

Intervenção para Modificar Crenças e Atitudes dos Terapeutas na Melhora Clínica dos Pacientes com Lombalgia

Bernardo Barbosa Vilar^{1*}, Vinicius Cunha de Oliveira²

RESUMO

Introdução: O efeito das intervenções para modificar crenças e atitudes dos terapeutas em pacientes com dor lombar não específica ainda é desconhecida. **Objetivo:** Investigar o efeito das intervenções para modificar as crenças e atitudes dos terapeutas na melhora clínica dos pacientes com dor lombar. **Metodologia:** Buscas realizadas nas bases de dados: MEDLINE, PsycINFO, PEDro, Cochrane e AMED e estudos clínicos aleatorizados ou quase aleatorizados investigando o efeito de intervenções para modificar crenças e atitudes dos terapeutas na melhora clínica de pacientes com dor lombar foram incluídos. Qualidade dos estudos incluídos foi avaliada pela escala PEDro. Os desfechos clínicos de interesse foram dor e incapacidade. Quando houve homogeneidade suficiente, meta-análise foi realizada, e as estimativas foram reportadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%). GRADE resumiu a força da recomendação para cada desfecho analisado. **Resultados:** Dois artigos de baixa qualidade (PEDro < 5) foram incluídos de um total de 2809 levantados através das estratégias de buscas. Meta-análise revelou *very low quality evidence* que a intervenção não tem efeito na incapacidade em curto prazo (tamanho de efeito de 1,8 pontos em uma escala de 100 pontos; IC95%: -7,3 a 3,7). Análises reportadas por estudos individuais também demonstraram que essas intervenções não são eficazes na incapacidade a médio prazo (*mean difference*: -4,2; -13,4 a 5,0) e na dor a curto (0,0; -9,7 a 9,7), e a médio prazo (-9,1; -18,9 a 0,7). **Conclusão:** As intervenções para modificar as crenças e atitudes dos terapeutas em relação à melhora clínica na dor lombar não são efetivas.

Palavras chave: Assistência ao Paciente. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Dor lombar.

ABSTRACT

Introduction: The effect of interventions to change therapists' beliefs and attitudes in patients with low back pain is still unknown. **Objective:** To investigate effectiveness of behavior therapy for therapists' beliefs and attitudes on clinical outcomes of patients with non-specific low back pain. **Methodology:** Systematic review looking for randomized controlled trials and controlled trials evaluating behavior therapy for therapists on pain and disability of patients with low back pain was performed in: MEDLINE, PsycINFO, PEDro, Cochrane and AMED. The PEDro scale was used to assess methodological quality of included trials. Analysis were conducted for short (post-intervention) and intermediate (at least 6 months after baseline) term follow-ups. Data were pooled where trials were sufficiently homogeneous and reported as weighted mean difference with 95% confidence intervals on 100-point scale. GRADE system summarized strength of recommendation for each outcome. **Results:** The search identified 2809 titles and two controlled trials (PEDro < 5) were included. Behavior therapy for therapists was not effective for improving disability of patients with low back pain. The weighted mean difference was 1.8 points on 100-point scale (95%CI: -7.3 to 3.7) at short-term follow-up. Individual trials also showed that there is no effect on disability at intermediate-term follow-up (-4.2; -13.4 to 5.0) and on pain at short (0.0; -9.7 to 9.7) and intermediate term follow-ups (-9.1; -18.9 to 0.7). **Conclusion:** Behavior therapy for therapists' attitudes is not effective on clinical outcomes of patients with low back pain and this results challenge the endorsement of these educational programs for therapists treating low back pain.

Keywords: Patient Care. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Low back pain.

¹ Especialista em Terapia Manual pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas.

² Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

* Autor correspondente:
E-mail: bernardovilar@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente a dor lombar não específica (DL) é uma das condições clínicas mais incapacitantes e onerosas. Estimativa aponta custos com a DL de 19,8 bilhões de dólares somente nos EUA⁽¹⁾. Na população adulta dos países desenvolvidos estima-se que a prevalência dessa condição clínica chegue a 65% em um ano, e até 84% da população será acometida em algum momento da vida⁽²⁾.

