

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA – ESEF

PERFIL DOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS AO PROJETO DE
EXTENSÃO “GRUPO DE COLUNA” EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE - RS

Luís Fernando de Quadros Nonnenmacher

Porto Alegre

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA – ESEF

PERFIL DOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS AO PROJETO DE
EXTENSÃO “GRUPO DE COLUNA” EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE - RS

Luís Fernando de Quadros Nonnenmacher

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharelado em Educação Física.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Adriane Vieira

Porto Alegre

2011

LUÍS FERNANDO DE QUADROS NONNENMACHER

PERFIL DOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS AO PROJETO DE
EXTENSÃO “GRUPO DE COLUNA” EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE - RS

Conceito final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Cláudia Tarragô Candotti – UFRGS

Orientadora – Prof^a. Dra. Adriane Vieira – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que estiveram comigo durante toda a minha graduação e que me proporcionaram momentos de alegrias durante essa fase de minha vida.

Quero agradecer especialmente meus pais, por terem me dado o apoio, ajuda, carinho e amor que me dão até hoje e eternamente continuarão a dar. Aos meus irmãos, José Antônio e Paulo Renato, que no fundo de seus corações, me apoiaram em todos os momentos e a minha irmã, Carolina, que mesmo morando longe, me deu o apoio e carinho que um irmão mais novo precisa.

A minha professora, Adriane Vieira, a querida Adri, que soube lidar com muita paciência, amor e carinho com a minha pessoa, pela excelente orientação do meu trabalho e pelo ano excepcional que tive na minha vida acadêmica.

Aos meus colegas e amigos do Grupo de Coluna Anita, Gabriela, Caroline, Márcia Patrícia e Débora, que conseguiram aturar o único homem da turma, que fizeram de mim um homem mais gentil e que contribuíram de alguma maneira ao meu trabalho, com a troca de idéias e disposição de ajudar; em especial a Patrícia, pela disposição, pela ajuda nas análises estatísticas e pelo apoio nos momentos mais difíceis, e a minha amiga Débora, que ajudou na coleta de dados, pelo companheirismo, pela paciência em escutar minhas piadas bobas, por me ajudar em dobro na monitoria da disciplina de Educação Postural e me dar apoio nos momentos mais difíceis deste trabalho.

Aos amigos que descobri durante o curso de graduação e que me acompanharam durante todo esse processo. E aos alunos do Grupo de Coluna que possibilitaram a realização do meu trabalho.

A minha namorada, Aline Taís, que soube me apoiar, me amar, ajudar nas horas difíceis e me dar alguns empurrões para seguir firme no trabalho.

Aos professores do curso de graduação, que tentaram da melhor maneira despertar o interesse pela busca do conhecimento e a realizar nossa profissão com amor.

À UFRGS, por disponibilizar espaços de aprendizado e experiências para a vida profissional e pessoal.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As dores musculoesqueléticas crônicas afetam grande parte da população mundial. O projeto de extensão *Grupo de Coluna no contexto do SUS* é um programa educativo que visa à promoção da saúde e a redução de danos gerados por dores crônicas. **OBJETIVO:** Este estudo teve por objetivo analisar o perfil dos usuários encaminhados ao projeto de extensão *Grupo de Coluna no contexto do SUS* desenvolvido na UBS/HCPA. **MÉTODOS:** A amostra foi composta por 99 voluntários com dores musculoesqueléticas crônicas com idade média de 58,3 ($\pm 11,1$), sendo 82 mulheres e 17 homens. Para coleta de dados, utilizou-se uma anamnese, a Escala Visual Analógica, o questionário de qualidade de vida *Short Form Health Survey* e o questionário de capacidade funcional *Oswestry Disability Index*. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Após o processamento dos dados, identificou-se que havia uma prevalência de mulheres, de escolaridade baixa e de aposentados e donas do lar entre os usuários avaliados. Foi também prevalente a presença de queixas algicas em duas ou três regiões corporais, com maior ocorrência de dor na região lombar. Em relação à qualidade de vida, foram identificadas médias mais baixas nos domínios *Aspectos Físicos* e *Dor* e um predomínio de indivíduos com incapacidade funcional moderada. **CONCLUSÃO:** O perfil dos usuários encaminhados ao projeto de extensão sugere que há demanda de intervenção sobre dores musculoesqueléticas em todas as regiões corporais, sendo a coluna a região mais afetada, e que a manutenção do projeto pode contribuir para que a UBS/HCPA atenda de maneira mais qualificada a essa demanda.

PALAVRAS-CHAVE: dores musculoesqueléticas; atenção básica à saúde; escola postural; qualidade de vida; capacidade funcional.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic musculoskeletal pain affects a large part of the world population. The extension project *Grupo da Coluna no contexto do SUS* in an educational program aimed to health promotion and reducing harm from chronic pain. **OBJECTIVE:** This study aimed to analyze the profile of users referred to Grupo da Coluna no contexto do SUS at UBS/HCPA. **METHODS:** The sample consisted of 99 volunteers with chronic musculoskeletal pain with a mean age of 58.3 ($\pm 11,1$), being 82 women and 17 men. For data collection, we used an interview, a visual analog scale, the quality of life questionnaire Short Form Health Survey and the functional capacity questionnaire Oswestry Disability Index. **RESULTS AND DISCUSSION:** After processing the data, we found that there was a prevalence of women, low education and retirees and housewives between users evaluated. It was also prevalent presence of pain complaints in two or three body regions, with greater occurrence of low back pain. Regarding quality of life, were identified lower means in the "Physical Aspects" and "Pain" areas and a predominance of individuals with moderate functional disability. **CONCLUSION:** The profile of users referred to the extension project suggests that there is need of intervention on musculoskeletal pain in all body regions, being the spine the most affected region, and that the maintenance of the project can contribute to the UBS/HCPA to attend more qualified this demand.

KEYWORDS: musculoskeletal pain, primary healthcare, back school, quality of life, functional capacity

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral.....	9
2.2	Objetivos específicos.....	9
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1	Unidade Básica de Saúde	10
3.2	Dores musculoesqueléticas	11
3.3	Qualidade de vida.....	13
3.4	Capacidade funcional	15
3.5	Dores musculoesqueléticas e atenção básica à saúde.....	16
3.6	Escolas Posturais	18
3.7	Projeto de extensão <i>Grupo de Coluna no contexto do SUS</i>	19
4	METODOLOGIA	20
4.1	Problema de pesquisa.....	20
4.2	Caracterização do estudo.....	20
4.3	Amostra	20
4.4	Instrumentos de pesquisa e procedimentos de coleta de dados	21
4.4.1	Anamnese e Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....	21
4.4.2	Questionário para a avaliação da qualidade de vida.....	22
4.4.3	Questionário para a avaliação da capacidade funcional	22
4.4	Análise das informações coletadas.....	23
4.5	Aspectos éticos.....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37
	ANEXO A – Anamnese	45

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	48
ANEXO C - Short Form Health Survey (SF-36)	49
ANEXO D - Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI)	54

1 INTRODUÇÃO

As dores musculoesqueléticas afetam grande parte da população. No Brasil, as doenças da coluna correspondem à primeira causa de pagamento auxílio-doença, e a terceira causa de aposentadoria por invalidez (FERREIRA; NAVEGA, 2010).

Os problemas musculoesqueléticos estão relacionados a diferentes graus de incapacidade funcional, a problemas na saúde mental e ao depreciação da qualidade de vida do indivíduo e, de acordo com Mata et al (2010), não são registrados nas Unidades Básicas de Saúde como um problema que necessita de intervenção. No entanto, esses elementos devem ser abordados e trabalhados dentro dessas Unidades, pois refletem na saúde da população.

Uma proposta que está sendo implementada, por pesquisadores da área da saúde, nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais das Universidades Federais do Brasil é a Escola Postural (TOBO et al, 2010; CESAR, JÚNIOR E BATTISTELLA, 2004; CHUNG, 1996; FERREIRA E NAVEGA, 2010; SANTOS, 2008; TSUKIMOTO, 2006; MARTINS, 2010; OLIVEIRA, 2004; FURLAN, 1998; BORGES, 2011). Ela caracteriza-se como um programa de caráter educativo, direcionado à prevenção de problemas na coluna, geralmente, decorrentes de hábitos inadequados, que tem como finalidade capacitar o aluno a proteger-se ativamente de lesões durante seus movimentos nas suas atividades de vida diária e profissional (SOUZA e VIEIRA, 2003; BRACCIALLI e VILARTA, 2000).

O presente estudo trata da análise do perfil de usuários encaminhados ao *Grupo de Coluna*, um projeto de extensão implementado em 2009 na Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UBS/HCPA), o qual utiliza a metodologia da Escola Postural.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do estudo é analisar o perfil dos usuários encaminhados ao projeto de extensão “Grupo de Coluna” em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – RS.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos do estudo são:

- > Identificar aspectos sócio-demográficos dos usuários encaminhados ao Grupo de Coluna;
- > Identificar o local, a intensidade e a frequência da dor dos usuários encaminhados ao Grupo de Coluna;
- > Identificar o índice de incapacidade funcional dos usuários encaminhados ao Grupo de Coluna;
- > Identificar a percepção de qualidade de vida dos usuários encaminhados ao Grupo de Coluna;
- > Identificar a adesão ao projeto dos usuários encaminhados ao Grupo de Coluna.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Unidade Básica de Saúde

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram traçadas as diretrizes para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Através do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 foi estabelecida a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O artigo 198 designou as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios doutrinários e organizacionais (PAIM, 2008).

A Lei Orgânica n 8.080 de 1990 foi a base para o início da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), para viabilizar a universalidade, a equidade e a integralização na atenção a saúde.

A descentralização do setor saúde pela municipalização, regionalização e hierarquização dos serviços foram medidas governamentais posteriores a homologação da Lei Orgânica que se tornaram imprescindíveis na busca por uma maior equidade, integralidade e universalização da atenção à saúde. O crescimento da rede de Atenção Básica, nos últimos anos, vem possibilitando uma melhora do atendimento à saúde e da qualidade de vida de famílias, de comunidades e da população brasileira (GIL, 2006).

