

SISTEMA TBC PARA DOR LOMBAR EM PACIENTE COM DISCOPATIA E ESPONDILOARTROSE: RELATO DE CASO

TBC SYSTEM FOR LOW LOW BACK PAIN IN A PATIENT WITH DISCOPATHY AND SPONDYLOARTHRISIS: CASE REPORT

Alex Santos de Souza - alexsantosdesouza09@gmail.com

Fisioterapeuta formado pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira-BA.

Verônica Beatriz Bossa - veronica22.bossa@gmail.com

Fisioterapeuta formado pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira-BA.

Jaciara Cristina Moreira Mendes - jacymoreira27@gmail.com

Fisioterapeuta formado pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira-BA.

Alberto Manoel Sarkis de Oliveira - alberto.sarkis@adventista.edu.br

Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira-BA.

Diego Silva Patricio - dspatriciomestrado@gmail.com

Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira-BA

Resumo: Introdução: A dor lombar (DL) é considerada como um grupo heterogêneo de distúrbios musculoesqueléticos, atingindo cerca de 65-85% da população mundial. Existem quatro sistemas de classificação para DL primários que tentam combinar tratamentos para subgrupos de pacientes. Apenas o TBC se mostrou mais eficaz para o sistema de classificação em subgrupos de pacientes com DL. O objetivo deste relato de caso foi explorar a eficácia do tratamento em subgrupos, conforme o TBC, para um paciente com DL e dos sintomas gerados pelas hérnias discais e pela espondiloartrose. **Relato de Caso:** Sexo masculino, 54 anos de idade, negro, casado, sedentário, encarregado de obras. Teve diagnóstico de espondiloartrose lombar e discopatia degenerativa lombar com abaulamentos discais em T12-L1, L3-L4 e L4-L5, em agosto de 2021. Apresentou como queixa principal: DL. **Resultados:** Força (MRC inicial: 4, final: 5); aumento da ADM para os movimentos da coluna lombar; intensidade da dor (EVA inicial: 8, final: 0); teste de Schober (inicial: 13cm, final: 16cm); melhora em todos os aspectos avaliados pelo questionário SF-36; ODI (inicial: 58%, final: 18%). **Discussão:** As abordagens de tratamento compatíveis com subgrupos mostraram resultados melhores em comparação

com métodos alternativos encontrados em estudos semelhantes, corroborando os resultados deste estudo. **Conclusão:** Verificou-se que uma abordagem baseada no TBC, e individualizada no paciente com DL, apresenta resultados eficazes na melhora da dor, incapacidade funcional e qualidade de vida.

Palavras-chave: Avaliação dor lombar; TBC; ODI; SF-36.

Abstract: Introduction: Low back pain (LBP) is considered as a heterogeneous group of musculoskeletal disorders, affecting approximately 65-85% of the world population. There are four classification systems for primary LBP that attempt to combine treatments for subgroups of patients. Only TBC proved to be more effective for the classification system in subgroups of patients with LBP. The aim of this case report was to explore the efficacy of treatment in subgroups, according to TBC, for a patient with LBP and the symptoms generated by herniated discs and spondyloarthritis. **Case Report:** Male, 54 years old, black, married, sedentary, construction foreman. She was diagnosed with lumbar spondyloarthritis and degenerative lumbar discopathy with disc bulges in T12-L1, L3-L4 and L4-L5, in August 2021. The main complaint was: LPB. **Results:** Strength (initial MRC: 4, final: 5); increased ROM for lumbar spine movements; pain intensity (VAS: initial: 8, final: 0); Schober's test (initial: 13cm, final: 16cm); improvement in all aspects assessed by the SF-36 questionnaire; ODI (initial: 58%, final: 18%). **Discussion:** Subgroup-compatible treatment approaches showed better results compared to non-compatible alternative methods, corroborating the results of this study. **Conclusion:** it was found that an approach based on TBC and individualized in patients with LBP, presents effective results in improving pain, functional disability and quality of life.

Keywords: Low Back Pain; Subgroups; TBC; ODI; SF-36.