Os fatores de risco e prognósticos para DL envolvem, entre outros, crenças e atitudes⁽³⁾. Crenças podem ser consideradas como a afirmação do sentido ou de uma convicção íntima que se traduzem em ideias, ideologias ou doutrinas de um grupo de pessoas⁽⁴⁾. Atitudes são as ações e reações favoráveis ou desfavoráveis em relação à saúde, porém em outros aspectos podem ser em relação a objetos, pessoas, situações ou qualquer outro aspecto do mundo⁽⁵⁾. O prognóstico para DL é menos favorável para pessoas que se consideram, por exemplo, possuir dor persistente e baixa habilidade de controlar a condição⁽⁶⁾.

Literatura reporta efeitos modestos das intervenções focando aspectos psicossociais para dor lombar⁽⁷⁾. No entanto, a evidência falha em ajustar os efeitos encontrados para barreiras causadas pelas crenças e atitudes dos terapeutas durante a intervenção. Incapacidade de identificar fatores psicossociais em pacientes e atitudes não condizentes com proposta da intervenção influencia negativamente a efetividade de intervenções focando aspectos psicossociais para DL⁽⁸⁾. Aproximadamente 30% dos médicos e fisioterapeutas apresentam atitudes suportando *fear-avoidance*, tais como dor como pré-requisito para retorno ao trabalho e conselho para evitar movimentos que causam dor⁽⁹⁻¹⁰⁾. Mesmo existindo guidelines para DL, terapeutas tomam decisão clínica para DL considerando suas crenças⁽¹¹⁾, e essas podem ser barreiras que expliquem os efeitos modestos das intervenções focando aspectos psicossociais.

Todas essas evidências demonstram que mesmo sendo apontada a importância de alterar crenças e atitudes para melhora clínica de pacientes com DL, as crenças e atitudes dos terapeutas podem ser barreiras na efetividade dessas intervenções psicossociais⁽¹²⁾. Apesar da evidência sugerir influência das crenças e atitudes dos terapeutas na melhora clínica dos pacientes com DL^(8, 12) o efeito das intervenções para modificar crenças e atitudes

dos terapeutas nos desfechos clínicos dos pacientes ainda é pouco investigado e não oferece evidência clínica. As intervenções psicossociais para modificar crenças e atitudes dos terapeutas são aperfeiçoamentos teóricos e/ou práticos feitos pelos profissionais de saúde a fim de maximizar comportamento adequado durante interação com pacientes em condições como dor lombar⁽¹³⁾. Por exemplo, maximizar comportamentos dos terapeutas para evitar influencia negativa das suas crenças e atitudes nos pacientes com dor lombar como o aumento da catastrofização⁽¹³⁾.

O objetivo do presente estudo é, portanto realizar uma revisão sistemática para verificar a eficiência das intervenções para modificar atitudes e crenças dos terapeutas nos desfechos clínicos de pacientes com DL.

METODOLOGIA

Buscas otimizadas foram realizadas nas bases de dados: MEDLINE, PsycINFO, PEDro, Cochrane Central e AMED com estratégia de busca sugerida pela Cochrane para investigação da eficácia de intervenções na DL utilizando as palavras chaves: *attitudes, fear-avoidance, catastrophising, behaviour, health locus of control e beliefs*. Buscas consideraram desde os estudos mais antigos disponíveis nas bases de dados até 29 de maio 2011 sem restrição de língua (Apendice 1).

Critérios de elegibilidade

Pacientes

Estudos foram incluídos se investigaram pacientes com dor lombar não específica. Estudos incluindo participantes com causas específicas de dor lombar: tumor, cauda equina, artrite reumatoide, osteoporose, fratura, ciática ou mulheres no período gestacional foram excluídos⁽¹⁴⁾. Estudos com pacientes apresentando problemas mentais também foram excluídos devido à diferente interação entre paciente e terapeuta.

Tipo de estudo, intervenções e desfechos clínicos de interesse

Foram incluídos estudos clínicos reportando intervenções psicossociais realizadas com objetivos explicitamente reportados de modificar crenças e/ou atitudes dos terapeutas. Os desfechos clínicos de interesse para o estudo foram se as intervenções psicossociais para terapeutas teriam efeito na intensidade da dor lombar e na incapacidade dos pacientes com dor lombar.

