

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA – ESEF

**EFEITOS DO PROJETO DE EXTENSÃO “GRUPO DA COLUNA NO
CONTEXTO DO SUS” SOBRE A DOR LOMBAR, A QUALIDADE DE
VIDA E A FUNCIONALIDADE**

Débora Wilke Franco

Porto Alegre

2011

DÉBORA WILKE FRANCO

**EFEITOS DO PROJETO DE EXTENSÃO “GRUPO DA COLUNA NO
CONTEXTO DO SUS” SOBRE A DOR LOMBAR, A QUALIDADE DE
VIDA E A FUNCIONALIDADE**

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 licenciada em Educação Física.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriane Vieira

Porto Alegre

2011

DÉBORA WILKE FRANCO

**EFEITOS DO PROJETO DE EXTENSÃO “GRUPO DA COLUNA NO
CONTEXTO DO SUS” SOBRE A DOR LOMBAR, A QUALIDADE DE
VIDA E A FUNCIONALIDADE**

Conceito final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Cláudia Tarragô Candotti – UFRGS

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

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que estiveram ao meu lado nesta fase importante do meu curso de graduação, contribuindo de diferentes maneiras para que eu tivesse confiança e motivação para a produção do meu trabalho de conclusão de curso.

Aos meus familiares por todo carinho. Aos meus pais pelo amor, ajuda, apoio e estímulo para a concretização do meu trabalho de conclusão de curso. As minhas irmãs Letícia e Cíntia, e ao meu irmão André.

A minha professora, Adriane Vieira, pela excelente orientação. Obrigada pelo carinho, apoio, confiança, atenção e paciência durante o curso de graduação e principalmente durante este ano.

Aos meus colegas e amigos do Grupo de Coluna, Márcia, Gabriela, Anita, Caroline, Patrícia e Luís, que contribuíram enormemente para realização do meu trabalho, estiveram sempre dispostos a trocar idéias; em especial a Patrícia que me auxiliou na construção das análises estatísticas; e ao meu amigo Luís, que em todos os momentos ouviu minhas preocupações e dúvidas, teve paciência, e me ajudou, tornando os momentos estressantes em momentos alegres cheios de risos e compreensão.

Aos meus amigos que conviveram comigo durante o curso de graduação. E aos alunos do Grupo de Coluna que colaboraram para o meu estudo.

À UFRGS por todos os espaços de conhecimento e experiências oferecidos.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A lombalgia crônica é um problema de saúde pública, com implicações sociais e pessoais. A Escola Postural vem sendo utilizada para a prevenção e tratamento da lombalgia. Com uma metodologia preventiva e educativa baseada na Escola Postural, o projeto de extensão *Grupo da Coluna no contexto do SUS* foi proposto como uma abordagem alternativa aos portadores de lombalgia crônica na Unidade Básica de Saúde (UBS/HCPA). **OBJETIVO:** Verificar os efeitos do projeto *Grupo da Coluna* na dor, qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos com lombalgia crônica da UBS/HCPA. **MÉTODOS:** A amostra foi composta por 28 voluntários com lombalgia crônica com idade média de 54,2 ($\pm 9,54$). Para coleta de dados, utilizou-se a EVA, o questionário SF-36 e o questionário ODI, em dois momentos distintos (pré e pós-teste). **RESULTADOS:** Após o processamento dos dados, obteve-se melhora significativa com relação à dor, à qualidade de vida e a funcionalidade. **CONCLUSÃO:** O projeto de extensão *Grupo da Coluna* contribuiu para melhora da dor, da qualidade de vida e da funcionalidade de usuários com lombalgia crônica da UBS/HCPA. Novos estudos sobre programas educativos direcionados as lombalgias crônicas devem ser realizados em UBS para verificar se as melhoras obtidas a curto prazo se mantêm a médio e longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: dor crônica; lombalgia; atenção básica à saúde; escola postural; qualidade de vida; funcionalidade.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic low back pain is a public health problem with social and financial implications. The Back School has been used for the prevention and treatment of low back pain. With a preventive and educational approach based on Back School, the extension project Spine Group in the context of SUS has been proposed as an alternative approach to patients with chronic low back pain at UBS/HCPA. **OBJECTIVE:** To assess the effects of the project Spine Group in pain, quality of life and functionality of individuals with chronic low back pain at UBS/HCPA. **METHODS:** The sample consisted of 28 volunteers with chronic low back pain with a mean age of 54.2 (± 9.54). For data collection, we used the VAS, the SF-36 questionnaire and OD, at two different times (pre and post-test). **RESULTS:** After processing the data, we obtained a significant improvement with respect to pain, quality of life and functionality. **CONCLUSION:** The extension project Spine Group contributed to pain relief, quality of life and functionality of users with chronic low back pain at UBS/HCPA. New studies of educational programs targeted chronic low back pain should be performed in order to verify if the improvements obtained in the short term remain the medium and long term.

KEYWORDS: pain, low back pain, primary care, back school, quality of life, functionality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
- ESEF – Escola Superior de Educação Física
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- EVA – Escala Visual Analógica da Dor
- SF-36 – Short Form Health Survey
- ODI - Oswestry Low Pain Disability Questionnaire

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Objetivo geral.....	11
2.2	Objetivos específicos.....	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1	A dor lombar	12
3.2	Capacidade funcional	13
3.3	Qualidade de vida.....	14
3.4	Atenção básica à saúde.....	15
3.5	Escola Postural	17
4	MATERIAIS E MÉTODOS	19
4.1	Metodologia da intervenção: Projeto de extensão <i>Grupo da Coluna</i>	19
4.2	Caracterização da pesquisa.....	20
4.3	Amostra	20
4.4	Instrumentos	21
4.4.1	Anamnese.....	21
4.4.2	Short Form Health Survey (SF-36).....	22
4.4.3	Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI).....	22
4.5	Procedimentos de coleta de dados.....	23
4.6	Análise estatística.....	23
4.7	Aspectos Éticos	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	33
	ANEXO A – Folder Grupo da Coluna	37

ANEXO B – Folhetos do Grupo da Coluna	38
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	40
ANEXO D – Anamnese	41
ANEXO E – Short Form Health Survey (SF-36).....	43
ANEXO F – Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI)	48

1 INTRODUÇÃO

A dor na coluna lombar é um importante problema de saúde na atualidade mundial, atingindo cerca de 80% da população em algum momento de sua vida. 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).

Apesar do alto número de pessoas acometidas de dores nas costas e de sua relação direta com diferentes graus de incapacidade funcional, depreciação da saúde mental e da qualidade de vida do indivíduo, estes dados não são registrados nas Unidades Básicas de Saúde como um problema que necessita intervenção (MATA et al., 2011). No entanto, é necessário que propostas de intervenção direcionadas as dores nas costas sejam oferecidas nos locais considerados a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde, uma vez que elas limitam a execução de atividades de vida diária e laborais e afetam a qualidade de vida dos indivíduos.

Uma solução para atender a esta população são programas de educação em saúde, pois são propostas que correspondem aos princípios da Atenção Básica à Saúde, tornando-se uma excelente alternativa para proporcionar uma melhora na dor, funcionalidade e qualidade de vida das pessoas.