INTRODUÇÃO

A dor lombar (DL) é considerada como um grupo heterogêneo de distúrbios musculoesqueléticos que atinge cerca de 65-85% da população mundial, sendo uma das principais causas de dor, incapacidade funcional e laboral¹. Mais de 90% das pessoas que já apresentaram DL estão propensas a ter recidivas, o que atinge quase todos os indivíduos em algum ponto de suas vidas, representando um grande peso para os sistemas de saúde e de cuidados sociais¹⁻². Entre os pacientes com DL, as hérnias discais são um dos distúrbios musculoesqueléticos mais presentes, afetando aproximadamente 10% da população²⁻³. A prevalência é maior em homens e a maioria dos indivíduos tem entre 30 e 50 anos de idade. As hérnias discais surgem com mais frequência na região lombar do que em qualquer outra região e são mais comuns nos níveis L4-L5 e L5-S1. Destaca-se que a dor radicular é um dos sintomas mais comuns e incapacitantes, podendo causar déficits sensoriais e

motores e deixar a pessoa incapacitada².

Outro problema que também pode levar à DL é a espondiloartrose, doença crônica, reumática e inflamatória que resulta em deformidade estrutural e limitação da mobilidade espinhal por afetar o esqueleto axial⁴. A espondiloartrose inclui duas patologias distintas, porém interrelacionadas: a espondilose ou doença degenerativa discal e a osteoartrite das articulações interapofisárias posteriores⁴⁻⁵. Apresenta como principais características clínicas: fadiga, dor inflamatória nas costas e rigidez articular. Pode levar a deficiências estruturais e funcionais, conseqüentemente, também resulta em redução da saúde geral, capacidade funcional e da qualidade de vida⁵.

Existem quatro sistemas de classificação para DL primários que tentam combinar tratamentos para subgrupos de pacientes usando um processo de tomada de decisão orientado clinicamente¹; (1) o diagnóstico mecânico e modelo de classificação de terapia descrito por McKenzie⁶; (2) o modelo de síndromes de deficiência do sistema de movimento descrito por Sahrman⁷; (3) o sistema de classificação baseado em mecanismo descrito por O'Sullivan⁸; e (4) o sistema de classificação baseada em tratamento (TBC), descrito por Delitto et al.⁹. Entretanto, apenas o TBC se mostrou mais efetivo para o sistema de classificação de tratamento em subgrupos de pacientes com DL¹.

Desde sua publicação em 1995, o TBC passou por fases de desenvolvimento que foram amplamente baseadas em evidências crescentes⁹. Uma revisão do TBC foi publicada em 2007 com o objetivo de atualizar o TBC de 1995 com as evidências mais recentes que surgiram entre 1995 e 2007, representando a segunda fase de desenvolvimento¹⁰. E em 2015 o sistema de TBC recebeu uma atualização, representando a terceira fase de desenvolvimento, sendo propícia devido aos avanços no modo de como o atendimento é prestado aos pacientes com DL¹.

O TBC é considerado o sistema de classificação em DL mais pesquisado, contando com vários estudos que investigam sua utilidade como um guia para a tomada de decisão clínica¹, por isso foi utilizado na tomada de decisão para este caso clínico no tratamento da DL desse paciente. Portanto, o objetivo deste relato de caso foi explorar a eficácia do tratamento em subgrupos, conforme o TBC, para um paciente com DL e dos sintomas gerados pelas hérnias discais e pela espondiloartrose.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 54 anos de idade, negro, casado, sedentário, encarregado de obras, residente da cidade de Muritiba – BA. Teve diagnóstico de espondiloartrose lombar e discopatia degenerativa lombar com abaulamentos discais em T12-L1, L3-L4 e L4-L5, em agosto de 2021.

A queixa principal era a dor na região lombar. Paciente relatou que há seis anos sentia dores na região lombar, sendo uma dor intermitente, entretanto, há dois anos passou a ser constante e mais intensa. Essa dor também passou a irradiar para região torácica, sacral e região anterior da coxa direita e esquerda, apresentando as seguintes características: queimação, pontadas e formigamentos. O paciente informou também que,

antes da medicação, não conseguia dormir absolutamente nada à noite e que a dor alivia apenas com uso de medicações.