Inclusão e avaliação metodológica dos estudos

Dois avaliadores independentes avaliaram os estudos seguindo os critérios de elegibilidade acima. Escala PEDro foi utilizada para avaliar qualidade metodológica dos estudos incluídos⁽¹⁵⁾.

Extração dos dados

Foram extraídos: características dos participantes (idade, sexo, tamanho da amostra, local onde foram coletados e duração do episódio); e médias e desvio padrão dos desfechos clínicos de interesse (dor e incapacidade). Caso estudo não reportasse todas as informações, estimativas foram feitas de acordo com Cochrane Handbook para revisões sistemáticas⁽¹⁶⁾. Intensidade da dor lombar e incapacidade dos pacientes referente a dor lombar foram extraídos dos estudos selecionados e foram analisados os efeitos das intervenções psicossociais para terapeutas nesses desfechos a curto e a médio prazo. Para estudos reportando mais acompanhamentos, efeito em curto prazo foi considerado o acompanhamento mais próximo do fim da intervenção enquanto para efeito em médio prazo foi considerado o acompanhamento mais próximo de seis meses após a avaliação inicial. Dor e incapacidade foram transformadas para uma escala comum de 0 até 100 para facilitar interpretação dos dados.

Análise

Média e desvio padrão dos estudos individuais foram analisados após intervenção e, quando houve homogeneidade suficiente, meta-análise foi realizada. *Pooled data* e intervalo de confiança de 95% foram reportados. *Pooled data* foi calculado usando *fixed-effect models* quando I^2 menor que 50% e *random-effect models* quando I^2 maior ou igual 50%⁽¹⁶⁾.

Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation system (GRADE) foi usado para sumarizar a força da recomendação para cada desfecho analisado (tab. 1)⁽¹⁷⁾. Força da recomendação começou a partir de qualidade moderada, uma vez que baixo número de estudos encontrados não possibilitou investigação de *publication bias*⁽¹⁷⁾. A força de recomendação foi rebaixada um nível para cada um dos seguintes critérios: 1-baixa qualidade metodológica (PEDro <5); 2-inconsistência dos resultados; pacientes sendo incluídos por ausência de patologias sérias a partir de exames complementares (ex: ressonância magnética) e imprecisão (<300 pacientes por desfecho)⁽⁷⁾.

Box 1. GRADE levels (Nível de Evidência)

Alta Qualidade: Muito improvável que uma nova pesquisa altere a fidedignidade do efeito estimado

Média Qualidade: Provavelmente uma nova pesquisa terá um importante impacto na fidedignidade do efeito estimado, e pode até alterar o efeito estimado;

Baixa Qualidade: Muito provavelmente uma nova pesquisa terá um importante impacto na fidedignidade do efeito estimado e provavelmente o efeito estimado irá mudar.

Muito baixa qualidade: Não é possível estar certo em relação ao efeito estimado.

RESULTADOS

Após a pesquisa ser realizada nas bases de dados, um total de 2809 artigos foram encontrados. Desse total, 87 artigos foram selecionados após avaliarmos títulos e resumos, e apenas dois artigos⁽¹⁹⁻²⁰⁾ foram incluídos (fig. 1).