Essas mudanças na organização do SUS e nas estratégias de atenção à saúde contribuem para que os serviços não se restrinjam ao atendimento da demanda espontânea, ou seja, ao tratamento de patologias. Entende-se que o processo saúde-doença requer ações de educação e prevenção, as quais devem ser ofertadas para os problemas prevalentes da população (ANDRADE et al., 2004).

Define-se como Unidade Básica de Saúde (UBS) a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS, onde a comunidade local consegue resolver a maioria dos problemas de saúde, com qualidade e rapidez, pelo fato dos problemas de saúde mais comuns serem resolvidos nestas Unidades. Cada UBS é responsável pela saúde de todos habitantes de

uma determinada região da cidade, chamada de área de abrangência. Todo planejamento das ações de saúde da UBS é voltado para esta comunidade, entendendo as situações econômicas e priorizando grupos de risco (PREFEITURA MUNICIPAL DE MESQUITA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Unidade Básica de Saúde

“deve ser uma prioridade na gestão do sistema, porque, quando funciona adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvido nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprir seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes” (BRASIL, 2009, p. 381).

É possível compreender que as UBS são essenciais na organização do SUS, pois abrangem uma determinada população, tem por objetivo resolver problemas prevalentes de forma eficiente, garantindo a continuidade dos cuidados dos usuários e comunidades e contribuindo para promoção da saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2007).

Dentre os problemas prevalentes a serem resolvidos nas UBS, encontram-se as dores crônicas relacionadas ao sistema musculoesquelético. O alívio dos sintomas dolorosos deve ser uma preocupação constante do médico, sendo que o atendimento ao paciente, nos três níveis de atenção, deve contar com diferentes profissionais da área da saúde (equipe multiprofissional) preparados para enfrentar tal desafio. (MARTINEZ, 2008)

3.2 Dores musculoesqueléticas

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994), a dor é conceituada como “experiência sensorial e emocional desagradável que está associada ou é descrita em termos de lesões teciduais”. A dor é normalmente classificada em aguda ou crônica. A dor aguda tem duração limitada de até sete dias e causas que são geralmente conhecidas. A dor crônica é mais complexa, muitas vezes não apresenta uma origem definida,

e é considerada um problema global que envolve sofrimento desnecessário, capacidade funcional regressiva e custo sócio-econômico importante (CAILIET, 1999). Ela pode ser caracterizada como uma dor contínua que perdura por mais de seis semanas ou acontece em episódios de mais de um ano e têm causa desconhecida ou mal definida. Para a Organização Mundial da Saúde, os distúrbios inespecíficos da coluna são classificados como agudo, quando a duração é menor que um mês, ou subagudo, com duração de até três meses. Esses distúrbios são categorizados como crônicos se eles ocorrerem episodicamente em um período de seis meses ou durar por mais de três meses (WHO, 2003).

De acordo com Kreling, Cruz e Pimenta (2006), a dor crônica é um problema de saúde frequente que acarreta sérios prejuízos pessoais e econômicos à população. A dor leva os indivíduos a procurar assistência médica para resolver seu problema, sendo as principais razões para essa procura: a cura, o alívio sintomático, o esclarecimento do diagnóstico ou um atestado para falta no trabalho (MAIN & WILLIANS, 2002). De acordo com Patten, Willians e Wang (2006), pacientes com dor crônica tem maior disposição para ficarem depressivos ou possuírem outros distúrbios psiquiátricos. É esclarecido na literatura que pacientes com dor crônica tem predisposição maior para a depressão, conforme o aumento da frequência da dor, e que esses pacientes têm menos tolerância a dor.

As dores musculoesqueléticas crônicas afetam principalmente a região da coluna lombar que, por se tratar de uma região que sofre muita sobrecarga, devido a movimentos e posições equivocadas, é o motivo principal de muitos estudos (TSUKIMOTO, 2006; SILVA, FASSA & VALLE, 2004; TOBO et al, 2010; SOUZA, 2010; MARTINS, 2010). Ferreira e Navega (2010) salientam que as alterações musculoesqueléticas ganharam maior relevância após a expansão da indústria, no século 19, e que alguns fatores decorrentes dessa expansão, como postura de trabalho estática, inclinação constante do tronco para frente e levantamento repetido de peso, ajudaram a comprometer a estabilidade da coluna.

A dor lombar tem sido associada a um conjunto de causas que envolvem fatores sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal), comportamentais (sedentarismo, tabagismo) e laborais (trabalhos braçais pesados, ausência de condições ergonômicas adequadas, padrão postural vicioso, movimentos repetitivos e insatisfação no trabalho) (DEYO et al, 1998). Cesar, Júnior e Battistella (2004) também salientam a relação entre dor lombar e quadros de depressão e ansiedade, que, por sua vez, podem prolongar o

quadro doloroso, gerando angústia, incapacidade e insatisfação, seja no trabalho ou na vida social.

No estudo de Elliot et al (1999) realizado na Inglaterra, na região de Grimpian, foi estimado que 46,5% da população possuía dor crônica e utilizava os serviços de saúde cinco vezes mais do que o restante da população. De acordo com Martinez (2008), a dor é um problema de saúde público e causa um impacto negativo na qualidade de vida, tanto do paciente quanto a de seus familiares.

Quando a dor se torna crônica, compromete o lazer, o sono, o apetite, a vida sexual e profissional. Muitas vezes, ela é associada a problemas psicológicos, disfunções cognitivas, mudanças de comportamento, redução da capacidade física, diminuição da produtividade nas tarefas de casa e do trabalho. A dor crônica pode ter um impacto econômico e resultar em estresse e diminuição da resposta imunológica, o que pode causar depressão e, por conseqüência, redução da qualidade de vida (ARCANJO, VALDÉS & SILVA, 2008). Souza (2010) e Tobo (2010) reforçam que a dor crônica é multifatorial e deve ser tratada como disfunção advinda de distúrbios neurológicos e biomecânicos, com grande envolvimento psicológico associado.

Esses conjuntos de problemas podem ainda influenciar a capacidade funcional do indivíduo, gerando perda do condicionamento físico, deterioração da saúde geral, diminuição da participação em atividades sociais, estresse familiar e diminuição do contato com a sociedade, fatores que também interferem na qualidade de vida (FERREIRA E NAVEGA, 2010).

3.3 Qualidade de vida

O interesse pelo conceito de qualidade de vida é recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas da área da saúde, que tem influenciado as políticas do setor nas últimas décadas. A melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados para o

setor saúde nos campos da promoção da saúde e prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

A representação da qualidade de vida está relacionada com o estilo de vida, a autonomia, ao desempenho das atividades diárias, a segurança sócio-econômica, à compreensão dos fenômenos saúde-doença pelo indivíduo e às relações familiares (RIBEIRO et al 2002; MYNAIO, 2000). Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MYNAIO, 2002).

Buss (2000) ainda afirma que outros fatores contribuem para a qualidade de vida, sendo incluídos: alimentação e nutrição adequada, saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para todos e um espectro adequado de cuidados de saúde. A OMS baseia-se no pressuposto que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo), multidimensional e composta de elementos positivos, por exemplo, mobilidade, e negativos, por exemplo, dor (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). Portanto, a qualidade de vida está relacionada a questões ambientais, sociais, políticas, econômicas e culturais.

Os programas e serviços baseados na melhoria da qualidade de vida devem ter alguns propósitos bem definidos, tais como: promover estilos de vidas saudáveis, proporcionarem o bem-estar físico e a funcionalidade para realização de atividades de vida diária, manter a saúde com um mínimo possível de medicação, potencializar a realização de exercícios, a comunicação e o auto-cuidado, as relações familiares e sociais (SCHALOCK, 2004). A política nacional de atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no individual e nas coletividades, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, reforçando o conceito de Schalock para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

No caso de idosos, Guimaraes et al (2004) relata que a ocorrência de dores crônico-degenerativas e a presença de fatores de risco relacionadas com a idade, que acarretam um determinado grau de dependência, que é relacionado diretamente com a perda da autonomia e a dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, podem interferir na qualidade de vida.

Segundo Alonso et al (2004), para pessoas com doenças crônicas, o conceito da OMS pode abranger a aceitação do convívio com as limitações que lhes são impostas, a capacidade de superação, a descoberta de energias, capacidades e potencialidades de acordo com sua doença. Dentre os fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida de pessoas que apresentam quadros de dores crônicas, pode-se destacar a perda da capacidade funcional.

3.4 Capacidade funcional

De acordo com Tsukimoto (2006), “a capacidade funcional é um importante marcador de saúde, útil para identificar resultados clínico-funcionais permitindo relacionar a melhora funcional com a diminuição das dificuldades nas atividades de vida diária”. Já Farinati (1997 apud ALVES et al, 2007), refere-se à capacidade funcional como a potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

As alterações negativas que ocorrem na capacidade funcional podem ser definidas como qualquer restrição ou perda da capacidade de executar atividades ou tarefas diárias, consideradas normais no cotidiano humano (NUSBAUM, 1996; ALVES et al, 2007). Para Rosa et al (2003), a incapacidade funcional é definida “pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las”. Yang et al (2005) dizem que a incapacidade funcional não está ligada somente com a inabilidade ou dificuldade de realizar tarefas do cotidiano humano, mas ressaltam que essas tarefas são indispensáveis para uma vida independente dentro da comunidade. Entende-se, portanto, a incapacidade funcional como o(s) impacto(s)

que as condições agudas e crônicas têm nas funções corporais e na habilidade de o indivíduo atuar de modo esperado e pessoalmente desejável na sociedade (SAMPAIO, 2005).

Assim como a qualidade de vida, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, pois representa um valor, aonde o indivíduo consiga ser independente realizando suas atividades cotidianas (RAMOS 2003, SOUZA 2002). Atualmente, a sociedade exige demasiadamente de qualquer indivíduo no trabalho, seja por uma melhor capacitação ou maior produtividade, levando a um cenário propício à exclusão daqueles que não estão aptos. Esses fatos podem levar a um estado de tensão e stress por parte do indivíduo (OLIVEIRA, 2003), podendo ocorrer alguma dor corporal pela tensão excessiva, a qual pode se tornar crônica e acarretar certo nível de incapacidade funcional.

