

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Márcia Cardoso da Jornada

REPERCUSSÃO DO GRUPO DA COLUNA SOBRE O COTIDIANO DE
MULHERES QUE APRESENTAM DORES MUSCULOESQUELÉTICAS CRÔNICAS

Porto Alegre

2012

MÁRCIA CARDOSO DA JORNADA

REPERCUSSÃO DO GRUPO DA COLUNA SOBRE O COTIDIANO DE
MULHERES QUE APRESENTAM DORES MUSCULOESQUELÉTICAS CRÔNICAS

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

2012

Márcia Cardoso da Jornada

REPERCUSSÃO DO GRUPO DA COLUNA SOBRE O COTIDIANO DE MULHERES
QUE APRESENTAM DORES MUSCULOESQUELÉTICAS CRÔNICAS

Conceito Final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Claudia Candotti

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

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que foram importantes nesta etapa da minha trajetória durante a minha graduação e que contribuíram, cada um da sua maneira, para a elaboração do meu trabalho de conclusão de curso.

À minha mãe por todo amor, incentivo e admiração nesta fase da minha vida. Ao meu irmão Guilherme pelo exemplo e carinho de sempre. À minha tia Marli pela cumplicidade e dedicação. Ao meu namorado Jonas pelo companheirismo e o apoio em todos os momentos.

À minha professora orientadora, Adriane Vieira, que foi uma verdadeira mestra. Sempre sabendo passar a mensagem mais correta no momento ideal. Obrigado, pela colaboração, dedicação, inspiração e paciência que foram a base na elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos do Grupo da Coluna, Anita, Carolina, Débora, Gabriela, Luís e Patrícia que contribuíram, alguns mais diretamente e outros mais indiretamente para a construção do meu trabalho de conclusão de curso.

Aos meus colegas de graduação em especial a Rafaela e a Vanessa.

Às participantes do Grupo da Coluna que contribuíram para a minha pesquisa e para a minha carreira profissional.

RESUMO

As dores musculoesqueléticas afetam milhões de pessoas em todo o mundo e são as principais causas de gastos com saúde. Quando se tornam crônicas, provocam um grande impacto sobre a vida das pessoas, podendo desencadear problemas psicológicos e diminuição da produtividade nas tarefas de casa e do trabalho. As políticas nacionais de atenção à saúde propostas nos últimos anos visam garantir a execução de estratégias educativas que promovam a saúde e a qualidade de vida de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto de extensão *Grupo da Coluna no Contexto do SUS* é oferecido numa Unidade Básica de Saúde como uma alternativa educativa aos usuários que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas. O objetivo deste estudo foi conhecer a repercussão do *Grupo da Coluna* sobre o cotidiano de mulheres que apresentavam dores musculoesqueléticas crônicas. Foram entrevistadas nove mulheres a fim de reconhecer as suas percepções acerca das atividades desenvolvidas nos cinco encontros teórico-práticos que compõem o programa. Foi possível identificar que o programa contribuiu para redução da dor, melhorou a funcionalidade na realização de atividades diárias, incentivou a prática de exercícios, além de contribuir para que compreendessem a relação entre aspectos psicológicos e dor.

PALAVRAS CHAVES: dor musculoesquelética, dor crônica, Escola Postural, atenção básica à saúde.

ABSTRACT

The musculoskeletal pain affects millions of people around the world and are the leading causes of health spending. When they become chronic, causing a great impact on people's lives, which can trigger psychological problems and reduced productivity in household chores and work. National policies for health care proposals in recent years aimed at ensuring the implementation of educational strategies that promote health and quality of life of users of the Unified Health System (SUS). The extension project of the Spine Group in the Context of SUS is offered in a Basic Health Unit as an educational alternative to users who have chronic musculoskeletal pain. The objective of this study was to understand the impact of the Spine Group on daily life of women with chronic musculoskeletal pain. Nine women were interviewed in order to recognize their perceptions about the activities of the five meetings that make theoretical and practical program. It was possible to identify that the program contributed to pain reduction, improved functionality in performing daily activities, encouraged the practice exercises, and contribute to understand the relationship between psychological aspects and pain.

KEYWORDS: musculoskeletal pain, chronic pain, postural school, primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1	Dor musculoesquelética.....	12
2.2	Dor crônica	13
2.3	Capacidade funcional	14
2.4	Qualidade de vida.....	15
2.5	Atenção Básica à Saúde.....	16
2.6	A educação como mecanismo de promoção da saúde	18
2.7	Escola Postural.....	20
3	METODOLOGIA.....	22
3.1	Projeto de Extensão “Grupo da Coluna no Contexto do SUS”	22
3.2	Caracterização do estudo	23
3.3	Entrevista semi-estruturada	23
3.4	Participantes-voluntários	24
3.5	Aspectos Éticos	25
3.6	Procedimentos utilizados na coleta de informações.....	25
3.7	Procedimentos utilizados na descrição e interpretação das informações	25

4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
4.1	Incorporação de novos hábitos.....	27
4.2	Prática de exercícios físicos.....	30
4.3	Aspectos psicológicos relacionados à dor	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
6	REFERÊNCIAS	36
7	ANEXO A.....	40
8	ANEXO B	41
9	ANEXO C	45
10	ANEXO D.....	46

1 INTRODUÇÃO

As dores musculoesqueléticas causam impacto na vida de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Os agravos musculoesqueléticos constituem diversas fisiopatologias, sendo responsáveis por causarem dor severa e persistente, incapacidade física, repercussões psicossociais e interferirem no âmbito familiar e profissional (MATA *et al.*, 2011).

Os distúrbios da coluna vertebral são os mais frequentes e podem ser desencadeados por diversos motivos, entretanto, a maior parte destas dores não tem causa conhecida. Segundo Arcanjo *et al* (2008), a etiologia da dor nas costas pode estar relacionada a variáveis psicossociais e ambientais, precárias condições de vida e saúde, estilo de vida, falta de acesso às informações e uso incorreto da mecânica corporal no trabalho ou lar, constatando que a má postura gera sobrecargas e disfunções do tecido miofascial e das articulações da coluna.

As dores podem ser classificadas como aguda ou crônicas dependendo da sua duração. A dor é considerada aguda quando ocorre por um período menor de um mês e crônica se durar mais de três meses ou se ocorrer em episódios recorrentes dentro de um período de seis meses (WHO, 2003).

Quando a dor se torna crônica podem surgir problemas psicológicos, disfunção cognitiva, mudança de comportamento, redução da capacidade física, diminuindo a produtividade nas tarefas de casa e do trabalho (ARCANJO, 2008). A dor crônica é um problema de alta incidência e é tida como um dos principais fatores comprometedores da qualidade de vida. Esta afeta fisicamente causando insônia, falta de apetite, fadiga, sintomas que reforçam sensações de mal-estar e contribuem para um estilo de vida inativo e depressão (MURTA, 1999).

Portanto, ao abordar a dor musculoesquelética crônica, não é suficiente saber qual a região acometida e a intensidade da dor. É preciso investigar de que maneira ela interfere na capacidade funcional e na qualidade de vida das pessoas.

A capacidade funcional refere-se à capacidade do indivíduo para desempenhar as atividades de vida diária (AVDs) ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda.

Sabendo que a dor musculoesquelética crônica gera limitações e pode influenciar na capacidade funcional causando impacto na família, na comunidade e no cotidiano dos indivíduos, deve-se buscar minimizar sua evolução a fim de garantir autonomia, independência e maior qualidade de vida (TAVARES; DIAS, 2012; TOBO, 2010; ALVES, 2007; MATA 2011).

A qualidade de vida possui um conceito mais amplo e diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana como alimentação, educação, saúde e lazer. Considerando que o conceito de saúde deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, e que saúde não é mera ausência de doença (MINAYO *et al.*, 2000).

A Atenção Básica à Saúde tem como responsabilidade resolver os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em um determinado território, sendo a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). A busca por estratégias que visam à promoção da saúde, a prevenção e o combate às doenças crônicas são atualmente um dos maiores desafios para o setor da saúde. A maior demanda atualmente está justamente sobre as doenças crônicas, no entanto, o modelo de atenção à saúde é voltado primordialmente para condições agudas, sendo a busca por uma vida mais saudável um desafio a ser incorporado no cotidiano de todos.

O Ministério da Saúde com a intenção de aprimorar a qualidade dos serviços prestados no SUS, criou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que têm como um dos seus objetivos promover a qualidade de vida e incentivar um estilo de vida mais saudável de acordo com a demanda e as necessidades das comunidades (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

Hábitos posturais adequados são considerados importantes à manutenção da saúde do sistema musculoesquelético e propostas educativas que estimulem esses hábitos podem evitar e amenizar problemas algícos e processos degenerativos (VIEIRA; SOUZA, 2002). Dentre os programas educativos que estimulam a mudança de hábitos posturais, destaca-se a Escola Postural, a qual visa a promoção da saúde e a melhora da qualidade de vida, sendo compatível com os objetivos das políticas nacionais de promoção e atenção básica à saúde.

O objetivo deste estudo foi conhecer a repercussão do projeto de extensão denominado “Grupo de Coluna no Contexto do SUS” sobre o cotidiano de mulheres que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas a partir das suas percepções acerca das atividades desenvolvidas nos cinco encontros teórico-práticos que compõem o Grupo. O projeto foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, numa parceria estabelecida entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e utiliza como referência a metodologia proposta pelas Escolas Posturais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Dor musculoesquelética

As alterações musculoesqueléticas compreendem diversas doenças e síndrome, que geralmente são progressivas e associadas à dor. Estas doenças são as principais causas de morbidade e incapacidade que levam ao afastamento das atividades diárias, dando origem a gastos com saúde e afastamento do trabalho (MATA *et al.*, 2011).

Os distúrbios musculoesqueléticos são responsáveis pela maior causa de dor severa e persistente e de incapacidade física, afetando centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Esses agravos constituem um grupo diverso, que apresentam fisiopatologias variadas e têm em comum a associação de dor e diminuição de capacidades físicas (MATA *et al.*, 2011).

Dentre as alterações musculoesqueléticas, os distúrbios da coluna vertebral são os mais frequentes e podem ser desencadeados por diversos motivos, entre eles: trauma, lesão mecânica, inflamação, infecção e tumor. Entretanto 80 a 85% das dores nas costas não tem causa conhecida (WHO 2003 p.1).

A lombalgia mecânico postural ou lombalgia inespecífica representa grande parte das algias de coluna referidas pela população. Acredita-se que seja decorrente do desequilíbrio entre esforço requerido para uma determinada tarefa e o potencial de execução para esta tarefa, seja no trabalho ou no cotidiano (ANDRADE *et al.*, 2005).

Segundo Cesar *et al.*, (2004), a lombalgia é proveniente de um desequilíbrio dos fatores neurológicos, biomecânicos e psicológicos. Ela tem sido associada a quadros de depressão e a ansiedade, que, por sua vez, podem prolongar o quadro doloroso, gerando angústia, incapacidade e insatisfação, seja no trabalho ou na vida social.

Arcanjo *et al.*, (2008) ressalta que, a etiologia da dor nas costas pode estar relacionada a variáveis psicossociais e ambientais, precárias condições de vida e saúde, estilo de vida, falta de acesso às informações e uso incorreto da mecânica corporal no trabalho ou lar,

constatando que a má postura gera sobrecargas e disfunções do tecido miofascial e das articulações da coluna.

A dor é, portanto, uma experiência individual, complexa, multidimensional, relacionada a vários componentes sensoriais, afetivos cognitivos, sociais e comportamentais. É associada, primeiramente, a uma lesão tecidual, mas por caracterizar-se como a percepção subjetiva de uma sensação desprazerosa, precisa ser entendida também como experiência emocional. O fato da experiência da dor estar vinculada a vivências anteriores, crenças, atitudes, conhecimentos e significados ajuda a explicar as diferentes interpretações e reações das pessoas a um mesmo estímulo doloroso (GUIMARÃES, 1999).

A descrição da dor pode ser ilustrada através do auto-relato, para que seja possível prestar ajuda àquele que se queixa. Contudo, nem sempre é possível descrever de forma precisa o que ocorre internamente. Geralmente é difícil descrever a própria dor, assim como, é impossível conhecer exatamente a experiência de dor de outra pessoa (MURTA, 1999).

2.2 Dor crônica

As dores podem ser classificadas como agudas ou crônicas dependendo da sua duração. A dor é classificada como aguda quando ocorre por um período inferior a um mês e como crônica quando ocorre episodicamente dentro de um período de seis meses ou quando dura mais de três meses (WHO, 2003). Nos quadros de dores crônicas, podem surgir problemas psicológicos, disfunção cognitiva, mudança de comportamento, redução da capacidade física, diminuindo a produtividade nas tarefas de casa e do trabalho (ARCANJO *et al*, 2008).

A dor crônica é um problema de alta incidência, que pode afetar pessoas de qualquer idade e de ambos os sexos, e é tida como um dos principais fatores comprometedores da qualidade de vida. Ela provoca um grande impacto sobre a vida da pessoa, sendo relacionada à insônia, à falta de apetite e de desejo sexual e à fadiga muscular. Sintomas que reforçam sensações de mal-estar, que por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de um estilo de vida inativo, que comumente afeta o estado psicológico e pode resultar na redução de atividades físicas, sociais e ocupacionais (MURTA, 1999). Ela pode ser, portanto, responsável pelo surgimento ou pela perpetuação de quadros de depressão e ansiedade, pois gera irritação,

impaciência, hostilidade, inatividade, descrença e até mesmo desesperança. Se a dor é crônica, muito provavelmente, o indivíduo já consultou vários especialistas, recebeu intervenções terapêuticas sem sucesso e com regularidade abusa de medicações ou as utiliza de modo inadequado. Por isso, tende, com o tempo, a ter dificuldades de aderir à propostas terapêuticas e a abandonar os tratamentos (FIGUEIRÓ, 1999).

Deve-se salientar também que cerca de 60% dos indivíduos deprimidos relatam sintomas dolorosos como lombalgia e dores musculoesqueléticas. Observa-se que pessoas com depressão relatam sentir maior intensidade de dor e têm menor capacidade de controle da sua própria vida, maior uso de estratégias passivas de enfrentamento, maior interferência da dor nas atividades de vida diária e mais comportamentos dolorosos e doentios. A ansiedade, por desencadear um aumento da tensão muscular, é também associada a quadros dolorosos. A depressão e a ansiedade podem, portanto, gerar quadros de dores crônicas e contribuir para e exacerbação de sentimentos de angustia, incapacidade e insatisfação, seja no trabalho ou na vida pessoal (CARAVIELLO *et. al.*, 2005; FIGUEIRÓ, 1999).

2.3 Capacidade funcional

A capacidade funcional refere-se à capacidade do indivíduo para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda. Sendo a incapacidade funcional a presença de dificuldades ou, até mesmo, a impossibilidade de realizar certos gestos e certas atividades da vida cotidiana (ALVES *et al.*, 2007; ROSA *et al.*, 2003).

Quando ocorre o comprometimento de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente, como o cuidado de si mesmo, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande, além de contribuir para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (ALVES *et al.*, 2007; TAVARES, DIAS, 2012).

A incapacidade funcional pode estar relacionada à presença de algumas doenças ou deficiências, entretanto, ela é influenciada, principalmente, por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais que podem ser modificados através da mudança de hábitos. Rosa (2003) em seu estudo diz que se nota:

“a inclusão de comportamentos relacionados ao estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, fazer exercícios, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ter senso de auto-eficácia e controle, manter relações sociais e de apoio como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional” (p.41)

Sabendo-se que uma das principais limitações gerada pela dor musculoesquelética crônica é a incapacidade funcional e que ela causa impacto na família, na comunidade e no cotidiano dos indivíduos, deve-se buscar minimizar sua evolução a fim de garantir autonomia, independência e maior qualidade de vida (TAVARES; DIAS, 2012; TOBO, 2010; ALVES, 2007; MATA 2011).

2.4 Qualidade de vida

A qualidade de vida tornou-se um termo comum no âmbito da saúde, no entanto, aparece sempre com um sentido bem genérico (MINAYO *et al.*, 2000). Conforme a OMS, qualidade de vida “é a percepção individual de um completo bem estar físico, mental e social” (CESAR *et al.*, 2004)

O instrumento mais utilizado para mensurar a qualidade de vida dos indivíduos é o questionário genérico auto-aplicável SF-36, ele permite avaliar oito fatores: capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos físicos, dor, vitalidade, saúde mental e limitações dos aspectos sociais e emocionais. Este questionário foi validado para o Brasil, no ano de 1990, sendo introduzido como um aliado na observação de como determinadas doenças poderiam afetar a qualidade de vida das pessoas (CESAR *et al.* 2004).

Segundo Minayo (2000) qualidade de vida é uma noção que tem se aproximado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Sendo uma síntese de todos os elementos que uma determinada cultura considera padrão de conforto e bem-estar.

Segundo Arcanjo *et al.* (2008) e Tavares (2012) a OMS conceitua ainda qualidade de vida como: “percepção do individuo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema

de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Em resumo, a noção de qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; está relacionado a modo, condições e estilo de vida. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais, considerando-se que o conceito de saúde deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, e que saúde não é mera ausência de doença (MINAYO *et al.*, 2000).

2.5 Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações, 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 manutenção da saúde. Assume a responsabilidade de resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância em um determinado território e é o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Nas últimas cinco décadas vêm se intensificando o processo de urbanização no Brasil e devido a essa aceleração percebe-se a ampliação de problemas sociais, culturais, econômicos e ambientais. Nesse contexto, observa-se uma complexidade da vida contemporânea, que gera problemas de saúde característicos desse tempo, sendo eles: estresse, drogadição, desnutrição, inatividade física, excesso de lixo, falta de água, poluição, diminuição das áreas verdes e ocupação desordenada (MORETTI *et al.*, 2009).

Esse novo contexto alterou os fatores que influenciam a qualidade de vida das comunidades, assim como mudou o perfil de doenças e agravos enfrentados pelos serviços de saúde. O Brasil apresenta uma situação epidemiológica de dupla carga de doenças, de um lado, as antigas doenças infectocontagiosas, e do outro lado, o desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis relacionados a condições de cronicidade. O estudo de MORETTI (2009) mostra que esta segunda classe de doenças é responsável por 76% da mortalidade geral, 63% das internações pagas e 73% dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) por

internações de indivíduos residentes no município de São Paulo. Mostrando que estas doenças geram altos custos com tratamento e reabilitação, repercutindo na situação econômica do país.

A busca por estratégias que visam à promoção da saúde, a prevenção e o combate às doenças crônicas são atualmente um dos maiores desafios para o setor da saúde. Hoje em dia o modelo de atenção à saúde é voltado primordialmente para as condições agudas, sendo incoerente com as necessidades da população, na qual predomina uma demanda maior de intervenção sobre as doenças crônicas, sendo a busca por uma vida mais saudável um desafio a ser incorporado no cotidiano de todos (MORETTI *et al.*, 2009).

Em 2005, o Ministério da Saúde do Brasil definiu uma agenda de compromissos pela saúde composta por três eixos: o pacto em defesa do SUS, o pacto em defesa da vida e o pacto de gestão (BRASIL, 2006).

Do eixo pacto pela vida, com ênfase no aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestado no SUS, surgiu a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, que tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e o risco à saúde (BRASIL, 2010).

Uma das ações específicas priorizadas da PNPS é a Prática Corporal/Atividade Física, que traz como ações na rede básica de saúde e na comunidade alguns itens como:

“mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de Atenção Básica e estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles onde não há ações; ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis; capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo; incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros)” (BRASIL, 2010, p. 33).

No ano de 2006, foi também aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que expressa o acerto na definição, pelo Ministério da Saúde, de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil. A PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização

da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dentre as características que definem o processo de trabalho destas equipes estão:

“programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar 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/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 18).

Visto que as dores musculoesqueléticas apresentam um caráter epidemiológico e geram mal-estar, quadros alterados de humor, perda de apetite e sono, indisposição para socialização e trabalho e redução da capacidade funcional, ou seja, diminuem a qualidade de vida, devem ser desenvolvidas ações que evitem tais danos e contribuam para manutenção da saúde. Propostas educativas e exercícios são estratégias válidas e que podem ser oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que estão de acordo com as ações propostas pelas políticas de saúde.

2.6 A educação como mecanismo de promoção da saúde

As condições de vida e saúde têm melhorado na maioria dos países no último século, graças a progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como, avanços na saúde pública e na medicina. Entretanto, é incontestável a permanência de desigualdades, seja entre países ou até mesmo dentro deles, em regiões e grupos sociais (BUSS, 2000).

Por outro lado, houve crescimento e aparecimento de outros problemas como o câncer, doenças cardiovasculares, a AIDS, o uso de drogas, a violência e o estresse. A principal resposta para os problemas de saúde tem sido investimentos em assistência médica curativa e individual, ainda que, se identifique que medidas preventivas e de promoção da saúde, assim como, melhoria das condições de vida em geral, tenham sido as razões fundamentais para os avanços que já ocorreram (BUSS, 2000).

O conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por autores de diversas áreas. Dentre os diversos conceitos, a promoção da saúde vai desde comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e na comunidade em que se encontram, até fatores relacionados com a qualidade de vida como alimentação, habitação, educação, cultura e saúde (BUSS, 2000; CANDEIAS, 1997). Assim, a promoção da saúde não se constitui em uma responsabilidade restrita do setor da saúde, mas de uma integração de diversos setores que se articulam para a elaboração de políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos (MACHADO *et al.*, 2007).

A Carta de Ottawa (um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual) define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (WHO, 1986).

Ações educativas auxiliam na promoção da saúde, através de programas ou atividades, primeiramente, relacionadas ao estilo de vida dos indivíduos como os comportamentos de riscos passíveis de mudanças que, pelo menos em parte, estariam sob o controle deles mesmos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, a prática de atividades físicas, a direção perigosa no trânsito (BUSS, 2000). Os maus hábitos posturais também podem ser incluídos nos comportamentos de risco passíveis de mudanças, visto que, o mau uso da mecânica corporal nas atividades do cotidiano pode gerar sobrecarga e disfunções no sistema musculoesquelético e acarretar dores e sensações de mal estar.

Esses programas e atividades deveriam englobar diferentes profissionais e áreas de conhecimento em saúde. A Educação Física e a Fisioterapia, por exemplo, podem contribuir na promoção de ações voltadas à saúde cinético-funcional. Dentro desse objetivo, os programas de Escolas Posturais são pertinentes porque são direcionados à prevenção de alterações musculoesqueléticas e dores crônicas decorrentes de hábitos posturais inadequados (SOUZA; VIEIRA, 2003).

2.7 Escola Postural

A escola Postural foi criada na Suécia, em 1969, pela fisioterapeuta Marianne Forssell, preocupada com os pacientes que apresentavam problemas de dores nas costas (FORSSELL, 1981). O sucesso inicial de sua proposta ocasionou a implantação da proposta em outros países como Canadá, Estados Unidos e Brasil. Originalmente denominada “Back School” (e traduzida no Brasil como “Escola da Coluna” ou “Escola Postural”), é definida como um programa teórico-prático direcionado à prevenção de alterações musculoesqueléticas decorrentes de hábitos inadequados, que são freqüentemente, relacionados às dores crônicas. Desde sua criação, a Escola Postural foi sofrendo modificações na sua forma de aplicação e nos parâmetros de avaliação nos diferentes locais onde é adotada, buscando uma adaptação melhor a cada realidade, porém, mantendo o seu fundamento principal, que é ensinar o aluno a compreender a relação que existe entre a dor e a forma de realizar atividades da vida diária (VIEIRA; SOUZA, 2003; ANDRADE *et al.*, 2005).

Os bons hábitos posturais são considerados um fator importante à saúde do sistema musculoesquelético e acredita-se que propostas educativas, preventivas e terapêuticas podem evitar problemas álgicos e processos degenerativos. Assim, desde os anos 80, tem-se desenvolvido programas de educação postural, conhecidos como Escola Postural, cujo objetivo é oportunizar à população uma melhora da postura corporal (VIEIRA; SOUZA, 2002).

Souza *et al.* (2010) trazem a relação entre dor lombar e postura corporal, salientando que a boa postura possibilita um melhor ajuste do sistema musculoesquelético, equilibrando e distribuindo o esforço necessário para realização de atividades de vida diária e reduzindo a sobrecarga nas estruturas osteomusculares.

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 orientá-lo da melhor maneira possível na realização das atividades de vida diária (FERREIRA; NAVEGA, 2010).

O sucesso crescente dos resultados da Escola Postural se espalhou por países como 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 resultados de sucesso. Posteriormente, o programa de Escola Postural foi difundido para outras Universidades no país (SANTOS; MOREIRA, 2009). No Rio Grande do Sul foi, em 1997, implantada a primeira Escola Postural da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo Professor Dr. Jorge Luis de Souza.

Os programas de Escola Postural possuem duração pré-determinada e os conteúdos são trabalhados de forma teórica e prática. O objetivo central destes programas é facilitar a aquisição de hábitos posturais saudáveis, principalmente relacionados com a maneira que as atividades de vida diária são executadas. Para isso, incluem aspectos como noções básicas de anatomia e fisiologia, epidemiologia e fatores causadores da dor, informações sobre como reduzir a intensidade e a frequência da dor nas costas com a mudança de posturas na vida diária e a importância da realização de exercícios para a manutenção de uma coluna mais saudável. A maioria dos programas realiza exercícios de fortalecimento, alongamento e relaxamento muscular. (ANDRADE; ARAÚJO; VILAR, 2005; SOUZA; VIEIRA, 2003).

3 METODOLOGIA

3.1 Projeto de Extensão “Grupo da Coluna no Contexto do SUS”

Em Porto Alegre, a Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UBS/HCPA), oferece à comunidade desde 2006 uma atividade denominada Grupo da Coluna, a qual segue a mesma estrutura de base das Escolas Posturais. Esta atividade era inicialmente ministrada por médicos das Equipes de Saúde da Família da Unidade, que, em 2009, estabeleceram uma parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo desta parceria foi contribuir para a inserção dos cursos de Educação Física e Fisioterapia em atividades vinculadas aos serviços do SUS e fortalecer a interação entre a Universidade e o serviço de Atenção Básica à Saúde. O projeto de extensão “Grupo da Coluna no contexto do SUS” é coordenado pela Profa. Adriana Vieira, professora dos cursos de Educação Física e Fisioterapia.

O Grupo da Coluna é composto por cinco encontros teórico-vivenciais com duração de duas horas, ministrados uma vez por semana na UBS/HCPA para grupos de oito a doze usuários (Anexo A). Os temas escolhidos para aulas 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 organizados conforme apresentado no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1: Temas abordados no 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, aproximadamente, uma hora de atividades teórico-vivenciais e uma hora de práticas de exercícios de percepção corporal, alongamento, reforço muscular e de relaxamento, além de atividades de massagem e auto-massagem.

Nas aulas, utiliza-se uma linguagem de fácil compreensão, o resgate de experiências do cotidiano dos participantes e são entregues folhetos que reforçam as orientações e os exercícios abordados em aula, servindo de estímulo para a realização dos mesmos em casa (Anexo B). Além disto, 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 cotidiano.

O projeto atende usuários que sofrem de dor crônica e são encaminhados para o Grupo por algum médico da equipe da UBS. Seguindo a metodologia de Escola Postural, os encontros têm como objetivos promover a reeducação de padrões habituais de movimento, amenizar dores, diminuindo a sua frequência e intensidade, e proporcionar interação e convívio social, contribuindo assim, para uma melhora na qualidade de vida e da capacidade funcional.

3.2 Caracterização do estudo

Este estudo apresenta uma abordagem qualitativa de viés interpretativo, tendo como elemento central a compreensão e a valorização das interpretações dos indivíduos sobre uma determinada situação. Procura-se conhecer como os sujeitos experimentam, percebem, criam, modificam e interpretam a realidade das quais fazem parte (GAYA, 2008). A investigação dos fenômenos se dá de forma indireta e, neste estudo, o instrumento utilizado para coleta de informações foi a entrevista semi-estruturada.

3.3 Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada permite tanto questionamentos básicos que interessam ao investigador quanto abertura para abordar outros assuntos que se mostrem pertinentes à investigação; constitui, segundo Triviños (1987), o tipo de entrevista mais indicado à pesquisa qualitativa. Utilizou-se uma lista de questões como roteiro de base para o entrevistador baseada no Roteiro de Entrevista Final da dissertação de doutorado de Vieira (2004). As

questões que nortearam a entrevista abordavam a dor, a postura, as percepções em relação ao programa, os exercícios corporais e as mudanças de hábitos (Anexo C). A questão norteadora da entrevista foi: “Qual a influencia do Grupo da Coluna no seu cotidiano?”.

As entrevistas duraram em média quarenta minutos e foram realizadas em uma sala apropriada (somente com a presença do pesquisador e do entrevistado), o áudio foi gravado e posteriormente transcrito.

3.4 Participantes-voluntários

Participaram deste estudo nove mulheres com idades entre 42 e 58 anos. Elas foram convidadas a participar da entrevista após finalização dos Grupos da Coluna oferecidos aos usuários da UBS/HCPA em 2011. Como critério de inclusão, a entrevistada teria que ter participado de pelo menos três aulas das cinco que compõem o Grupo. Foi explicado que as entrevistas faziam parte de projeto de pesquisa “Grupo da Coluna no Contexto do SUS” e que seriam utilizadas para realização do Trabalho de Conclusão de Curso da pesquisadora. Todas as participantes tiveram seus nomes reais substituídos por nomes fictícios de flor (Quadro 2).

Quadro 2: Participantes do estudo

Nome	Idade	Profissão	Escolaridade	Estado Civil
Orquídea	47	Desempenha serviços domésticos e condominiais	Ensino Fundamental	Solteira
Gérbera	38	Desempenha serviços domésticos e condominiais	Ensino Fundamental	Solteira
Rosa	43	Desempenha serviços domésticos e condominiais	Ensino Fundamental	Solteira
Violeta	42	Desempenha serviços domésticos e condominiais	Ensino Fundamental	Casada
Hortênsia	58	Do lar	Ensino Fundamental	Solteira
Acácia	50	Desempenha atividades em pé	Ensino Fundamental	Viúva
Jasmim	68	Aposentada	Ensino Médio	Casada
Margarida	55	Desempenha serviços domésticos e condominiais	Ensino Fundamental	Casada

Gardênia	42	Funcionária Pública	Ensino Superior	Solteira
----------	----	---------------------	-----------------	----------

3.5 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo, 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 instrução da Resolução 196/96, IX.

Todas as participantes voluntárias assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), e receberam nomes fictícios preservando a identidade das participantes.

3.6 Procedimentos utilizados na coleta de informações

O processo de coleta de informações iniciou em maio de 2011 e finalizou em novembro do mesmo ano. A coleta de informações desencadeou-se após finalizado o Grupo da Coluna, momento em que a participante era convidada a comparecer na UBS/HCPA para uma entrevista com hora marcada.

3.7 Procedimentos utilizados na descrição e interpretação das informações

As informações coletadas nas entrevistas foram transcritas e agrupadas em unidades de significado que surgiram da leitura minuciosa das transcrições. Segundo Metzler, Carpena & Borges (1994), a pesquisa quantitativa não tem um caminho metodológico claro, mas consideram que os procedimentos sugeridos por Giorgi podem auxiliar o trabalho inicial do investigador, sendo eles:

- “1) Fazer uma leitura completa de cada descrição, para captar o sentido do todo.*
- 2) Captar o sentido do todo e, então, voltar ao início para discriminar as unidades de significado, conforme uma determinada perspectiva (psicológica ou educacional) e com o foco no fenômeno que está sendo investigado.*

3) Delinear as unidades de significado, retomar todas as unidades, reescrevendo-as em função do fenômeno que está sendo investigado, ou seja, fazendo uma transformação das unidades de significado em linguagem educacional.

4) Realizar a síntese de todas as unidade transformadas em uma perspectiva consistente. Isto de acordo com a estrutura da experiência, que pode ser expressa em diferentes níveis.” (p.77).

Assim, após definir as unidades de significado, elas foram reescritas e organizadas em unidades temáticas, cuja descrição e interpretação contemplam as repercussões das atividades desenvolvidas no Grupo da Coluna sobre o cotidiano das participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das falas das participantes nas entrevistas, que comentavam as repercussões das atividades desenvolvidas no Grupo da Coluna sobre seus cotidianos, foi possível identificar a presença de três unidades temáticas: *incorporação de novos hábitos, prática de exercícios físicos e aspectos psicológicos relacionados à dor*.

4.1 Incorporação de novos hábitos

A incorporação de novos hábitos pelas participantes do programa foi algo muito presente em seus depoimentos. Ficou bastante clara a compreensão, por parte das alunas, da relação que existe entre a dor e a maneira com que atividades do cotidiano são realizadas:

Rosa: *“O excesso de trabalho também me dava dor. Hoje eu divido o cesto de roupa, coloco o pé em cima do banquinho e quando termino de passar a roupa, termino sem dor”*.

As dores musculoesqueléticas são problemas frequentes e estão relacionados a diversos fatores, entre eles, a falta de informação e o uso incorreto da mecânica corporal no trabalho e no lar:

Margarida: *“Hoje eu já me cuido mais, mas antes não, eu me abaixava de qualquer jeito. Porque se tu não sabe a postura que tu tem que se comportar, tu fica pior ainda. Hoje, quando vou pegar um balde, eu já sei como me abaixar, como passar um pano, sei que tenho que cuidar a vassoura, todo o movimento que tenho que fazer. Ajuda um monte”*.

“Eu durmo com o travesseiro no meio das pernas, baixei o meu travesseiro, eu troquei porque estava com muita dor na nuca, então deixei ele bem baixinho... eu deitava toda torta”.

Violeta: *“Eu tenho que me acostumar primeiro com tudo, mas eu vou fazendo e vejo que estou errada, então, eu volto e começo a fazer certinho de novo como eu aprendi aqui no grupo”*.

Há hábitos posturais inadequados que são executados durante toda uma vida e podem ser associados, principalmente, ao estilo de vida adotado por algumas pessoas. Como já visto

na revisão deste estudo, as algias da coluna são geradas ou exacerbadas por um desequilíbrio entre a carga e a capacidade funcional, que são o esforço requerido e o potencial de execução de uma determinada tarefa (ANDRADE *et al.*, 2005). Vem daí a importância de que as alunas percebam seus padrões posturais inadequados, a fim de modificá-los, encontrando posturas e esforços mais adequados às exigências da tarefa. É também preciso que saibam escutar o seu corpo e que reconheçam seus limites, tornando-se mais autônomas na manutenção de sua saúde (ANDRADE, 2005; SOUZA, VIEIRA, 2003; VIEIRA, 2008). A percepção de que era preciso modificar alguns hábitos e as ações realizadas para esse fim foram expostas no depoimento de algumas participantes e exemplificadas pelas falas de Hortência e Jasmim:

Hortência: *“Antes eu ia ao super e trazia um monte de coisa. Agora eu vou e trago um pouquinho, depois eu vou de novo e trago mais alguma coisa. Agora eu estou aprendendo!”*.

Jasmim: *“A gente tem que cuidar da postura, não fazer movimento brusco, não exagerar, eu não tenho mais 18 anos, eu digo pra mim... calma, calma, vou me policiando né?! Antes eu estava sempre querendo correr mais que eu podia”*.

Ações de educação promovem a saúde, pois capacitam o indivíduo para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, possibilitando-o gerir e opinar sobre o cuidado de si (MACHADO *et al.*, 2007). Levando em consideração as informações obtidas através das falas das participantes deste estudo, considera-se que a proposta educativa oferecida pelo Grupo da Coluna proporcionou uma melhora do bem-estar, influenciando as atividades do cotidiano das mulheres no que se refere às mudanças na forma de realizar as atividades rotineiras, como pegar um balde ou passar roupa, isto pode ter sido um fator determinante para a diminuição da dor comentadas nas seguintes falas:

Acácia: *“[a dor] Ta menos né?! Porque eu não estou forçando de forma errada. Ela diminuiu por que eu mudei meu comportamento”*.

Rosa: *“A minha dor diminui bastante desde quando eu entrei para o grupo”*.

Margarida: *“Mesmo quando eu tinha dor frequente eu não deixava de fazer certas coisas, mas agora eu nem falo em dor... Pra mim foi muito bom, grande diferença. Tu não vê”*

mais eu me queixando de dor, toda vez que alguém ia à farmácia eu pedia pra me trazer um remédio”.

Semelhante a conclusões encontradas no estudo de Arcanjo *et al.* (2008), foi percebida pelas mulheres, no aspecto funcional, uma maior facilidade de executar atividades de vida diária como, por exemplo, caminhar, levantar peso, se abaixar, levantar da cama, varrer. A dor deixou de ser um empecilho para a realização de suas atividades, como pode ser observado nos seguintes relatos:

Acácia: *“Ela [a dor] interferia bastante, a coisa que eu mais adoro é caminhar, e eu já estava deixando de fazer caminhada. Foi uma luz no fim do túnel, porque o que eu mais tinha medo era parar de caminhar, e agora eu sei que não vou parar de caminhar”.*

Hortênsia: *“Agora melhorou. Antes ela interferia, não podia lavar um chão, claro que não vou ficar esfregando, mas eu consigo fazer as coisas... Agora eu consigo ler por mais tempo, porque agora eu coloco uma almofada nas costas e um apoio para os pés. Agora eu estou melhor”.*

Essa melhora pode estar relacionada à conscientização de como prevenir e evitar a dor, à realização de exercícios e à utilização de posturas e movimentos mais adequados ao realizarem as atividades. Os diferentes programas de EP apresentados na literatura têm por objetivo facilitar a aquisição de hábitos posturais saudáveis, principalmente no que se refere às atividades de vida diária, isso tudo, através de orientações sobre a anatomia da coluna, sobre os movimentos que favorecem a estrutura corporal e de exercícios (SOUZA; VIEIRA, 2003).

Segundo Souza e Vieira (2003), para que as vivências propostas em aulas sejam internalizadas no dia-dia, é preciso que sejam compreendidas e tenham um significado para as participantes. Os depoimentos citados acima sugerem que as discussões e vivências desenvolvidas no Grupo da Coluna propiciaram um espaço de análise e reflexão sobre os contextos de vida das participantes e estimularam a busca por formas mais adequadas de realizarem suas atividades de vida diária. O fato de perceberem que a mudança de hábito é capaz de propiciar uma redução da dor torna a mudança um fator mais significativo e contribui para que os novos hábitos posturais sejam repetidos e incorporados no cotidiano.

4.2 Prática de exercícios físicos

Os depoimentos também mostraram que o programa incentivou a prática de exercícios, principalmente os que foram prescritos em aula para serem executados em casa:

Orquídea: *“O que eu aprendi aqui eu faço em casa, eu faço quando dá um tempo nas atividades do dia. Eu alongo, trabalho mais um pouco, depois faço exercício de novo”*.

Hortênsia: *“Eu faço os exercícios todo dia de manhã na cama. Tento fazer sempre todos os dias de manhã, porque o exercício é muito importante. Eu me sinto muito bem quando eu faço os exercícios”*.

Margarida: *“Faltava um pouco de exercício de repente e, é o que nos fizemos ali, essa parte prática. Se eu tivesse entrado há alguns anos atrás, eu acho que não teria tomado tanto remédio”*.

Semelhante a resultados encontrados no estudo de Arcanjo *et al.* (2008) e Souza e Vieira (2003), observa-se a importância da realização de exercícios físicos, principalmente os de alongamento, além da conscientização postural durante as atividades do cotidiano como sendo fatores eficazes no alívio da dor.

O estímulo à realização de uma prática corporal regular e a entrega de material com exercícios para serem realizados em casa pode contribuir para que, depois de finalizado o programa, os participantes tornem-se menos sedentários e mais atentos à necessidade de movimentar-se para evitar dores musculoesqueléticas (ARCANJO *et al.*, 2008).

A realização de exercícios de mobilização, de alongamento e de fortalecimento tem como objetivo valorizar a percepção corporal, trabalhar o equilíbrio e a coordenação motora. Mas, além disso, tem como objetivo atentar os alunos para os acontecimentos internos do próprio corpo. E com o passar das semanas as alunas foram percebendo a melhora em suas amplitudes de movimento e diferenças nas suas atitudes corporais, tanto nas atividades de seu cotidiano como nas vivências propostas em aulas.

Souza e Vieira (2003) mostram em seu estudo que as atividades lúdicas e os exercícios proporcionaram descontração, alegria e bem-estar aos participantes e que as atividades desenvolvidas em aula apesar de bastante dinâmicas, geraram sensações de leveza e relaxamento, e não de tensão ou cansaço. Além disso, os participantes desse estudo expressaram que o medo e as dificuldades para se soltar nas vivências, foram sendo superadas com o transcorrer do programa. Mostrando, portanto, que as vivências não são somente “físicas” ou “mentais” e são percebidas pelo indivíduo como uma única experiência. Possibilitando que alguns percebessem a importância de uma atividade corporal e, a outros que já reconheciam essa importância, beneficiar-se dela.

O papel de profissionais da área da saúde deve ser o de promover o autoconhecimento e estimular o interesse dos indivíduos por um estilo de vida mais saudável e com maior qualidade de vida. Alongar e fortalecer são apenas parte de uma proposta bem mais ampla e complexa. Formar indivíduos conscientes de suas ações e capazes de serem autônomos sobre o modo de cuidar de sua saúde faz parte das responsabilidades destes profissionais.

Os gestores da saúde vêm nestes últimos anos, com a criação de políticas públicas, buscando ampliar o foco na atenção básica à saúde, e ofertar um atendimento mais voltado para a promoção da saúde. A educação em saúde faz parte da promoção da saúde e baseia-se em qualquer atividade que visa alcançar a saúde buscando desencadear mudanças comportamentais individualmente (FERREINA; NAVEGA, 2010). Neste contexto, o Grupo da Coluna é uma alternativa pertinente, já que engloba tanto a prevenção como o tratamento das dores corporais, além de ser uma proposta educativa que pode ser oferecida em um UBS e está de acordo com as ações propostas pelas políticas públicas.

4.3 Aspectos psicológicos relacionados à dor

O grupo promoveu um espaço de convivência que estimulou a troca de problemas e de experiências que, muitas vezes, eram comuns às participantes. Afirmaram, durante as entrevistas, que o grupo possibilitou-lhes compartilhar angústias e solidarizar-se com os outros, tornando assim, o fardo da doença mais fácil de ser suportado:

Acácia: *“Eu sou muito anti-social, eu falo com outras pessoas, mas eu tenho que me socializar mais, é um momento bom vir aqui espalhar e depois cada um vai pra sua casa”*.

Orquídea: *“Em grupo é muito bom, porque a gente vê os problemas da gente e dos outros e é bom pra gente aprender, tem que ser em grupo”*.

Violeta: *“Parece que em grupo, com uma pessoa colocando o que sente, a outra também, daí você consegue perceber que não é só você que tem esse problema eu acho que é bem melhor”*.

Os relatos mostraram que trocar experiências boas e ruins relacionadas à vida e as dores com as outras participantes ajudavam a entender suas próprias questões. Favoreto e Cabral (2009) desenvolveram seu estudo com um grupo de suporte oferecido para portadores de doenças crônico-degenerativas, como: diabetes, hipertensão e obesidade. O grupo tem como objetivo desenvolver a autonomia, discutir e encontrar soluções para problemas que possam estar dificultando o tratamento. Mostrando que neste espaço dialógico as pessoas trocavam experiências e se identificavam com os outros o também lhes ajudavam a entender suas próprias questões. A convivência em espaços como estes, que promove uma rede de solidariedade e apoio, contribui para coletivizar a experiência do adoecimento, transformando experiências pessoais em experiências coletivas, possibilitando que o significado do adoecer não se restrinja ao de um castigo, uma ameaça, um fardo a ser solitariamente suportado. Além disso, a troca de experiências ajuda as pessoas a se capacitarem e serem mais autônomas sobre o modo de cuidar da sua saúde (FAVORETO; CABRAL, 2009).

E ainda neste aspecto psicológico, a narrativa das participantes mostrou que elas passaram a fazer relações dos seus sintomas (dores e desconfortos) com aspectos de suas vidas (sentimentos). Se tornando capazes de integrar as sensações físicas que sentiam com os sentimentos pelos quais estavam passando, parecendo que esse fato foi sendo possível por meio do compartilhamento de relatos entre alunas e profissionais da saúde.

Violeta: *“Nos dias que eu estou mais alegre eu não tenho tanta dor e nos dias que eu estou com algum problema, ou esta acontecendo alguma coisa com a minha filha ou o meu marido, então eu noto que no dia seguinte eu fico com muita dor. Então, eu acho que as minhas dores estão muito relacionadas com o lado psicológico”*.

Orquídea: *“A gente aprende a ouvir o corpo da gente, daí eu passei a ouvir o corpo. A gente fica muito tensa, muito preocupada, vi que não adiantava aquilo, o psicológico que faz sentir a dor”*.

Este espaço de diálogo que o Grupo da Coluna proporcionava, além da equipe de trabalho que se dispunha a tentar compreender os sentimentos, as dúvidas e as limitações de cada aluna, criava um ambiente de acolhimento que foi bem visto pelas participantes:

Violeta: *“Ver as pessoas se importando comigo e com as minhas dores, isso ajuda muito, dá um ânimo pra continuar. Da para ver que tem pessoas que estão tentando descobrir quais são as dores, o que se passa com cada pessoa, que cada pessoa é diferente da outra, que uma sente mais outra menos dor”*.

O modelo tradicional de comportamento dos trabalhadores da saúde estabelece um atendimento impessoal, daí, a importância de se construir ações diferenciadas, voltadas para a construção de um serviço de saúde centrado nos usuários e suas necessidades e estabelecendo relações entre trabalhadores e usuários que enfatizem o acolhimento e o vínculo (MACHADO *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*; 2008).

O atendimento embasado em parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania, onde os profissionais sejam capazes de receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisões compartilhadas, amparar, orientar, negociar, é de grande importância para usuários que apresentam quadros de dor crônica, considerando que é um problema que causa uma tendência ao isolamento social e à depressão, gera sentimentos de angústia, descrença e desesperança. (OLIVEIRA; GAZETTA; SALIMENE, 2004; SOUZA *et al.*, 2008).

O projeto abordado no presente estudo, também foi avaliado no estudo de Borges *et al.* (2011) com base em dados quantitativos. A análise dos dados de 27 participantes demonstrou, de forma semelhante ao presente estudo, uma diminuição significativa na intensidade das dores e na limitação funcional imposta pela dor, assim como uma melhora da qualidade de vida. Outros estudos, de cunho quantitativo, que avaliaram intervenções embasadas na metodologia da Escola Postural (TOBO *et al.*, 2010, FERREIRA; NAVEGA, 2010; ANDRADE *et al.*, 2008; TSUKIMOTO *et al.*, 2006) também têm encontrado resultados significativos na diminuição da dor e na melhora da capacidade funcional. Entretanto, esses

estudos não permitem avaliar questões mais subjetivas relacionadas à dor e percepções dos alunos acerca das atividades desenvolvidas em aula. Poucos são os estudos de caráter qualitativo que avaliem as repercussões para os participantes de programas embasados na Escola Postural.

No estudo de Souza e Vieira (2003) e Arcanjo (2008), que faz uma análise qualitativa acerca das percepções de alunos que participaram de um programa de Escola Postural, todos comentaram que a dor ou o desconforto que sentiam anteriormente, havia melhorado ou desaparecido. De maneira semelhante, as participantes no presente estudo, também, ressaltaram que o programa lhes ajudou a sentir-se melhor, seja pela diminuição da tensão muscular, pela mudança na maneira de realizar suas atividades de vida diária ou pela melhora na mobilidade articular; além de relatarem um maior cuidado consigo e estarem mais atentos aos seus movimentos no cotidiano, o que lhes favorece a uma mudança de hábitos posturais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações adquiridas com as entrevistas foi possível observar que o Grupo da Coluna é uma boa alternativa para complementar o tratamento de usuárias com dores musculoesqueléticas crônicas. O programa oferece informações que estimulam as participantes a conscientizem-se de suas limitações do dia a dia, a conhecerem a importância de manter uma postura adequada para evitar a recorrência de dores e exercícios terapêuticos que podem ajudar a administrar ou prevenir dores musculoesqueléticas. Esses conhecimentos parecem contribuir para que as participantes tenham maior autonomia no cuidado de si. O Grupo também propicia um ambiente de acolhimento e interação social que se mostrou benéfico visto de um ângulo psicológico, já que as participantes deste estudo se mostravam em um período frágil e com tendência ao isolamento, sendo muito beneficiadas não só fisicamente, mas emocionalmente pela participação no projeto.

O Grupo da Coluna se mostrou benéfico, influenciando de forma positiva o cotidiano das usuárias e conscientizando-as para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Ele pode, portanto, ser considerado um programa compatível com os objetivos de políticas de atenção à saúde que buscam estratégias, principalmente, para promover a qualidade de vida e proporcionar maior bem-estar. Estudos que avaliem os serviços prestados em atenção básica e promoção da saúde nas UBS são essenciais para que verifique se eles auxiliam na melhora da qualidade de vida e da saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia *et al.* A influencia das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924- 1930, ago., 2007.

ANDRADE, Sandra Cristina de; ARAÚJO, Aurelan Geocarde Ribeiro de; VILAR, Maria José Pereira. “Escola de Coluna”: Revisão Histórica e Sua Aplicação na Lombalgia Crônica. **Rer. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 45, n. 4, p.224-8, jul./ago., 2005.

ARCANJO, Giselle Notini; VALDÉS, Maria Teresa Moreno; SILVA, Raimunda Magalhães da. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 2145-2154, mar./abr., 2008.

BORGES, Raquel Gonçalves *et al.* Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – Brasil. **Motriz**, Rio Claro, v.17 n.4, p.719-727, out./dez. 2011.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006; v.7, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-13, abr., 1997.

CARAVIELLO, Eliana Zeraib *et al.* Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 11-14, mar., 2005.

CESAR, Sofia Helena Kuckartz; JÚNIOR, Carlos Alexandrino de Brito; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Análise da qualidade de vida em pacientes de Escola de Postura. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.11, n. 1, p.17-21, abr., 2004.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; CABRAL, Cristiane Coelho. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiência em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, n.28, p.7-18, jan./mar. 2009.

FERREIRA, Mariana Simões; NAVEGA, Marcelo Tavella. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. **Acta Ortop Bras.** São Paulo, v.18, n.3, p.127-31. 2010.

FIGUEIRÓ, João Augusto Bertuol. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, Maria Margarida M. J. de (org.). **Dor: um Estudo Multidisciplinar.** 2.ed. São Paulo: Summus, cap. 7, p.140-158, 1999.

FORSSELL, Marianne Zachrisson. The Back School. **Spine,** Lebanon, v.6, n.1, p.104-106, jan./feb., 1981.

GAYA, Adroaldo. **Ciências do Movimento Humano. Introdução à metodologia da pesquisa.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GUIMARÃES, Suely Sales. Introdução ao estudo da dor. In: CARVALHO, Maria Margarida M.J. de (Org.). **Dor: um Estudo Multidisciplinar.** 2.ed. São Paulo: Summus, cap. 2, p.13-30, 1999.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, mar./abr., 2007.

MATA, Matheus de Souza *et al.* Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p.221-230, jan., 2011.

METZLER, A.M.; CARPENA, L.B. & BORGES, R.M.R. Fenomenologia como Filosofia e como Método de Investigação em Pesquisas Educacionais. In: ENGERS, Maria Emília Amaral (Org.). **Paradigmas e Metodologias de Pesquisa em Educação.** Porto Alegre: EDIPUCRS, p.75-83, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MORETTI, Andrezza C. *et al.* Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

MURTA, Sheila Giardini. Avaliação e manejo da dor crônica. In: CARVALHO, Maria Margarida M. J. de (org.). **Dor: um Estudo Multidisciplinar.** 2. ed. São Paulo: Summus, cap. 9, p.174-195, 1999.

OLIVEIRA, Erineide Souza de; GAZETTA, Maria Luisa Barca; SALIMENE, Arlete Camargo de Melo. Dor crônica sob a ótica dos pacientes da escola de postura da DMR HC FMUSP. **Acta Fisiátrica,** São Paulo, v.11, n.1, p.22-26, abr., 2004.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, fev.,2003.

SANTOS, Carla Bianca da Silva; MOREIRA, Demóstenes. Perfil das escolas de posturas implantadas no Brasil. **Semina: Ciência Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 30, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2009.

SOUZA, Jorge Luiz; VIEIRA, Adriane. 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, Elizabethe Cristina Fagundes de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, sup.1, p.100-110, 2008.

SOUZA, Aline Santos *et al.* Efeitos da escola de postura em indivíduos de lombalgia crônica. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.9, n.3, p.497-503, 2010.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n. 1, p.112-120, jan./mar., 2012.

TOBO, Andrea *et al.* Estudo do tratamento da lombalgia crônica por meio da Escola de Postura. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.17, n.3, p.112-116, set., 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TSUKIMOTO, Gracinda Rodrigues *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 Fisiátrica**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.63-69, ago., 2006.

VIEIRA, Adriane. **A Escola Postural Sob a Perspectiva da Educação Somática: A Reformulação de um Programa de Extensão na ESEF/UFRGS**.2004. 225f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Educação Física, Departamento de Educação Física, UFRGS, Porto Alegre, 2004.

VIEIRA, Adriane; SOUZA, Jorge Luiz de. Concepções de boa postura dos participantes da Escola Postural da ESEF/UFRGS. **Movimento**, Porto Alegre, v.8, n.1, p. 9-20, jan./mar., 2002.

VIEIRA, Adriane; SOUZA, Jorge Luiz de. Boa Postura: Uma Preocupação com a Estética, a Moral ou a Saúde? **Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 145-165, jan./mar., 2009.

WHO. **Carta de Ottawa**. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/ IEC, Brasília, p. 11-18, 1986.

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

<http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/index.html>

6 ANEXO A

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

Logos: UFRGS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), ESEF 70 (ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE EM FISIOTERAPIA), HOSPITAL DE CLÍNICAS (PORTO ALEGRE - RS).

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.

Público-Alvo

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

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.

7 ANEXO B

Anexo B – Folhetos Grupo da Coluna

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.

UFRRS
PROJETOS

Grupo de Cultura UBS - HCPA

UFRRS
INSTITUTO

Dicas Para Viver Bem

Permanecer Sentado:

- Apóie a peixe 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.

UFRRS
PROJETOS

Grupo de Cultura UBS - HCPA

UFRRS
INSTITUTO

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.

UFRRS
PROJETOS

Grupo de Cultura UBS - HCPA

UFRRS
INSTITUTO

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 peixe 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.

UFRRS
PROJETOS

Grupo de Cultura UBS - HCPA

UFRRS
INSTITUTO



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.

  **Grupo de Coluna UBS - HCPA**



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.

  **Grupo de Coluna UBS - HCPA**

8 ANEXO C

Anexo C – Entrevista Semi-estruturada

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Gostaria que você me falasse um pouco sobre como foi participar do Grupo de Coluna.
2. Há quanto tempo você tem dor?
3. Você já buscou alternativas para amenizar essa dor? Quais foram? Onde foram? Elas ajudaram? Como? Você acha que faltou alguma coisa nos tratamentos/atendimentos realizados? Seguiu o tratamento até o final ou como foi sugerido?
4. E atualmente, faz algum tratamento? Qual?
5. Você acha que o Grupo de Coluna trouxe alguma contribuição diferente dos demais tratamentos realizados? Tem algo que você acha que faltou abordar e gostaria a sugerir para ser realizado nos próximos Grupos?
6. Você aprendeu novos recursos para administrar sua dor com o Grupo de Coluna? Você tem aplicado esses recursos?
7. Você nota alguma mudança no comportamento da sua dor?
8. O que você acredita ser a causa de suas dores?
9. O Grupo da Coluna ajudou a entender as causas das suas dores?
10. A sua dor tem interferido no seu cotidiano?
11. Você acha que o Grupo interferiu na forma que realiza suas AVD's? De que maneira?
12. Você pensa em dar continuidade na realização de alguma atividade física? Se sim, qual e como?
13. Suas expectativas foram atingidas com o Grupo de Coluna? Você tem interesse em continuar praticando exercícios no grupo regular?
14. Você gostaria de comentar algo que não foi abordado nesta entrevista?

9 ANEXO D

Anexo D – 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 Profª. Drª. 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, Profª. Drª. 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: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.