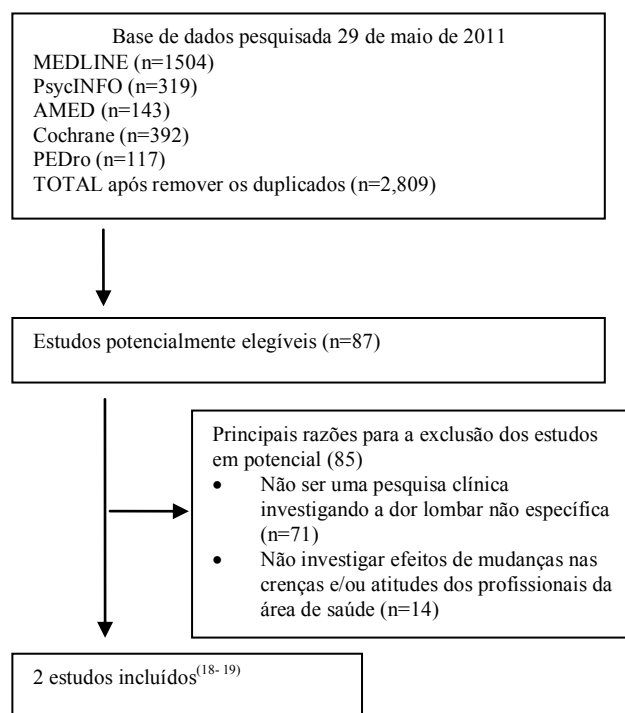


Figura 1. Estratégia busca e processo de exclusão

Tabela 1. Características dos estudos incluídos

| Tipo do Estudo | Participantes | Intervenção | Desfechos clínicos de interesse e avaliação posterior (follow-up) | Pontuação PEDro (0-10) |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Cherkin et al. ⁽¹⁸⁾ Cohort | <p>n = 305 Idade (DP) = 41.5 a (N/A) int; e 40.0 (N/A) con Gênero, n(%Homens) = 192 (63) Duração = Agudo Fonte = Pacientes de um grupo de saúde da cooperativa <i>Puget Sound</i> da periferia de Seattle, EUA</p> <p>Profissionais da área da saúde N = 29 Idade (DP) = (N/A) Gênero, n(%Homens) = (76) Fonte = Clínicos de um grupo de saúde da cooperativa <i>Puget Sound</i> da periferia de Seattle, EUA</p> | <p>Int = 3 sessões didáticas para aumentar o conforto e a confiança do clínico na conduta da dor lombar, e encorajado a fornecer alguma informação adicional e reassumir a confiança, diminuir a solicitação de exames radiográficos desnecessários e também a diminuir prescrição de repouso.</p> <p>Con = Antes da intervenção, e foram solicitados a trabalhar como estavam acostumados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dor (Porcentagem: sem mudança/ pior ou um pouco melhor/Muito melhor ou melhor/completamente curado) • Incapacidade (RMDQ – amplitude de 0 a 23) • <i>Follow-up</i> = dados iniciais e 2-4 sem | 4 |
| Faber et al. ⁽¹⁹⁾ CT | <p>n = 112 Idade (DP) = 42 a (11.0) int; e 42 (9.3) Con Gênero, n (%Homens) = 88 (75) Duração = no mínimo 6 semanas Fonte = Pacientes com dor lombar não específica vindo da atenção primária de Zuid, Holanda.</p> <p>Profissionais da área da saúde n= 96 Idade (DP) = (N/A) Gênero= N/A Fonte = Clínicos Gerais ou Terapeutas ocupacionais em duas regiões de Zuid, Holanda.</p> | <p>Int = 4hs de treinamento para trabalhar em conjunto com um protocolo derivado de um <i>guidelines</i> para o tratamento de pacientes com dor lombar</p> <p>Con = Solicitados a trabalhar com os procedimentos que estavam acostumados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pain (VAS- range 0 to 100) • Incapacidade (RMDQ - amplitude 0 to 23) • <i>Follow up</i> = dados iniciais, 3 e 6 mes | 5 |

CT: estudo controlado; DP: desvio padrão; a: anos; hs: horas; N/A: Não avaliado; sem: semanas depois da coleta dos dados iniciais; mes: meses depois da coleta dos dados iniciais; Int: grupo da intervenção; Con: grupo controle

Dor: EVA- Escala Visual Analógica (incluindo media de dor nas últimas 24hs; altas pontuações pior a dor);

Incapacidade: RMDQ- Roland Morris Disability Questionnaire (0 = nenhuma incapacidade e 23 = piores incapacidades)