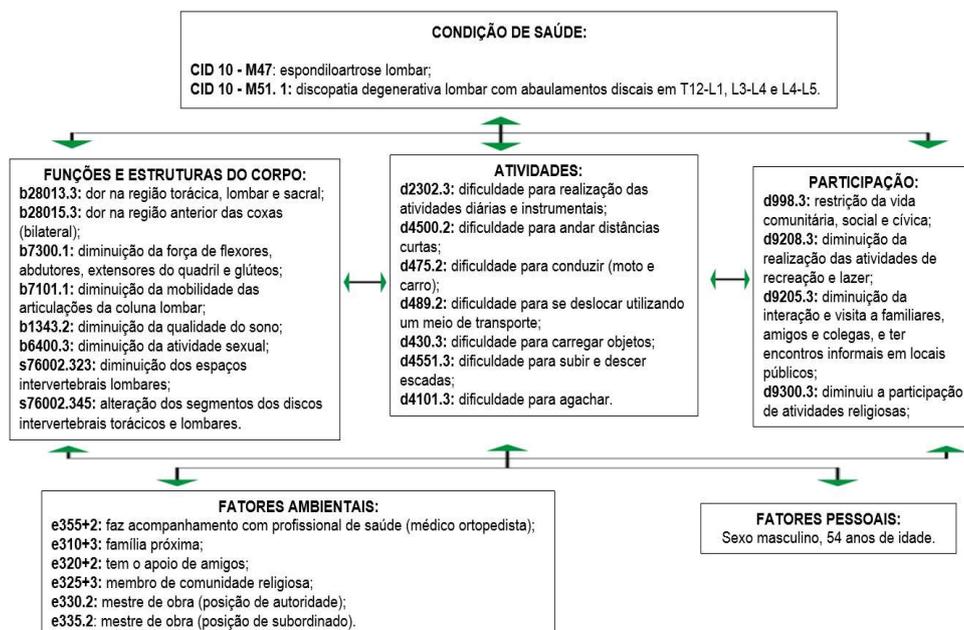
As características clínicas encontradas no paciente foram: dor contínua na região torácica, lombar e sacral com irradiação bilateral para a face anterior das coxas; testes ortopédicos positivos: teste de Valsava, Lasegue, Lasegue cruzado, Hoover e Schober; piora da dor no movimento para flexão; presença de espasmos dos músculos paravertebrais; alteração da sensibilidade (parestésias); diminuição da força para flexores e abdutores do quadril, extensores do joelho e glúteos (grau 4 na escala MRC); diminuição da amplitude de movimento da coluna lombar; postura antálgica; dificuldade para realizar atividades de vida diária e instrumental; e fazia uso de anti-inflamatórios, analgésicos e relaxantes musculares.

O participante foi avaliado e tratado na Clínica Escola da Faculdade Adventista da Bahia, em Cachoeira, na Bahia, e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O estudo obedeceu à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para estudo em seres humanos.

Após a realização da anamnese e exame físico, aplicou-se o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e o Índice de Incapacidade de Oswestry. O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) é uma ferramenta geral de avaliação da qualidade de vida, fácil de administrar e compreender. Sendo um questionário multidimensional composto por 36 itens, classificados em 8 (oito) escalas ou domínios, quais sejam: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental¹¹. O Índice de Incapacidade de Oswestry (The Oswestry Disability Index – ODI) é um instrumento doença – específico para avaliação das desordens da coluna. A escala é composta por 10 questões com seis alternativas, o valor varia de 0 a 5. A primeira pergunta avalia a intensidade da dor e outras nove avaliam o efeito da dor em atividades como cuidados pessoais, levantamento de peso, caminhar, sentar, ficar em pé, dormir, em sua vida sexual, social e locomoção¹².

Utilizou-se também o sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pensando numa avaliação biopsicossocial do paciente¹³.

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF. Avaliação inicial:



Fonte: Dados do estudo adaptado do modelo da CIF, OMS 2008.

Na classificação do paciente em subgrupos através do TBC¹, inicialmente o paciente passou pela triagem para determinação da abordagem de gestão mais apropriada. Por apresentar baixo estado de risco psicossocial com dor predominante na perna e comorbidades médicas menores ou controladas, foi decidido pelo gerenciamento de reabilitação. Em seguida foi determinada a abordagem de reabilitação mais apropriada. O estágio do paciente se concentrava na modulação de sintomas, devido a apresentação de deficiência alta, status de sintomas voláteis e dor de alta a moderada. A partir disso, o paciente passou para a classificação de subgrupos de tratamentos: exercícios de preferência direcional; manipulação/mobilização; tração; e estabilização.

Devido aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, ele foi classificado no subgrupo para exercícios de preferência direcional para extensão. Isso por apresentar sintomas que centralizavam com extensão lombar e periferizavam com a flexão e preferência direcional para extensão (decúbito dorsal).