Segundo Kalache, Veras e Ramos (1987), o envelhecimento provoca alterações e desgastes que interferem progressivamente na condição funcional. O momento em que estas transformações ocorrem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para o outro. Na população idosa, a capacidade funcional geralmente é dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades (LIMA-COSTA, BARRETO & GIATTI, 2003). No idoso, o comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes na família, na comunidade, no sistema de saúde e na vida do próprio idoso. Uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, esses fatores contribuem para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (ALVES et al, 2007).

3.5 Dores musculoesqueléticas e atenção básica à saúde

Um dos maiores desafios para o setor saúde atualmente é a busca por estratégias que visem à promoção da saúde, a prevenção e o combate às doenças crônicas. O modelo atual de atenção à saúde é voltado principalmente para as dores agudas, não sendo compatível com a necessidade da população, que possui uma grande demanda às doenças crônicas. A busca por uma vida mais saudável é um desafio a ser incorporado no cotidiano de todos.

De acordo com Lucena et al (2004), é necessário integrar áreas de conhecimento distintas nos serviços de atenção básica à saúde, com o intuito de ampliar as formas de intervenção no processo saúde/doença, desenvolver planos e políticas voltadas para a melhoria das condições de vida da população e viabilizar ações mais amplas de promoção da saúde.

No que se refere aos problemas gerados por dores musculoesqueléticas crônicas, a inclusão de profissionais de Educação Física e Fisioterapia, no quadro de profissionais que compõem a equipe de serviços de atenção básica à saúde, é relevante, pois são importantes atores no processo saúde/doença e possuem um grande potencial para desenvolver estratégias coletivas de prevenção de doenças, promoção de saúde e melhora da qualidade de vida da população (LUCENA et al, 2004).

Lucena et al (2004) ressaltam que o profissional de Educação Física deve “fomentar e promover estilo de vida saudável através da atividade física nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a construção coletiva da qualidade de vida” (p.90). Pereira et al (2004) diz que, no caso da Fisioterapia, cada vez mais o profissional consolida seu espaço no SUS, numa perspectiva de atuação na promoção de saúde e prevenção de doenças e não só no tratamento e na reabilitação, e que essa inserção só foi possível a partir da nova concepção de saúde enquanto qualidade de vida e não apenas de ausência de doenças.

O tratamento e a prevenção de dores musculoesqueléticas abrangem demandas relacionadas à saúde do idoso, da mulher e a promoção da saúde (Brasil, 2007). Ferreira e Navega (2010) relatam que a metodologia utilizada na Escola Postural é uma alternativa ao tratamento das dores crônicas, em especial as lombalgias, e que se encaixa nos programas de educação em saúde, visando alcançar a saúde desencadeando mudanças comportamentais nos indivíduos.

3.6 Escolas Posturais

A “Escola Postural”, originalmente denominada “*Back School*”, é um método pedagógico e terapêutico de treinamento postural que vem sendo utilizado na prevenção e tratamento de pacientes com dor lombar (PEREIRA et al, 2004).

A intenção é propiciar ao aluno conhecimentos e experiências de aprendizagem bem projetadas, que predisponham, possibilitem e reforcem mudanças nos seus comportamentos, atitudes e crenças, pressupondo que essas mudanças conduzirão à melhora da saúde do indivíduo (COHEN et al, 1994), ou seja, a Escola Postural deseja capacitar o indivíduo para o auto-cuidado por meio de orientação postural, tendo ênfase na transmissão de informações teórico-educativas sobre a estrutura e função da coluna vertebral e que contemple, normalmente, a prática de exercícios terapêuticos, que visam a prevenção da dor, minimizem e/ou inibam o agravamento dos desvios posturais. (CARDIA, 2001; PEREIRA et al, 2004).

A criação da Escola Postural aconteceu na Suécia em 1969, pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forssell (ANDRADE, ARAÚJO & VILAR, 2005; KNOPLICH, 2003). Seu programa consistia de quatro aulas ministradas por fisioterapeutas, com frequência de duas vezes por semana, duração de aproximadamente 45 minutos, com a participação de seis a oito pacientes que apresentassem dor nas costas, podendo ser dor aguda, subaguda ou crônica, em qualquer região da coluna (ANDRADE, ARAÚJO & VILAR, 2005).

Desde sua criação, foram surgindo algumas modificações na forma de aplicação e nos parâmetros de avaliação em diferentes locais onde é adotada, para melhor adaptação a cada realidade, porém sem se desvincular do seu fundamento principal. Para isso, os programas de Escola Postural incluem, no mínimo, os seguintes aspectos: a) noções de anatomia e fisiologia básica da coluna; b) epidemiologia e fatores causadores da dor lombar; c) informações sobre como reduzir a intensidade e frequência da dor lombar com modificação da postura nas atividades da vida diária; d) o valor dos exercícios para manutenção de uma coluna saudável (ANDRADE, ARAÚJO & VILAR, 2005).

3.7 Projeto de extensão *Grupo de Coluna no contexto do SUS*

O projeto de extensão *Grupo de Coluna no contexto do SUS* foi criado com o objetivo de propiciar, aos usuários da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, uma proposta educativa que contribuísse para amenizar os problemas gerados por dores crônicas na coluna. O projeto também tem por objetivo contribuir para a formação de alunos do curso de Educação Física e Fisioterapia da UFRGS, possibilitando uma vivência junto aos serviços do SUS.

O Grupo de Coluna existe na Unidade desde 2006 e foi, inicialmente, estruturado em quatro aulas, as quais eram ministradas uma vez por semana para um grupo de até 12 participantes por médicos da UBS/HCPA. Em 2009, numa parceria entre a UFRGS e a UBS/HCPA, o Grupo de Coluna passou a ser ofertado como um projeto de Extensão vinculado aos cursos de Educação Física e Fisioterapia e coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Adriane Vieira. O objetivo do projeto foi avaliar, com maior profundidade, as necessidades dos usuários e ampliar as possibilidades de intervenção sobre as questões relacionadas ao movimento humano. A médica responsável pelo Grupo de Coluna até esta data salientou a importância da parceria, ressaltando que a ampliação dos profissionais que atuam na UBS contribui para qualificação do atendimento. O trabalho educativo possibilita uma abordagem mais próxima à causa do problema e pode contribuir para amenizar quadros crônicos e evitar o uso abusivo de medicamentos.

A partir da nova coordenação, foi encaminhado um projeto de pesquisa ao Comitê de Ética do HCPA com intuito de desenvolver, junto ao projeto de extensão, uma pesquisa. O projeto tem vários objetivos, dentre um deles, saber se a metodologia utilizada no Grupo de Coluna, a qual é embasada nas Escolas Posturais, supre as necessidades dos usuários encaminhados para o projeto de extensão. O projeto tem por objetivo identificar o perfil dos usuários que são encaminhados ao Grupo de Coluna, a adesão à proposta, as repercussões sobre a qualidade de vida, a funcionalidade e as dores relatadas pelos usuários participantes do Grupo de Coluna. O presente estudo faz parte deste projeto e investigou o perfil dos usuários que são encaminhados ao projeto.

4 METODOLOGIA

4.1 Problema de pesquisa

Para contemplar o objetivo deste estudo, o seguinte problema de pesquisa foi formulado:

Qual é o perfil dos usuários encaminhados ao Grupo de Coluna da UBS/HCPA?

Considerou-se necessário, para responder a essa questão, identificar (1) os aspectos sócio-demográficos; (2) o local, a intensidade e frequência das dores; (3) o índice de incapacidade funcional; (4) a percepção da qualidade de vida e (5) a adesão ao projeto.

4.2 Caracterização do estudo

Este estudo pode ser classificado como descritivo-exploratório, que, de acordo com Gaya (2008), “é aquele que demarca características ou delinea o perfil de determinado grupo ou população” (p.152).

4.3 Amostra

A amostra foi composta pelos usuários com dores musculoesqueléticas encaminhados pelos médicos da equipe da UBS para participar do projeto de extensão Grupo de Coluna no período de outubro/2010 a Setembro/2011. Os usuários cadastravam-se numa lista de espera na recepção da Unidade e nas duas semanas que antecediam o início dos encontros do Grupo, os bolsistas do projeto telefonavam para os usuários convidando-os para uma avaliação inicial. No período de realização deste estudo, 99 usuários compareceram à avaliação inicial. A avaliação inicial incluía uma anamnese individual, na qual eram coletados dados pessoais e de dores musculoesqueléticas, e preenchido um questionário sobre qualidade de vida e um sobre capacidade funcional. As anamneses duravam aproximadamente trinta minutos e eram

realizadas em um espaço reservado, somente com a presença do avaliador e do usuário. Os questionários eram aplicados no saguão da UBS, antes ou depois da anamnese, com o auxílio de um bolsista do projeto, se necessário. Os critérios de inclusão para o estudo foram: encaminhamento médico e realização da entrevista e dos questionários.

4.4 Instrumentos de pesquisa e procedimentos de coleta de dados

4.4.1 Anamnese e Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

A anamnese foi um instrumento utilizado para registrar os dados pessoais, o uso de medicamentos, a prática de atividade física e o registro de dores musculoesqueléticas dos participantes (Anexo A). Nesse momento, foram esclarecidas dúvidas sobre o projeto de pesquisa realizado junto ao programa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Foram registrados até cinco locais principais de dores musculoesqueléticas, juntamente com a frequência e a intensidade de dor em cada local.

O registro do local das dores foi realizado em um diagrama corporal, no qual eram desenhados os locais de dores musculoesqueléticas. Diferentemente de outros estudos (TOBO et al, 2010; CASTILHOS, 2010), o local de cada queixa foi registrado pelo avaliador e não pelo usuário avaliado. O avaliador pedia ao avaliado que tocasse no local de dor e desenhava no diagrama o local indicado pelo indivíduo.

Ao lado do diagrama foi registrada a frequência da dor como ocorrendo: 1 vez por ano; 1 vez por mês; 1 a 3 vezes por semana; 4 a 6 vezes por semana; ou 7 vezes por semana. Essa classificação foi proposta por Souza e Krieger (2000).