Os dois estudos incluídos compararam intervenção realizada para aumentar a confiança dos terapeutas em relação a sua conduta, diminuir a prescrição de repouso e exames complementares com o grupo controle (tab. 1). No estudo de Cherkin *et al.*⁽¹⁹⁾ os terapeutas (médicos) assistiram a 3 sessões didáticas para aumentar a confiança e o conforto na conduta em relação a DL, encorajar a fornecer alguma informação adicional e restabelecer a confiança, diminuir o número de solicitações radiográficas desnecessárias, e a diminuir a prescrição de repouso. No estudo de Faber *et al.*⁽²⁰⁾ os terapeutas (médicos) que realizaram a intervenção foram instruídos em um curso de 4 horas a trabalhar em conjunto de acordo com os *guidelines* para DL. A qualidade metodológica foi em média 4,5/10. Nenhum dos estudos reportou alocação aleatória, ou cegaram pacientes e terapeutas. Um estudo não reportou a intenção de tratar⁽¹⁹⁾. O baixo número de artigos incluídos foram de baixa qualidade metodológica.

Eficiência das intervenções para modificar crenças e atitudes dos terapeutas

Aplicação da meta-análise foi possível para investigar efeito em curto prazo na incapacidade. *Very low quality evidence* mostrou que intervenção para modificar atitudes dos terapeutas não tem efeito na incapacidade em curto prazo (tamanho de efeito de 1,8 pontos em uma escala de 100 pontos; 95%CI: -7,3 a 3,7) (fig. 2).

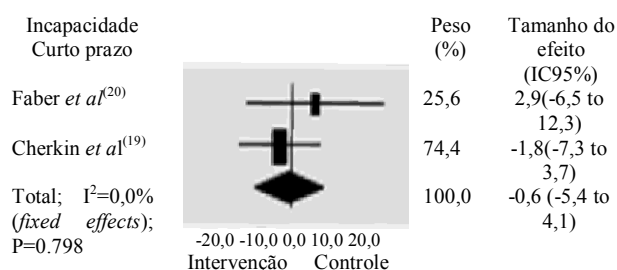


Figura 2. Meta-análise intervenção versus controle

Estudos individuais também mostraram *very low quality evidence* que intervenção não tem efeito na incapacidade em médio prazo, e na dor em curto e médio prazo ($p>0,05$) (tab. 2).

DISCUSSÃO

Fatores psicossociais como crenças e atitudes dos pacientes e dos terapeutas influenciam na evolução clínica da DL^(6, 12-13). Comportamento dos terapeutas podem alterar crenças e atitudes dos pacientes com DL e ter influencia negativa no prognostico dessa condição.

Tabela 2. Tamanho dos efeitos para estudos individuais

| Acompanhamento Desfecho clínico | Estudo Follow-up | N | Tamanho do efeito (95%CI) |
|---------------------------------|---------------------------------------|-----|---------------------------|
| Curto prazo | | | |
| Dor | Cherkin <i>et al.</i> ⁽¹⁸⁾ | 305 | $p>0,05$ |
| | Faber <i>et al.</i> ⁽¹⁹⁾ | 103 | 0,0 (-9,7 to 9,7) |
| Médio prazo | | | |
| Dor | Faber <i>et al.</i> ⁽¹⁹⁾ | 103 | -9,1 (-18,9 to 0,7) |
| Incapacidade | Faber <i>et al.</i> ⁽¹⁹⁾ | 103 | -4,2 (-13,4 to 5,0) |

Tamanho do Efeito: escala 0-100 (efeitos negativos favorecem a Intervenção)

Intervenções psicossociais para terapeutas visando maximizar comportamento adequado durante interação com pacientes podem ser eficazes na melhora clínica dos pacientes com DL, porém, *Very low quality evidence* revelou que não há efeito dessas intervenções na incapacidade e na intensidade da dor nos paciente com DL.

Estudos têm demonstrado que os terapeutas que aconselham pacientes com DL a evitar o trabalho e a restringir as atividades de vida diária possuem um alto *fear-avoidance beliefs*^(9, 21-22). Literatura levanta que essas crenças e atitudes dos terapeutas associam-se com piores prognósticos em pacientes com DL^(6, 12-13).

No entanto, estudos clínicos controlados devem comprovar se modificação das crenças e atitudes dos terapeutas traduz em melhora clínica dos pacientes, dessa forma, sustentando os custos com tais intervenções.