O tratamento foi dividido em 15 atendimentos, sendo duas sessões semanais. Na primeira fase, com o objetivo terapêutico de alívio dos sintomas, foi realizado: eletroterapia (Neuroestimulação Elétrica Transcutânea – TENS e Corrente Interferencial¹⁴; liberação miofascial toracolombossacra¹⁵; mobilização da coluna com o movimento da perna³; exercícios de preferência direcional para extensão¹; e educação em dor¹⁰.

Na segunda fase, que visa o alívio dos sintomas e o retorno rápido às funções, realizaram-se as seguintes condutas: liberação miofascial toracolombossacra; manipulação articular torácica; alongamento do quadrado lombar e da musculatura de MMII¹⁵; mobilização da coluna com o movimento da perna³; exercícios de preferência direcional para extensão¹; e educação em dor¹⁰.

Na terceira fase, que teve como objetivo retorno às atividades de alta demanda física e prevenção das recidivas da DL, foi realizado: alongamento do quadrado lombar e da musculatura de MMII; treino resistido para flexores, abdutores, rotadores internos e externos do quadril; treino resistido para extensores do joelho^{15- 16}

¹⁶; educação em dor¹⁰; exercícios aeróbicos¹⁶; e exercícios de preferência direcional para extensão¹.

Os exercícios de preferência direcional para extensão foram incluídos em todas as fases do tratamento e foram realizados em todas as sessões. O paciente recebeu todas as orientações necessárias para realizá-los em casa.

RESULTADOS

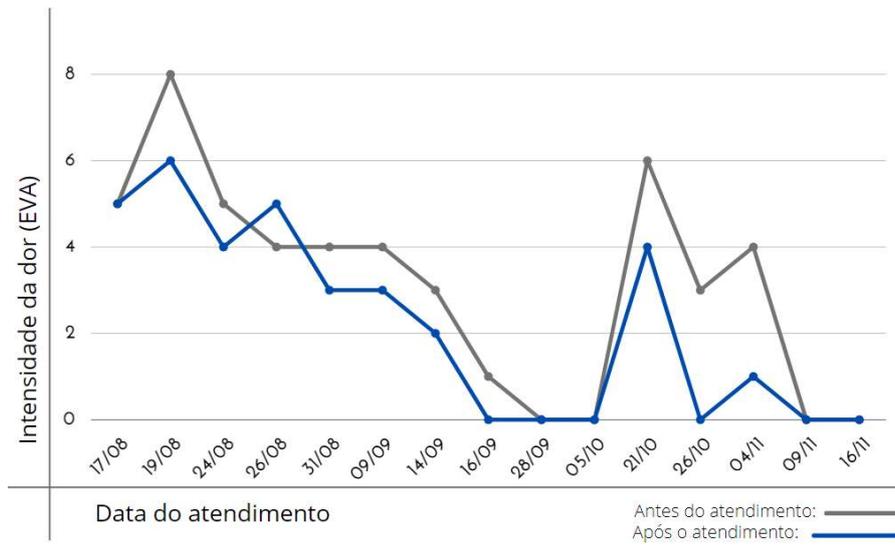
Tabela 1 – Descrição dos resultados antes e após as intervenções.

Variáveis	Inicial	Final	Diferença (%)
Força (MRC)			
Flexores do quadril	4	5	20%
Extensores do joelho	4	5	20%
Abdutores do quadril	4	5	20%
Glúteos	4	5	20%
Dor (EVA)	8	0	-100%
ADM (coluna lombar)			
Flexão	78°	93°	19,23%
Extensão	25°	35°	40%
Inclinação lateral direita	20°	36°	80%
Inclinação lateral esquerda	30°	40°	33,3%
Rotação para direita	20°	35°	75%
Rotação para esquerda	18°	32°	77,7%
Teste de Schober	13 cm	16 cm	23,07%

Fonte: dados da pesquisa.

