



Dor lombar: como tratar?

Viviane Bortoluzzi Frasson*

Resumo

O tratamento da dor lombar é um desafio para profissionais da área da saúde. Sua alta prevalência determina custos elevados ao sistema de saúde. É prioritária a busca por modalidades de tratamento eficazes em melhoria de dor e incapacidade funcional associada. A evidência sobre diversos tratamentos conservadores de dor lombar, aguda ou crônica, vem crescendo nos últimos anos, sem possibilitar, no entanto, afirmações definitivas sobre reais efeitos da maioria das intervenções, bem como de possível superioridade de uma sobre a outra. Há razoável evidência contemporânea de benefício com tratamento medicamentoso, intervenções fisioterapêuticas, exercício e abordagem biopsicossocial da dor lombar. Medicamentos são utilizados como sintomáticos, a maior eficácia de curto prazo sendo obtida com AINEs e relaxantes musculares em dor aguda e com opioides e anticonvulsivantes (sobre componente neuropático) em dor crônica. Dentre as medidas não medicamentosas, mostram-se razoavelmente eficazes: manutenção da atividade, exercícios, terapia manual, laserterapia de baixa potência (dor com radiculopatia), acupuntura (dor lombar crônica), educação, programa de reabilitação multidisciplinar biopsicossocial e terapia cognitivo-comportamental.

Introdução

Dor lombar é um dos problemas de saúde mais comuns e gera impacto pessoal (morbidade), ocupacional, social e econômico¹.

Sua prevalência em um ano é de 38% e, no período de 3 meses, 25% dos adultos a apresentam por pelo menos um dia.^{2,3} No Brasil, em 2007, dor lombar foi a primeira causa de invalidez entre as aposentadorias previdenciárias e acidentárias⁴, com prevalência superior a 50% em 1 ano.⁵ Nos EUA, estima-se custo total relacionado à dor lombar entre U\$ 84,1 bilhões e U\$ 624,8 bilhões de dólares.⁶ Estudos recentes documentaram aumento de 629% em despesas com injeções epidurais, 423% em gastos com opioides, 307% em números de exames de ressonância nuclear magnética (RNM) e 220% em números de cirurgias de artrodese vertebral (procedimento cirúrgico realizado para fusão de corpos vertebrais). Entretanto, tais custos não parecem acompanhar-se de melhores resultados e menores índices de incapacidade.⁷

Vários são os fatores de risco para dor lombar, dentre eles, idade, nível educacional, tabagismo, obesidade, fatores psicossociais (estresse, ansiedade, depressão), classe social e fatores relacionados ao trabalho (insatisfação, tarefas monótonas, estresse, manuseio de cargas em flexão, com rotação de tronco e vibração).⁸⁻¹¹ Fatores de risco modificáveis, como tabagismo e obesidade, devem

fazer parte da estratégia de prevenção da dor lombar. Com base nesses fatores de risco, poder-se-ão recomendar modalidades preventivas.¹²

Dor lombar é classificada em aguda, subaguda e crônica quando a duração do episódio, respectivamente, é inferior a 6 semanas, dura 6-12 semanas e é superior a 3 meses.^{13,14} Dor lombar também se classifica em específica e não específica. A primeira tem sintomas causados por mecanismo patofisiológico diagnosticado, tal como: hérnia de disco com comprometimento da raiz nervosa, distúrbio inflamatório, infecção, osteoporose, artrite reumatoide, fratura ou tumor. A não específica tem sintomas sem causa claramente definida, acometendo 90% de todos os pacientes com dor lombar. Seu diagnóstico se faz por exclusão de patologia específica.^{13,14}

O diagnóstico de dor lombar é clínico, realizado por meio de anamnese e exame físico dos pacientes.¹⁴ A dor característica está limitada entre a margem costal e a região superior à prega glútea, com ou sem dor no membro inferior (ciática). Embora, na maioria dos casos, a dor lombar cesse espontaneamente, o profissional da saúde deve estar alerta para indicadores clínicos que sugiram presença de doença sistêmica ou comprometimento neurológico iminente¹. A designação “bandeiras vermelhas” (*red flags*), que corresponde a indícios de patologia grave, é sinalizada pelas seguintes condições: idade inferior a 20 anos ou acima de 55 anos, história recente de trauma, dor

* Viviane Bortoluzzi Frasson é Fisioterapeuta graduada pelo Instituto Porto Alegre, Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Escola Superior de Educação Física da UFRGS, *Fellow* em Kinesithérapie em Lyon, France e atua como Diretora Técnica da Physique - Centro de Fisioterapia, em Porto Alegre. Currículo completo disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/3691761908468930>>.

constante e progressiva que não melhora com repouso, dor torácica, histórico de tumor maligno, uso prolongado de corticoides, abuso de drogas, HIV, perda de peso inexplicada e sintomas neurológicos (síndrome da cauda equina e febre). Revisão Cochrane de oito estudos¹⁵ investigou a acurácia diagnóstica do uso de bandeiras vermelhas na identificação de pacientes com dor lombar por fratura vertebral, a fim de recomendar adequados procedimentos subsequentes. A evidência mostrou a inconveniência de muitas bandeiras vermelhas para fazer a triagem desses pacientes, pois levaram a falsos positivos, além de que testes combinados estimaram com mais precisão o diagnóstico. O uso de poucas bandeiras vermelhas pareceu mais informativo.