Essa foi a primeira revisão sistemática que aborda o tema em questão, incluindo

estudo reportando claramente o objetivo de investigar o resultado das intervenções para modificar crenças e atitudes dos terapeutas. Porém, baixa qualidade da evidência reportada (GRADE)⁽¹⁷⁾ e problemas metodológicos⁽¹⁵⁾ dos estudos incluídos, como por exemplo, falta de cegamento e aleatorização são limitações do presente estudo e sustenta futuras investigações.

Futuras investigações devem investigar a possível influencia da ausência de questionários válidos para mensurar crenças e atitudes dos terapeutas e o treinamento apenas com bases teóricas nos resultados encontrados. Além disso, outros fatores presentes nos estudos incluídos⁽¹⁹⁻²⁰⁾ que podem ter influenciado no resultado e merecem mais investigações são: pouco tempo de treinamento dos terapeutas; possível falta de aderência à proposta da intervenção. Assim, consideramos válida maiores investigações através de estudos clínicos aleatorizados e instrumentos validados para afirmar a real importância de tais intervenções, e a influência dos fatores citados acima na ausência do efeito esperado.

CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão sistemática sugerem que as intervenções psicossociais para aperfeiçoar comportamento dos terapeutas durante interação com pacientes com DL não são efetivas. No entanto, o número reduzido de artigos incluídos e a baixa qualidade metodológica dos mesmos impedem a completa afirmação de tal ineficácia

REFERÊNCIAS

1. 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 Jan-Feb;8(1):8-20.
2. Costa Lda C, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Herbert RD, Refshauge KM Henschke N. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ* 2009Oct;339:b3829.

3. Secer M, Nacar OA, Muradov MJ, Altintoprak F, Kabali B, Senol Z, Umarov KA. Nonspecific low back pain in a group of young adult men. *Turk Neurosurg* 2011;21(2):135-9.
4. Fowler JW. 150^o American Psychiatric Association Conference. Philadelphia, 1994.
5. Drucker C. Religiosidade, Crenças e Atitudes em Idosos Deprimidos. [Dissertação]. Campinas; 2005.
6. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain* 2010Mar;148(3):398-406.
7. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, Main CJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010(7):CD002014.
8. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Blankenstein AH, Bouter LM, Stalman WA. Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain? *Pain* 2005Dec;118(3):350-9.
9. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil* 2002Dec;12(4):223-32.
10. Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain* 2008Mar;135(1-2):187-95.
11. Corbett M, Foster N, Ong BN. GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations for low back pain. *Fam Pract* 2009Oct;26(5):359-64.
12. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010Apr;24(2):205-17.
13. Overmeer T, Boersma K, Main CJ, Linton SJ. Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after biopsychosocially orientated university course? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009Aug;15:724-32.
14. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis & Rheumatism* 2009Oct;60(10):3072-80.

15. Macedo LG, Elkins MR, Maher CG, Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C. There was evidence of convergent and construct validity of Physiotherapy Evidence Database quality scale for physiotherapy trials. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010Aug;63(8):920-5.
16. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.1, 2008.
17. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S *et al.* Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004Jun;328(7454):1490.
18. Ioannidis JP, Trikalinos TA. The appropriateness of asymmetry tests for publication bias in meta-analyses: a large survey. *CMAJ* 2007Apr;176(8):1091-6.
19. Cherkin D, Deyo RA, Berg AO. Evaluation of a physician education intervention to improve primary care for low-back pain. II. Impact on patients. *Spine* 1991 Oct;16(10):1173-8.
20. Faber E, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Nauta AP, Hulshof CT, Overzier PM, Miedema HS, Koes BW. In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. *Journal of Clinical Epidemiology* 2005Jan;58(1):75-82.
21. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudreau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain* 2006Oct;124(3):330-7.
22. Poiraudreau S, Rannou F, Le Henanff A, Coudeyre E, Rozenberg S, Huas D, Martineau C, Jolivet-Landreau I, Revel M, Ravaud P. Outcome of subacute low back pain: influence of patients' and rheumatologists' characteristics. *Rheumatology (Oxford)* 2006Dec;45(6):718-23.