As Escolas Posturais são propostas de educação em saúde que estão sendo cada vez mais ofertados nos níveis de baixa e média complexidade. Trata-se de 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; VIEIRA, 2003; BRACCIALLI; VILARTA, 2000).

O presente estudo trata de uma pesquisa realizada junto ao projeto de extensão “Grupo da Coluna no contexto do SUS” desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Hospital de

Clínicas de Porto Alegre (UBS/HCPA) que é embasado na metodologia das Escolas Posturais.

O trabalho apresenta, inicialmente, os objetivos do estudo. No referencial teórico, é contextualizado o problema da dor lombar crônica e suas repercussões na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos e sugerido, para o nível de atenção básica a saúde, a Escola Postural como uma proposta de educação em saúde. No sequência, são descritos os procedimentos metodológicos do estudo e os instrumentos utilizados para a coleta de dados. Os resultados e a discussão são apresentados num único capítulo, discutindo-se individualmente o resultado obtido com cada um dos instrumentos utilizados. Nas considerações finais, retomam-se os principais aspectos do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é verificar os efeitos do Grupo da Coluna sobre a dor musculoesquelética crônica na coluna lombar dos indivíduos encaminhados pela UBS/HCPA.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Verificar os efeitos do projeto sobre a intensidade da dor lombar;
- Verificar os efeitos do projeto sobre a frequência da dor lombar;
- Verificar a influência do projeto sobre a funcionalidade;
- Verificar a influência do projeto sobre a qualidade de vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A dor lombar

A dor faz parte da vida do homem desde a sua existência, e diversos são os motivos que acarretam essa sensação. Nos dias de hoje a dor lombar é uma queixa algica frequente na população mundial (TAVAFIAN *et al.*, 2007; TOBO *et al.*, 2010). A lombalgia, como é chamada a dor lombar, pode ter várias causas, como: congênita, degenerativa, inflamatória, infecciosa, tumoral e mecânico postural. A lombalgia mecânico postural, também denominada lombalgia inespecífica, representa grande parte das algias de coluna referidas pela população (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2005; SILVA; FASSA; VALLE, 2004). Andrade; Araújo; Vilar (2005) afirmam que a lombalgia mecânico postural está relacionada a um desequilíbrio entre o esforço necessário para realização de atividades no trabalho ou na vida diária e o potencial do indivíduo para execução dessas atividades. A etiologia da dor nas costas também pode estar relacionada a variáveis psicossociais e ambientais, assim como às precárias condições de vida e saúde, estilo de vida, acesso às informações e uso incorreto da mecânica corporal no trabalho e no lar, ou seja, em razão da má postura, ocorrem sobrecargas e disfunções do tecido mole e articulações da coluna (ARCANJO; VALDÉS; SILVA, 2008).

Estima-se que 80% das pessoas, em algum momento de suas vidas, sofrerão de dores na coluna lombar (CASAROTTO; MUKARAMI, 1995; CHUNG, 1996; OLIVEIRA; GAZETTA; SALIMENE, 2004; ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2005; ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2008; CESAR; JÚNIOR; BATTISTELLA, 2004; SANTOS; MOREIRA, 2009).

A dor crônica é considerada de natureza complexa, muitas vezes não apresenta uma origem definida, e é entendida como um problema global que envolve sofrimento desnecessário, regressão da capacidade funcional e custo sócio-econômico importante (CAILIET, 1999; CARVALHO *et al.*, 1999). Pode ser caracterizada como uma dor contínua que perdura por mais de seis semanas ou acontece em episódios recorrentes durante um ano e tem causa desconhecida ou mal definida (WHO, 2003).

Outro fator relevante é que a lombalgia pode ser responsável pela aposentadoria precoce por invalidez total ou parcial, além de ser uma das principais entidades consumidoras de fundos de cuidados médicos, aposentadoria e pagamentos de compensação, afetando tanto a população de adultos jovens, por se encontrarem numa fase da vida altamente demandante (FERREIRA; NAVEGA, 2010; SOUZA *et al.*, 2010; TOBO *et al.*, 2010; MATA *et al.*, 2011), quanto a população idosa, uma vez que o envelhecimento desencadeia um processo natural de desgaste das estruturas da coluna (NUNES *et al.*, 2009).

O índice de lombalgias, entre as décadas de 70 e 90, teve um crescimento 14 vezes maior que o crescimento populacional e tem-se mostrado um problema de alto custo para a população (FERREIRA; NAVEGA, 2010).

Souza *et al.* (2010) e Toba *et al.* (2010) afirmam que a dor crônica na coluna lombar é multifatorial, e que, por sua vez, deve ser tratada como disfunção advinda de distúrbios neurológicos e biomecânicos, com grande envolvimento psicológico associado. Ela afeta a funcionalidade do indivíduo, o estado psicológico e, conseqüentemente, interfere na sua qualidade de vida, pois pode acarretar perda do condicionamento físico e capacidade funcional, deterioração da saúde geral, diminuição da participação em atividades sociais, estresse familiar, irritação, ansiedade e depressão (TAVAFIAN; JAMSHIDI; MONTAREZI, 2008). Devido a esses fatores e ao grande percentual de indivíduos acometidos por esta queixa, a lombalgia é considerada um problema de caráter epidemiológico de saúde pública (FERREIRA; NAVEGA, 2010; CARVALHO *et al.*, 1999).

3.2 Capacidade funcional

A capacidade funcional é definida por diversos autores como a potencialidade ou ausência de dificuldade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, fatores estes, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida (ALVES *et al.*, 2007; ROSA *et al.*, 2003).

Tsukimoto *et al.* (2006) consideram a capacidade funcional um importante marcador de saúde, que pode ser utilizado para identificar resultados clínico-funcionais, permitindo

relacionar a melhora funcional com a diminuição das dificuldade nas atividades de vida diária.

Em relação às alterações negativas que ocorrem na capacidade funcional encontram-se definições como: qualquer restrição ou perda da capacidade de executar atividades e tarefas diárias consideradas normais no cotidiano humano e indispensáveis para uma vida independente dentro de uma comunidade (NUSBAUM, 1996; ALVES *et al.*, 2007).

A capacidade funcional, assim como a qualidade de vida, é um novo paradigma de saúde, uma vez que representa o valor do indivíduo ser capaz e independente na realização de suas atividades cotidianas (RAMOS *et al.*, 2003, SOUZA; IGLESIAS, 2002). A sociedade atual tem alto grau de exigência para com os indivíduos trabalhadores, seja por uma melhor capacitação ou por uma maior produtividade, o que leva a um cenário crítico de exclusão daqueles que não estão aptos. Esses fatores podem desencadear no indivíduo um estado de tensão e estresse, podendo ocorrer alguma lesão corporal pela tensão excessiva que conseqüentemente pode trazer certo nível de incapacidade funcional (OLIVEIRA; GAZETTA; SALIMENE, 2004).

3.3 Qualidade de vida

O conceito qualidade de vida é amplo, pois ele não envolve apenas aspectos relacionados à saúde física e biológica do indivíduo, mas também aspectos sociais e psicológicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como: “percepção individual de um completo bem estar físico, mental e social” (FERRAZ, 1998 apud CESAR; JÚNIOR; BATTISTELLA, 2004, p.18).