Para registro da intensidade da dor foi utilizado a Escala Visual Analógica de Dor (EVA), a qual é constituída por uma linha reta de 10 centímetros, semelhante a uma régua, não numerada, onde é escrito em uma ponta “sem dor” e na ponta contrária “dor

insuportável”. O participante deve indicar em qual ponto dessa linha encontra-se a intensidade da sua dor, durante a última semana. Como forma de registro da intensidade da queixa, mede-se com uma régua a distância do ponto “sem dor” até o ponto registrado pelo participante e demarca-se um número, de 0 a 10, com casas decimais. Os locais de dor foram categorizados em cinco regiões: cervical, dorsal, lombar, membros superiores e membros inferiores. A intensidade da dor captada pela EVA foi classificada em leve (até 3,3), em moderada (3,4 a 6,6) e intensa (acima de 6,7), conforme classificação de Bird e Dickson (2001).

4.4.2 Questionário para a avaliação da qualidade de vida

O questionário utilizado para avaliação da qualidade de vida foi o *Short Form Health Survey* (SF-36) (Anexo C). O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão e é um auto-administrado. Contempla oito domínios da qualidade de vida: *capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental*. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior índice de qualidade de vida e 100 ao melhor índice e foi validado para o português por Ciconelli (1999). Segundo a classificação proposta por Tavafian (2008), os domínios *Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde* podem ser agrupados como representantes prioritariamente da dimensão física, e os domínios *Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental*, como principais representantes da dimensão mental da qualidade de vida.

4.4.3 Questionário para a avaliação da capacidade funcional

O questionário utilizado para a avaliação da capacidade funcional foi o Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI). (Anexo D). O propósito desse questionário é avaliar a incapacidade de indivíduos com dores musculoesqueléticas em qualquer região corporal, sendo auto-administrado. A população alvo são indivíduos com dores agudas, subagudas e crônicas. O teste consiste em 10 perguntas, relacionadas aos temas: intensidade da dor, cuidados pessoais, levantamento de peso, andar, permanecer sentado, permanecer em pé, sono, atividade sexual, vida social e viagem. Ainda inclui uma questão que pergunta se o

indivíduo, nos últimos 3 meses, recebeu algum tipo de tratamento e usou medicamentos de qualquer tipo para a dor nas costas.

Os resultados são classificados em *Incapacidade Mínima* (0% a 20%), *Incapacidade Moderada* (20% a 40%), *Incapacidade Grave* (40% a 60%), *Inválidos* (60% a 80%), *Paciente Preso a cama* (80% a 100%). Os domínios do ODI variam de um a 100, onde zero é a melhor e 100 é a pior na pontuação. O ODI foi validado para o português por Vigatto, Alexandre e Filho (2007).

4.4 Análise das informações coletadas

Foi utilizada estatística descritiva, com distribuição de frequências, média, desvio-padrão, mediana e intervalo interquartílico. O software utilizado para a análise dos dados foi o SPSS 14.0 para Windows.

4.5 Aspectos éticos

Este estudo pertence a um projeto de pesquisa maior, o qual foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n° 100354) e garantiu o sigilo de dados pessoais e confidenciais, evitando constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos de pesquisa, tornando anônimos os dados obtidos. Os dados serão guardados durante cinco anos, findo os quais serão destruídos conforme instruções da Resolução 196/96, IX.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo representam a parcela de usuários encaminhados para o Grupo de Coluna pelos médicos da UBS/HCPA e que comparecerem a avaliação inicial. Salienta-se que o estudo não representa o perfil da população residente na área de abrangência da UBS e nem, necessariamente, o perfil de todos usuários da UBS que apresentam dores crônicas.

Foram incluídos neste estudo 99 usuários com dores musculoesqueléticas, sendo 82 (82,8%) mulheres e 17 (17,2%) homens (Tabela 1). A idade variou de 30 a 85 anos e a idade média foi de 58,3 anos com desvio padrão de 11,1.

Tabela 1 – Sexo e Categorias de Idade (%)

Sexo	Homens	17,2
	Mulheres	*82,8
Categorias de Idade	< 50 anos	19,2
	50 a 59 anos	*33,3
	60 a 69 anos	32,3
	> 70 anos	15,2

Observa-se, portanto, segundo a classificação de Gallahue (2005), que o projeto atinge predominantemente usuários de meia-idade e idosos, estando 65,6% da amostra na faixa etária 50 a 69 anos (Tabela 1). Em outros estudos (TSUKIMOTO, 2006; CARAVIELLO et al., 2005; MARTINS, 2010) envolvendo programas de Escola Postural, identificou-se uma prevalência de indivíduos na mesma faixa etária (50 a 69 anos), indicando uma participação maior desta população em propostas de intervenção em grupo direcionadas a dores crônicas.

A predominância de mulheres também foi encontrada em vários estudos de Escolas Posturais (TSUKIMOTO, 2006; TOBO et al, 2010; CESAR, JÚNIOR & BATTISTELLA, 2004; CARAVIELLO et al., 2005; MARTINS, 2010; FURLAN, 1998), os quais tiveram, na avaliação inicial, mais de 72% de participantes deste sexo. Estudos epidemiológicos (MATA et al 2011; MARTINEZ et al, 2008; TEIXEIRA et al, 2009) indicam a incidência de um maior percentual de mulheres (acima de 70%) do que de homens com dores musculoesqueléticas, o que pode justificar a diferença entre o número de participantes dos diferentes sexos. Além disso, alguns autores (OLIVEIRA, 2003; SOUZA, 2010) ponderam que a alta participação feminina pode estar relacionada ao fato de elas serem culturalmente mais envolvidas com as questões de saúde, inclusive da família, tornando-se mais sensíveis a cuidar da própria saúde. Debert (1994) relata que, nos programas de Terceira Idade, “a participação masculina raramente ultrapassa os 10% e o entusiasmo relatado pelas mulheres na realização das atividades propostas contrasta com a atitude de reserva e indiferença dos homens” (p.35). Helme e Gibson (2001) dizem que o sexo feminino costuma ser o predominante em vários levantamentos de doenças que tem a dor crônica como seu principal sintoma.

Quanto à escolaridade (Tabela 2), a maior parte da amostra (49,5%) havia iniciado ou concluído o Ensino Fundamental e 34,3% o Ensino Médio. Uma pequena parte da amostra (16,2%) havia ingressado ou completado o Ensino Superior.

Tabela 2 – Escolaridade (%)

Escolaridade	Ensino Fundamental	*49,5
	Ensino Médio	34,3
	Ensino Superior	16,2

Outros estudos que trabalham com programas de Escola Postural em UBS (FERREIRA e NAVEGA, 2010; UES e MORAES, 2003) não relataram a escolaridade dos participantes e, dos demais estudos sobre esse tema desenvolvidos na última década no Brasil, somente cinco apresentam dados sobre a escolaridade dos participantes. Nos estudos de Tsukimoto (2006) e Martins (2010), a maior parte da amostra possuía o Ensino Médio. Nos

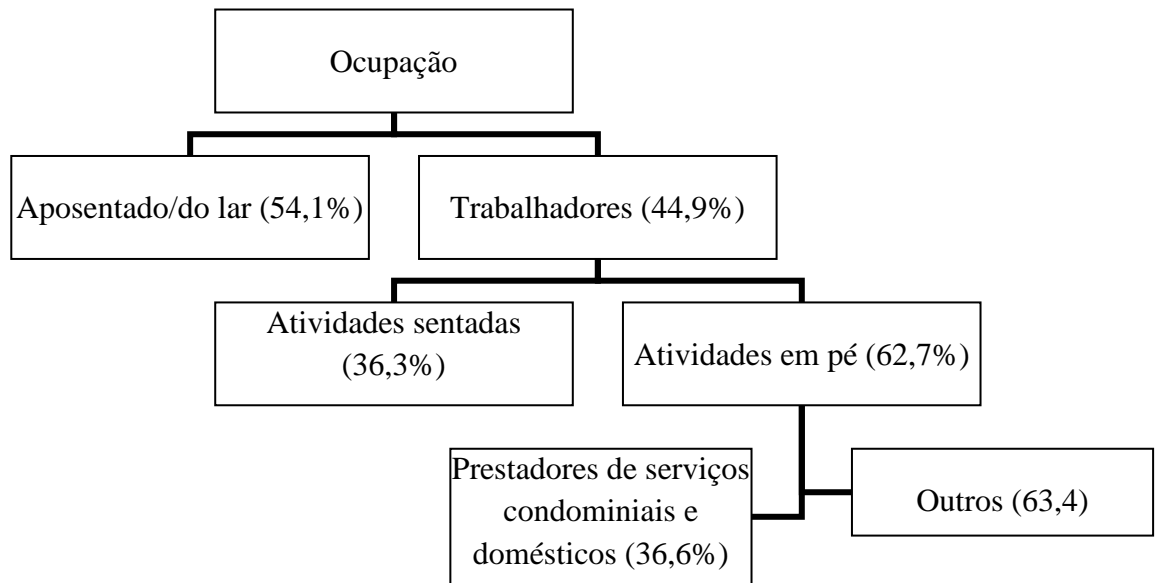
estudos de Caraviello et al (2005) e Santos (2008), semelhante ao presente estudo, mais de 50% da amostra possuía até o Ensino Fundamental. Apenas na amostra do estudo de Oliveira (2004) houve um maior número de indivíduos com Ensino Superior.

Esses estudos sugerem uma predominância de participantes nos programas de Escolas Posturais com nível médio ou baixo de escolaridade. Seria interessante investigar se essa predominância é devido ao local onde são oferecidas as Escolas Posturais. Do total da população brasileira, 71,2% tem acesso a um serviço de saúde de uso regular, sendo 41,8% destes utilizando Postos ou Centros de Saúde regularmente, enquanto os outros se utilizam de hospitais, consultórios particulares, ambulatórios, entre outros. De acordo com o IBGE, estima-se que 75,5 % da população brasileira não têm cobertura de nenhum plano de saúde. Observa-se também uma associação positiva entre cobertura de plano de saúde e renda mensal, ou seja, quanto maior a renda mensal, mais indivíduos tem cobertura de um plano de saúde. O IBGE ainda relata que, na maioria, os titulares desses planos de saúde são jovens, do sexo masculino (IBGE, 2011).

No presente estudo, a variável escolaridade sugere que a UBS/HCPA atende predominantemente a uma população de baixa renda, o que é esperado visto que no Brasil os serviços de atenção básica à saúde atendem predominantemente as famílias de baixa renda. O fato da população com renda alta possuir planos de saúde privados, reduz o número de indivíduos vinculados a rede de atenção básica do SUS (IBGE, 2011).