Ao contrário, as “bandeiras amarelas” (*yellow flags*) correspondem a: crenças inapropriadas sobre a dor lombar, medo do movimento, baixa satisfação no trabalho, ansiedade, estresse e depressão. Esses são fatores que aumentam o risco de desenvolver ou perpetuar dor crônica e incapacidade. Apesar de amplamente utilizadas na prática clínica, tais designações carecem de comprovação científica.^{15,16}

Além do histórico, *testes clínicos* específicos completam o diagnóstico de hérnia de disco lombar. A evidência disponível sugere que a avaliação isolada de vários aspectos do exame físico (escoliose, paresia, fraqueza muscular, hipotrofia, alteração dos reflexos e déficit sensorial) não consegue acuradamente distinguir dor lombar associada ou não a radiculopatia devida à hérnia discal. Portanto, o diagnóstico de dor lombar com radiculopatia deve ser baseado na combinação de vários testes, somados a informações clínicas.¹⁷

Utilização de *exames de imagem* para diagnóstico e acompanhamento de pacientes com dor lombar tem sido questionada, por, geralmente, não contribuir para o manejo¹. Segundo Chou e colaboradores,¹⁸ exames de imagem só devem ser solicitados a pacientes com piora neurológica progressiva ou indícios de causa específica (p.ex.: tumor ou fratura). Nos demais, exames de imagem não se associam a benefícios significativos e podem levar a prejuízos. Além disso, há correlação fraca entre achados de imagem e sintomas. Boden e colaboradores¹⁹ demonstraram que em indivíduos assintomáticos, com 60 anos de idade ou mais, 36% tinham discos herniados, 21%, estenose de canal e mais de 90%, discos degenerados. Estudo²⁰ verificou que 84% dos pacientes assintomáticos com imagens de anormalidade lombar não mostraram alterações nos achados dos exames após o desenvolvimento dos sintomas. Isso demonstra que a presença de anormalidades nas imagens não significa que sejam responsáveis pelos sintomas. A ineficiência do diagnóstico de imagem deve ser levada em

conta nos pacientes com dor lombar, para reduzir custos diretos e indiretos, bem como minimizar prejuízos aos pacientes.^{14,18}

Mais de 1000 ensaios clínicos randomizados compararam os efeitos de intervenções conservadoras e cirúrgicas para manejo das lombalgias.²¹ Estas abrangem: uso de medicamentos, educação do paciente, exercícios, tratamento multidisciplinar e fisioterapia.

A tomada de decisão final sobre o melhor tratamento para dor lombar sofre a influência de heterogeneidade das populações, variações das intervenções e insuficientes comparações de dados sobre efeitos clínicos das diferentes modalidades terapêuticas.²² Portanto, o objetivo do presente texto é revisar a literatura sobre o tratamento conservador da dor lombar. As seguintes modalidades terapêuticas serão discutidas: uso de medicamentos, repouso, eletroterapia, fototerapia, termoterapia, terapia manual, tração, bandagem, acupuntura, uso de palmilhas e suportes lombares, exercícios, educação, abordagem biopsicossocial e terapia cognitivo-comportamental.

Medidas medicamentosas

O uso de fármacos no tratamento da dor lombar objetiva alívio sintomático. Vários estudos avaliaram os efeitos analgésicos de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), paracetamol, opioides, relaxantes musculares, antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes no manejo da dor lombar aguda e crônica. No entanto, a evidência de eficácia desses fármacos é limitada, pela grande variação de resultados entre os estudos. Isso se deve, em parte, ao fato de que mesmo pacientes com dor lombar inespecífica melhoram sob uso de placebo. Por vezes, os medicamentos influenciam dor, mas não função.²³

Na dor lombar crônica, estão presentes componentes nociceptivos e neuropáticos. O tratamento individualizado necessita abordagem com múltiplas modalidades, combinando medicamentos de diferentes mecanismos. AINEs e paracetamol atuam sobre a nociceção, sem influir no mecanismo neuropático da dor. Antidepressivos atuam sobre este, porém com resultados conflitantes. Opioides têm como alvo a nociceção e, em menor grau, a dor neuropática. Relaxantes musculares não têm indicação em dor crônica. Anticonvulsivantes atuam em componente neuropático, mas precisam ser associados a outros medicamentos.²⁴

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)

Revisão Cochrane de 65 estudos (n= 11.237) mostrou que AINEs não foram mais eficazes do que paracetamol

para dor lombar aguda, tendo este causado menos efeitos adversos. Na comparação de AINEs com outros fármacos, não houve diferença quanto à analgesia de curto prazo na condição estudada. AINEs não aliviaram dor ciática, por não ter ela caráter inflamatório preponderante. Vários tipos de AINEs foram modesta e igualmente eficazes em curto prazo para tratamento de dor lombar aguda e crônica sem ciática.²⁵

Paracetamol

Ensaio clínico randomizado, multicêntrico e duplamente simulado comparou paracetamol a placebo em 1643 pacientes com dor lombar aguda. Paracetamol foi administrado a intervalos regulares ou no esquema de “se necessário”. Não houve diferença entre os grupos em relação ao tempo de cessação da dor ($P=0,79$) e ao aparecimento de efeitos adversos.²⁶