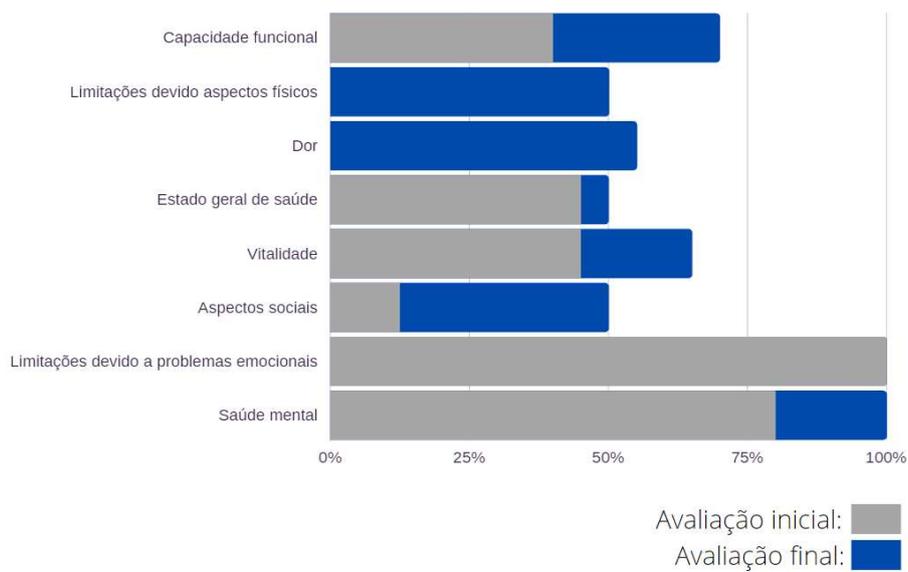
MRC: Medical Reserach Council; **ADM:** amplitude de movimento; **EVA:** escala visual analógica;

Figura 2 – Avaliação da intensidade da dor através da EVA de antes e após os atendimentos/intervenções.



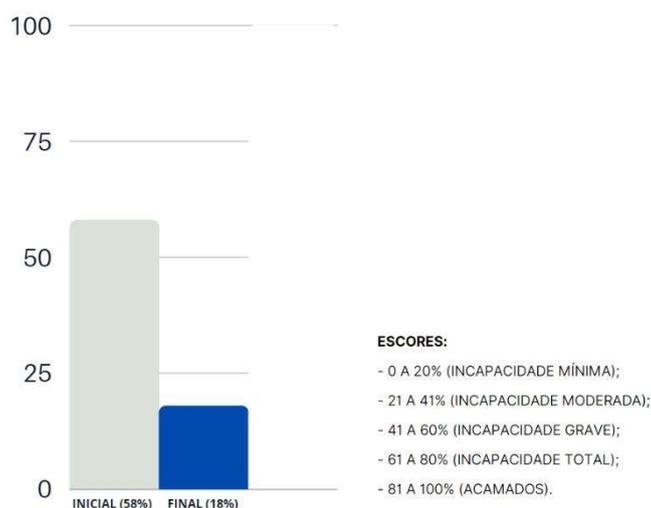
Fonte: dados da pesquisa.

Figura 3 – Avaliação da qualidade de vida pelo SF-36 inicial e final.



Fonte: dados da pesquisa.

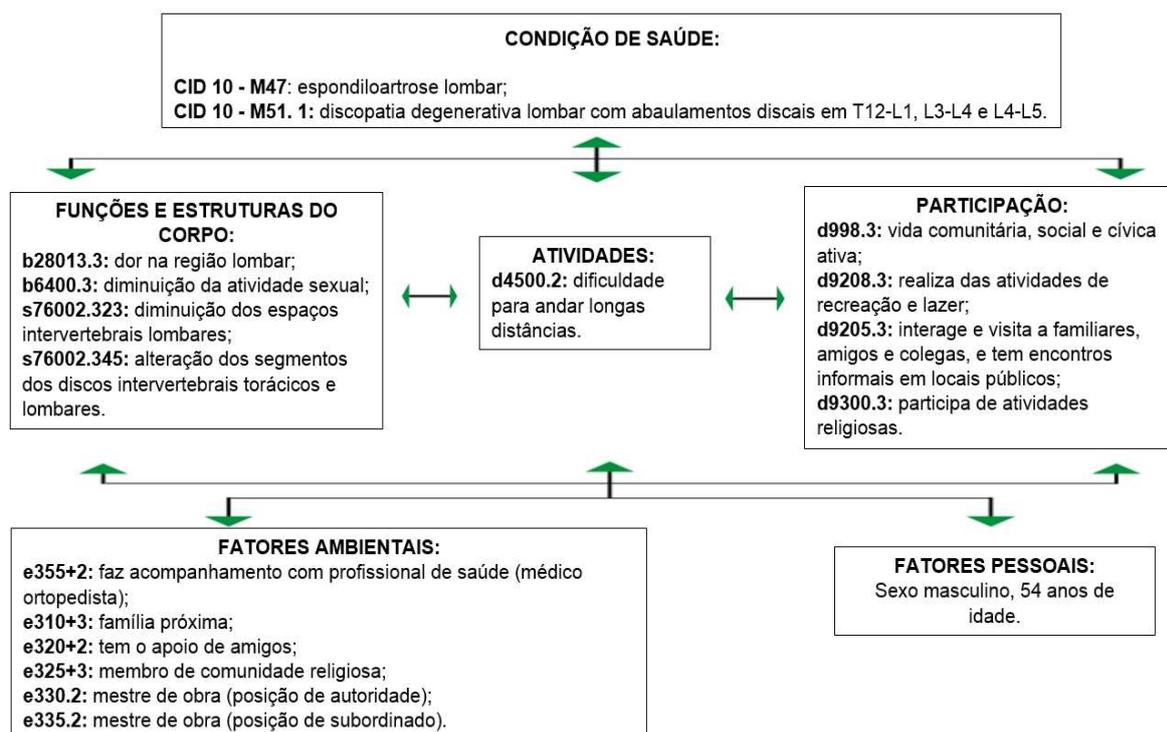
Figura 4 – Avaliação inicial e final pelo Índice de Incapacidade de Oswestry.



