



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FCS/ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

PROJETO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

Intervenção do Fisioterapeuta na Lombalgia Crónica com base em
***Guidelines* – Revisão de literatura**

Alessandro Martins Pereira
Estudante de Fisioterapia
Escola Superior de Saúde – UFP
26549@ufp.edu.pt

Orientador: Dr. Nuno Ventura
Docente Assistente da UFP
Escola Superior de Saúde – UFP
nunov@ufp.edu.pt

Porto, janeiro de 2017

Resumo

A lombalgia crônica (LC) é uma condição prevalente, dispendiosa e desafiadora na prática clínica do fisioterapeuta. No tratamento desta condição, o fisioterapeuta deve ter como base a Prática Baseada na Evidência (PBE). De forma a sintetizar a informação existente na literatura, as *Guidelines* de Prática Clínica (GPC) fazem recomendações com base na evidência disponível acerca das intervenções mais eficazes, minimizando o tempo e o custo da intervenção. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura, de modo a identificar as intervenções do fisioterapeuta na LC através da PBE, segundo recomendações de GPC. **Metodologia:** Pesquisa nas bases de dados da PubMed e PEDro, para identificar GPC que abordem o uso de modalidades relacionadas com o fisioterapeuta na intervenção na LC. Critérios de inclusão: *Guidelines* publicadas com um limite temporal de 10 anos (2006 e 2016), escritas em Inglês e com livre acesso na íntegra. Critérios de exclusão: artigos que fossem estudos experimentais, estudos de revisão, revisão de *Guidelines* e *Guidelines* que não abordassem a utilização de modalidades fisioterapêuticas na intervenção na LC. **Resultados:** A presente revisão da literatura inclui uma totalidade de 8 *Guidelines*. Para além de modalidades relacionadas com a terapia manual, a termofototerapia e modalidades cinesiológicas, que estão diretamente relacionadas com a intervenção do fisioterapeuta na LC, são ainda abordadas outras terapêuticas, como o yoga, a acupuntura, o uso de ortóteses e a intervenção multidisciplinar; modalidades farmacológicas orais e invasivas e procedimentos cirúrgicos. **Conclusão:** Com base nas *guidelines* revistas, o fisioterapeuta deverá intervir na LC através do exercício terapêutico e da implementação de estratégias / aconselhamentos que promovam a autonomia do paciente para o tratamento desta condição. Deve incluir também a terapia manual na sua intervenção. Contudo, esta modalidade deverá ser utilizada a curto prazo e como complemento a um programa de exercício terapêutico. **Palavras-chave:** *Guidelines e Low back Pain*.

Abstract

Chronic low back pain (CLBP) is a prevalent, expensive and challenging condition in the physiotherapist's clinical practice. In the treatment of this condition, the physical therapist should be based on the Evidence Based Practice (EBP). In order to synthesize existing information in the literature, the Clinical Practice Guidelines (GPC) make recommendations based on available evidence about the most effective interventions, minimizing the time and cost of intervention. **Objective:** Conduct a systematic review in order to identify the physiotherapist interventions in the CLBP through the EBP, according to recommendations of GPC. **Methods:** Research in PubMed and PEDro databases, in order to identify CPG that address the use of modalities related to the physiotherapist intervention in CLBP. Inclusion criteria: Guidelines published with a time limit of 10 years (2006 and 2016), written in English and with free full text. Exclusion criteria: articles that were experimental studies, review studies, revision of Guidelines and Guidelines that didn't address the use of physiotherapeutic modalities in intervention in Chronic Low Back Pain. **Results:** The present literature review includes a total of 8 Guidelines. In addition to modalities related to manual therapy, thermo-therapy and kinesiological modalities, which are directly related to the physiotherapist's intervention in CL, other therapies, such as yoga, acupuncture, the use of orthoses and the multidisciplinary intervention, are also addressed; Oral and invasive pharmacological modalities and surgical procedures. **Conclusion:** Based on the revised guidelines, the physiotherapist should intervene in CL through therapeutic exercise and the implementation of strategies / counseling that promote the autonomy of the patient to treat this condition. The physiotherapist also has manual therapy that should be used as a complement to a program of therapeutic exercise and for a short-term. **Keywords:** Guidelines e Low back Pain.