Buss (2000) afirma que entre os fatores que contribuem para a qualidade de vida das pessoas estão 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. Portanto, questões de ambiente físico, social, político, econômico e cultural interferem na qualidade de vida.

Para Ribeiro *et al.* (2002) a qualidade de vida está muito relacionada com o estilo de vida, a autonomia, o desempenho das atividades diárias, a segurança sócio-econômica, a compreensão dos fenômenos saúde-doença pelo indivíduo e as relações familiares. O mesmo autor relaciona a qualidade de vida à capacidade funcional e defende a idéia de que “viver impedido” acarreta sofrimento que se quer evitar através das ações de saúde. Segundo Alonso *et al.* (2004), para pessoas com doenças crônicas, o conceito de qualidade de vida pode abranger a aceitação do convívio com as limitações que lhes são impostas, a capacidade de superação, a descoberta de energias, e potencialidades de acordo com sua doença.

Schalock *et al.* (2011) acentuam que para melhor medir a qualidade de vida é necessário utilizar dois enfoques: o objetivo, que envolve indicadores sociais externos – níveis de vida, saúde, educação, seguridade e ambiente; e o enfoque subjetivo – baseado na percepção e avaliação da pessoa sobre suas experiências de vida, bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades na comunidade, desenvolvimento pessoal e ociosidade. O autor também salienta que, nos programas e serviços baseados na melhoria da qualidade de vida, se fazem necessários procedimentos que promovam estilos de vida saudáveis, proporcionem o bem-estar físico e a tomada de decisões, potencializam a mobilidade, a comunicação e o auto-cuidado, mantenham a saúde com um mínimo possível de medicação, permitam as atividades funcionais da vida diária, a relação familiar e social, adaptações no ambiente e no posto de trabalho, oportunidades para a mobilidade e exercícios.

3.4 Atenção básica à saúde

A Atenção Básica à Saúde trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada a “porta de entrada” do sistema de saúde. Espera-se que este nível de atenção dê conta dos problemas mais recorrentes e de baixa complexidade que atingem as comunidades, e que casos mais complexos sejam encaminhados para os serviços de maior complexidade (hospitais e clínicas especializadas). (BRASIL, 2006b)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada em 2006, pelo Ministério da Saúde, caracteriza a Atenção Básica como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito

individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a p. 10).

É de responsabilidade dos serviços de atenção básica agir de acordo com esse conjunto de ações e, para que isto se torne possível, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu as características do processo de trabalho destas equipes. Dentre as características pode-se destacar: a participação, programação, elaboração e implementação de atividades que priorizem a solução dos problemas de saúde mais frequentes; desenvolvimento de ações educativas que possa interferir no processo saúde-doença da população ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis. (BRASIL, 2006a)

Fica claro então, que é esperado que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) desenvolvam ações e estratégias para a promoção da saúde da população que está sob sua responsabilidade. Portanto, cabe às equipes pesquisarem o que sua população necessita, uma vez que para ser planejado um programa é necessário observar a demanda real da população, mantendo assim uma postura pró-ativa no processo saúde-doença. No entanto, problemas musculoesqueléticos, como a dor lombar, não são registrados nas UBS como um problema que necessita de intervenção, apesar de afetarem grande parte da população (MATA et al., 2011).

Muitos dos problemas gerados pela dor lombar crônica podem ser amenizados ou evitados através de propostas educativas e exercícios, sendo necessário que os serviços de atenção básica à saúde desenvolvam propostas de intervenção direcionadas a usuários que apresentam lombalgia crônica. Apesar da dor crônica não estar relacionada à mortalidade, é um problema epidemiológico que interfere sobre a morbidade, desencadeando, diminuição da qualidade de vida e quadros de incapacidade funcional.

Andrade, Araújo e Vilar (2008) e Ferreira e Navega (2010), citam pesquisas que sugerem uma ineficiência de tratamentos tradicionais em relação à dor lombar crônica salientando a importância, como alternativa para o tratamento da lombalgia, dos programas de educação em saúde. Dentro dessa proposta, os programas de Escolas Posturais têm se

destacado como uma metodologia apropriada para lidar com problemas de dores crônicas (TAVAFIAN *et al.*, 2007) e que podem ser oferecidos em Unidades Básicas de Saúde, uma vez que estão em ressonância com as ações propostas pela PNAB.

3.5 Escola Postural

A Escola Postural é uma das traduções para o português da *Back School*, o qual foi criado na Suécia, em 1969, pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forssell (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2005; TOBO *et al.*, 2010). O objetivo dessa metodologia é ensinar as pessoas a gerenciar a sua própria saúde, “melhorando a capacidade do indivíduo em cuidar de sua coluna através de explicações sobre a lombalgia e quais atitudes pode o próprio individuo tomar em relação a essa patologia” (FORSSELL, 1981).

Além dos aspectos físicos, a Escola Postural também intervém em aspectos biopsicossociais do indivíduo, pois leva em consideração o contexto de vida de cada um, de forma a poder orientá-lo da melhor maneira possível na realização das atividades de vida diária (FERREIRA; NAVEGA, 2010).

Originalmente, a Escola Postural desenvolvida por Forssell era estruturada em quatro aulas, com uma frequência de duas vezes por semana e duração de aproximadamente 45 minutos. As aulas eram ministradas por fisioterapeutas e, participavam destas de seis a oito pacientes que apresentassem dor nas costas, podendo esta dor ter uma característica aguda, subaguda ou crônica (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2005).

Desde a sua criação, os programas de Escola Postural têm sofrido modificações na metodologia e nos parâmetros de avaliação, adaptando-se a realidade do local onde é implantada. Porém o elemento central, que consiste na compreensão da relação da dor com o aumento da tensão mecânica durante a realização das atividades de vida diária, está sempre presente. Nos programas de Escola Postural, as aulas possuem uma duração pré-determinada e os conteúdos são trabalhados de forma teórica e prática. Explicações sobre a anatomia, a fisiologia e a biomecânica da coluna, assim como aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos das algias de coluna são abordados na parte teórica da aula. Aspectos ergonômicos

relacionados ao trabalho e às atividades de vida diária são, em alguns programas, abordados de forma teórica e, em outros, de forma prática. A maioria dos programas realiza exercícios de fortalecimento, alongamento e relaxamento muscular (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2005; SOUZA; VIEIRA, 2003; FERREIRA; NAVEGA, 2010).

O sucesso crescente dos resultados da Escola Postural se espalhou por países como o Canadá, Estados Unidos e Brasil na década de 70 e, posteriormente, difundiu-se por outros países europeus, encontrando grande aceitação na Alemanha nas décadas de 80 e 90 (SOUZA; VIEIRA, 2003).