Fonte: dados da pesquisa.

Obs.: valores mais próximos de 0% representam menor incapacidade.

Figura 5 – Interação entre os componentes da CIF. Avaliação final:



Fonte: Dados do estudo adaptado do modelo da CIF, OMS 2008.

DISCUSSÃO

Diversos estudos têm mostrado a eficácia de variadas técnicas na melhora da dor, capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com DL, como técnicas de terapia manual, eletroterapia, exercício físico, entre outras². Entretanto, apesar da abundância de pesquisas sobre

DL, os ensaios clínicos não forneceram evidências conclusivas que apoiem a superioridade de qualquer intervenção específica^{1,17-18}.

Esse fato é atribuído ao que é realizado na maioria dos ensaios clínicos que incluem a aplicação de uma única intervenção a um grupo heterogêneo de pacientes com DL. Essa heterogeneidade, combinada com amplos critérios de inclusão, tende a diminuir o efeito do tratamento¹⁷⁻¹⁸. Uma sugestão para melhorar o efeito do tratamento de pacientes com DL, estes devem ser classificados em subgrupos homogêneos e pareados para um tratamento específico conforme sinais, sintomas e nível de deficiência apresentado¹.

As abordagens de tratamento compatíveis com subgrupos mostraram resultados melhores em comparação com métodos alternativos não compatíveis^{1,17}, corroborando com os resultados deste estudo que encontrou melhora da dor, da incapacidade funcional e da qualidade de vida, além da força e da ADM, de um paciente com DL. Resultados que demonstram a importância da tomada de decisão clínica conforme os melhores métodos disponíveis para o tratamento da DL.

A CIF é um parâmetro importante de avaliação e reavaliação dos pacientes, já que os casos podem ser reclassificados¹³. A utilização da CIF teve como objetivo somar as escalas de avaliação que foram utilizadas neste paciente com DL, sendo uma ferramenta de descrição e compreensão sistematizada da avaliação e da reavaliação do paciente. Através da classificação do paciente com a CIF, pode ser observada uma melhora dos aspectos biopsicossociais após as intervenções. Em se tratando da espondiloartrose, uma revisão sistemática da Cochrane, publicada em 2019, mostrou que há apenas evidências de boa a baixa qualidade de que programas de exercícios podem ou não ter um efeito na melhora da função e redução da dor em pacientes com espondilite anquilosante. Não há, portanto, uma certeza de que os programas de exercícios de mobilidade espinal reduzem a fadiga ou induzem efeitos indesejáveis nesses pacientes¹⁹. Essas incertezas sobre programas de exercícios para pacientes com espondiloartrose podem ter contribuído para o agravamento da intensidade da dor do paciente durante o tratamento, além de recorrências conhecidas de DL.