Introdução

A lombalgia crónica (LC) é definida como uma dor localizada na região posterior do tronco, podendo ir desde o arco costal inferior até à musculatura da região glútea e possui uma duração superior ou igual a três meses (Delitto et al., 2012).

A lombalgia atingiu valores epidemiológicos elevados, onde 38% da população mundial teve pelo menos um episódio de dor lombar (Hoy et al., 2012). Em Portugal, aproximadamente 5.3 milhões de pessoas são alvo de, pelo menos, uma doença crónica, destacando-se a dor lombar com 32.9% (Instituto Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Estatística, 2014). A prevalência da lombalgia crónica varia de acordo com as faixas etárias, sendo 3 a 4 vezes superior em indivíduos com mais de 50 anos, relativamente aos indivíduos da faixa etária dos 18 aos 30 anos. Mulheres, pessoas com estatutos socioeconómicos baixos, índices de escolaridade reduzidos e fumadores possuem um maior risco de sofrerem algum episódio de lombalgia (Meucci, Fassa, e Faria, 2015). Dada a elevada incidência e prevalência, aliadas às suas complicações, a lombalgia é atualmente considerada a maior causa de incapacidade em todo o mundo (Buckbinder et al., 2013).

Pransky, Borkan, Young e Cherkin (2011) referem que a origem da sintomatologia álgica pode ser específica ou idiopática (inespecífica), sendo esta última a mais frequente. De acordo com estes autores, cerca de 90 % de todas as lombalgias crónicas são de causa desconhecida. A específica possui uma ligação direta com algum incidente ou patologia específica, como traumas, fraturas osteoporóticas, infeções e fatores mecânicos que conseguem ser identificados apropriadamente. Já a idiopática é definida deste modo quando não é possível associar a dor a uma causa concreta (Duthey, 2013).

A lombalgia crónica possui fatores de risco individuais, como a obesidade e baixos níveis educacionais, fatores psicossociais, como o stress ou depressão, e por último, fatores ocupacionais, onde se inserem a insatisfação profissional e a incapacidade de voltar ao ativo (Koes, Tulder e Thomas, 2006).

Esta condição provoca sérias complicações económicas, estimando-se que em todo o mundo o total de custos ultrapasse os 900 milhões de euros anuais, sendo que 70% destes custos estão relacionados à inatividade laboral e défices de produtividade (Katz, 2006).

De forma a minimizar todos estes custos, o tempo de intervenção deverá ser o mais curto e eficaz possível. A reabilitação da LC pode envolver um vasto leque de profissionais de saúde, no entanto, o fisioterapeuta tem um papel fulcral no que diz respeito ao tratamento conservador desta condição musculoesquelética (Chenot et al., 2008). De modo a otimizar o cuidado

prestado ao doente, os métodos terapêuticos utilizados devem ter como base a prática baseada na evidência (Williams et al., 2010). A prática baseada na evidência tem como objetivo indicar aos intervenientes no tratamento da lombalgia quais os procedimentos mais eficazes existentes na literatura. No entanto, o elevado volume de literatura disponível para intervenções em lombalgias, dificulta a tomada de decisão dos profissionais de saúde (Savigny et al., 2009). As *Guidelines* de Prática Clínica (GPC) surgem no sentido de estruturar a forma de intervenção e de facilitar o processo de tomada de decisão em relação à seleção dos tratamentos. Estas são declarações que resumem as recomendações disponíveis na literatura, e promovem a prática baseada na evidência, facilitando a tomada de decisão acerca dos cuidados que irão ser prestados ao paciente. A validade destas declarações depende da forma como são desenvolvidas, visto que numa GPC de referência, as recomendações clínicas são rigorosamente argumentadas, baseando-se sempre na mais recente e relevante prática científica e devem considerar cuidadosamente os benefícios e as ressalvas de cada recomendação (Steinberg et al., 2011).

