT) para a população de fisioterapeutas portuguesas. 2013.

SIT, R. W. et al. Primary care physicians' attitudes and beliefs towards chronic low back pain: an Asian study. **PLoS One**, v. 10, n. 1, p. e0117521-e0117521, 2015/01PY - 2015 Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311983/?tool=pubmed> >. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117521> >.

VALJAKKA, A. L. et al. The association between physicians' attitudes to psychosocial aspects of low back pain and reported clinical behaviour: A complex issue. **Scandinavian Journal of Pain**, v. 4, n. 1, p. 25-30, 2013. ISSN 1877-8860.

VAN TULDER, M.; KOES, B.; BOMBARDIER, C. Low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v. 16, n. 5, p. 761-75, Dec 2002. ISSN 1521-6942 (Print)1521-6942.

VAN TULDER, M. W.; WADDELL, G. Evidence-based medicine for non-specific low back pain. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 19, n. 4, p. vii-ix, 2005. ISSN 1521-6942.

VEENHOF, C. et al. Factors associated with physical activity in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 20, n. 1, p. 6-12, 2012. ISSN 1063-4584.

VLAEYEN, J. W. S.; LINTON, S. J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. **Pain**, v. 85, n. 3, p. 317-332, 2000. ISSN 0304-3959.

WADDELL, G. Biopsychosocial analysis of low back pain. **Baillieres Clin Rheumatol**, v. 6, n. 3, p. 523-57, Oct 1992. ISSN 0950-3579 (Print)0950-3579.

WADDELL, G. et al. Working Backs Scotland: a public and professional health education campaign for back pain. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 32, n. 19, p. 2139-43, Sep 1 2007. ISSN 0362-2436.

ANEXO

ANEXO 1 - Versão em português-brasileiro da *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* (PABS-PT)

ATENÇÃO! Este questionário é sobre a **dor lombar crônica inespecífica**, entendida como uma dor com duração de mais de 3 meses sem que haja uma causa definida. Este questionário não é sobre dor aguda e/ou com causas conhecidas, como resultantes de uma síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fraturas, infecções, inflamação, tumor ou metástase na lombar.

- Circule o número correspondente a sua resposta em cada uma das questões.
- Cuide para não deixar nenhuma questão em branco e assinalar apenas uma resposta em cada questão.
- Qualquer dúvida, pergunte para a pesquisadora.

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1. A intensidade da dor é determinada pela severidade da lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5
2. O aumento da dor indica uma nova lesão tecidual ou um aumento da lesão existente.	0	1	2	3	4	5
3. Dor é um estímulo nociceptivo, indicando uma lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5
4. Se a severidade da dor lombar aumentar, eu imediatamente ajusto a intensidade do meu tratamento.	0	1	2	3	4	5
5. Se o paciente reclama de dor durante o exercício, eu temo que uma lesão tecidual esteja ocorrendo.	0	1	2	3	4	5
6. Pacientes com dor lombar devem preferencialmente praticar apenas movimentos livres de dor.	0	1	2	3	4	5

7. A redução da dor é um pré-requisito para restauração da função normal.	0	1	2	3	4	5
8. Se o tratamento não resulta na diminuição da dor lombar, existe um alto risco de restrições severas em um longo prazo.	0	1	2	3	4	5
9. Dor lombar indica a presença de uma lesão orgânica.	0	1	2	3	4	5
10. Em longo prazo, pacientes com dor possuem um maior risco de desenvolver disfunções de coluna.	0	1	2	3	4	5
11. Aprender a lidar com o estresse leva a recuperação da dor lombar.	0	1	2	3	4	5
12. Um paciente com dor lombar severa se beneficiará de exercícios físicos.	0	1	2	3	4	5
13. Mesmo com a piora da dor, pode-se aumentar a intensidade do próximo tratamento.	0	1	2	3	4	5
14. Exercícios que podem estressar a coluna não devem ser evitados durante o tratamento.	0	1	2	3	4	5
15. O tratamento pode ter tido sucesso mesmo se a dor continuar.	0	1	2	3	4	5
16. A causa da dor lombar é desconhecida.	0	1	2	3	4	5
17. Limitações funcionais associadas com dor lombar são	0	1	2	3	4	5

resultados de fatores psicossociais.							
18. Não existe um tratamento eficaz para eliminar a dor lombar.	0	1	2	3	4	5	
19. Estresse mental pode causar dor lombar mesmo na ausência de lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5	

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO PARA DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

FISIOTERAPEUTAS

Nascimento: ___ / ___ / ____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Formação profissional

- 1** Universidade de Formação: _____
- 2** Você possui pós-graduação?
- () Não () Sim () Especialização/residência. Em que área? _____
- () Mestrado. Em que área? _____
- () Doutorado. Em que área? _____

Informações sobre a prática profissional

- 3** Há quanto tempo você está formado? _____ anos e _____ meses
- Tempo de atuação:
- na Atenção Básica: _____ anos e _____ meses
 - em Consultório / Clínicas / Serviços Especializados: _____ anos e _____ meses
 - em hospitais: _____ anos
- 4** Tempo de atuação em seu local de trabalho? _____ anos e _____ meses
- Tempo atuação pelo SUS nesse local? _____ anos
 - Horas de trabalho por dia neste local pelo SUS? _____ horas
 - Número de pacientes com dor lombar crônica inespecífica geralmente atendidos, por semana, neste local pelo SUS? _____ pacientes
- 5** Você utiliza em seus atendimentos alguma linha específica de tratamento?
- () Não
- () Sim. Qual? _____
- 6** Você utiliza alguma diretriz/guia/site como referência o para manejo da dor lombar crônica inespecífica?
- () Não
- () Sim. Qual? _____
- 7** Você trabalha em mais de um local?
- () Não
- () Sim Qual? _____
- 8** Você tem alguma experiência pessoal com dor lombar crônica inespecífica?
- () Não
- () Sim () Você mesmo
- () Membro da família / amigo
- () Outro. Quem: _____

APÊNDICE 2 – CARTA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Aos Fisioterapeutas da Atenção Secundária de Porto Alegre

Por intermédio dessa carta, apresentamos os resultados da pesquisa intitulada “Manejo da dor lombar crônica inespecífica nos serviços de Fisioterapia do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre/RS”. Esta pesquisa fez parte de projeto de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Você participou dessa pesquisa por ser fisioterapeuta que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Gostaríamos de agradecer sua participação em nosso estudo. Você contribuiu para a melhor compreensão sobre o manejo da dor lombar crônica inespecífica (DLCI) no contexto do SUS. Nosso objetivo com esse estudo foi conhecer como fisioterapeutas, que atendem pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Porto Alegre/RS, estão manejando os pacientes com DLCI. Para tanto, utilizamos um questionário que contém perguntas relacionadas a uma orientação de tratamento mais vinculada ao modelo biomédico e outras a um modelo biopsicossocial.

Inicialmente, gostaríamos de lembrar que a DLCI é entendida atualmente como uma dor com duração superior a três meses sem que seja possível estabelecer uma causa específica para a persistência da dor.

Os resultados do nosso estudo indicaram um predomínio da orientação de tratamento embasada no modelo biomédico entre os fisioterapeutas participantes da pesquisa. O problema desse modelo é que ele enfatiza uma causa orgânica, geralmente entendida como uma lesão tecidual. Esse entendimento conduz a uma abordagem terapêutica que prioriza a redução do quadro doloroso com o uso de técnicas passivas, como TENS e Ultra-som, estratégias que não tem sido recomendadas por diretrizes clínicas, que, embasadas em evidências científicas, visam identificar os melhores recursos para o manejo da DLCI.

Apesar da predominância de uma orientação de tratamento biomédica, também identificamos profissionais que utilizam uma orientação de tratamento relacionada ao modelo biopsicossocial. Esse modelo é considerado, na atualidade, mais indicado no manejo da DLCI, pois reconhece que a DLCI tem causa multifatorial e considera importante contemplar no tratamento, além do alívio do sintoma álgico,

comportamentos e hábitos que dificultam a recuperação funcional do paciente. Nesse caso, o objetivo central do tratamento é a recuperação de função, ou seja, viabilizar que o paciente mantenha-se ativo apesar de sua dor e que evite o repouso ou o afastamento de atividades diárias e laborais. O repouso e a redução excessiva das atividades em função da dor levam o paciente a desenvolver uma síndrome do desuso e, conseqüentemente, uma piora do quadro funcional.

Diretrizes clínicas atuais sobre DLCI sugerem que o tratamento deve priorizar a educação do paciente e o uso de abordagens ativas, como os exercícios. É importante esclarecer o paciente de que a DLCI não está relacionada a uma patologia grave e que a restrição de atividades pelo medo da dor pode causar ainda mais incapacidade, piorando o seu quadro. Orientações sobre a postura durante a execução de atividades de vida diária podem ajudar o paciente a encontrar formas de mover-se com menos dor, contribuindo para melhora da sua capacidade funcional.

Como fonte de consulta, sugerimos o livro **Dor Lombar** de autoria do Fisioterapeuta Fraser Ferguson, publicado no Brasil em 2011 pela ed. Elsevier. Em formato de bolso e exemplificado com casos clínicos, este livro apresenta referências atuais e permite consultas rápidas e objetivas. Além desse livro, sugerimos a diretriz de Delitto e colaboradores, publicada em 2012, ligada a Associação Americana de Fisioterapia. Esta diretriz é dirigida para divulgar a fisioterapia baseada em evidências, incluindo recomendações sobre diagnóstico, prognóstico, avaliação e intervenção relacionados distúrbios osteomusculares comuns na prática clínica da fisioterapia e está disponível no link: <http://www.jospt.org/doi/pdf/10.2519/jospt.2012.42.4.A1>

Caso você queira mais informações a respeito de nossa pesquisa, poderá obtê-las no banco de teses e dissertações da UFRGS, disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://www.lume.ufrgs.br>

Mais uma vez, agradecemos sua importante contribuição para essa pesquisa!

Prof. Dra. Adriane Vieira

Marcele Bueno Desconsi

Porto Alegre, _____ de _____ de 2015.