A presença de aposentados e “do lar” foi predominante, representando 54,1% dos usuários avaliados no projeto. Os participantes do estudo que exercia uma atividade profissional (44,9%) foram divididos em 2 categorias: profissões que exerciam atividades predominantemente em pé (62,7%) – como cabeleireiras, cozinheiras, mestre de obras, eletricista, diaristas, porteiro, zeladores, auxiliar de enfermagem, e profissões que exerciam atividades predominantemente sentadas (36,3%) – como costureiras, comerciários, empresários, administradores, atendente de telemarketing. Somente um indivíduo declarou-se desempregado (0,99%). De todas as profissões, observou-se uma predominância de prestadores de serviço domésticos ou condominiais, os quais representaram 36,3% dos trabalhadores avaliados no presente estudo (Fluxograma 1).

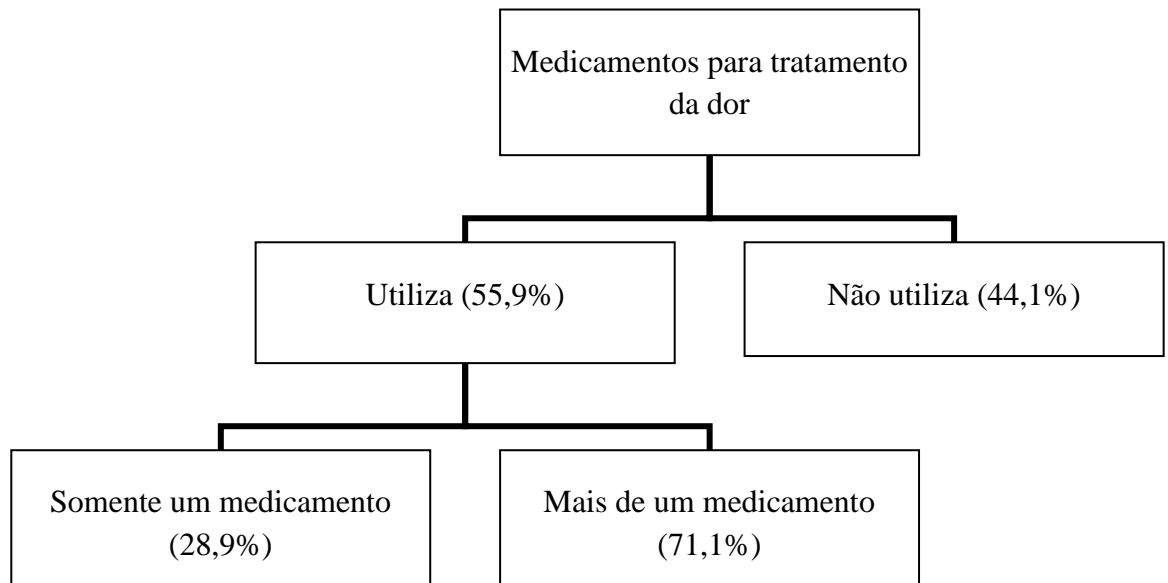
Fluxograma 1 – Ocupação



Assim como na variável *Escolaridade*, a ocupação dos indivíduos não foi muito analisada em outros estudos. Quando considerada, essa variável teve uma análise diferente da utilizada no presente estudo, não podendo ser feitas relações (MARTINS, 2010, ANDRADE, 2008). No estudo de Caraviello et al (2005), a participação de indivíduos que trabalhavam como domésticas ou eram do lar também foi prevalente. Assim, pode-se inferir que a maior procura pelo programa de aposentados e donas do lar deve-se ao fato do *Grupo* ser realizado no turno da tarde (das 16 às 18h), o que dificulta a participação de indivíduos que estejam dentro do mercado de trabalho e influencia a faixa etária contemplada. A maior participação de profissionais vinculados a prestação de serviços condominiais e domésticos está relacionada, possivelmente, a uma jornada de trabalho com maior flexibilidade de horário.

Em relação ao uso de medicamentos (Fluxograma 2), foi verificado que 55,9% da amostra utilizavam-no, sendo os mais citados os analgésicos, antiinflamatórios, relaxantes musculares e antidepressivos. Desses, a maior parte relatou consumir mais de um medicamento ao mesmo tempo (71,1%).

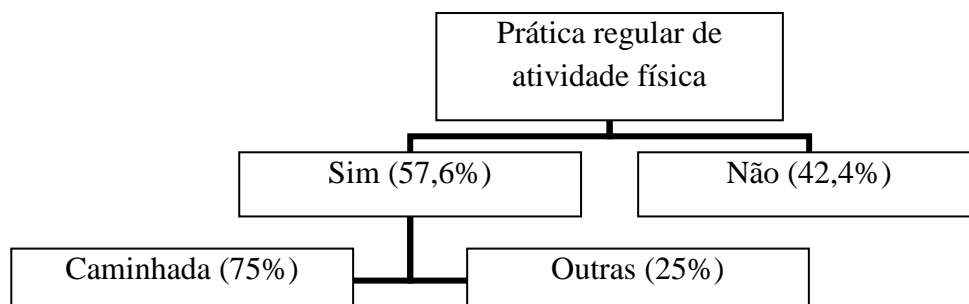
Fluxograma 2 - Medicamentos



Em relação à medicação, na Escola de Coluna do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, 81,2% dos indivíduos relataram usar alguma medicação para alívio da dor antes de participarem do programa de Escola Postural (FURLAN, 1998). Outros estudos que foram realizados em UBS, utilizando-se da metodologia da Escola Postural, não relataram dados sobre medicamentos (FERREIRA e NAVEGA, 2010; UES e MORAES, 2003).

Dos indivíduos avaliados, 57,6% relataram praticar alguma atividade física, sendo a caminhada a mais comumente realizada (75%) (Fluxograma 3).

Fluxograma 3 – Atividade Física



Martinez (2008), numa avaliação com usuários de uma UBS que apresentavam dores musculoesqueléticas, relatou que 45% dos indivíduos praticavam atividade física, sendo a caminhada também a mais realizada entre eles (66,7%).

Na anamnese, foram utilizadas cinco regiões corporais que poderiam ser referidas pelos usuários como apresentando dores musculoesqueléticas, constatando-se uma prevalência de indivíduos com duas a três queixas de dores em diferentes regiões corporais (77,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de queixas por indivíduo (%)

Número de queixas de dores musculoesqueléticas por usuário	1	12,1
	2	*45,5
	3	32,3
	4	8,1
	5	2

As regiões corporais mais citadas como geradoras de dores musculoesqueléticas foram a lombar (73,7%), a cervical (56,5%) e os membros inferiores (51,5%). Entretanto, a região lombar, apesar de ter sido a região com maior número de queixas, foi a que apresentou a menor média de intensidade de dor (5,39) segundo a EVA (Tabela 4).

Outra forma de descrição da intensidade de dor em diferentes indivíduos foi proposta por Bird e Dickson (2001), na qual se classifica a intensidade da dor registrada na EVA em leve (até 3,3), moderada (3,4 a 6,6) e intensa (acima de 6,7). Observou-se, de acordo com essa classificação, um percentual maior de indivíduos com dor moderada na região lombar e com dor intensa nas demais regiões corporais, corroborando com o observado a partir do valor médio de dor da amostra nas diferentes regiões corporais avaliadas (Tabela 4).

A frequência de dor nas diferentes regiões corporais avaliadas foi de 4 a 7 vezes por semana para mais de 50% dos indivíduos, com exceção das queixas relacionadas à região dos

membros superiores, demonstrando que a maioria dos usuários encaminhados ao Grupo da Coluna apresenta um quadro de dor crônica (Tabela 4).

Tabela 4 – Intensidade da dor e Frequência da dor

	Cervical	Dorsal	Lombar	MsSs	MsIs
Número de indivíduos	56	24	73	47	51
EVA - média (desvio padrão)	5,89 (2,83)	6,35 (2,74)	5,39 (2,60)	5,80 (3,10)	6,46 (2,96)
Intensidade (%)					
Leve	21,4	16,7	21,9	34	23,5
Moderada	37,5	25	*46,6	17	23,5
Intensa	*41,1	*58,3	31,5	*48,9	*52,9
Frequência (%)					
Não informado	7,1	12,5	6,8	12,8	8,5
1x/ano	0	0	1,4	14,9	0
1x/mês	8,9	8,3	6,8	6,4	8,5
1-3x/semana	21,4	20,8	23,3	21,3	10,6
4-6x/semana	10,7	20,8	19,2	17	23,4
7x/semana	*51,8	*37,5	*42,5	*27,7	*48,9

Outros estudos também relatam que a média da dor lombar dos participantes de Escolas Posturais é de intensidade moderada na região lombar, com intensidades entre 5,2 e 6,14 (TSUKIMOTO, 2006; TOBO et al, 2010; MARTINS, 2010; RIBEIRO et al, 2008).

É relevante salientar que estudos envolvendo programas de Escola Postural avaliam as dores referentes à região lombar, sem citar se os participantes apresentam queixas em outras regiões corporais. Apesar do projeto de extensão, oferecido na UBS/HCPA, chamar-se Grupo da Coluna e utilizar a metodologia das Escolas Posturais, enfatizando, portanto, os cuidados relacionados às dores nas costas, o presente estudo constatou que 87,9% dos usuários que procuram o programa possuíam dor em mais de uma região corporal. Questiona-se, portanto, se as dores musculoesqueléticas dos participantes de outros estudos envolvendo programas de educação em saúde para dores crônicas embasados nas Escolas Posturais se restringem à região lombar, ou se as dores em outras regiões são desconsideradas nesses estudos. Salienta-

se também que se o projeto incluísse somente usuários com dor na lombar, dos 99 usuários avaliados, 26 deles não poderiam ter participado do programa por não relatarem dor na região lombar.

Os estudos sobre dores crônicas dificilmente avaliam concomitantemente frequência, localização e intensidade da dor musculoesquelética. Nos estudos envolvendo programas de Escola Postural no Brasil, somente o de Furlan (1998) avaliou a frequência da dor lombar dos indivíduos da Escola Postural. Destes indivíduos, 59,3% relataram sentir dores todos os dias, e 18,7% relataram terem dores uma vez por semana. No presente estudo, nota-se que a frequência da dor na região lombar se aproxima do estudo de Furlan, com 42,5% dos indivíduos com dores todos os dias, e 23,3% com aparição da dor de uma a 3 vezes na semana.