Assim sendo, o objetivo desta revisão bibliográfica foi identificar as intervenções do fisioterapeuta na LC através da PBE, segundo recomendações de GPC

Metodologia

Para a realização desta revisão foram utilizadas as bases de dados da PubMed e PEDro, na qual foram utilizadas as palavras-chave: *Low back pain e Guidelines*. A seleção das *Guidelines* respeitou critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão abrangeram *Guidelines* publicadas com um limite temporal de 10 anos (2006 e 2016), escritas em inglês e com livre acesso na íntegra. Como critérios de exclusão, foram removidos os artigos que fossem estudos experimentais, estudos de revisão, revisão de *Guidelines* e *Guidelines* que não abordassem a utilização de modalidades fisioterapêuticas na intervenção na Lombalgia Crónica (consultar o fluxograma representativo da inclusão de *Guidelines* disponível no Anexo I).

Resultados

A presente revisão da literatura inclui um total de 8 *Guidelines*. Para além de modalidades relacionadas com a terapia manual, a termofototerapia e modalidades cinesiológicas, que estão diretamente relacionadas com a intervenção do fisioterapeuta na LC, são ainda abordadas outras terapêuticas, como o yoga, a acupuntura, o uso de ortóteses, a intervenção multidisciplinar, modalidades farmacológicas orais e invasivas e procedimentos cirúrgicos.

Tabela 1: Sumário das Guidelines Incluídas na Revisão

	European Commission and Research Directorate-General (Airaksinen et al. 2006)	Società Italiana di Medicina Generale (Negrini et al. 2006)	American College of Physicians; American Pain Society (Chou et al. 2007)	Toward Optimized Practice (Toward Optimized Practiced, 2009)	National Collaborating Centre for Primary Care; Royal College of General Practitioners (Savigny et al. 2009)	American Physical Therapy Association (Delitto et al., 2012)	Associação Médica Brasileira (Rached et al. 2013)	State of Colorado – Department of Labor and Employ (State of Colorado - Department of Labor and Employ, 2014)
Fisioterapia								
Terapia Manual								
Manipulação	✓	✓	✓	x	✓	✓	-	✓
Mobilização	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓
Massagem	x	✓	✓	✓	✓	-	-	-
Tração	x	-	✓	-	x	x	-	✓
Mobilização Neural	-	-	-	-	-	✓	-	-
Termofotoeletroterapia								
Termoterapia	x	x	-	-	-	-	-	-
Ultrassons	x	x	x	-	x	-	✓	-
Ondas curtas	x	x	x	-	-	-	✓	-
Correntes Interferenciais	x	x	x	-	x	-	-	-

Tabela 1 – Cont.	Airaksinen et al. (2006)	Negrini et al. (2006)	Chou et al. (2007)	Toward Optimized Practiced (2009)	Savigny et al. (2009)	Delitto et al. (2012)	Rached et al. (2013)	State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014)
Laserterapia	x	x	x	-	x	-	-	-
Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS)	x	x	x	✓	x	-	✓	-
Modalidades cinesiológicas								
Hidroterapia	-	-	-	-	-	-	✓	-
Autocuidado / aconselhamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓
Exercício terapêutico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-
Outras Terapêuticas								
Yoga	-	-	✓	-	✓	-	-	-
Intervenção multidisciplinar	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓
Ortóteses	-	x	-	x	x	x	-	✓
Acupuntura	x	x	✓	✓	✓	x	✓	-
Farmacológica oral								
Paracetamol	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	-

Tabela 1 – Cont.	Airaksinen et al. (2006)	Negrini et al. (2006)	Chou et al. (2007)	Toward Optimized Practiced (2009)	Savigny et al. (2009)	Delitto et al. (2012)	Rached et al. (2013)	State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014)
AINES	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	-
Relaxantes musculares	✓	✓	x	✓	✓	-	x	-
Opióides	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	-
Antidepressivos / Psicotrópicos / Agentes Hipnóticos	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓
Farmacológica invasiva								
Injeção epidural de esteroides	x	x	-	✓	x	-	-	-
Injeção faceta articular	x	x	-	-	x	-	-	-
Injeção em Tecidos Moles	x	x	-	-	x	-	-	-
Injeção na articulação Sacroilíaca	x	x	-	-	x	-	-	-
Injeção em Trigger Points	x	x	-	-	x	-	-	-
Proloterapia	x	x	-	✓	x	-	-	-
Cirurgia	✓	-	-	-	✓	-	-	✓

Legenda: ✓: Recomendado; -: Não incluído nas *Guidelines*; x: Não recomendado.