Opioides

Existe evidência baixa a moderada de eficácia de uso por curto prazo de opioides *versus* placebo sobre dor e função. Em tratamento prolongado, desconhecem-se seus benefícios e riscos. Revisão Cochrane de 15 ensaios clínicos randomizados ($n=5540$)²⁷ comparou opioides com placebo ou outros medicamentos, usados por curto tempo em adultos com dor lombar crônica. Tramadol (5 estudos; 1378 participantes) superou o placebo no controle de dor e função. Buprenorfina transdérmica (2 estudos; 653 participantes) mostrou pequena diferença com relação à dor, mas nenhuma diferença sobre função comparativamente a placebo. Morfina, di-hidromorfina, oxicodona e tapentadol (6 estudos; 1887 participantes) superaram o placebo em dor e função. Poucos estudos que compararam AINEs e antidepressivos a opioides não evidenciaram diferença entre eles. Em geral, os efeitos foram de média grandeza para dor e de pequeno porte para função. Os estudos não avaliaram efeitos adversos.

Relaxantes musculares

São efetivos por curto prazo para alívio sintomático da dor lombar inespecífica aguda. Entretanto, a incidência de sonolência é alta.²⁸

Em revisão sistemática Cochrane²⁸ de 30 ensaios clínicos randomizados, realizados em pacientes com dor lombar, 2 estudos compararam relaxantes musculares a placebo, mostrando que quaisquer dos fármacos foram mais eficazes do que placebo no alívio de curto prazo da dor aguda. A comparação com relaxantes não benzodiazepínicos *versus* placebo foi de 0,80 (IC95%: 0,71-0,89) para alívio de dor e de 0,49 [IC95%:0,25-0,95] para eficá-

cia global. Os efeitos adversos foram significativamente mais prevalentes sob uso farmacológico, especialmente evidenciados sobre o sistema nervoso central. Houve desempenho similar entre os relaxantes musculares testados.

Cloridrato de eperisona é relaxante muscular de ação central que inibe a via de dor reflexa, tendo um efeito vasodilatador. Ensaio clínico randomizado, multicêntrico, duplo-cego e controlado por placebo ($n=225$)²⁹ avaliou eficácia e segurança de eperisona em pacientes com espasmo musculoesquelético associado à dor lombar. Eperisona superou o placebo em eficácia, mas aumentou a incidência de náusea, dor abdominal, cefaleia e tontura.

Antidepressivos tricíclicos

São bastante usados no manejo de dor lombar, com controversa eficácia. Não há evidência clara sobre uso de antidepressivos na dor lombar. Revisão Cochrane³⁰ de dez estudos controlados por placebo não demonstrou diferença significativa entre fármaco e placebo no alívio de dor lombar crônica.

Anticonvulsivantes

Há escassa referência na literatura sobre uso de anticonvulsivantes para alívio de dor lombar crônica com componente neuropático. Em pequeno ensaio clínico randomizado e monocego ($n=41$)³¹ avaliou-se o efeito de gabapentina genérica *versus* original sobre o componente neuropático da dor lombar. Após 8 semanas, dor (medida por escala visual analógica) diminuiu, flexão da coluna vertebral melhorou e perfis de segurança foram similares em ambos os grupos. O custo da formulação genérica foi significativamente menor.

Em 200 pacientes com dor lombar crônica inespecífica, compararam-se os efeitos de amitriptilina e pregabalina sobre dor (medida por escala visual analógica), incapacidade funcional (medida pelo Índice de Incapacidade de Oswestry) e efeitos adversos. A melhora em dor e incapacidade foi significativamente maior com amitriptilina. Os efeitos adversos foram similares com ambos os fármacos.³²

Medidas não medicamentosas

Há variadas abordagens não medicamentosas que se utilizam no manejo da dor lombar. Grande parte dessas condutas ainda é contraditória e inconclusiva.

Parte importante dos procedimentos é executada na área da fisioterapia. Atualmente, há número crescente de estudos que focam as modalidades do tratamento fisioterapêutico baseadas em evidência.³³ Apesar de haver evidência de que a fisioterapia pode reduzir em 60% os custos

totais despendidos com dor lombar (relativos a exames de imagem, infiltrações, cirurgia e uso de medicamentos)³⁴, a aceitação de intervenções fisioterapêuticas no tratamento da dor lombar é baixa.

Repouso

Repouso no leito é estratégia de tratamento para muitas lesões musculoesqueléticas. Revisão sistemática Cochrane de 11 ensaios clínicos randomizados (n=1963)³⁵ investigou os efeitos do repouso *versus* manter-se ativo em pacientes com dor lombar aguda ou dor ciática. Em pacientes com dor lombar, observou-se pequeno alívio de dor e pequena melhora de função com o manter-se ativo. Para pacientes com dor ciática, houve pequena ou nenhuma diferença em dor ou função entre as duas estratégias. Isso também se evidenciou entre permanecer no leito *versus* exercícios ou fisioterapia, bem como na comparação entre repouso por 7 dias ou 2-3 dias.