Com relação à qualidade de vida, observou-se que os domínios do questionário SF-36 que apresentaram as médias mais baixas foram *Aspectos Físicos* (33,9), *Dor* (37,8), *Aspectos Emocionais* (46,4) e *Estado Geral de Saúde* (46,71). Os domínios com as médias mais altas foram *Aspectos Sociais* (63,84) e *Saúde Mental* (62,83) (Tabela 5).

Tabela 5 – Resultados SF-36 e Oswestry

	Média e Desvio Padrão	Mediana e intervalo interquartilico (25-75)
Capacidade Funcional	51,85 (\pm 23,68)	55 (35-72)
Aspectos Físicos	*33,98 (\pm36,00)	*25 (0-62,5)
Dor	*37,82 (\pm15,98)	*41 (22,5-41)
Estado Geral de Saúde	*46,71 (\pm12,20)	*47 (37-55)
Vitalidade	53,98 (\pm 13,96)	55 (45-65)
Aspectos Sociais	63,84 (\pm 27,09)	62,5 (50-87,5)
Aspectos Emocionais	*46,43 (\pm40,07)	*33,33 (0-100)
Saúde Mental	62,83 (\pm 21,69)	64 (48-80)
ODI	25,59 (\pm 12,32)	24 (18-33)

*Médias e medianas mais baixas

Semelhantemente ao presente estudo, os dados da avaliação inicial da amostra de outras pesquisas sobre programas de Escolas Posturais (TSUKIMOTO, 2006; CESAR, JÚNIOR & BATTISTELLA, 2004; RIBEIRO, 2008) apresentam médias mais baixas nos domínios *Aspectos físicos* e *Dor* e médias mais altas nos domínios *Aspectos Sociais* e *Saúde Mental* do questionário SF-36. Esses estudos, diferentemente do encontrado no presente estudo, apresentaram médias com valores superiores nos domínios *Estado Geral de Saúde* e *Aspectos Emocionais*.

Segundo a classificação proposta por Tavafian (2008), os domínios *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos*, *Dor* e *Estado Geral de Saúde* podem ser agrupados como representantes da dimensão física, e os domínios *Vitalidade*, *Aspectos Sociais*, *Aspectos Emocionais* e *Saúde Mental*, como principais representantes da dimensão mental da qualidade de vida. Considerando-se essa classificação, pode-se inferir que as pessoas com problemas de dores musculoesqueléticas crônicas que procuram programas educativos de Escola Postural, os quais enfatizam uma atitude pró-ativa dos participantes, possuem pouco comprometimento dos domínios classificados como da dimensão mental.

Um estudo, desenvolvido por Castro et al (2011), sugere que indivíduos que possuem dores crônicas associadas a quadros de ansiedade e depressão apresentam maior comprometimento de todos os domínios do SF-36 quando comparados com aqueles que não os possuíam. Dos 176 participantes do estudo com quadro de ansiedade e depressão, as médias de todos os domínios do SF-36 foram inferiores a 37. Entretanto, a média dos 119 participantes que apresentavam dores crônicas, mas não possuíam quadro de ansiedade e depressão, foram bastante semelhantes às encontradas no presente estudo. Esses resultados corroboram com a idéia apresentada no parágrafo anterior de que participantes de programas de Escola Postural possuem maior comprometimento da dimensão física. Portanto, devem ser realizadas pesquisas que avaliem se pessoas com dores musculoesqueléticas apresentam maior dificuldade de aderir a propostas de educação em saúde, visto que esses programas demandam convívio social, motivação interna e atitude pró-ativa para resolução de seus problemas.

Na avaliação gerada pelo ODI (Tabela 5), a média dos participantes indicou um nível de *Incapacidade Moderada* (25,59) no total da amostra. Quando avaliada pela classificação

de incapacidade funcional proposta pelo instrumento, identificou-se que 55,1% dos indivíduos apresentavam *Incapacidade Moderada*, 33,7% *Incapacidade Mínima* e 12,2% *Incapacidade Grave*.

No estudo de Tobo et al (2010), que avaliou indivíduos com dor lombar crônica, o índice médio de incapacidade funcional, avaliada pelo ODI, foi também de *Incapacidade Moderada* (30,28). Separando os indivíduos do nosso estudo que só possuem dor lombar, a *Incapacidade Moderada* apareceu em 75% dos indivíduos.

A capacidade funcional sofre influência de fatores sócio-demográficos como idade, sexo, arranjo familiar e educação, (KOUKOLI, VLACHONIKIS & PHILALITHIS, 2002; PARAHYBA, VERAS & MELZER, 2005) e de acordo com Costa-Rosa et al (2003) e Fredman & Martin (2000), existem associações importantes entre doenças crônicas e incapacidade funcional. No caso da lombalgia crônica, alguns autores relatam que fatores biomecânicos podem influenciar a dor, enquanto fatores psicossociais podem influenciar o desenvolvimento e a duração da incapacidade (NYIENDO et al., 2001; KOVACS, 2004).

Kovacs et al (2004) e Dellaroza et al (2007) relatam que a piora da qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica não é determinada somente pela dor e pela incapacidade. Outros fatores, como depressão, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico e desesperança são fatores que contribuem para manutenção do quadros de dor crônica. Considera-se, portanto, relevante que a metodologia utilizada em programas educativos direcionados a dores musculoesqueléticas crônicas contemple de forma ampla e interdisciplinar a relação entre essas variáveis, atingindo, num espectro maior, o problema.

Como relata Alves et al (2007), é preciso compreender os fatores que contribuem para a perpetuação de quadros de dores crônicas e incapacidade funcional, pois só assim os planejadores de políticas públicas poderão organizar estratégias preventivas mais eficazes que irão, conseqüentemente, reduzir os custos com o serviço de saúde e minimizar a carga sobre a família. Dellaroza et al (2007) enfatiza que, devido as conseqüências biopsicossociais da dor crônica, devem ser planejadas medidas para seu controle e tratamento.

O percentual de usuários na faixa etária dos 50 e 69 anos que compareceu a avaliação inicial e não compareceu aos encontros ou participou de até dois encontros não foi muito diferente do percentual geral de todos os usuários avaliados (46,5%) (Tabela 6). Entretanto, observou-se uma maior adesão dos usuários com menos de cinquenta anos (63,2) e uma menor adesão dos usuários a partir dos 70 anos (73,3%). Um alto índice de desistência também foi encontrado em outros estudos, como no de Caraviello et al (2005), com 43,1% dos participantes não tendo finalizado o programa e de Tsukimoto (2006), no qual apenas 54,9% dos indivíduos estiveram presentes a todas as reavaliações. Entretanto, o índice de desistência de mais de 70% dos usuários com setenta anos ou mais sugere que o projeto não contemplou as necessidades dos participantes pertencentes à essa faixa etária.

Tabela 6 – Adesão ao Grupo de Coluna

Idade	Adesão (%)	Não adesão (%)
≤ 49	63,2 (n=12)	36,8 (n=7)
50 a 59	57,6 (n=19)	42,4 (n=14)
60 a 69	56,3 (n=18)	43,8 (n=14)
≥ 70	26,7 (n=4)	73,3 (n=11)
Total	53,5 (n=53)	46,5 (n=46)

Com base nos resultados do presente estudo, o projeto de extensão *Grupo de Coluna* na UBS/HCPA pode informar a equipe da Unidade o perfil do usuário que pode ser beneficiado com o projeto. Possibilita também que a proposta de intervenção possa ser repensada para atender de maneira mais eficaz os usuários que a procuram.

Os resultados do estudo indicam que o projeto, mesmo que utilizando a metodologia da Escola Postural, deve considerar as dores musculoesqueléticas crônicas presentes em toda a estrutura corporal e não somente as localizadas na coluna vertebral. Os usuários da UBS/HCPA que procuram o programa apresentam, na sua maioria, queixas múltiplas e em diferentes regiões corporais que devem ser consideradas na estruturação do *Grupo de Coluna*.

Mais pesquisas são necessárias para identificar as causas da não adesão dos usuários e reformulações na proposta do projeto devem ser pensadas para tentar melhorar a adesão. Os resultados também sugerem que o projeto não atinge indivíduos de setenta anos ou mais,

sendo necessário pensar em outras estratégias para contemplar as necessidades desses usuários.

O fato de 82,8% dos usuários, que chegam ao *Grupo de Coluna*, ser do sexo feminino indica que uma intervenção direcionada somente para mulheres poderia ser relevante para adentrar nos problemas específicos enfrentados por elas, contemplando mais adequadamente questões biopsicossociais do universo feminino.

Para finalizar, sugere-se que a procura pelo projeto indica que os usuários da UBS/HCPA apresentam demanda de programas direcionados para o controle das dores crônicas e para a melhora da qualidade de vida e da funcionalidade. A manutenção do projeto pode, portanto, contribuir para que a UBS/HCPA atenda de maneira mais qualificada a essa demanda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil dos usuários encaminhados ao projeto *Grupo de Coluna* na UBS/HCPA.

Identificou-se uma prevalência de usuários do sexo feminino, na faixa dos 50 a 69 anos, com ensino fundamental. Em relação à ocupação, houve uma maior procura de aposentados ou do “lar” e, entre os que estavam no mercado de trabalho, de prestadores de serviço domésticos ou condominiais. A atividade física mais praticada entre os usuários avaliados foi a caminhada. Verificou-se que a intensidade da dor nas várias regiões corporais foi intensa e a frequência de dor é alta, com duração maior do que quatro vezes na semana para mais da metade dos usuários. A região corporal que apresentou maior número de queixas foi a lombar, seguida pela cervical e membros inferiores.

Em relação à qualidade de vida, as médias encontradas nos domínios *Dor* e *Aspectos Físicos* foram as mais baixas e as nos domínios *Aspectos Sociais* e *Saúde Mental* as mais altas. Observou-se que em estudos que avaliam a eficácia de programas de Escola Postural, as médias nos domínios do SF-36 na avaliação inicial do estudo – antes de iniciar a intervenção – foram bastante semelhantes às encontradas neste estudo. Essa semelhança foi também encontrada no que se refere ao comprometimento da capacidade funcional, observando-se, assim como no presente estudo, uma prevalência de incapacidade moderada. Em relação à adesão, foi percebida a maior participação da faixa etária entre 50 e 69 anos.