No Brasil, o primeiro programa de Escola Postural teve início em 1972, implantada no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo pelo médico José Knoplich, com a obtenção de grande sucesso. Depois deste ocorrido, o programa de Escola Postural foi difundido para a Universidade Federal da Paraíba em 1990, Universidade Federal de São Paulo em 1993 e para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1994 (SANTOS; MOREIRA, 2009). No Rio Grande do Sul foi implantada, em 1997, pelo Professor Dr. Jorge Luis de Souza, o primeiro programa de Escola Postural da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

É possível observar um aumento na oferta de programas de Escola Postural em serviços de atenção à saúde, tanto de baixa quanto de média complexidade. A dor lombar, por ser uma queixa recorrente e que atinge grande parte da população, deve ser considerada em serviços de Atenção Básica, sendo relevante implementar programas de educação em saúde direcionados para o problema.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Metodologia da intervenção: Projeto de extensão *Grupo da Coluna*

O interesse em proporcionar, aos estudantes de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atividades vinculadas aos serviços do SUS fez surgir, em 2009, o projeto de extensão *Grupo da Coluna no contexto do SUS*, coordenado pela Dra. Adriane Vieira, professora dos cursos de Fisioterapia e Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O Grupo da Coluna consiste de cinco encontros teórico-práticos com duração de duas horas, ministrados uma vez por semana na UBS/HCPA para grupos de oito a doze usuários (Anexo A). Os temas teórico-vivenciais escolhidos para os encontros abordam aspectos relacionados à postura e ao cuidado postural e formas mais adequadas de realizar atividades de vida diária, como, por exemplo, pegar objetos no chão, carregar objetos, dormir, permanecer sentado e em pé, varrer, trabalhar no computador, lavar louça.

Os temas são divididos entre as 5 aulas, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Temas trabalhados nas aulas do Grupo da Coluna.

1ª aula	Aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos da postura corporal.
2ª aula	Relações entre movimentos da coluna e membros inferiores e a execução dos atos de sentar, agachar e carregar objetos.
3ª aula	Noções básicas sobre estrutura e funcionalidade da coluna vertebral e manutenção das posturas sentada e em pé.
4ª aula	Posicionamento e realização de atividades na posição deitada, posturas ao dormir e ato de deitar e levantar da cama.
5ª aula	Execução assistida e comentada de atividades de vida diária escolhidas pelos participantes.

Em cada encontro trabalham-se 60 minutos de atividades teórico-vivenciais e 60 minutos de prática de exercícios de percepção corporal, alongamento, reforço muscular e de relaxamento, além de atividades de massagem e auto-massagem.

Utiliza-se uma linguagem fácil e compreensível, além de resgatar experiências da vida diária dos participantes. Por serem realizadas em grupo, há o favorecimento de maior interação, troca de experiências, reflexão nas descobertas e socialização de saberes sobre a dor e suas implicações no contexto familiar e social. Além disto, são entregues folhetos, que reforçam as orientações e os exercícios abordados nos encontros, servindo de estímulo para realização dos mesmos em outros espaços (Anexo B).

Seguindo um modelo metodológico de Escola Postural em uma perspectiva educacional, o Grupo da Coluna busca a melhora da qualidade de vida, da capacidade funcional e diminuição da frequência e intensidade da dor lombar dos usuários.

4.2 Caracterização da pesquisa

Este estudo caracteriza-se como semi-experimental e utiliza métodos quantitativos de análise (GAYA *et al.*, 2008). A utilização de métodos quantitativos é relevante para a avaliação de resultados no quadro de frequência e intensidade das queixas de dor, funcionalidade e qualidade de vida dos participantes.

4.3 Amostra

A amostra foi composta pelos usuários encaminhados pelos médicos da equipe da UBS/HCPA para participar do projeto de extensão “Grupo da Coluna no Contexto do SUS”.

Os critérios de inclusão para este trabalho foram: apresentar dor crônica na coluna lombar, ter idade entre 20 e 70 anos, ser encaminhado pelo médico da UBS/HCPA, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), ter participado de pelo menos 4 dos 5 encontros do programa e realizar o pré e pós-teste.

Optou-se por não formar um grupo controle, pois após conversa com a coordenação da UBS, foi considerado inadequado deixar os usuários que buscavam o projeto sem atendimento por um período de dois meses para compor um grupo controle. Tentou-se fazer um grupo controle com os usuários que foram avaliados, mas não aderiram ao programa. Entretanto, esses usuários não compareceram a Unidade, quando convidados a fazer uma reavaliação.

A amostra ficou composta por 28 indivíduos, sendo 23 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A idade dos indivíduos variou entre 38 e 67 anos, e a idade média foi de 54,2 ($\pm 9,54$) anos.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Anamnese

A anamnese (Anexo D) foi o instrumento utilizado para registrar dados pessoais e demográficos, além de dados sobre a prática de atividade física e a queixa álgica dos participantes.

Para o registro da queixa álgica foi utilizado um diagrama corporal, no qual o local da dor referida pelo usuário era marcado. 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).

O registro da intensidade da dor se deu a partir da Escala Visual Analógica de Dor (EVA), a qual consiste de uma linha reta e horizontal de 10 centímetros semelhante a uma régua, não numerada, onde é escrito na extremidade esquerda “sem dor” e na extremidade direita “dor insuportável”. O usuário marcava, nessa linha, a intensidade da sua dor durante a última semana. Posteriormente, foi questionado o número de meses ou de anos que o usuário apresentava dor lombar.

4.4.2 Short Form Health Survey (SF-36)

Para a avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário *Short Form Health Survey (SF-36)*, que é um instrumento genérico de fácil administração e compreensão (Anexo E).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final de cada domínio vai de zero a 100, no qual 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado geral de saúde. O SF-36 foi validado para o português por Ciconelli *et al.* (1999).

4.4.3 Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI)

Para a avaliação da funcionalidade foi utilizado o questionário *Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI)* (Anexo F).

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 (WALSH *et al.*, 2003).

O ODI é um método eficaz para medir a incapacidade funcional em indivíduos com dor lombar. A pontuação vai de zero (sem incapacidade funcional) a 100 (totalmente incapacitado). Essa pontuação é dividida em: mínima (1 a 20), moderada (21 a 40), grave (41 a 60), geradora de invalidez (61 a 80), paciente preso a cama (81 a 100) (VIGATTO; ALEXANDRE; FILHO, 2007).

O ODI foi validado utilizando uma amostra de pacientes com lombalgia e apresentou um alto grau de confiabilidade. A validação do questionário para o português foi realizada por Vigatto; Alexandre; Filho (2007).

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Duas semanas antes de iniciarem as aulas do Grupo da Coluna, os usuários da UBS/HCPA inscritos na lista de espera para participarem da intervenção, são chamados para a avaliação inicial. Nesse momento, são esclarecidas dúvidas sobre o projeto de pesquisa realizado junto ao programa e é assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Logo após, é realizada a anamnese (na qual são coletados os dados sobre frequência e intensidade da dor), e o preenchimento dos questionários de qualidade de vida e de funcionalidade (pré-teste). Duas semanas após a finalização das aulas do Grupo da Coluna os alunos são chamados para realizarem novamente a anamnese e preencherem os questionários (pós-teste).

Os dados foram coletados no período de um ano, entre 2010 e 2011. Neste período aconteceram quatro Grupos de Coluna. Foram selecionados para este estudo apenas os indivíduos que apresentavam queixa algica na coluna lombar.