Por isso, tem-se preconizado manutenção das atividades diárias na vigência de dor lombar ou ciática.^{14,36,37} Além de não haver benefício, repouso acarreta potenciais efeitos deletérios sobre o sistema musculoesquelético (perda de massa muscular, diminuição da ativação muscular, redução da mobilidade articular), proporcionais ao tempo de repouso no leito.³⁸ A indicação de manter-se ativo é fundamental e parece ter suporte na adaptação dos tecidos. Além disso, o repouso no leito pode ter repercussão psicossocial negativa, como medo do movimento, podendo piorar o quadro clínico.³⁹

Exercício

Exercício tem sido utilizado no tratamento da dor lombar, em variadas modalidades: exercício terapêutico, exercícios de estabilização e controle motor, Pilates, caminhada e condicionamento físico.

Revisão Cochrane⁴⁰ de 61 ensaios clínicos randomizados controlados avaliou o papel do exercício terapêutico em dor lombar aguda, subaguda e crônica. Em dor lombar crônica e incapacidade funcional associada, exercício não foi mais eficaz do que outras formas de tratamento em curto e longo prazos. Em dor lombar subaguda, um programa gradual de exercícios mostrou-se eficaz. Em dor lombar aguda, exercício foi tão eficaz quanto outras modalidades de tratamento conservador.

Outra revisão Cochrane de 9 estudos (n=1520)⁴¹ avaliou uso de exercício em prevenção da recorrência de dor lombar. O exercício após o tratamento reduziu frequência e número de recorrências de dor lombar. Entretanto, os

resultados foram limitados pelos diferentes tipos de exercício utilizados, dificultando especificar um programa de exercícios para prevenir dor lombar.

Exercícios de estabilização vertebral têm sido sugeridos no tratamento da dor lombar não específica para redução de dor e incapacidade.⁴² Revisão sistemática e meta-análise de 29 estudos compararam exercícios de estabilização *versus* tratamento alternativo no controle de dor e incapacidade por longo prazo. O benefício foi significativo, não havendo diferença entre os grupos. Quando comparados a uma forma alternativa de exercício, não houve diferença estatística e clinicamente significativa.

No método Pilates, os exercícios objetivam melhorar a qualidade de movimento. O método preconiza a funcionalidade do movimento, assistido por respiração e percepção corporal, buscando realinhamento corporal e corrigindo desequilíbrios musculares e articulares. Revisão de 29 estudos⁴³ objetivou verificar os efeitos do método em pessoas com dor lombar crônica não específica. Pilates foi comparado a não tratamento, mínima intervenção, outros tipos de intervenção e outros tipos de exercícios. Não houve estudos que claramente definissem a eficácia do método Pilates sobre outras formas de tratamento. Comparado a outros mínimos exercícios físicos, Pilates mostrou-se mais eficaz na redução de dor. Não há evidência de que Pilates seja superior a outras formas de tratamento. Assim, a decisão de utilizar o método é baseada em escolha do paciente e do terapeuta e nos custos.⁴⁴

Revisão Cochrane⁴⁵ demonstrou que condicionamento físico leve não teve efeito sobre dor lombar aguda e não interferiu no tempo de retorno ao trabalho quando comparado a cuidado usual e exercício. Existem resultados conflitantes para condicionamento intenso *versus* cuidado usual em trabalhadores com dor subaguda. A efetividade do condicionamento físico como estratégia de retorno ao trabalho e de redução de absenteísmo em pacientes com dor lombar crônica comparada à de tratamento convencional mostrou pequeno benefício em 12 meses.

Caminhada também tem sido proposta como forma de tratamento de problemas musculoesqueléticos crônicos, entre os quais a dor lombar. Evidência de baixa qualidade sugere que caminhada é tão eficaz quanto outras modalidades terapêuticas não farmacológicas para diminuir incapacidade, melhorar funcionalidade e qualidade de vida em adultos com dor lombar crônica.⁴⁶ Essa informação é salutar, porque caminhada pode ser executada pelo próprio paciente, sem necessidade de atendimento profissional especializado, sem ônus econômico e dentro de disponibilidade de tempo individual.

Terapia manipulativa vertebral

A terapia manipulativa vertebral (TMV) é intervenção amplamente praticada por profissionais da saúde. Esse tratamento com as mãos inclui mobilização (movimentos passivos aplicados em uma articulação com diferentes amplitudes e velocidades) e manipulação (movimento passivo aplicado em uma articulação em seu limite anatômico com pequena amplitude e alta velocidade – *thrust*).

Revisão Cochrane de 26 ensaios clínicos randomizados (n = 6070)⁴⁷ evidenciou que TMV mostra pequeno efeito de curto prazo em alívio de dor lombar crônica e melhora da função, o qual é estatisticamente significativo, mas não clinicamente relevante ao ser comparado com outras abordagens, como manipulação simulada ou intervenções inertes.

Outra revisão Cochrane de 39 estudos⁴⁸ comparou TMV com outras terapias no alívio de dor lombar aguda e crônica. Para pacientes com dor aguda, TMV só superou TMV simulada (*sham*) ou terapias consideradas ineficazes ou mesmo danosas. Não apresentou vantagem significativa em comparação a analgésicos, exercícios, condicionamento físico e visita médica. Os resultados foram similares com dor crônica.

Revisão sistemática de 56 ensaios clínicos randomizados⁴⁹ evidenciou a superioridade de curto prazo da manipulação *versus* procedimento *sham* em melhora de função e dor aguda e subaguda. Para dor lombar crônica, os resultados foram similares. Combinação de manipulação e mobilização com exercício *versus* tratamento convencional mostrou benefício para dor, função e qualidade de vida em curto e longo prazos. Há evidência limitada em favor de mobilização de tecidos moles combinada, exercício e tratamento convencional *versus* tratamento convencional isolado sobre dor e função em curto prazo.