Conclui-se que a análise do perfil dos usuários encaminhados ao *Grupo de Coluna* possibilita conhecer as demandas prevalentes e criar estratégias de intervenção que sejam adequadas às necessidades dos usuários. Possibilita também identificar quais usuários não estão sendo contemplados no projeto para que o serviço possa pensar em outros encaminhamentos para esses grupos.

REFERÊNCIAS

ALONSO J., et al. **Quality of Life Research**. IQOLA Project Group. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of life Assessment (IQOLA) Project.; 13:283-298, 2004.

ALVES, L. C., *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007.

ANDRADE, L. O. M. de.; et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **Sanare**, ano V, n. 1: 9-20, 2004.

ANDRADE, S. C. de; ARAÚJO, A. G. R. de; VILAR, M. J. P. “Escola de Coluna”: Revisão Histórica e Sua Aplicação na Lombalgia Crônica. **Rev Bras Reumatol**, v. 45, n. 4, p. 224-8, jul./ago., 2005.

ANDRADE, S. C. de; ARAÚJO, A. G. R. de; VILAR, M. J. P. Escola de coluna para pacientes com lombalgia crônica inespecífica: benefícios da associação de exercícios e educação ao paciente. . **Acta Reumatologica**. Portugal 33: 443-450, 2008.

ARCANJO, G. N.; VALDÉS, M. T. M.; SILVA, R. M. S. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2145-2154, 2008.

BIRD, S. B.; DICKSON, E. W. Clinically Significant Changes in Pain Along the Visual Analog Scale. **Annals of Emergency Medicine**. 38 : 6 December 2001.

BRACCIALLI, L. M. P.; VILARTA, R. Aspectos a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais. **Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo**, 14(2):159-71, jul./dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Volume 4. Brasília:Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 4, 4^a. ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. 3^a Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

CAILLET, 1999. **Dor: mecanismos e tratamentos**. Artmed, Porto Alegre, 1999.

CARAVIELLO, E. Z., *et al.* Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. **ACTA FISIATR** 2005; 12(1): 11-14.

CARDIA, M. C. G; MÁSCULO, F. S. The school of posture as a postural training method for Paraíba telecommunications operators. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, vol. 7, no. 3, 363–370, 2001.

CASTILHOS, C. **Prevalência de queixas musculoesqueléticas em estagiários da biomedicina e farmácia de uma instituição de ensino superior do Vale do Sinos, RS**. [trabalho de conclusão de curso]. Novo Hamburgo, FEEVALE, 2010.

CASTRO, M. M. C., *et al.* Comorbidade de sintomas ansioso e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Rev Psiq Clín**. 2011;38(4):126-9

CESAR, S. H. K.; JÚNIOR, C. A. B.; BATTISTELLA, L. R. Análise da qualidade de vida em pacientes de Escola de Postura. **ACTA FISIÁTR**. 2004; 11(1): 17-21.

CHUNG, T. M. Escola de coluna: experiência do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, 3 (2): 13-17, 1996.

CICONELLI, R. M., *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Ver. Bras. Reumatol.** – Vol.39 – Nº 3 – Mai/Jun, 1999.

COHEN J. E., et al. Group Education Interventions for people with low-back-pain – an Overview of the Literature. **Spine.**; 19: 1214-22, 1994.

\

COSTA-ROSA T. E.; et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**; 37:40-8, 2003.

DEBERT, G. G. Gênero e envelhecimento. **Estudos Feministas**. Ano 2, 1º semestre. 33-51. 1994.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. de M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5):1151-1160, 2007.

DEYO, R.A., et al. Outcome measures for low back pain research: a proposal for standardized use. **Spine**: Volume 23(18). 1998.

ELLIOTT, A. M., et al. **The epidemiology of chronic pain in the community**. *Lancet*: 354(9186):1248-52. 1999.

FARINATI, P. T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq Geriatr Gerontol**; 1:1-9, 1997.

FERREIRA, M. S.; NAVEGA, M. T. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. **Acta Ortop Bras**. 18(3); 127-31. 2010.

FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. **Am J Public Health**; 90:1755-60, 2000.

FURLAN, A. D., et al. Escola de Coluna – Programa desenvolvido no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC/FMUSP. **Acta Ortop Bras** 6(2); 55-60. 1998.

GALLAHUE, D. L. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3. ed. São Paulo : Phorte, 2005.

GAYA, A. . **Ciências do Movimento humano. Introdução à metodologia da pesquisa.** 1 ed. Porto Alegre: Artmed, v. 1. 304 p .152, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos Saúde Pública** v.22 n.6. Rio de Janeiro. 2006.

GUIMARAES, L. H. de C. T., et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências**, v.12 n° 3, 2004.

HELME, R.D., GIBSON, S.J. The epidemiology of pain in elderly people. **Clin Geriatr Med**, 2001;17:417-431, 2001.

IBGE, 2011. Disponível em:

<<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>> Acessado em: 10/11/2011.

International Association for the Study of Pain (IASP). Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>> Acessado em: 30/08/2011.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. P. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde pública.** São Paulo, 21:200-10, 1987.

KRELING, M. C. G. D., CRUZ D. A. L. M., PIMENTA C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos . **Rev Bras Enferm**, jul-ago; 59(4): 509-13, 2006.

KOUKOULI, S.; VLACHONIKOLIS, I. G.; PHILALITHIS, A. Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. **BMC Health Serv Res**; 2:20-34, 2002.

KOVACS, F. M., et al. Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. **Spine**; 29(2): 206-10, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população brasileira: um

estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):735-743, mai-jun, 2003.

LUCENA, D.; et al. A inserção da educação física na estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **Sanare**, ano V, n. 1: 87-91, 2004.

MAIN, C.J; WILLIAMS, A. C. **Musculoskeletal pain**. *BMJ*; 325:534-537, 2002.

MARTINEZ J. E., *et al.* Perfil de Pacientes com Queixa de Dor Músculo-Esquelética em Unidade Básica em Sorocaba. **Rev Bras Clin Med**, 6:167-171, 2008.

MARTINS, M. R. I., et al. A eficácia da conduta do Grupo de Postura em pacientes com lombalgia crônica. **Rev Dor** 11(2): 116-121, 2010.

MATA, M. S. *et al.* Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):221-230, 2011.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

NYIENDO J.; et al. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**; 24(7): 433-439, 2001.

NUSBAUM, L. **Tradução, adaptação e validação do questionário Roland-Morris:Brasil Roland-Morris (Brasil RM)**. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo 1996.

OLIVEIRA, E. S. de; GAZETTA, M. L. B.; SALIMENE, A. C. de M. Dor crônica sob a ótica dos pacientes da escola de postura da DMR HC FMUSP. **Acta Fisiátrica**; 11 (1) 22-26. 2003.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. [tese de doutorado]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública**; 39:383-91, 2005.

PATTEN, S. B., WILLIAMS, J. V. A., WANG J. Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. **BMC Musculoskeletal Disorders**, 7:37. 2006.

PEREIRA, F. W. de A.; et al. A inserção da fisioterapia na estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **Sanare**, ano V, n. 1: 93-100, 2004.

Prefeitura Municipal de Mesquita – Secretaria da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.mesquita.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1432&Itemid=401> Acessado em: 29/08/2011.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.

RIBEIRO, L. H., et al. Effectiveness of a back school program in low back pain. **Clinical and Experimental Rheumatology**; 26: 81-88, 2008.

RIBEIRO, R. de C. L., et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 85-96, 2002.

ROSA, T. E. da C., *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública** 2003;37(1):40-8.

SAMPAIO, R. F., et al. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (cif) na prática clínica do fisioterapeuta. **Rev. bras. fisioter.** Vol. 9, No. 2, 129-136, 2005.

SANTOS, C. B. da S. **Avaliação do Programa Escola de Postura em Pacientes com Lombalgia Crônica do Hospital Municipal de Rolim de Moura – RO** [dissertação de mestrado]. UnB, 2008.

SANTOS, C. B. da S.; MOREIRA, D. Perfil das escolas de posturas implantadas no Brasil. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 30, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2009.

SCHALOCK, R.L. *Calidad de vida en la evaluación y planificación de programas: tendencias actuales*. [periódico na Internet]. [acessado 2004 Aug 23]. Disponível em: <http://www3.usal.es/~inico/investigación/jornadas/jornada1/confer/con2.html>

SILVA, M. C. da.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):377-385, mar- a b r, 2004.

SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no Idoso. **Rev Associação Médica Brasileira**; 79-86, 2002.

SOUZA, J. L.; KRIEGER, C. M. de L. Instrumento de Avaliação da dor nas costas. **Kineses**, Santa Maria, n.22, p.139-150. 2000.

SOUZA, J. L.; VIEIRA, A. Escola Postural: um caminho para o conhecimento de si e o bem-estar corporal. **Movimento**, Porto Alegre, v. 9, n.3, p. 101-122, set./dez. de 2003.

SOUZA, A. S., *et al.* Efeitos da escola de postura em indivíduos de lombalgia crônica. **ConScientiae Saúde**, 9(3):497-503. 2010.

TAVAFIAN, S. S.; JAMSHIDI, A. R.; MONTAREZI, A. A Randomized Study of Back School in Women With Chronic Low Back Pain: Quality of Life at Three, Six, and Twelve Months Follow-up. **Spine** Volume 33 Number 15 2008.

TEIXEIRA, C. S.; *et al.* Fatores associados ao trabalho de operadores de checkout: investigação das queixas musculoesqueléticas. **Produção**, v. 19, n. 3, p. 558-568, 2009.

TOBO, A., *et al.* Estudo do tratamento da lombalgia crônica por meio da Escola de Postura. **ACTA FISIATR**. 17(3): 112 – 116. 2010.

TSUKIMOTO, G. R., *et al.* Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 63-69, 2006.

UES, M. E.; MORAES, J. P. de.; **Escola Postural para a Terceira Idade.** Revista de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta. PRAXISTERAPIA - Vol. VIII No 8. 51-63, 2003.