4.6 Análise estatística

Utilizou-se o software SPSS 14.0 para Windows para a análise estatística. Foi feita estatística descritiva, com utilização de média, desvio padrão, medianas e intervalo interquartilico. Verificou-se a normalidade dos dados com o teste de Shapiro-Wilk. Como os dados foram não-paramétricos, foi utilizado o teste de Wilcoxon para comparação entre pré e pós experimento, sendo o nível de significância adotado de 0,05.

4.7 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte de um projeto maior envolvendo as ações do projeto de extensão *Grupo da Coluna no Contexto do SUS*, o qual foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n° 100354). Foi garantido 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

Este estudo avaliou a eficácia do Grupo da Coluna da UBS/HCPA na dor, na qualidade de vida e na funcionalidade de indivíduos com lombalgia crônica. Observou-se a influência positiva do programa em relação às variáveis analisadas.

Foram incluídos neste estudo 28 indivíduos, os quais cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos. A amostra foi composta por 23 mulheres (82,1%) e 5 homens (17,9%), com idades variando de 38 anos a 67 anos e idade média de 54,2 ($\pm 9,54$) anos. Todos os indivíduos compareceram em no mínimo 4 encontros realizados pelo Grupo da Coluna, sendo que 64,3% da amostra participaram de todas as aulas (Tabela 1).

Para este estudo, a ocupação foi categorizada em 3 tipos: [1] profissões que exerciam atividades predominantemente em pé, como cabeleireiras, cozinheiras, mestre de obras, eletricista, auxiliar de enfermagem, domésticas, zeladores; [2] profissões que exerciam atividades predominantemente sentadas, como costureiras, comerciários, empresários, administradores, atendente de telemarketing; e [3] aposentados, “do lar” ou desempregados. A maior parte da amostra estudada realizava atividades predominantemente em pé (42,8%), sendo que, destes, 75% realizavam atividades domésticas ou condominiais. Houve também um grande percentual de participantes aposentados, desempregados ou “do lar” (35,7%)

A maioria dos participantes do estudo (46,5%) possuía Ensino Fundamental completo ou incompleto e 18,5% possuíam Ensino Superior completo ou incompleto.

A maioria dos participantes (71,4%) praticava exercícios, sendo a caminhada (80%) o exercício mais realizado.

Dos indivíduos avaliados, 7,14% relataram apresentar dor na região lombar há mais de 3 meses, 14,28% há mais de 6 meses e 78,57% há mais de 1 ano.

Tabela 1: Descrição da amostra.

Sexo	Homens	17,9%
	Mulheres	82,1%
Categorias de Idade	< 50 anos	32,1%
	50 a 60 anos	32,1%
	60 a 70 anos	35,7%
Número de aulas assistidas	4	35,7%
	5	64,3%
Escolaridade	Ensino Fundamental	46,5%
	Ensino Médio	35,7%
	Ensino Superior	18,5%
Profissão	Atividades em pé	42,8%
	Atividades sentado	21,4%
	Aposentado/ "do lar"	35,7%
Tempo de lombalgia	mais de 3 meses	7,14%
	mais de 6 meses	14,28%
	mais de 1 ano	78,57%

Por meio dos dados obtidos, verificou-se maior participação de usuários do sexo feminino, concordando com diversos estudos direcionados ao tratamento de lombalgia crônica em que a maior parte da amostra era composta por mulheres (SOUZA *et al.*, 2010; CESAR; JÚNIOR; BATTITELLA, 2004; TSUKIMOTO *et al.*, 2006; FERREIRA; NAVEGA, 2010; TOBO *et al.*, 2010). Os estudos de Souza *et al.* (2010) e Silva; Fassa; Valle (2004) sugerem que as mulheres além de apresentarem maior incidência de lombalgia crônica procuram mais os serviços de saúde para tratarem de seus problemas que os homens. Esses fatos podem justificar que o percentual de mulheres seja maior que o dos homens na grande maioria dos estudos.

A respeito da variável *Intensidade da Dor*, os dados obtidos a partir da EVA demonstraram, após a finalização dos 5 encontros, uma diminuição significativa na intensidade da dor lombar dos usuários (Tabela 2).

Tabela 2: Média, desvio padrão e nível de significância para a variável intensidade da dor lombar no pré e pós-teste.

	Pré-teste	Pós-teste	Valor de p
Intensidade da dor lombar EVA	5,70 (\pm 2,70)	3,11 \pm (2,64)	0,001

Para melhor caracterização da amostra, com base na proposta de Bird e Dickson (2001) a intensidade da dor foi dividida em três categorias, sendo elas: dor leve (0 a 3,3), moderada (3,4 a 6,6) e intensa (6,7 a 10). Com base nessa classificação, identificou-se que no pré-teste a maior prevalência era de dor moderada (46,4%), enquanto no pós-teste a maior prevalência foi de dor leve (57,1%). É relevante salientar que dos indivíduos categorizados no item intensidade leve, 21,4% relataram, ao final do programa, não ter sentido dor lombar na semana anterior ao pós-teste. Observa-se também uma redução da porcentagem de indivíduos com dor intensa entre o pré (39,3%) e o pós-teste (7,1%).

Tabela 3: Frequências dos níveis de intensidade da dor lombar no pré e pós-teste.

Intensidade	Pré	Pós
Leve	14,3%	57,1%
Moderada	46,4%	35,7%
Intensa	39,3%	7,1%

Diversos estudos que utilizam a metodologia da Escola Postural têm encontrado diferenças estatisticamente significativas nesta variável no pós-teste (MORONE *et al.*, 2011; ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2008; SOUZA *et al.*, 2010; TOBO *et al.*, 2010; TSUKIMOTO *et al.*, 2006). Dentre esses estudos, os que realizaram *follow-up* observaram que a melhora obtida logo após o término do programa se manteve por 1 ano (TSUKIMOTO *et al.*, 2006), quatro meses (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2008) e seis meses (MORONE *et al.*, 2011).

Observou-se também uma redução na *frequência da dor* dos usuários. No pré-teste, 46,4% relataram sentir dor todos os dias, enquanto no pós-teste a maioria da amostra (35,7%) relatou sentir dor uma a três vezes na semana. Como o programa desenvolvido teve a duração de 5 semanas, os indivíduos que no pós-teste referiram não ter mais a dor referida no pré-teste foram incluídos na categoria de frequência da dor de 1x/mês.

Tabela 4: Frequências da dor lombar no pré e pós-teste.

	Pré	Pós
1x/ano	0%	0%
1x/mês	10,7%	32,2%
1-3x/semana	25%	35,7%
4-6x/semana	17,9%	10,7%
7x/semana	46,4%	21,4%

Outros estudos sobre a eficácia de programas de Escola Postural para a dor lombar crônica, não investigaram a frequência da dor inviabilizando uma comparação entre os estudos.

Na análise da variável *Funcionalidade*, avaliada pelo ODI, observou-se também uma diferença significativa entre o pré-teste e o pós-teste (Tabela 5). Houve uma mudança na prevalência dos níveis de incapacidade, sendo que no pré-teste a maior parte da amostra (75%) possuía incapacidade moderada, 17,9% apresentavam incapacidade mínima, e 7,1% incapacidade grave. No pós-teste a maior prevalência foi de incapacidade mínima (67,9%), seguida por 32,1% de incapacidade moderada. No pós-teste, nenhum indivíduo apresentou incapacidade grave.

Este resultado corrobora com os encontrados nos estudos de Ferreira; Navega (2010) e no de Tobo *et al.* (2010).

Tabela 5: Média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartílico e nível de significância para o questionário ODI na avaliação e reavaliação.

	Pré		Pós		Valor de p
	Média e Desvio Padrão	Mediana e intervalo interquartílico (25-75)	Média e Desvio Padrão	Mediana e intervalo interquartílico (25-75)	
ODI	26,60 ($\pm 9,04$)	28 (22-32)	18,35 ($\pm 9,30$)	17 (10,5-26)	0,001*

* resultados com diferença significativa

Pode-se inferir que há uma relação de duas vias entre a melhora da capacidade funcional com a diminuição da dor, pois tanto a diminuição da dor pode ter resultado numa melhora da funcionalidade, quanto à melhora na forma de executar Atividades de vida diária pode ter contribuído para reduzir a dor (TOBO *et al.*, 2010; FERREIRA; NAVEGA, 2010; MORONE *et al.*, 2011; ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2008; TSUKIMOTO *et al.*, 2006).

A diminuição da dor e a melhora da capacidade funcional também foram encontradas no estudo de Tobo *et al.* (2010); Ferreira; Navega (2010) e Morone *et al.* (2011) que utilizaram os mesmos instrumentos deste estudo (EVA; ODI). Outros estudos (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2008; TSUKIMOTO *et al.*, 2006) também encontraram diferença estatisticamente significativa de diminuição da dor e melhora da capacidade funcional, porém utilizaram o questionário Roland-Morris (RM) para avaliação da incapacidade funcional.

Na análise da variável *Qualidade de Vida*, os dados do questionário SF-36 demonstraram, no pós-teste, um diferença estatisticamente significativa dos domínios *capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental*. Somente o domínio *Estado Geral de Saúde* não sofreu alteração (Tabela 6).

Tabela 6: Média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartílico e nível de significância para os domínios do questionário SF-36 no pré e pós-teste. (Um valor maior indica uma melhor condição).

	Pré		Pós		Valor de p
	Média e Desvio Padrão	Mediana e intervalo interquartílico (25-75)	Média e Desvio Padrão	Mediana e intervalo interquartílico (25-75)	
Capacidade Funcional	50,89 ($\pm 22,69$)	45 (30-75)	67,14 ($\pm 15,89$)	70 (51,25-80)	0,001*
Aspectos Físicos	32,14 ($\pm 37,79$)	12,5 (0-75)	61,60 ($\pm 35,01$)	50 (21,2-100)	0,001*
Dor	35,07 ($\pm 12,67$)	40,50 (22,5-41)	52,89 ($\pm 12,05$)	51 (41-62)	0,001*
Estado Geral de Saúde	49,46 ($\pm 12,43$)	47 (40,5-60,75)	49,10 ($\pm 12,57$)	52 (42-57)	0,678
Vitalidade	52,10 ($\pm 14,28$)	52,5 (45-65)	59,28 ($\pm 12,96$)	60 (51,2-70)	0,002*
Aspectos Sociais	65,57 ($\pm 25,03$)	62,5 (50-87,5)	79,89 ($\pm 21,39$)	87,5 (75-100)	0,005*
Aspectos Emocionais	50,45 ($\pm 43,49$)	33,33 (0-100)	75,48 ($\pm 36,02$)	100 (66,6-100)	0,002*
Saúde Mental	61,96 ($\pm 20,92$)	62 (44-83)	69,14 ($\pm 19,50$)	72 (56-83)	0,007*

* resultados com diferença significativa

Estes resultados corroboram com os estudos de Souza *et al.* (2010) que apenas não obteve melhora estatisticamente significativa no domínio *estado geral de saúde*; Tavafian *et al.* (2007) que obteve resultados estatisticamente significativos nos oito domínios do SF-36; Tsukimoto *et al.* (2006) que não encontrou mudança estatisticamente significativa somente no domínio *saúde mental*; Morone *et al.* (2011) que apenas não obteve mudanças estatisticamente significativas nos domínios *estado geral de saúde* e *saúde mental*; e Ferreira; Navega (2010) que não obtiveram resultados estatisticamente significante nos domínios *aspectos físicos* e *aspectos emocionais*.

O fato do presente estudo não apresentar resultado estatisticamente significativo no domínio *estado geral de saúde* está, possivelmente, relacionado à abrangência deste domínio. Ele envolve uma percepção ampla da saúde do indivíduo e o tempo de intervalo entre pré e o pós-teste – sete semanas – pode ser insuficiente para avaliá-lo (SOUZA *et al.* 2010). A realização de reavaliações com períodos mais espaçados, após a finalização do programa, é uma alternativa para esclarecer se este domínio realmente não sofreu alterações significativas.

É interessante ressaltar que os domínios que no pré-teste obtiveram médias menores apresentam coerência com as queixas de dor apresentadas pelos indivíduos da amostra (*capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral de saúde e aspectos emocionais*). E no pós-teste, com exceção do *estado geral de saúde*, a média e mediana de todos esses domínios aumentaram mais que nos demais domínios.

A ausência de um grupo controle pode ser apontada como uma das principais limitações deste estudo, pois impossibilita afirmar que a evolução observada nos participantes seria diferente sem a intervenção realizada. Porém é interessante ressaltar que todos os casos são crônicos, o que torna improvável uma melhora espontânea. Estudos como os de Tobo *et al.* (2010), Souza *et al.* (2010), Tsukimoto *et al.* (2006), Ferreira; Navega (2010), Cesar; Júnior; Battistella. (2004) também não utilizaram grupo controle e obtiveram resultados significativos nas suas análises. Os estudos de Andrade; Araújo; Vilar (2008), Tavafian *et al.* (2007) e Morone *et al.* (2011) tiveram grupo controle e também apresentaram melhora estatisticamente significativa nas suas análises.

O Grupo da Coluna, tendo em vista o seu caráter educativo, o qual estimula a socialização e enfatiza o acolhimento dos problemas trazidos pelos usuários, mostrou-se eficaz no curto prazo, contribuindo para melhorar a funcionalidade, a qualidade de vida e reduzir a dor, sendo um complemento válido para o tratamento de lombalgias crônicas. Estudos que avaliem os serviços prestados em atenção básica e promoção em saúde nas UBS são essenciais para que se verifique se eles auxiliam na melhora da qualidade de vida e da saúde dos usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados do presente estudo pode-se afirmar que o Grupo da Coluna contribuiu na melhora da dor, da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos portadores de lombalgia crônica.

Em relação à intensidade da dor, funcionalidade e qualidade de vida, os resultados foram semelhantes aos encontrados em outros estudos que utilizam a metodologia da Escola Postural para auxiliar no tratamento de dores crônicas na coluna lombar. Com relação à frequência cabe ressaltar que não foram encontrados estudos semelhantes que abordam esta variável, no entanto o resultado observado no presente estudo foi positivo, sendo necessário novos estudos para aferir a significância deste dado.

Levando-se em consideração os resultados obtidos no presente estudo e em outros estudos desenvolvidos nos últimos anos, considera-se a Escola Postural um recurso válido no tratamento de pessoas com lombalgia crônica. Ela pode contribuir para diminuir o custo financeiro, tanto a nível pessoal quanto social, relacionados a consultas nos serviços de atenção à saúde, uso de medicamentos, afastamentos do trabalho gerados pela dor crônica. Isso vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) que tem o objetivo de propiciar à comunidade serviços de saúde eficientes que abarquem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, visando a melhora da qualidade de vida dos pacientes com doença crônica.

Conclui-se que os resultados apresentados neste estudo serão úteis para trabalhos futuros, sugerindo-se que sejam realizados estudos de médio e longo prazo, randomizados e que realizem *follow-up*, para melhor avaliar a efetividade dos programas. Assim como estudos de caráter qualitativo, para avaliar as repercussões dos programas nas questões mais subjetivas relacionadas à dor crônica.

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, 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. da 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.
- BORGES, R. G., *et al.* Efeitos da participação em um Grupo da Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. **Motriz. Revista de Educação Física**. UNESP, vol.17, nº4. 2011.
- 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 Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** – Volume 4. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3a 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, R. 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.
- CARVALHO, M. M. M. J. de (org), *et al.* **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.
- CASAROTTO, R. A.; MURAKAMI, S. C. Grupo da Coluna e Back-School. **Rev. Fisioter. Univ.** São Paulo, 2 (2): 65-71, ago./dez., 1995.
- CESAR, S. H. K.; JÚNIOR, C. A. de 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.
- FAIRBANK, J. C. T.; PYNSENT, P. B. The Oswestry Disability Index. **Spine**. Volume 25 Number 22 2000.
- FAIRBANK, J. C. T. Use and Abuse of Oswestry Disability Index. **Spine**. Volume 32 Number 25 2007.
- FERREIRA, M. S.; NAVEGA, M. T. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. **Acta Ortop Bras**. 18(3); 127-31. 2010.
- FORSSELL, M. Z. The Back School. **Spine**. v.6 number 1 January /February, 1981
- GAYA, A. . **Ciências do Movimento humano. Introdução à metodologia da pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1. 304 p ..
- JÚNIOR, J. J. S., *et al.* Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Rev Dor** 2010;11(1):28-36.
- 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.
- 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.

MORONE, G., *et al.* Quality of life improved by multidisciplinary back school program in patients with chronic non-specific low pain back: a single blind randomized controlled trial. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**. Vol. 47. 2011.

NUNES, M. C. R., *et al.* Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev Bras Fisioter**. 2009;13(5):376-82.

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. 2004.

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

ROS, M. A. da.; VIEIRA, R. C.; CUTOLO, L. R. A. EDUCAÇÃO FÍSICA - Entre o biológico e o social. Há conflito nisto?. **Motrivivência** Ano XVII, Nº 24, P. 107-117 Jun./2005.

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

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 RL. 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-abr, 2004.

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

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., *et al.* Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. **BMC Musculoskeletal Disorders** 2007, 8:21.

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.

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.

VIEIRA, A.; SOUZA, J. L. de. Concepções de boa postura dos participantes da Escola Postural da ESEF/UFRGS. **Movimento**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.9 – 20, janeiro/abril 2002.

VIEIRA, A.; SOUZA J. L. Boa Postura: Uma Preocupação com a Estética, a Moral ou a Saúde? **Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 01, p. 145-165, janeiro/março de 2009.

VIEIRA, A. **O Grupo da Coluna no contexto do sistema único de saúde**. Porto Alegre, UFRGS 2011.

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.

WALSH, T. L., *et al.* Is a Condition-Specific Instrument for Patients with Low Back Pain/Leg Symptoms Really Necessary?: The Responsiveness of the Oswestry Disability Index, MODEMS, and the SF-36. **Spine**. Volume 28 Number 6 2003.

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

ANEXO A – Folder Grupo da Coluna

Grupo de Convivência

Grupo destinado às pessoas que já participaram do Grupo de Coluna e que, identificadas com a proposta, encontram-se para praticar exercícios, relaxar e compartilhar experiências. É oferecido uma vez por semana, com duração de uma hora.

O Grupo de Convivência possibilita a socialização e a interação entre pessoas que possuem condições de saúde semelhantes, o que auxilia os participantes a administrarem melhor a dor e manterem uma boa qualidade de vida.

Projeto de Extensão

Grupo da Coluna

UBS - HCPA





Apresentação

O GRUPO DA COLUNA é um programa de educação em saúde que visa os cuidados com a postura nas atividades de vida diária (AVDs).

Proporciona aos participantes:

- Conhecer melhor seu corpo, através da vivência corporal e dos conhecimentos teóricos;
- Aprender formas adequadas de realizar AVDs;
- Aprender formas adequadas de realizar exercícios e alongamentos;
- Participar de atividades que envolvem relaxamento e massagens.

Quem Somos

O Grupo da Coluna é um Projeto de Extensão dos cursos de Educação Física e Fisioterapia da UFRGS.

É oferecido em cinco aulas, realizadas uma vez por semana.

As aulas, com duração de uma hora e meia, são teórico-práticas e acontecem na UBS – HCPA.

Os participantes são avaliados no início e no final do programa.

Metodologia

Em todas as aulas, desenvolve-se um tema específico e praticam-se exercícios para saúde corporal.

São alguns dos temas trabalhados:

- Os aspectos biológicos, sócio-culturais e psicológicos da postura;
- As noções sobre a estrutura e funcionalidade da coluna;
- AVDs como dormir, sentar e pegar objetos;
- Exercícios para serem realizados em casa.

Público-Alvo

Usuários encaminhados pelos médicos da UBS que apresentam dores na coluna ou que possuem problemas posturais.

ANEXO B – Folhetos do Grupo da Coluna

Dicas Para Viver Bem

Exercícios para fazer

- Sentado em um banco com as pernas esticadas à frente, alongue os braços e o pescoço para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Em seguida, volte e abra os braços para os lados, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Sentado em um banco com as pernas esticadas à frente, alongue os braços e o pescoço para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para os lados, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para baixo e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.

Movimentos básicos para coluna:

- Sentado no ponto de um banco com as pernas esticadas à frente, alongue os braços e o pescoço para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Em seguida, volte e abra os braços para os lados, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para baixo e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.

Dicas Para Viver Bem

Exercícios para fazer

- Deitado sobre o lado esquerdo, abra o braço direito sem alongar os dedos; abra o braço esquerdo sem alongar os dedos; abra o braço direito sem alongar os dedos; abra o braço esquerdo sem alongar os dedos.
- Em seguida, faça o movimento de ambos os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- É importante que você volte para não acumular e não diminuir as curvaturas da coluna, mantendo o mesmo apoio da coluna sobre o bumbum do início ao fim do exercício.
- Deitado, com as pernas flexíveis e os pés apoiados, coloque uma mão sobre o ombro.
- Inspire profundamente pelo nariz, sem levantar o abdômen e expire, sem levantar o abdômen.
- Solte o ar e continue subindo e baixando o ombro. Solte que o ombro se desloca da sua mão.
- Procure respirar algumas vezes, mantendo o equilíbrio do equilíbrio e equilíbrio, arêdo, vádo.

Movimentos básicos para a lombar e quadril:

- Deitado com as pernas flexionadas e os pés apoiados, abra as pernas contra o chão e abra as pernas contra o chão.
- Depois, abra as pernas contra o chão e abra as pernas contra o chão.
- Depois, abra as pernas contra o chão e abra as pernas contra o chão.
- Depois, abra as pernas contra o chão e abra as pernas contra o chão.

Dicas Para Viver Bem

Exercícios para fazer

- Faça o bônus no horizontal no chão e no quadril.
- Faça um movimento de alongar os braços e o pescoço para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para os lados, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para baixo e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.

Alongamento do Quadril
(mantendo o pé no chão)

- Em pé, abra um pé para trás e abra o outro pé para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para baixo e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.

Alongamento das pernas
(incluindo de trás do pé)

- Sentado, abra uma perna para trás e abra o outro pé para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para baixo e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.

Dicas Para Viver Bem

Exercícios para fazer

- Coloque o bônus no ponto de equilíbrio.
- Em pé, abra um pé para trás e abra o outro pé para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para baixo e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.

Alongamento das pernas
(incluindo de trás do pé)

- Sentado, abra uma perna para trás e abra o outro pé para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para cima e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.
- Depois, abra os braços para baixo e para trás, mantendo o abdômen contra o chão. Mantenha a cabeça alinhada com o pescoço.

Grupo de Coluna LBS - HCPH

Dicas Para Viver Bem

Carregar peso:

- Carregue o objeto sempre próximo ao corpo;
- Divida o peso entre os dois braços e se possível com as alças que apoiem nos ombros;
- Procure utilizar bolsas atravessadas no corpo e carregar somente o necessário;
- Cuide para não tensionar e elevar os ombros.

UFROS INSTITUTO PROREXT Grupo da Coluna UBS - HCPA UFROS INSTITUTO PROREXT

Dicas Para Viver Bem

Permanecer Santado:

- Apóie a pelve no fundo da cadeira; Procure manter as curvaturas da coluna;
- Mantenha todo o pé apoiado no chão; Cuide para os joelhos não fiquem acima da altura do quadril;
- Prefira cadeiras confortáveis, com bom apoio para as costas;
- Realize pequenos alongamentos / movimentos na cadeira e levante-se a cada meia hora.

UFROS INSTITUTO PROREXT Grupo da Coluna UBS - HCPA UFROS INSTITUTO PROREXT

Dicas Para Viver Bem

Pegar objetos no solo:

- Mantenha membros inferiores afastados;
- Flexione simultaneamente quadril, joelho e tornozelo;
- Mantenha as curvaturas da coluna;
- Mantenha o objeto próximo ao corpo.

UFROS INSTITUTO PROREXT Grupo da Coluna UBS - HCPA UFROS INSTITUTO PROREXT

Dicas Para Viver Bem

Permanecer em pé:

- Procure distribuir o peso corporal entre as duas pernas;
- Quando apoiar sobre uma única perna, evite inclinar a pelve e alterne a perna que sustenta o peso;
- A altura do local de trabalho deve estar próximo da altura do umbigo;
- Se necessário, utilize um degrau para apoiar um pé ou sente-se sobre um banco alto.

UFROS INSTITUTO PROREXT Grupo da Coluna UBS - HCPA UFROS INSTITUTO PROREXT

Dicas Para Viver Bem

Dormir:

- Prefira dormir de lado e com um travesseiro entre os joelhos;
- Evite a inclinação da cabeça para baixo (travesseiro muito baixo) ou para cima (travesseiro com muito enchimento) quando dormir;
- Evite colchão muito macio ou muito duro;
- Evite dormir de bruços;
- Respire tranquilamente e sinta que os músculos começam a relaxar.

UFROS INSTITUTO PROREXT Grupo da Coluna UBS - HCPA UFROS INSTITUTO PROREXT

Dicas Para Viver Bem

Permanecer deitado:

- Mantenha a cabeça numa posição neutra, sem rotação nem inclinação do pescoço; Evite que o objeto fique numa altura que exija "baixar o olhar";
- Para leitura, utilize apoios (almofadas) para os braços e/ou para o livro;
- Evite colocar travesseiros só na cabeça; eles devem começar no meio das costas ou, numa postura semi-sentada, apoiar toda a coluna;
- Quando perceber tensão na nuca/pescoço, mude de posição.

UFROS INSTITUTO PROREXT Grupo da Coluna UBS - HCPA UFROS INSTITUTO PROREXT

ANEXO C – 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 da 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 da 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 da Coluna. Do mesmo modo, entendo que estas mesmas atividades corporais realizadas no Grupo da 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 D – Anamnese

Avaliador: _____

Avaliação: ____/____/____
 Reavaliação: ____/____/____

FICHA DE AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

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

Estado civil: _____ Profissão: _____

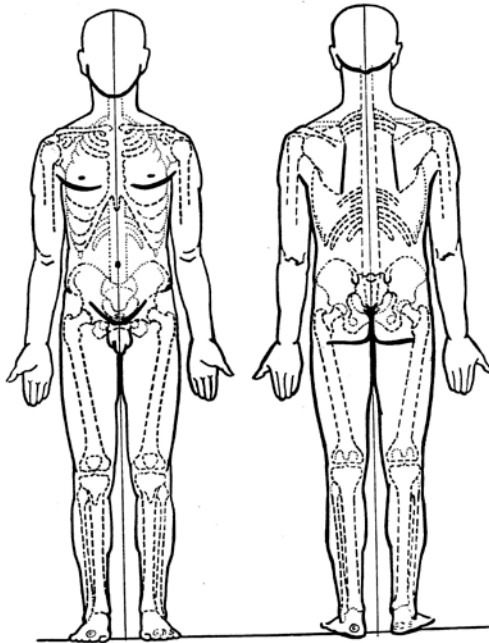
Telefones: _____ / _____ Religião: _____

Escolaridade: _____

Motivação:

DOR:

1. Dados sobre a Dor:



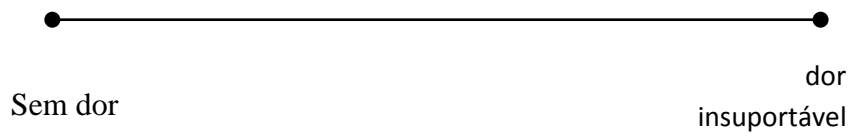
Frequência	
A	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s
R	() 1x/ano () 1x/mês () 1-3x/s () 4-6x/s () 7x/s

Intensidade:

Avaliação



Reavaliação



Quando começou:

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

ANEXO E – 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 F – Oswestry Low Pain Disability Questionnaire (ODI)

Nome: _____ Data: ___/___/_____

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.
- Preciso de alguma ajuda, mas consigo realizar a maior parte dos cuidados pessoais.
- Preciso 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.