Flynn e colaboradores⁵⁰ determinaram 5 variáveis preditivas de sucesso de MTV no tratamento de dor lombar: duração do sintoma por menos de 16 dias, não ter sintoma abaixo do joelho, hipomobilidade lombar, no mínimo um quadril com mais de 35 graus de rotação interna, escore no FABQ-W (*Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*) menor que 19. A presença de 4 ou mais variáveis aumenta a probabilidade de sucesso com a manipulação de 45% a 95%. Segundo Delitto e colaboradores,⁵¹ a falta de classificação dos pacientes em grupos específicos pode ser a razão de as revisões sistemáticas sobre manipulação demonstrarem efeito pequeno nos que devem receber tratamentos específicos. Além disso, a terapia manipulativa vertebral é efetiva em subgrupo de pacientes, como parte de um plano de tratamento, e não de forma isolada.

Massagem

Massagem terapêutica é definida como a manipulação de tecidos moles em áreas do corpo para obter relaxamento, melhora do sono e alívio de dor e tensão musculares. O uso da massagem para dor lombar é prática comum. Em revisão Cochrane⁵² de 25 ensaios (3096 participantes), massagem foi melhor do que controle inativo para dor aguda em curto prazo, sem efeito sobre função. Para dor subaguda e crônica, massagem foi melhor que controles inativos para dor e função em curto prazo, mas não em longo prazo. Quando comparada a controles ativos, massagem foi eficaz para dor, em curto e longo prazos, sem mudanças na função. Observaram-se somente efeitos adversos menores, como aumento na intensidade da dor, ocorrido em 1,5% a 25% dos participantes.

Tração

A tração da coluna tem sido combinada a outros tratamentos utilizados em dor lombar, pode ser realizada de forma manual ou por meio de máquinas específicas. Ainda não se estabeleceu o exato mecanismo de funcionamento desse procedimento. Foi sugerido que o aumento de comprimento da coluna, com diminuição da lordose e aumento do espaço intervertebral, inibe impulsos nociceptivos, melhora mobilidade, diminui estresse mecânico e reduz espasmo muscular e compressão da raiz. Em revisão Cochrane⁵³, tração foi comparada a placebo, tração simulada (*sham*), tratamentos convencionais e não tratamento no manejo de dor lombar. Em dor lombar aguda, subaguda e crônica, tração isolada ou associada a outros tratamentos tem pequeno ou nenhum impacto em dor, função, melhora global e retorno ao trabalho. Tração não mostrou ser estratégia clinicamente relevante.

Bandagem

Apesar de amplamente utilizado na prática clínica, *Kinesio Taping* (KT, bandagem elástica adesiva) não encontra embasamento para indicação no tratamento de problemas musculoesqueléticos, incluindo dor lombar.⁵⁴ Em todas as comparações em que KT foi melhor que placebo ou *sham*, o tamanho do efeito foi muito pequeno, não sendo clinicamente relevante. Ensaio clínico randomizado⁵⁵ comparou KT a KT *sham*, administrados por 7 dias a 60 pacientes com dor lombar crônica não específica. KT reduziu incapacidade e dor, mas os efeitos foram muito pequenos e insuficientes para ter relevância clínica.

Suporte lombar e palmilha

Em dor lombar, *suporte lombar* é utilizado em prevenção primária e secundária (evitar recorrência) e tratamento. Pode ser flexível ou rígido. Seu uso objetiva corrigir deformidade, limitar movimento, estabilizar a coluna e reduzir a carga mecânica. Revisão Cochrane⁵⁶ incluiu 7 estudos sobre prevenção e 8 sobre o tratamento de dor lombar com utilização de suportes lombares. Esses não se mostraram mais eficazes do que outras intervenções para prevenir ou tratar dor lombar e função. Também não há embasamento para uso de palmilhas em prevenção e tratamento da dor lombar. Revisão sistemática Cochrane⁵⁷ de 6 estudos randomizados concluiu que o uso de palmilhas não previne dor lombar. Houve evidência limitada de que palmilhas aliviam a dor lombar ou transferem a dor para membros inferiores.

Eletroterapia

O uso de modalidades de tratamento passivas, como a eletroterapia, tem sido questionado. Revisão Cochrane de 7 estudos (n=362)⁵⁸ não evidenciou benefício com uso de ultrassom (US) para melhorar dor lombar crônica inespecífica e qualidade de vida. Pode ocorrer pequeno benefício sobre função que não parece ser clinicamente importante.

A eficácia da estimulação elétrica transcutânea (TENS) em dor lombar permanece controversa. Revisão sistemática Cochrane⁵⁹ de 4 estudos (n= 585) avaliou se o TENS é mais eficaz que placebo no tratamento da dor lombar crônica. O uso do TENS não melhorou os níveis de incapacidade, sendo conflitantes os resultados sobre redução da dor. A evidência atual não suporta o uso de TENS para dor lombar crônica.

Fototerapia

Laserterapia de Baixa Potência (LBP) é técnica não invasiva de tratamento, utilizando luz que não emite calor, som ou vibração. Acredita-se que LBP acelere o reparo tecidual e atue como anti-inflamatório.