A educação em dor é considerada um dos pilares do tratamento de pacientes com dor crônica¹⁰. Uma revisão sistemática de intervenções multidisciplinares para dor crônica mostrou que a educação no ambiente de intervenção parece dar bons resultados. Tópicos sobre a atividade física e estratégias cognitivo-comportamentais foram os mais utilizados. A maioria dos estudos incluídos ofereceu material escrito e lição de casa para os participantes revisarem o conteúdo, de acordo com sua preferência¹⁰. Todas essas estratégias de educação em dor foram incluídas em todos os atendimentos deste paciente.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste caso clínico, constatou-se que uma abordagem ²⁰

personalizada de TBC para o paciente com DL conduziu a resultados eficazes na redução da dor, incapacitação funcional e melhoria na qualidade de vida. Contudo, os dados precisam ser validados por meio de estudos com amostras representativas. Vale destacar que essa técnica é de baixo custo, apresenta baixo risco de complicações e pode ser considerada uma alternativa viável às intervenções cirúrgicas. Em resumo, uma abordagem terapêutica com embasamento científico para a gestão da DL é altamente significativa no contexto clínico.

REFERÊNCIAS

1. Alrwaily M, Timko M, Schneider M, Stevans J, Bise C, Hariharan K, Delitto A. Treatment-Based Classification System for Low Back Pain: Revision and Update. *Physical Therapy*. 2016;96(7):1057–1066. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article/96/7/1057/2864925>. Acesso em: 05 nov. 2021.
2. Singh V, Malik M, Kaur J, Kulandaivelan S, Punia S. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of physiotherapy intervention in management of lumbar prolapsed intervertebral disc. *Int J Health Sci*. 2021;15(2):49-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7934127/> Acesso em: 05 nov. 2021.
3. Satpute K, Hall T, Bisen R, Lokhande P. The Effect of Spinal Mobilization With Leg Movement in Patients With Lumbar Radiculopathy-A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(5):828-836. Disponível em: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(18\)31509-0/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(18)31509-0/fulltext). Acesso em: 05 nov. 2021.
4. Zdrodowska B, Leszczyńska-Filus M, Leszczyński R, Błaszczuk J. The influence of laser therapy on selected functional parameters of patients with spondyloarthrosis of the lower section of the spine. *Pol Merkur Lekarski*. 2014;36(212):101-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24720105/> Acesso em: 05 nov. 2021.
5. Batur EB, Karataş GK. Do postural changes affect balance in patients with ankylosing spondylitis? *J Rehabil Med*. 2017;49(5):437-440. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2230> Acesso em: 05 nov. 2021.
6. Sahrman S. Diagnosis and treatment of movement impairment syndromes. Elsevier Health Sciences. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1413355517303660?via%3Dihub>. Acesso em: 05 nov. 2021.
7. O’Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Manual therapy*. 2005;10(4):242-255. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1356689X05001104?via%3Dihub>. Acesso em: 05 nov. 2021.
8. Delitto A, Erhard RE, Bowling RW. A treatment-based classification approach to low back syndrome: identifying and staging patients for conservative treatment. *Physical therapy*. 1995;75(6):470-485. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/75/6/470/2632889?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 05 nov. 2021.

9. Fritz JM, Cleland JA, Childs JD. Subgrouping patients with low back pain: evolution of a classification approach to physical therapy. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2007;37(6):290-302. Disponível em: https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2007.2498?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 05 nov. 2021.
10. Joypaul S, Kelly F, McMillan SS, King MA. Multi-disciplinary interventions for chronic pain involving education: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223306. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6774525/>. Acesso em: 05 nov. 2021.
11. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. bras. reumatol.* 1999;39(3):143-50. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&scr=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=296502&indexSearch=ID>. Acesso em: 05 nov. 2021.
12. Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine*. 2007;15;32(4):481-6. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2007/02150/Development_of_a_Brazilian_Portuguese_Version_of.16.aspx. Acesso em: 05 nov. 2021.
13. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP. 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111&isAllowed=y. Acesso em: 05 nov. 2021.
14. Pereira DSL. *Eletrotermofototerapia*. 1 ed. Rio de Janeiro: SESES; 2017. 136 p.
15. Kisner C, Colby LA. *Exercícios Terapêuticos, fundamentos e técnicas*. 6 ed. Barueri – SP: Manole; 2016. 1058 p.
16. Wewege MA, Booth J, Parmenter BJ. Aerobic vs. resistance exercise for chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2018;31(5):889-899. doi: 10.3233/BMR-170920. PMID: 29889056.
17. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med*. 2005;142:765–775. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00013?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 05 nov. 2021.
18. Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med*. 2005;142:776–785. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00014?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 05 nov. 2021.
19. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, et al. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized

controlled trial. Eur J Pain [internet]. 2013;17:916–928. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796866/>. Acesso em: 05 nov. 2021.