VIGATTO, R.; ALEXANDRE, N. M. C.; FILHO, H. R. C.. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Validity. **Spine** Volume 32 Number 4 2007.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. **Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life.** J Aging Health 2005; 17:263-92

WHO, **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium.** Geneva, 2003.

ANEXO A – Anamnese

Avaliador: _____

Avaliação: ____/____/2011

FICHA DE AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____

Com quem mora: _____

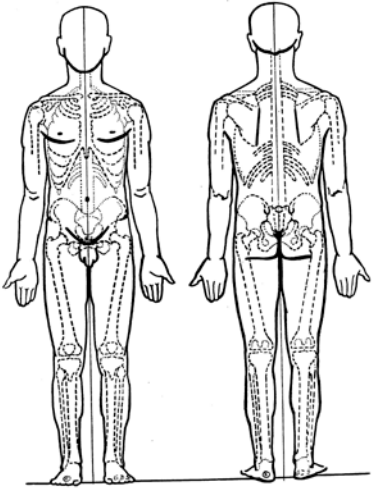
Telefones: _____ / _____ Religião: _____

Escolaridade: _____

Motivação:

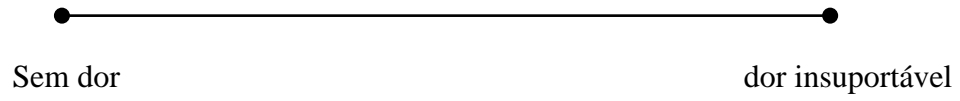
DOR:

Dados sobre a Dor:

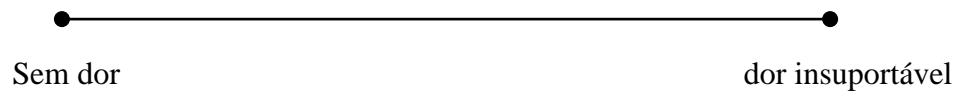
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Localização</th> <th style="width: 75%;">Frequência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1.</td> <td>() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td>() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td>() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td>() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5.</td> <td>() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s</td> </tr> </tbody> </table>	Localização	Frequência	1.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s	2.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s	3.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s	4.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s	5.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s
Localização	Frequência												
1.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s												
2.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s												
3.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s												
4.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s												
5.	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s												

Intensidade:

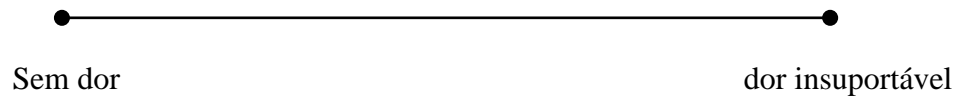
1.



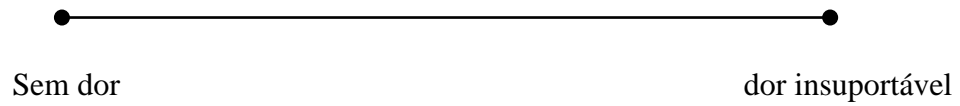
2.



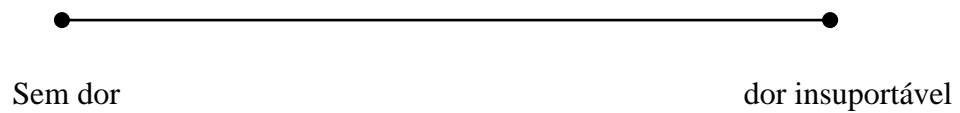
3.



4.



5.



6. Tratamento:		Há quanto tempo?	
A-	R-	A- Dosagem	R- Dosagem

9. Atividade física		Frequência	h) c/ exercício a dor
A			↑ () ↓ ()
			↑ () ↓ ()
R			↑ () ↓ ()
			↑ () ↓ ()

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ aceito participar do estudo A ESCOLA POSTURAL NO CONTEXTO DOSISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Entendo que os testes que realizarei farão parte do estudo coordenado pela Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira do curso de Fisioterapia da UFRGS. Minha participação no projeto contribuirá para uma avaliação do projeto de extensão “Grupo de Coluna”.

Eu, por meio deste, estou de acordo em participar dos seguintes procedimentos:

- responder a questionários específicos;
- responder a entrevista;
- participar de filmagem com execução de atividades de vida diária.

Estes testes terão a finalidade de avaliar a qualidade de vida, a sensação de dor e desconforto e a postura dinâmica na execução das atividades de vida diária e serão aplicados antes e após a participação no projeto de extensão “Grupo de Coluna”. Esses dados serão armazenados e apenas as pessoas da equipe executora terão acesso a eles.

Entendo que no momento de publicação de artigos, serão preservados os dados de identificação pessoal dos participantes.

Entendo que não haverá compensação financeira pela minha participação no estudo.

Entendo que minha participação no estudo poderá me trazer como benefício um maior conhecimento sobre o meu problema de coluna e a diminuição da dor devido às atividades corporais realizados no Grupo de Coluna. Do mesmo modo, entendo que estas mesmas atividades corporais realizadas no Grupo de Coluna poderão desencadear algum episódio doloroso nas costas. No entanto, entendo que este risco não é maior que aquele a que estou submetido nas minhas próprias atividades de vida diária.

Entendo que tenho liberdade em recusar-me a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer penalização alguma ou prejuízo.

Entendo que posso entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira, a qualquer momento para esclarecimento de quaisquer dúvidas ou problemas referente à minha participação no estudo através do telefone 3308-5861. E entendo que, no caso de sentir-me negligenciado quanto aos meus direitos, posso entrar em contato com Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pelo fone (51) 3359-2304.

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do participante: _____

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
18 / OUT / 2010
100354 TAV

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

ANEXO C - Short Form Health Survey (SF-36)

NOME: _____ ..DATA: _____

ESTADO GERAL DE SAÚDE

Instruções: Estas perguntas são sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor peça ajuda para nós.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma).

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma).

Muito melhor agora que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora que há um ano atrás	4
Muito pior agora que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, **você tem dificuldade** para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule uma em cada linha)

Atividades	Sim, dificulta MUITO.	Sim, dificulta POUCO.	NÃO, não dificulta de modo algum.
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação as últimas 4 semanas. (circule um número para cada linha).

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma).

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule 1 número em cada linha).

	Definitivamente Verdadeiro	A maioria das vezes Verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes Falso	Definitivamente Falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO D - Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI)

Nome: _____ Data: ____/____/2011

1- Intensidade da dor

- Não sinto dor no momento.
- A dor é muito leve no momento.
- A dor é moderada no momento.
- A dor é razoavelmente intensa no momento.
- A dor é muito intensa no momento.
- A dor é a pior imaginável no momento.

2- Cuidados pessoais (lavar-se, vestir-se, etc...)

- Consigo me cuidar normalmente sem sentir mais dor.
- Consigo me cuidar, mas sinto mais dor.
- Sinto dor ao realizar os cuidados pessoais e sou lento e cuidadoso.
- Necessito de alguma ajuda, mas consigo realizar a maior parte dos cuidados pessoais.
- Necessito de ajuda diariamente para realizar a maioria dos cuidados pessoais.
- Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.

3- Levantamento de peso

- Consigo levantar cargas pesadas sem sentir mais dor.
- Consigo levantar cargas pesadas, mas com mais dor.
- A dor impede que eu levante cargas pesadas do chão, mas eu consigo fazê-lo quando elas estão adequadamente posicionadas (p. ex., sobre uma mesa).
- A dor impede que eu levante cargas pesadas, mas eu consigo manipular cargas leves ou médias quando elas estão adequadamente posicionadas.
- Consigo levantar apenas cargas muito leves.
- Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

4- Andar

- A dor não me impede de andar qualquer distância.
- A dor me impede de andar mais de 1600 m.
- A dor me impede de andar mais de 400 m.
- A dor me impede de andar mais de 100 m.
- Consigo andar apenas com o auxílio da bengala ou muletas.
- Permaneço na cama a maior parte do tempo e tenho que me arrastar até o banheiro.

5- Permanecer sentado

- Consigo permanecer sentado em qualquer cadeira durante o tempo que desejar.
- Consigo permanecer sentado em minha cadeira favorita durante o tempo que desejar.
- A dor me impede de permanecer sentado por mais de 1 hora.
- A dor me impede de permanecer sentado por mais de meia hora.
- A dor me impede de permanecer sentado por mais de 10 minutos.
- A dor me impede totalmente de permanecer sentado.

6- Permanecer em pé

- Consigo permanecer em pé durante o tempo que desejar sem sentir mais dor.
- Consigo permanecer em pé durante o tempo que desejar, mas sinto mais dor.
- A dor me impede de permanecer em pé por mais de 1 hora.
- A dor me impede de permanecer em pé por mais de meia hora.
- A dor me impede de permanecer em pé por mais de 10 minutos.
- A dor me impede totalmente de permanecer em pé.

7- Sono

- Meu sono nunca é perturbado pela dor.
- Meu sono é ocasionalmente perturbado por dor.
- Devido à dor, durmo menos de 6 horas.
- Devido à dor, durmo menos de 4 horas.
- Devido à dor, durmo menos de 2 horas.
- A dor me impede totalmente de dormir.

8- Atividade sexual

- Minha atividade sexual é normal e não causa mais dor.
- Minha atividade sexual é normal, mas sinto mais dor.
- Minha atividade sexual é quase normal, mas é muito dolorosa.
- Minha atividade sexual está extremamente restringida devido à dor.
- Minha atividade sexual é quase nula devido à dor.
- A dor impede totalmente qualquer atividade sexual.

9- Vida social

- Minha vida social é normal e não causa mais dor.
- Minha vida social é normal, mas aumenta a intensidade da dor.
- A dor não tem um efeito importante sobre minha vida social, a não ser a limitação de atividades mais vigorosas (p. ex., prática esportiva).
- A dor restringiu minha vida social e eu não saio tão freqüentemente quanto antes.
- A dor restringiu minha vida social a minha casa.
- Não tenho vida social devido à dor.

10- Viagem

- Posso viajar a qualquer lugar sem dor.
- Posso viajar a qualquer lugar, mas sinto mais dor.
- A dor é intensa, mas consigo viajar por mais de 2 horas.
- A dor me restringe a viagens de menos de 1 hora.
- A dor me restringe a viagens necessárias e curtas, de menos de 30 minutos.
- A dor me impede de viajar, exceto para receber tratamento