Em revisão sistemática Cochrane de 7 estudos (n=334)⁶⁰, a eficácia de LBP foi comparada à de LBP simulada (*sham*) em pacientes com dor lombar não específica de duração variada. LBP foi mais eficaz do que o controle em reduzir dor por curto e médio prazos. Entretanto, o nível da diminuição da dor foi pequeno. LBP associada a exercício não foi melhor do que exercício isolado ou LBP simulada para redução de dor em curto prazo. LBP foi mais eficaz do que o controle em relação à incapacidade

em curto prazo. LBP + LBP/exercício *versus* exercício/LBP simulada não mostraram diferença em melhora da incapacidade. LBP não foi mais efetiva em reduzir a incapacidade que exercício em curto prazo. Esses achados não permitem conclusão sobre o papel da laserterapia no tratamento da dor lombar.

Por outro lado, LBP parece promissora no tratamento de dor lombar aguda com radiculopatia. Ensaio clínico randomizado, duplo cego e controlado por placebo⁶¹, avaliado em 10/10 na escala Pedro (base de dados sobre evidências em fisioterapia), examinou a eficácia de nimesulida + laser terapia (grupo A), nimesulida isolada (grupo B) e nimesulida + laser placebo (grupo C) em 546 pacientes com dor lombar aguda e radiculopatia, demonstrando benefício em intensidade de dor, movimento lombar, incapacidade por dor e qualidade de vida, evidenciado em todos os grupos ($P < 0,001$), mas com maiores diferenças no grupo A, o que mostrou a sinergia dos dois tipos de terapia.

Termoterapia

Aplicação de calor superficial ou frio é amplamente utilizada no tratamento de problemas musculoesqueléticos. A evidência de sua eficácia em dor lombar é limitada. Em revisão Cochrane de 9 ensaios clínicos (n=1117)⁶², calor (por meio de coberta ou lençol aquecidos) significativamente promoveu em curto prazo pequeno alívio da dor lombar aguda e subaguda e reduziu incapacidade funcional. A adição de exercício ao calor adicionalmente reduziu dor e melhorou função. Não houve evidência suficiente sobre o uso de crioterapia. Há resultados contraditórios quando se comparam calor e frio.

Acupuntura e agulhamento a seco

Revisão Cochrane de 35 ensaios clínicos randomizados⁶³ aferiu os efeitos de acupuntura para tratamento de dor lombar não específica e de “agulhamento” a seco (*Dry needling* - aplicação de agulhas em regiões miofasciais) para síndrome da dor miofascial na região lombar. Não houve suficiente evidência que permitisse concluir sobre a eficácia de acupuntura em dor lombar aguda. Para dor lombar crônica, acupuntura aliviou dor e melhorou função imediatamente após o tratamento ou por curto prazo quando comparada a não tratamento ou procedimento *sham*. Acupuntura não foi mais eficaz do que outras modalidades de tratamento convencionais ou alternativas. Acupuntura e “agulhamento” a seco podem ser eficientes medidas adjuntivas a outras terapias usadas em dor lombar crônica.

Educação

A informação (oral ou escrita, individual ou em grupo) dada ao paciente sobre técnicas de modificação de conduta pode influenciar a forma de lidar com a doença. Em dor lombar não específica, a educação melhora a compreensão do problema, reduz preocupação injustificada e favorece o retorno às atividades usuais, diminuindo a dependência do sistema de saúde. Revisão Cochrane de 24 ensaios clínicos randomizados concluiu ser a educação oral individual por 2,5 horas tão efetiva quanto outras intervenções em pacientes com dor aguda ou subaguda. Em pacientes com dor crônica, a educação individual foi menos efetiva que atividades mais intensas. A comparação de diferentes tipos de educação individual não apresentou diferença significativa.⁶⁴

Ensaio clínico randomizado comparou fisioterapia precoce com tratamento usual baseado em educação, conselho de manter-se ativo e discussão do “livro da dor lombar” (*the back book*; livro de orientação direcionado aos pacientes com informações consistentes com os guias de tratamento de dor lombar). A comparação entre os tratamentos sobre o prognóstico favorável da dor lombar não demonstrou diferença clínica, enfatizando a importância da educação no tratamento inicial da dor lombar.³

Abordagem biopsicossocial

Dor lombar crônica, além de dor e incapacidade, as pessoas experenciam ansiedade, sofrimento e depressão, com comprometimento na vida social e no trabalho. Há, pois, interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais, o que levou ao surgimento de um modelo biopsicossocial de tratamento - *reabilitação multidisciplinar biopsicossocial* - para dor lombar. Este modelo envolve combinação de modalidades de tratamento físicas, psicológicas, educacionais e relacionadas ao trabalho, fornecidas por profissionais treinados e de diferentes formações.

Revisão e meta-análise Cochrane⁶⁵ de 41 estudos investigaram a eficácia do modelo *versus* manejo usual e tratamentos físicos no tratamento de dor lombar crônica, cuja duração tinha em média mais de um ano. Os resultados mostraram que o modelo foi modestamente mais eficaz

do que cuidado usual e métodos físicos em reduzir dor e incapacidade. O modelo interferiu favoravelmente sobre a volta ao trabalho após um ano da intervenção quando comparado ao tratamento físico, mas não foi mais eficaz do que cuidado usual.