Discussão de resultados

A presente revisão teve como principal objetivo identificar as intervenções do fisioterapeuta na LC através da PBE, segundo recomendações de GPC.

Nesta revisão, analisando as recomendações das GPC, verificou-se que o fisioterapeuta dispõe de um variado leque de ferramentas para a intervenção na lombalgia crônica, como a terapia manual, a termofotoeletroterapia e modalidades cinesiológicas, onde se inserem a hidroterapia, o exercício terapêutico e o aconselhamento / autotratamento. De todas as GPC analisadas, apenas Delitto et al. (2012), se dirige exclusivamente à intervenção do fisioterapeuta. As restantes, para além de técnicas direcionadas à fisioterapia, abordam outras terapêuticas, como o yoga, a intervenção multidisciplinar, o uso de ortóteses, a acupuntura; a terapia farmacológica invasiva e não invasiva e por último, a cirurgia.

Relativamente à terapia manual, Toward Optimized Practiced (2009) refere a manipulação não possui evidência no tratamento da LC. Já State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014) e Savigny et al. (2009) recomendam a manipulação e a mobilização como técnicas de tratamento, devendo estas técnicas serem utilizadas não apenas de forma isolada, mas em conjunto com o exercício terapêutico. Airaksinen et al. (2006) recomendam a manipulação e a mobilização, no entanto referem que ambas devem ser utilizadas num curto período de tempo. Negrini et al. (2006), Chou et al. (2007) e Delitto et al. (2012) também recomendam estas modalidades, onde ambos mencionam a eficácia destas técnicas na redução da dor. Chou et al. (2007) e Delitto et al. (2012) acrescentam ainda que além do alívio da sintomatologia algica, a mobilização e manipulação promovem ganhos de mobilidade e de redução da incapacidade. Outra técnica inserida na terapia manual é a tração, no entanto não há consenso entre os autores no que diz respeito à sua eficácia. Chou et al. (2007) e State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014) recomendam a tração, onde o primeiro refere que pode ser integrada nas técnicas de manipulação e mobilização e possui ganhos efetivos no aumento do espaço articular, diminuição dos espasmos musculares e aumento da nutrição sinovial. Já Savigny et al. (2009), Delitto et al. (2012) e Airaksinen et al. (2006) não recomendam o uso da tração lombar para a intervenção na LC. Relativamente à massagem, Airaksinen et al. (2006), referem não existir evidência acerca da eficácia da técnica no tratamento da LC. No entanto, Chou et al. (2007) e Negrini et al. (2006) recomendam o uso da modalidade. Toward Optimized Practiced (2009) e Savigny et al. (2009) também fazem uma recomendação à utilização da técnica e referem que esta deve ser utilizada em combinação com o exercício terapêutico. Ainda na terapia manual, a mobilização neural é recomendada por Delitto et al. (2012) para redução da dor e incapacidade.

No que diz respeito à termofototerapia, Airaksinen et al. (2006) abordam a aplicação de calor superficial e referem não existir evidência de que a aplicação de calor superficial seja bem sucedida no tratamento da LC. Para além do calor superficial, Airaksinen et al. (2006) e Chou et al. (2007) abordam a aplicação de calor profundo, através de ondas curtas, relatando não existir qualquer evidência que demonstre a eficácia desta terapêutica. Já Rached et al. (2013) recomenda o uso das ondas curtas. No que diz respeito à termoterapia em geral, Negrini et al. (2006) não recomendam o uso desta modalidade. Airaksinen et al. (2006), Negrini et al. (2006), Savigny et al. (2009) e Chou et al. (2007), referem que a Laserterapia é uma modalidade que não deve ser recomendada por falta de evidência que comprove a sua eficácia clínica.

A Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS), os Ultrassons (US) e as Correntes Interferenciais (CIF) são modalidades abordadas nas GPC. A TENS é apenas recomendada por Rached et al. (2013) e Toward Optimized Practiced (2009), enquanto os Ultrassons (US), possuem apenas a recomendação de Rached et al. (2013), devendo ser utilizado numa frequência de 1MHz com a potência de $1W/cm^2$ em combinação com o exercício terapêutico. Airaksinen et al. (2006), Chou et al. (2007), Negrini et al. (2006) e Savigny et al. (2009) não recomendam o uso de nenhuma das modalidades (TENS, US e CIF).

Apenas Rached et al. (2013) recomendam a hidroterapia para alívio da sintomatologia álgica, com a frequência de 3 vezes por semana. Esta modalidade não é abordada em nenhuma das outras GPC.

Em relação ao aconselhamento/autotratamento, parece existir alguma concordância entre os vários autores relativamente ao seu uso no tratamento da LC, com exceção de Rached et al. (2013), que não abordam esta temática na sua GPC. Toward Optimized Practiced (2009) além de o recomendarem, propõem um programa de autogestão, que pode ser executado em sessões de grupo ou individuais, com o objetivo de conceder as competências essenciais ao indivíduo para que este consiga gerir com sucesso a dor e aumentar os seus níveis de funcionalidade. Já Savigny et al. (2009) abordam a componente educativa, mas não recomendam o uso de um programa único para o ensino de estratégias ao paciente, referindo que este aconselhamento deve ser fornecido durante a prática clínica. Savigny et al. (2009) e Delitto et al. (2012) chegam a um consenso neste parâmetro e aconselham o fornecimento de conhecimentos anatómicos adequados ao paciente que o façam ter perceção acerca do seu problema, assim como fazer referência ao prognóstico favorável da LC em caso de participação ativa do paciente no tratamento. Estes autores, acrescentam ainda que o paciente deve ser encorajado a retomar as suas atividades o mais precoce possível, mesmo que a dor ainda esteja presente, sendo este argumento também defendido por Chou et al. (2007), Savigny et al. (2009) e Negrini et al.

(2006), que focam a importância da pessoa a ser fisicamente ativa através da prática regular de exercício e dos benefícios que poderão advir desta modalidade. No entanto, Delitto et al. (2012) alerta para o tipo de conselhos e estratégias que devem ser sugeridos ao paciente, onde se deve ter em atenção a quantidade de informação fornecida ao indivíduo, podendo com isto agravar a percepção do paciente relativamente ao seu problema. Delitto et al. (2012) acrescenta ainda que não é recomendado o repouso. Negrini et al. (2006) fazem também uma recomendação acerca de conselhos relacionados com a prática laboral do paciente, especialmente no ensino de controlo postural durante a atividade sua atividade laboral.

Apesar da divergência de recomendações em algumas das modalidades terapêuticas acima referidas, as 8 GPC incluídas na revisão fazem uma recomendação unânime acerca do exercício terapêutico. Esta modalidade é tida em conta por todas as GPC devido à sua eficácia. Rached et al. (2013), Toward Optimized Practiced (2009) e Delitto et al. (2012) referem que o exercício terapêutico tem efeitos a nível da redução algica e aumento da funcionalidade independentemente do tipo e frequência do exercício. Segundo as GPC de Rached et al. (2013), Savigny et al. (2009), Delitto et al. (2012) e State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014), o exercício terapêutico é recomendado como primeira linha de tratamento e é mencionado aquando da recomendação de outras técnicas, como a terapia manual ou a eletroterapia. Savigny et al. (2009) referem que esta modalidade pode ser implementada de forma individual ou em grupo, podendo haver melhorias significativas com um total de 8 sessões, onde as sessões devem focar-se no treino de resistência e fortalecimento muscular, controlo postural e alongamento. Delitto et al. (2012), aprofundam esta modalidade e referem que o treino de força e resistência deve ter uma intensidade leve ou moderada, referindo tipos específicos de exercícios, como exercícios que exijam a coordenação do tronco, exercícios de fortalecimento e resistência muscular, exercícios de centralização, mencionando o método de McKenzie como referência, de forma a obter ganhos de mobilidade e diminuição da dor, e por último, exercícios de flexão lombar, que devem ser combinados com terapia manual e fortalecimento muscular. O método de McKenzie é também mencionado e recomendado por State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014), referindo que esta técnica produz efeitos na estabilização da coluna vertebral e em ganhos de amplitude de movimento. No entanto, State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014) referem que a implementação de exercício deve ser variada, mencionando o exercício isotónico, isométrico e isocinético. Esta GPC, defende que para além do alívio algico e aumento da amplitude de movimento, o exercício possui inúmeros benefícios. Estes podem ser locais e sistémicos, a nível do aumento da aptidão cardiovascular, melhor resistência e integridade do tecido conjuntivo,

aumento da densidade óssea e da circulação sanguínea, ganhos de proprioceptividade e coordenação corporal.

Para além da intervenção do fisioterapeuta, conforme referido anteriormente, as GPC incluídas na revisão, abordam outras modalidades de intervenção na LC. O yoga é recomendado por Savigny et al. (2009) e Chou et al. (2007) como uma ferramenta eficaz na intervenção da LC. A intervenção multidisciplinar é abordada e recomendada pela maioria das GPC incluídas na revisão, onde apenas Delitto et al. (2012) e Rached et al. (2013) não fazem referência a este tipo de intervenção. No que diz respeito ao uso de ortótes, apenas State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014) recomendam o seu uso, dizendo que estes dispositivos biomecânicos facilitam uma postura correta através da manutenção de uma curvatura lórdótica natural. Já a acupuntura é uma terapêutica que gera alguma controvérsia na literatura. Airaksinen et al. (2006), Negrini et al. (2006) e Toward Optimized Practiced (2009) não recomendam esta modalidade devido à falta de evidência que comprove a sua eficácia. Já Rached et al. (2013) e Chou et al. (2007) recomendam esta modalidade, no entanto afirmam que esta é uma terapêutica que necessita de uma maior evidência, enquanto Savigny et al. (2009) recomenda o uso desta terapêutica e afirma que esta modalidade tem efeitos benéficos na diminuição da sintomatologia álgica.

No âmbito da terapia farmacológica oral, Delitto et al. (2012) não fazem referência a esta terapia, visto terem apenas como alvo a intervenção do fisioterapeuta. As restantes GPC abordam e recomendam esta modalidade, onde se destaca o uso do Paracetamol e dos AINES como fármacos de primeira linha para o tratamento da LC, exceto State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014) que aborda unicamente a utilização de antidepressivos no tratamento desta condição, mas tal deve-se ao facto de esta GPC não se direccionar exclusivamente à LC. Relativamente à terapia farmacológica invasiva, esta terapêutica é abordada por Airaksinen et al. (2006), Savigny et al. (2009) e Toward Optimized Practiced (2009) e inclui um vasto número de técnicas. No entanto, Toward Optimized Practiced (2009) recomendam apenas a injeção epidural de esteroides em casos de dor irradiada; e da proloterapia associada ao exercício.

A cirurgia é uma técnica recomendada por Savigny et al. (2009), Airaksinen et al. (2006) e State of Colorado - Department of Labor and Employ (2014), contudo é apenas tida em conta em situações onde ocorre a persistência da sintomatologia álgica, défices de incapacidade elevados ou ineficácia dos tratamentos de fisioterapia, farmacológica e de outras terapêuticas.

Conclusão

As *Guidelines* incluídas na revisão fornecem uma recomendação unânime relativamente ao exercício terapêutico, referindo a importância da implementação de programas de fortalecimento e resistência muscular, alongamentos e exercícios de centralização / direcionalização. As técnicas de terapia manual, como a mobilização e manipulação, são recomendadas por 6 das 8 GPC analisadas. Contudo, devem ser utilizadas num curto período de tempo e como complemento ao programa de exercício terapêutico. Já 4 das 6 GPC revistas, abordam a massagem e referem esta terapêutica como uma modalidade útil no tratamento da LC. Por último, a única *Guideline* que se refere exclusivamente à fisioterapia recomenda a mobilização neural para a intervenção do fisioterapeuta na LC.

No tratamento da LC é recomendado o autocuidado/aconselhamento do paciente em 7 das 8 GPC.

No que diz respeito às modalidades inseridas no âmbito da termofotoeletroterapia, 6 das 8 GPC não recomendam ou nem abordam a sua utilização no tratamento da LC.

Em suma, com base nas recomendações fornecidas pelas 8 *Guidelines* em estudo, o fisioterapeuta deverá intervir na LC através do exercício terapêutico e da implementação de estratégias / aconselhamentos que promovam a autonomia do paciente para o tratamento desta condição. Deve incluir também a terapia manual na sua intervenção. Contudo, esta modalidade deverá ser utilizada a curto prazo e como complemento a um programa de exercício terapêutico.

Bibliografia

Airaksinen O., Brox J. I., Cedraschi C., Hildebrandt J., Klaber-Moffett J., Kovacs F., Mannion F. A., Reis S., Staal B. J., Ursin H., e Zanolli G. (2006). Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15, 192-300.

Buchbinder R., Blyth F. M., March L. M., Brooks P., Woolf A. D., e Hoy D. G. (2013). Placing the global burden of low back pain in context. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27(5), 575-589.

Chenot J. F., Leonhardt C., Keller S., Scherer M., Donner-Banzhoff N., Pflingsten M., Heinz-Dieter B., Baum E., Kocken M. M., e Becker A. (2008). The impact of specialist care for low back pain on health service utilization in primary care patients: a prospective cohort study. *European Journal of Pain*, 12(3), 275-283.

Chou R., Qaseem A., Snow V., Casey D., Cross J. T., Shekelle P., e Owens D. K. (2007). Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*, 147(7), 4.

Delitto A., George S., Dillen L., Withman J., e Sowa G. (2012). Low back pain: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42:A1-57.

Duthey B. (2013). Background Paper 6.24 Low back pain. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_24LBP.pdf [Acedido em 19 de Novembro de 2015].

Hoy D., Bain C., Williams G., March L., Brooks P., Blyth F., Woolf A., Vos T., e Buchbinder R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 64(6), 2028-2037.

Instituto Nacional de Saúde, e Instituto Nacional de Estatística. (2014). Inquérito Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11IN_S2014.pdf [Acedido em 11 de Novembro de 2015].

Katz J. (2006). Lumbar disc disorders and low-back pain: Socioeconomic factors and consequences. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 88, 21-24.

Koes B. W., Van Tulder M. W., e Thomas S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7555), 1430.

Meucci R. D., Fassa A. G., e Faria N. M. X. (2015). Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 49.

Negrini S., Giovannoni S., Minozzi S., Barneschi G., Bonaiuti D., Bussotti A., D'Arienzo M., Di Lorenzo N., Mannoni A., Mattioli S., Modena V., Padua L., Serafini F., e Violante F. (2006). Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *Europa medicophysica*, 42(2), 151.

Pransky G., Borkan J. M., Young A. E., e Cherkin D. C. (2011). Are we making progress?: the tenth international forum for primary care research on low back pain. *Spine*, 36(19), 1608-1614.

Rached R. D. V. A., Rosa C. D. P. D., Alfieri F. M., Amaro S. M. C., Nogueira B., Dotta L., Imamura M., Batistella L., Bernardo W., e Andrada N. C. D. (2013). Chronic nonspecific low back pain: rehabilitation. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(6), 536-553.

Savigny P., Kuntze S., Watson P., Underwood M., Ritchie G., Cotterell M., Hill D., Browne N., Buchanan E., Coffey P., Dixon P., Drummond C., Flanagan M., Greenough C., Griffiths M., Halliday-Bell J., Hettinga D., Vogel S., e Walsh D. (2009). Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. *London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners*.

State of Colorado - Department of Labor and Employ. (2014). *Low back pain - Medical treatment guidelines*. Colorado.

Steinberg E., Greenfield S., Wolmjan D. M., Mancher M., e Graham R. (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. National Academies Press.

Toward Optimized Practiced. (2009). *Guidelines for the evidence-informed primary care management of low back pain*. Alberta, Canada.

Williams C. M., Maher C. G., Hancock M. J., McAuley J. H., McLachlan A. J., Britt H., Fahrudin S., Harrison C., e Latimer J. (2010). Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians. *Archives of internal medicine*, 170(3), 271-277.

Anexo I - Fluxograma representativo da inclusão das *Guidelines* selecionadas.