Terapia cognitivo-comportamental

É utilizada no tratamento de dor lombar crônica para reduzir incapacidade, por meio de modificações de condutas mal adaptativas e processos cognitivos. Revisão Cochrane de 30 ensaios clínicos randomizados⁶⁶ mostrou que terapia comportamental superou o tratamento usual em alívio de dor no curto prazo, mas sem diferença em longo prazo.

Resultados semelhantes foram apresentados em meta-análise⁶⁷ sobre os efeitos da terapia cognitivo-comportamental para melhora da incapacidade, dor, qualidade de vida e trabalho em pacientes com dor lombar de qualquer duração. Em longo prazo, houve diferença em favor do tratamento cognitivo comparado com tratamento convencional ou esperar na lista, para dor e incapacidade. Ao se comparar a terapia cognitivo-comportamental com outros tratamentos ativos no longo prazo, houve benefício em favor da terapia cognitivo-comportamental.

Conclusão

O tratamento conservador da dor lombar deve considerar preferencialmente as seguintes modalidades: tratamento medicamentoso, exercícios, terapia manual, educação, abordagem biopsicossocial e terapia cognitivo-comportamental. A determinação de grupos específicos de pacientes que apresentam mais benefício com um tipo específico de intervenção parece ser um caminho promissor. Vários sistemas de classificação estão atualmente sendo testados cientificamente, e seus resultados já começam a ser publicados. O conhecimento apresentado na literatura à cerca de fatores de risco, diagnóstico, prognóstico e tratamento da dor lombar precisam passar ao conhecimento comum dos diversos profissionais de saúde envolvidos no tratamento da dor lombar, evitando, assim, gastos excessivos, tratamentos inadequados e consequências negativas para os pacientes.

Referências bibliográficas

1. Duffy RL. Low back pain: an approach to diagnosis and management. *Prim Care* 2010; 37(4): 729-741.
2. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *Arthritis & Rheumatism* 2012; 64(6): 2028–2037.
3. Fritz JM, Magel JS, McFadden M, Asche C, Thackeray A, Meier W, Brennan G. Early Physical Therapy vs usual care in patients with recent-onset low back pain. A randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 314(14): 1459-1467.
4. Meziat Filho N, Silva GA. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3): 494-502.
5. Nascimento PRC, Costa LOP. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(6): 1-13.
6. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J* 2008; 8: 8–20.
7. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating Chronic Back Pain: Time to Back Off? *J Am Board Fam Med* 2009; 22(1): 62–68.
8. Hoogendoorn WE, van Poppel MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic Review of Psychosocial Factors at Work and Private Life as Risk Factors for Back Pain. *Spine* 2000; 25(16): 2114–2125.
9. Harkness EF, Macfarlane GJ, Nahit ES, Silman AJ, McBeth. Risk factors for new-onset low back pain amongst cohorts of newly employed workers. *J Rheumatology* 2003; 42:959–968.
10. Cook CE, Taylor J, Wright A, Milosavljevic S, Goode A, Whitford M. Risk Factors for First Time Incidence Sciatica: A Systematic Review. *Physiother Res Int* 2014; 19 (2): 65–78.
11. Hamberg-van Reenen HH, Ariëns GA, Blatter BM, van Mechelen W, Bongers PM. A systematic review of the relation between physical capacity and future low back and neck/shoulder pain. *Pain* 2007; 130(1-2): 93-107.
12. Taylor JB, Goode AP, George SZ, Cook CE. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J* 2014; 14(10): 2299-2319.
13. Azevedo DC, Van Dillen LR, Santos HO, Oliveira DR, Ferreira PH, Costa LOP. Movement System Impairment-Based Classification Versus General Exercise for Chronic Low Back Pain: Protocol of a Randomized Controlled Trial. *Phys Ther* 2015; 25 (11): 1-8.
14. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care *Eur Spine J* 2006; 15(2): S169–S191.
15. Williams CM, Henschke N, Maher CG., van Tulder MW, Koes BW, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD008643.
16. Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, de Vet HC, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD008686.
17. van der Windt DAWM, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Verhagen AP, Laslett M, Devillé W, Deyo RA, Bouter LM, de Vet HCW, Aertgeerts B. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No.: CD007431.
18. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P. Diagnostic Imaging for Low Back Pain: Advice for High-Value Health Care From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011; 154 (3): 181-189.
19. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990; 72 (3): 403-408.
20. Carragee E1, Alamin T, Cheng I, Franklin T, van den Haak E, Hurwitz E. Are first-time episodes of serious LBP associated with new MRI findings? *Spine J* 2006; 6 (6): 624-635.
21. Koes BW1, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 17; 332(7555): 1430-1434.
22. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011; 20 (1): 19-39.
23. Bannwarth B, Kostine M, Shipley E. Nonspecific low back pain: assessment of available medications. *Joint Bone Spine* 2012; 79 (2): 134-136.
24. Morlion B. Pharmacotherapy of low back pain: targeting nociceptive and neuropathic pain components. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(1): 11-33.
25. Roelofs PDDM, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJPM, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD000396.
26. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, Lin CW. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 384(9954): 1586-1596.

27. Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD004959.
28. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD004252.
29. Chandanwale AS, Chopra A, Goregaonkar A, Medhi B, Shah V, Gaikwad S, et al. Evaluation of eperisone hydrochloride in the treatment of acute musculoskeletal spasm associated with low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Postgrad Med* 2011; 57(4): 278-285.
30. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WJJ, Roland M, van Tulder MW. Antidepressants for non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD001703.
31. Kantito S, Kantito S, Tantisiriwat N, Piravej K. Comparison of the effectiveness between generic and original form of gabapentin for pain relief in suspected neuropathic component of low back pain. *J Med Assoc Thai* 2014; 97(7): 767-775.
32. Kalita J, Kohat AK, Misra UK, Bhoi SK. An open labeled randomized controlled trial of pregabalin versus amitriptyline in chronic low backache. *J Neurol Sci* 2014; 342(1-2): 127-132.
33. Marin TJ1, Furlan AD, Bombardier C, van Tulder M; Fifteen years of the Cochrane back review group. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013; 15; 38(24): 2057-2063.
34. Childs JD, Fritz JM, Wu SS, Flynn TW, Wainner RS, Robertson EK et. al. Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Services Research* 2015; 15:150; 1 -12.
35. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD001254.
36. Chou R1, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007; 147(7): 478-491.
37. Koes BW1, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010; 19(12): 2075-2094.
38. Duchateau J. Bed rest induces neural and contractile adaptations in triceps surae. *Med Sci Sports Exerc* 1995; 27(12): 1581-1589.
39. Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low-back pain and sciatica. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD003632.
40. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD000335.
41. Choi BKL, Verbeek JH, Tam WWS, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No.: CD006555.
42. Smith BE, Littlewood C, May S. An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; 15 (416): 1-22.
43. Patti A, Bianco A, Paoli A, Messina G, Montalto MA, Bellafiore M, et al. Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain: a systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(4): e383.
44. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RWJG, Cabral CMN, et al. Pilates for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No.: CD010265.
45. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, van der Es-Lambeek LC, Ojajärvi A, Verbeek JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD001822.
46. Lawford BJ, Walters J, Ferrar K. Does walking improve disability status, function, or quality of life in adults with chronic low back pain? A systematic review. *Clin Rehabil* 2015; Jun 18 pii: 0269215515590487. [Epub ahead of print].
47. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD008112.
48. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD000447.
49. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No.: CD008880.
50. Flynn T1, Fritz J, Whitman J, Wainner R, Magel J, Rendeiro D, Butler B, Garber M, Allison S. A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with spinal manipulation. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002; 15; 27(24): 2835-2843.
51. Delitto A, George SZ, Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ. Low Back Pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012; 42(4): A1-A57.

52. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD001929.
53. Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SEI, de Vet HCW, Brønfort G, Bouter LM, van der Heijden GJ. Traction for low-back pain with or without sciatica. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD003010.
54. Parreira P do C, Costa L da C, Hespanhol LC Jr, Lopes AD, Costa LO. Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: a systematic review. *J Physiother* 2014; 60(1): 31-39.
55. Castro-Sánchez AM, Lara-Palomo IC, Matarán-Peñarrocha GA, Fernández-Sánchez M, Sánchez-Labraca N, Arroyo-Morales M. Kinesio Taping reduces disability and pain slightly in chronic non-specific low back pain: a randomised trial. *J Physiother* 2012; 58 (2): 89-95.
56. van Duijvenbode I, Jellema P, van Poppel M, van Tulder MW. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD001823.
57. Sahar T, Cohen MJ, Ne'eman V, Kandel L, Odebiyi DO, Lev I, Brezis M, Lahad A. Insoles for prevention and treatment of back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No.: CD005275.
58. Safoora E, Henschke N, Nakhostin AN, Fallah E, van Tulder MW. Therapeutic ultrasound for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD009169.
59. Khadilkar A, Odebiyi DO, Oluwafemi, Brosseau L, Wells GA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD003008.
60. Yousefi-Nooraie R, Schonstein E, Heidari K, Rashidian A, Pennick V, Akbari-Kamrani M, et al. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD005107.
61. Konstantinovic LM, Kanjuh ZM, Milovanovic AN, Cutovic MR, Djurovic AG, Savic VG, et al. Acute Low Back Pain with Radiculopathy: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Photomed Laser Surg* 2010; 28 (4): 553-560.
62. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial heat or cold for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD004750.
63. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD001351.
64. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No.: CD004057.
65. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No. CD000963.
66. Henschke N, Ostelo RWJG, van Tulder MW, Vlaeyen JWS, Morley S, Assendelft WJJ, Main CJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, 2015 Art. No.: CD002014.
67. Richmond H, Hall AM, Copey B, Hansen Z, Williamson E, Hoxey-Thomas N, et al. The Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2015; 10(8): e0134192.

© 2015 Organização Pan-americana da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. Este Boletim é direcionado a gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, com linguagem simplificada e fácil compreensão. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, lote 19.
CEP: 70.800-400 – Brasília, DF – Brasil.
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org
Internet: www.paho.org/br

ISBN: 978-85-7967-108-1 Coleção completa.

Coordenação editorial:

Felipe Dias Carvalho e Lenita Wannmacher.

Revisão técnica:

Lenita Wannmacher e Helaine Carneiro Capucho

Projeto gráfico, revisão textual e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Ltda.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas