

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Anita Falk Giuliano

UMA VIDA BOA É UMA VIDA SEM DOR: Percepções das
Participantes do Grupo Regular de Exercícios Posturais de Uma Unidade
Básica de Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre

2012

Anita Falk Giuliano

UMA VIDA BOA É UMA VIDA SEM DOR: Percepções das
Participantes do Grupo Regular de Exercícios Posturais de Uma Unidade
Básica de Saúde de Porto Alegre

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

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pela educação e pelo amor dado todos esses anos, em especial aos meus avôs e avós que sempre me dão muito carinho e conhecimento pelas suas experiências de vidas. A minha irmã Mariana que não tenho nem palavras pra descrever o amor incondicional que por ela sinto, minha melhor amiga, minha base, uma pessoa incrível pela força que tem. Ao meu pai Nico, o grande mestre, pela sua paciência, carinho e sabedoria e a minha mãe Débora, que infelizmente não está mais aqui, mas muito fez para que aqui eu estivesse.

Aos meus amigos pelos momentos de alegria. Principalmente a Patrícia Bartz, amiga e colega que mais esteve comigo esse ano, nos almoços do RU, dividindo sala, trabalhando, sendo perturbada pelas minhas dúvidas e inquietações e me ajudando com muita calma. Ao meu namorado Tiago que com muito amor e carinho esteve comigo, dando-me apoio e me agüentando, especialmente esse ano, em alguns momentos um pouco turbulentos, momentos as vezes que nem eu me agüentava.

Agradeço também a todos os professores que passaram pela minha trajetória de ensino, desde a escola, alguns sensacionais, que além do conhecimento ensinado contribuíram para minha formação como pessoa. Especialmente a minha querida orientadora Adriane Vieira, que se dedicou me ajudando na construção desse trabalho e escutou com paciência meus pensamentos muitas vezes “viajantes” durante esse um ano e meio que estivemos juntas.

RESUMO

As dores musculoesqueléticas crônicas afetam milhões de pessoas em todo mundo, interferindo negativamente na qualidade de vida. Programas de promoção a saúde devem ser desenvolvidos na atenção básica por serem reconhecidos como uma importante estratégia a ser utilizada para recuperar a saúde e promover a qualidade de vida. O Grupo Regular de Exercícios Posturais (GREP) é um projeto de extensão da ESEF-UFRGS que ocorre em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, como uma estratégia de promoção à saúde, destinado a mulheres que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas. O objetivo do estudo foi conhecer e analisar as percepções das participantes do GREP sobre as atividades desenvolvidas nos encontros, como também as repercussões dessas atividades nos seus cotidianos. Para coleta das informações, foram realizados três Grupos Focais durante o período de 2011 a 2012, contando com a participação de 17 mulheres. Os resultados demonstram que o GREP repercutiu positivamente na melhora da qualidade de vida, na redução das dores musculoesqueléticas crônicas, na redução do uso de medicamentos, na melhora da capacidade funcional e na melhora dos aspectos emocionais e psicológicos. Conclui-se que as atividades desenvolvidas no GREP proporcionaram benefícios e repercutiram positivamente no cotidiano das participantes.

ABSTRACT

The chronic musculoskeletal pain affects millions of people worldwide, leading to negative impact in quality of life. Health education programs must be developed in primary care as an important strategy aiming to restore health and promote quality of life. The Grupo Regular de Exercícios Posturais (GREP) is an extended project of ESEF-UFRGS which has been implemented in Basic Unit Health of the Porto Alegre, as a strategy for education and health promotion, specifically designed for women with chronic musculoskeletal pain. The goal was to study and analyze the perceptions of the GREP's participants regarding activities at the meetings, as well as the impact of these activities in their daily lives. For data collection, there were three focus groups during the period from 2011 to 2012, with the total participation of 17 women. The collected results clearly demonstrate that the GREP positively affected several parameters in the studied group, such as: improvement in quality of life, reduction in chronic musculoskeletal pain, less drug use, in improving functional capacity, as much as emotional and psychological aspects. We conclude that the activities implemented by GERP provided additional benefits on patients group and reflected positively on the daily lives of participants.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Grupo da Coluna (GC)

Grupo Regular de Exercícios Posturais (GREP)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Política Nacional de Humanização (PNH)

Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Unidade Básica de Saúde (UBS)

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1.	DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA	11
2.2.	CAPACIDADE FUNCIONAL	12
2.3.	QUALIDADE DE VIDA	13
2.4.	HUMANIZAÇÃO.....	14
2.5.	ATENÇÃO BÁSICA.....	15
2.5.1.	Promoção da saúde	16
2.5.2.	Práticas corporais na atenção básica à saúde	17
3.	METODOLOGIA DA PESQUISA	19
3.1.	GRUPO REGULAR DE EXERCÍCIOS POSTURAI.....	19
3.2.	CHARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	20
3.3.	OBJETIVO E PROBLEMA DE PESQUISA	20
3.4.	COLETA DE INFORMAÇÕES	21
3.5.	PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	21
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS	22
3.7.	ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	23
3.7.1.	Pré análise	23
3.7.2.	Exploração do Material	23
3.7.3.	Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação	24
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1.	PERCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DA DOR.....	25
4.2.	PERCEPÇÕES DE MELHORA DA CAPACIDADE FUNCIONAL.....	28
4.3.	PERCEPÇÕES SOBRE OS ASPECTOS EMOCIONAIS E O TRABALHO EM GRUPO.....	31

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE 1- GUIA DE ENTREVISTA	42
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43

1. INTRODUÇÃO

O interesse para a realização desse trabalho teve início no segundo semestre de 2011, quando ingressei como voluntária nos projetos Grupo da Coluna (GC) e Grupo Regular de Exercícios Posturais (GREP), auxiliando no desenvolvimento das aulas juntamente com a Professora Dra. Adriane Vieira, coordenadora dos projetos e, com as bolsistas de extensão. Ambos os projetos ocorrem na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre e se destinam a reduzir as dores musculoesqueléticas crônicas dos usuários da UBS.

O que difere entre os projetos GC e GREP é que o GC consiste em cinco encontros, onde são abordados conhecimentos teóricos e práticos sobre a estrutura e funcionamento do sistema musculoesquelético, de forma simples e ilustrativa e, a maneira adequada de realizar as atividades de vida diária através de exercícios corporais que auxiliem no processo de vivência e experiência através do corpo. Já o GREP, se destina a trabalhar continuamente a parte prática de exercícios e é oferecido a aqueles que já participaram do GC. Outra questão que os diferencia é que no GC há a participação de homens e mulheres, porém com predominância feminina e, no GREP não há nenhum participante do sexo masculino.

No primeiro semestre de 2012 fui contemplada com a bolsa da pró-reitoria de extensão da UFRGS e comecei a efetivamente ministrar aulas no GREP. Logo em seguida em maio deste mesmo ano, ocorreu um evento que me estimulou, mais ainda, a acreditar na relevância do meu estudo e me incentivou a compreender questões que até então não tinha conhecimento, como por exemplo, qual a relevância das ações de promoção a saúde, como elas surgiram, para quem elas existem? Questões que influenciam o modo de pensar, de ser e de agir perante a prática dentro da UBS. O episódio foi à participação no Congresso Internacional da Rede Unida, onde a questão da promoção da saúde e da educação para a saúde foram amplamente discutidas em palestras e em apresentações de trabalhos que mostraram diferentes práticas, em diferentes lugares e contextos que traziam resultados muito satisfatórios. Paralelamente ao contentamento de ver excelentes trabalhos sendo produzidos nos serviços de saúde, algo que me tocou, foi a

seriedade e o envolvimento que muitos palestrantes e apresentadores tinham com os seus trabalhos e projetos. Em seus discursos, era claro o idealismo na procura de realmente melhorar as condições de vida da população daqueles inseridos no serviço público de saúde.

Percebi que o projeto no qual eu estava inserida tinha um grande potencial para que eu pudesse extrair ricas informações que mostrassem para a sociedade de que forma um pequeno projeto da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em uma UBS de Porto Alegre pode intervir em diversos aspectos da saúde física e mental de mulheres com dores musculoesqueléticas crônicas. Acreditando também que a divulgação de projetos desenvolvidos no serviço público de saúde, é importante para que mais ações de promoção a saúde sejam inseridas nesse contexto.

Este trabalho tem, portanto, como objetivo conhecer e analisar as percepções das participantes do GREP sobre as atividades desenvolvidas nos encontros, como também as repercussões dessas atividades nos seus cotidianos. Para exposição do tema, esclarecerei, na minha revisão de literatura, o que são as dores crônicas musculoesqueléticas e de que maneira elas podem interferir negativamente no cotidiano das pessoas. Ainda apresentarei a proposta de humanização, a qual a equipe de trabalho utiliza como referencia para suas ações dentro da UBS, e as políticas públicas, nas quais o GREP se insere. Posteriormente mostrarei, no capítulo da metodologia, no que se baseiam as aulas do GREP, a caracterização do estudo, o objetivo, o problema de pesquisa, o que justificou a realização desse trabalho, como ocorreu a coleta de informações e como essas informações foram analisadas. A partir das informações coletadas apresentarei os resultados obtidos paralelamente com a discussão. E, por fim um capítulo com as considerações finais estará elucidando de forma resumida os principais achados do trabalho.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA

A dor é uma experiência individual, mediada por vários componentes biológicos, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. A dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (CARVALHO, 1999, p. 31).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera crônica a dor que permanece contínua por mais de três meses ou aquela que se manifesta com episódios de dor por um período superior a seis meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Os aspectos emocionais também são fortemente influenciados pela dor crônica, sendo comum a presença de sentimentos tais como ansiedade e depressão (CARVALHO, 1999). Um estudo realizado por Castro *et al* (2011) mostrou que, de 400 pacientes com dores crônicas, 79% apresentavam sintomas como ansiedade ou depressão. O estudo mostra também que a ansiedade e a depressão aumentam a percepção da dor. Outros fatores como a personalidade e a maneira como o indivíduo lida com as situações do seu cotidiano também devem ser considerados, pois estes podem induzir a ocorrência da dor e agravar a enfermidade (TEIXEIRA *et al*, 2001).

Entre os diversos tipos de dores crônicas, as musculoesqueléticas representam “a maior causa de dor severa e persistente e de incapacidade física, afetando centenas de milhões de pessoas em todo o mundo” (MATA *et al*, 2011, p. 223). Elas podem derivar de uma lesão traumática externa ou de sobrecarga funcional (TEIXEIRA *et al*, 2001).

2.2. CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diárias (AVD's) ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, sendo necessária para uma vida independente (ALVES *et al*, 2007). A ausência dessa potencialidade é definida como incapacidade funcional e caracteriza-se pela dificuldade ou mesmo impossibilidade de o sujeito desempenhar certos gestos e certas atividades da vida cotidiana (ROSA *et al*, 2003).

A Organização das Nações Unidas estima que existem no mundo cerca de 600 milhões de pessoas com incapacidade funcional (*apud* Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2006). O indivíduo quando se encontra em um quadro como esse, tem sua autonomia abalada e, nesse caso, poderá necessitar de auxílio para determinadas ações. Essa mudança no cotidiano do sujeito, pode também interferir em outros aspectos da sua vida, como nas questões emocionais e sociais. Portanto, a manutenção da capacidade funcional é um aspecto relevante para a qualidade de vida, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter ativo, realizando suas atividades sociais e pessoais de forma independente (ALVES *et al*, 2007).

As dores musculoesqueléticas crônicas são as principais causadoras de redução da capacidade funcional em todos os continentes. Segundo Woolf e Pfleger (2003), os dados apresentados pela *Ontario Health Survey* indicam que os distúrbios musculoesqueléticos são responsáveis por 40% de todos os problemas crônicos. Entre eles podem ser citados a osteoartrite, a artrite reumatóide, a osteoporose e a dor lombar. Um estudo realizado no Brasil mostrou que as dores musculoesqueléticas como a dor nas costas foram, em 2007, a maior causa das aposentadorias por invalidez no país, representando uma taxa de incidência de 29,96 por 100.000 contribuintes (FILHO & SILVA, 2011).

2.3. QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida engloba muitos significados, os quais podem variar dependendo dos valores e experiências individuais. Contudo muitos autores consideram que o termo abrange a satisfação de necessidades elementares como: alimentação, saneamento, moradia, trabalho, educação, saúde e lazer, fatores os quais estão ligados ao bem estar pessoal (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000, MORETTI *et al*, 2009).

A qualidade de vida, segundo Seidl e Zannon (2004), pode ser conceituada seguindo duas tendências. A primeira pondera questões mais amplas, relacionadas à dimensão sociológica. Seguindo esse primeiro conceito a OMS caracteriza a qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (*THE WHOQOL GROUP*, 1995, p. 1405 *apud* SEIDL & ZANNON, 2004). A segunda relaciona a qualidade de vida especificamente à dimensão da saúde e suas variáveis, como sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades. Buss (2000) menciona que assim como as condições de vida influenciam a saúde da população, a saúde tem um impacto importante na vida das pessoas e por esse motivo para melhorar a qualidade de vida, é necessário melhorar o estado geral de saúde dos indivíduos.

Considera-se que a dor crônica tem uma relação direta com a diminuição da qualidade de vida (ARCANJO, VALDÉS & SILVA, 2008; DELLAROZA, PIMENTA & MATSUO, 2007), pois interfere negativamente em diversos aspectos do cotidiano como "padrão do sono, apetite, libido, humor, capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais" (KRELING, CRUZ & PIMENTA, 2006, p.509- 510). Por ser um problema de saúde prevalente na população mundial, tornam-se relevantes a proposição de ações de prevenção, tratamento e acompanhamento nos serviços de atenção básica à saúde a fim de minimizar os malefícios e agravantes que essa enfermidade pode causar.

2.4. HUMANIZAÇÃO

A proposta de humanização no SUS começou a ser discutida pelo ministério da saúde em 2000, visando uma maior qualificação do sistema de saúde, tendo como eixo de suas ações a defesa pela vida (BRASIL, 2004). Em 2004 foi estabelecido, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), que humanizar o SUS é “proporcionar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6). Tematizar a humanização na assistência a saúde, permite abordar questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde (BRASIL, 2004).

Dentro dessa proposta de humanização, pretende-se que os atendimentos nos setores da saúde contemplem ações como: a escuta atenta das necessidades dos usuários, o desenvolvimento de uma boa relação entre os profissionais, agentes de saúde e os pacientes, a facilitação ao acesso dos serviços, a criação de ouvidorias, e, até mesmo a oferta de boas condições nas estruturas do espaço físico (FERREIRA, 2005). Assim, pretende-se que a Humanização seja uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação profissional-paciente, seguindo o que propõe a Política Nacional de Humanização, é necessário que os profissionais tenham capacidades para além dos conhecimentos técnicos requisitados, ou seja, que estejam preparados para lidar com as questões sociais e subjetivas dos usuários (FERREIRA, 2005). A proposta de humanização vai ao encontro do modelo biopsicossocial da saúde, o qual propõe uma visão integral do ser e do adoecer, compreendendo a dimensão física, psicológica e social. Ainda, estabelece a necessidade de o profissional obter capacidades relacionais, o que permite o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva com o paciente (MARCO, 2006).

O profissional comprometido com a proposta humanizada e com o modelo biopsicossocial é capaz de proporcionar um maior acolhimento e inclusão do paciente. Quando a escuta do profissional é efetiva, faz com que

ele perceba a perspectiva a partir da qual o paciente está se expressando e, dessa forma, é capaz de passar informações e recomendações de maneira que o paciente compreenda, otimizando, assim, os serviços prestados e satisfazendo melhor as necessidades dos usuários (MARCO, 2006; BRASIL, 2004). Por fim, a PNH (2004) considera que o Sistema Único de Saúde, em todas as suas instâncias de programas e projetos deva ser comprometido com a proposta de humanização.

2.5. ATENÇÃO BÁSICA

O modelo atual adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) propõe que a atenção básica seja a “porta de entrada” para os usuários e que resolva os problemas de maior frequência e relevância na população (BRASIL, 2006). Espera-se que atenção básica abarque um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que possibilite a proteção e a promoção da saúde, a prevenção e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável, potencializando, assim, a saúde e o bem-estar da população (BRASIL, 2006).

A atenção básica trabalha com uma concepção ampla de saúde e, para que ela seja eficaz, é necessário que leve em consideração o contexto sociocultural no qual os usuários e as comunidades estão inseridos e as necessidades específicas de cada população. Torna-se, portanto, relevante analisar o sujeito em sua singularidade, complexidade e integralidade, não se limitando apenas ao tratamento da doença (STARFIELD, 2002), mas a uma avaliação dos fatores agravante no desenvolvimento ou perpetuação das doenças.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o processo de trabalho das equipes de profissionais da saúde tem como uma de suas características a programação e implementação de atividades educativas que possam intervir no processo de saúde-doença da população, com o intuito de minimizar os problemas de saúde mais frequentes e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida. Além disso, de acordo com a

PNH (BRASÍLIA, 2004) e a PNPS (BRASIL, 2006), os serviços de saúde devem acolher os usuários e oferecer ações em saúde que estimulem a incorporação de estilos de vida saudáveis.

2.5.1. Promoção da saúde

A promoção da saúde é um tema recente no âmbito dos serviços de saúde, começou a ser discutida a pouco mais de duas décadas. Em 1986 ocorreu à primeira conferência internacional sobre esse tema no Canadá, nessa convenção foi produzido um documento denominado Carta de Ottawa, o qual define a promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde” (p.1). A promoção da saúde representa uma estratégia para enfrentar os problemas de saúde que afetam a população (BUSS, 2000), apoiando-se no “desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.3).

O Ministério da Saúde brasileiro pretendendo organizar, facilitar o planejamento, realização, análise e avaliação do trabalho em saúde, divulga, em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (MORETTI *et al*, 2009), tendo como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p. 19).

Alguns desses objetivos podem ser alcançados através do desenvolvimento de ações educativas que priorizem a mudança de hábitos de vida, juntamente com o devido acompanhamento, tratamento e cuidado (Brasil, 2006). Seguindo as estratégias de implementação da PNPS (2006), propõem-se ações de promoção a saúde que sejam voltadas ao cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo. A PNPS (2006) sugere que práticas corporais/atividade física sejam inseridas nos serviços de Atenção Básica para contemplar as ações de promoção à saúde voltadas ao cuidado com o corpo e a saúde.

Mudanças no comportamento da população como, por exemplo, uma alimentação equilibrada e prática regular de atividade física são exemplos de hábitos saudáveis capazes de reduzir o processo de agravamento das doenças crônicas não transmissíveis (FERREIRA & NAJAR, 2005), como as cardiovasculares, as musculoesqueléticas e a diabetes (SCHMIDT, 2011). Essas ações na medida em que promovem a proteção e a recuperação da saúde, proporcionam a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006; RABAÇAL *et al*, 2009).

Entre os objetivos específicos da PNPS (2006), sugere-se que as ações de promoção a saúde sejam incorporadas e implementadas com ênfase na Atenção Básica. Dentro desse espaço, é possível que os profissionais da Atenção Básica desenvolvam as ações educativas em diferentes contextos, desde as visitas domiciliares, até as atividades propostas em grupo e ou individualmente dentro dos espaços de saúde, possibilitando que as comunidades tenham um maior acesso a esse serviço e desenvolvam relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população atendida, garantindo assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

2.5.2. Práticas corporais na atenção básica à saúde

As Práticas Corporais¹ estão contempladas na Política Nacional de Promoção a Saúde (BRASIL, 2006) e são reconhecidas como um fator de proteção contra os riscos que ameaçam a saúde (MALTA *et al*, 2009). Essas práticas contribuem para melhora da saúde e para mudança de hábitos de vida dos indivíduos (CARVALHO, 2006). Mais especificamente, é possível através dessas ações proporcionar melhoras nos aspectos funcionais e fisiológicos além de possibilitar novos modos de pensar, viver e se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o meio em que se vive (WARSCHAUER, *et al*, 2007). Ainda, dentro do viés de Promoção da Saúde, as Práticas

¹ O termo definido pela Política Nacional de Promoção a Saúde (Brasil 2006) é “Práticas Corporais/Atividade Física”, entretanto no presente trabalho utilizaremos apenas o termo Práticas Corporais.

Corporais têm demonstrado resultados significativos na melhoria da qualidade de vida e saúde auxiliando, também, para um processo de envelhecimento mais saudável (RABAÇAL *et al*, 2009).

Moretti *et al* (2009) defendem que a inclusão desse tipo de prática no setor da saúde pública auxilia na busca por uma “vida saudável voltada ao viver e não ao sobreviver” (p. 348). Os autores ainda sugerem que a adesão e a participação ativa da população em programas de promoção a saúde como em ações de Práticas Corporais, criam a possibilidade de se proporcionar uma educação permanente que desperte a cidadania e gere elementos que diferenciem o processo e motivem as pessoas a “ampliar a percepção sobre si mesmas e sobre o universo que as cerca, modificando sua postura perante a vida” (MORETTI *et al*, 2009, p.351).

As Práticas Corporais na Atenção Básica à Saúde estimulam o convívio social, ampliando o círculo de amizades e diminuindo a tendência ao isolamento e a solidão. Esses fatores também contribuem para que os indivíduos fortaleçam seus vínculos, desenvolvam um maior autocuidado e autoestima, tendo, dessa forma, maiores condições para lidar com o processo de adoecimento (COSTA *et al*, 2009). Um estudo de Arcanjo Valdés e Silva (2008) mostrou que as práticas educativas para o autocuidado, além de serem eficazes para minimizar a dor na coluna vertebral em mulheres, proporcionaram maior bem estar físico, social e mental, e ainda, potencializaram o retorno às atividades de vida diária, mantendo a saúde com um mínimo de medicação.

As Práticas Corporais de cunho educacional são capazes de interferir em uma mudança cultural que afeta o comportamento dos indivíduos, contribuindo, assim, na diminuição das enfermidades e melhora a qualidade de vida dos usuários (MORRETI *et al*, 2009). Dessa forma, por se mostrarem efetivas para proteção e promoção da saúde, as Práticas Corporais estão ganhando espaço na Atenção Básica (CARVALHO, 2006).

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1. GRUPO REGULAR DE EXERCÍCIOS POSTURAIS

O Grupo Regular de Exercícios Posturais (GREP) é um projeto de extensão que visa contribuir para melhora da funcionalidade e qualidade de vida de pessoas que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas. O objetivo central do projeto é possibilitar uma prática regular de exercícios que estimulem a aquisição de hábitos posturais saudáveis e o alívio de dores musculoesqueléticas. O GREP ocorre na UBS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e é coordenado pela Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira e ministrado pela coordenadora e por alunos de graduação, bolsistas e ou voluntários, dos cursos de Fisioterapia e Educação Física.

O projeto é destinado a usuárias com idade superior a 18 anos que participaram previamente do GC². O GREP serve de reforço aos elementos trabalhos no GC e permite uma continuidade da prática de exercícios às usuárias que se identificam com a proposta, devendo-se salientar que um dos fatores que contribuíram para sua implementação foi a demanda de algumas participantes que comentavam, ao término do GC, a vontade de dar continuidade as atividades desenvolvidas, pois ao perceberem o efeito positivo dos exercícios realizados no Grupo, os encontros já estavam finalizando. Desde a criação do GREP até o atual momento, 26 mulheres participaram do projeto.

Os encontros do GREP ocorrem no período de março a dezembro e são oferecidos uma vez por semana com duração de 1 hora. Cada encontro tem como tema central uma atividade de vida diária, sendo os temas principais: sentar e agachar, carregar objetos, deslocar-se e ficar em pé e ato de deitar e permanecer deitado. Em todos os encontros são realizadas

² O GC é um projeto de extensão oferecido na Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e estruturado em cinco encontros teórico-práticos onde são abordados a estrutura e o funcionamento da coluna, o posicionamento adequado nas AVD's e são realizados dinâmicas e exercícios que facilitem a compreensão e realização das AVD's propostas bem como exercícios que auxiliem no alívio da dor musculoesquelética crônica (Borges, 2011).

(1) dinâmicas de integração, buscando estimular brincadeiras, laços de amizade e cumplicidade entre as participantes, (2) automassagem e exercícios de percepção corporal, (3) alongamentos, (4) reforço muscular e (5) relaxamento.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por uma pesquisa exploratório-descritiva, na qual as informações coletadas são analisadas qualitativamente, objetivando conhecer as percepções, sentimentos e motivações dos participantes do Projeto de Extensão GREP. Essa metodologia é relevante para este estudo à medida que a pesquisa qualitativa permite compreender fenômenos bem como a dimensão subjetiva, designando o espaço das emoções, opiniões, crenças, vivências sentimentos e percepções, cuja natureza não permite mensuração já que se refere a experiências singulares (FLICK, 2004; BOSI & MERCADO, 2007; MINAYO, 2010).

3.3. OBJETIVO E PROBLEMA DE PESQUISA

A PNAB, a PNPS e a PNH propõem que todas as ações de saúde realizem avaliações e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação de suas atividades (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006; BRASIL, 2004). Considerando que o projeto de extensão Grupo Regular de Exercícios Posturais está inserido em tais políticas, é necessário que estudos avaliativos sejam desenvolvidos. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo conhecer e analisar as percepções das participantes do GREP sobre as atividades desenvolvidas nos encontros, como também as repercussões dessas atividades nos seus cotidianos.

A partir das ponderações supracitadas, foi formulado o seguinte problema de pesquisa para nortear este estudo:

Quais são as percepções das participantes do GREP sobre as atividades desenvolvidas nos encontros e quais são as repercussões dessas atividades nos seus cotidianos?

3.4. COLETA DE INFORMAÇÕES

Para a coleta de informações foi utilizada a metodologia do Grupo Focal. Considerou-se essa metodologia adequada para o presente estudo, visto que “o grupo focal pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço” (IERVOLINO & PELICIONI, 2001, p. 116). O Grupo Focal tem como objetivo propiciar a interação entre os participantes e o moderador, possibilitando a coleta de dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (IERVOLINO & PELICIONI, 2001). As percepções das participantes são valorizadas, estimulando-as a explorar suas próprias questões através de uma análise subjetiva sobre o assunto. (POPE & MAYS, 2009).

O moderador do grupo procurou criar um ambiente propício para que houvesse a comunicação e troca de experiências entre as participantes em torno da temática abordada, permitindo conversas abertas e expressões críticas (POPE & MAYS, 2009). Essa discussão conduzida possibilita que as integrantes possam refletir de forma mais aprofundada, ouvindo as opiniões dos outros e paralelamente formando as suas próprias e, constantemente, fundamentando melhor sua opinião inicial (BACKES *et al*, 2011; IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

3.5. PROCEDIMENTOS DE COLETA

Baseando-se nas impressões do conjunto de indivíduos, o Grupo Focal foi realizado em três momentos: julho e dezembro de 2011 e novembro de 2012. O moderador elaborou perguntas norteadoras para discussão (APÊNDICE 1). É importante ressaltar que o moderador estava ali apenas para guiar as participantes, possibilitando que idéias e opiniões

fossem espontaneamente expressas. Os Grupos Focais foram gravados em áudio e posteriormente as narrativas foram transcritas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Para realização desse estudo todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº100354). A fim de garantir a confidencialidade, todas as informações pessoais das participantes foram guardadas em sigilo e, ainda, para proteger a identidade das participantes os seus nomes foram substituídos por nomes de flores (POPE & MAYS, 2009).

3.7. PARTICIPANTES VOLUNTÁRIAS

Todas as participantes do Grupo Regular de Exercícios Posturais que estavam freqüentando as aulas assiduamente, foram convidadas a participar voluntariamente dos Grupos Focais. Ao todo participaram 17 mulheres, sendo que cinco participaram de todos os Grupos Focais, três participaram de dois e nove participaram em apenas um. Os Grupos Focais contaram com a participação de seis mulheres no primeiro semestre de 2011, 15 no segundo semestre de 2011 e nove no segundo semestre de 2012.

A idade das participantes dos Grupos Focais variou de 42 até 73 anos e a média de idade foi de 61,47 anos. A maioria trabalhava no mercado informal ou em atividades condominiais e domésticas e as demais eram donas de casa ou aposentadas. Mais da metade possuía um baixo nível de escolaridade, tendo iniciado ou completado o Ensino Fundamental. Também se constatou que sete das participantes eram casadas, quatro eram divorciadas, cinco eram solteiras, e uma era viúva.

3.8. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para análise das narrativas coletadas nos Grupos Focais, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, definida por Bardin (2009) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p.33), a qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens, sendo possível através desse método, trabalhar as falas e suas respectivas significações (BARDIN, 2009).

3.8.1. Pré análise

Primeiramente todo o material transcrito foi lido a fim de estabelecer contato com as narrativas, deixando-se invadir por impressões e sistematizando as idéias iniciais (BARDIN, 2009). As narrativas foram lidas por diversas vezes para compreender de uma forma global as idéias principais e os seus significados gerais (CAMPOS, 2004).

A partir dessas leituras começaram a ser escolhidas as narrativas que eram pertinentes às necessidades da pesquisa, ou seja, que respondiam as questões norteadoras do presente estudo. Além disso, foi incluída pelo menos uma fala que representasse as diferentes temáticas que surgiram nas respostas, de modo a cumprir a regra da representatividade definida por Bardin (2009).

3.8.2. Exploração do Material

Após a seleção do material, foi feita a codificação, processo pelo qual as falas são agregadas em unidades de significação de acordo com a semelhança de seus conteúdos (BARDIN, 2009). As falas foram divididas em três unidades de significação sendo essas: (1) percepções sobre qualidade de vida e redução da dor, (2) percepções de melhora da capacidade funcional, (3) percepções sobre os aspectos emocionais e o trabalho em grupo.

3.8.3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação

Após organização e codificação, as frases, ou seja, as mensagens começaram a ser analisadas e interpretadas, de acordo com os objetivos propostos do presente estudo (BARDIN, 2009). A interpretação dos dados foi feita através da produção de inferências, isto é, embasando o conteúdo das mensagens em pressupostos teóricos, dessa forma, agregando valor as falas das participantes (CAMPOS, 2004).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise das falas das integrantes do Grupo Regular de Exercícios Posturais, constatou-se que as atividades desenvolvidas nos encontros interferem em diversos aspectos da vida das participantes, como na qualidade de vida, na dor, na capacidade funcional e nos aspectos emocionais.

4.1. PERCEPÇÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DA DOR

A melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2006). Os programas e serviços baseados na melhoria da qualidade de vida devem promover hábitos de vida saudáveis, proporcionando o bem-estar físico e a funcionalidade para realização de atividades de vida diária (SCHALOCK, 2004). Dessa forma, a melhora da qualidade de vida, através de exercícios posturais, percepção corporal e relaxamento, tem sido o principal objetivo do GREP.

A qualidade de vida, por ser um termo muito complexo e amplo, que engloba inúmeros aspectos individuais, apresenta variações no seu significado de acordo com a experiência e valores de cada sujeito (MORETTI *et al*, 2009). Por esse motivo, procuramos através de perguntas, compreender os diferentes significados desse termo para as participantes. Observou-se, que a qualidade de vida era relacionada a ter boa saúde, como demonstrado nas seguintes falas:

Saúde em primeiro lugar (Cerejeira).

A questão é saúde mesmo, saúde da cabeça também, saúde do corpo, praticando exercícios [...] Então eu acho que isso é qualidade de vida (Hortência).

Percebemos que para as participantes a qualidade de vida está ligada a ter boa saúde, relacionando-a, principalmente, ao bem estar emocional e físico. Em um estudo de Fleck, Chachamovich & Trentini (2003), que visava,

a partir de grupos focais com idosos, conhecer suas percepções em relação à qualidade de vida, constataram que o elemento saúde também foi considerado como um dos principais fatores para a definição de uma boa qualidade de vida.

Ainda, a ausência da dor foi citada como um fator que promove a qualidade de vida, como pode ser visto pelos seguintes comentários:

Uma vida boa é uma vida sem dor, que tu possa trabalhar, possa viajar, aproveitar [...] e nós não estávamos podendo fazer isso (Rosa).

Hoje conheci qualidade de vida porque eu não penso mais em dor (Hortência).

Concordando com essas citações, um estudo de Mata et al (2011) sobre dor e funcionalidade de indivíduos com queixas osteoarticulares de uma UBS mostrou que a dor é um elemento que está ligado a saúde e que afeta diretamente a qualidade de vida da população.

As falas das participantes sobre o que é ter qualidade de vida estão, provavelmente, relacionadas ao quadro de dor crônica que lhes acompanhava e lhes motivara a ingressar no GREP. Como comentado anteriormente, a dor crônica tem uma relação direta com a diminuição da qualidade de vida (ARCANJO, VALDÉS & SILVA, 2008; DELLAROZA, PIMENTA & MATSUO, 2007), pois interfere negativamente em diversos aspectos do cotidiano como “padrão do sono, apetite, libido, humor, capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais” (KRELING, CRUZ & PIMENTA 2006, p.509- 510).

A OMS baseia-se no pressuposto que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo), multidimensional e composta de elementos positivos, por exemplo, mobilidade, e negativos, por exemplo, dor (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). Ainda, a dor não resulta apenas de uma lesão tecidual, mas integra fatores emocionais e culturais, sendo uma experiência privada e subjetiva (BUDÓ, 2007). Dessa forma, a dor é um aspecto que pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos (ARCANJO, VALDÉS & SILVA, 2008) e, quando as participantes foram questionadas

sobre a influência do GREP sobre dor, muitas relataram sua diminuição, como mostrado a seguir:

Eu cheguei aqui com bastante dor nos joelhos e, eu tenho de vez em quando alguma dor no joelho e tal, mas não é nem perto daquilo que eu tinha. (Hortência)

Eu cheguei aqui uma pessoa muito cheia de dor, com várias limitações e tudo foi melhorando.” (Orquídea)

[...] melhorei muito das dores, tinha muita dor na coluna. (Girassol)

Eu vim com muita dor que eu não virava nem a cabeça, assim, agora não sinto mais nada, eu tinha muita dor nas pernas, também, não tenho mais tido. [...] eu me sinto muito bem. (Cerejeira)

O alívio da dor relatado pelas participantes é, portanto, um aspecto importante a ser destacado, pois, à medida que o GREP proporciona uma redução nas dores crônicas, acaba interferindo positivamente na qualidade de vida delas (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000).

A diminuição das dores crônicas musculoesqueléticas, também interferiu para que houvesse uma redução do uso de medicamentos utilizados para esse fim. Estudos mostram que o tratamento mais utilizado por indivíduos com dores crônicas é o medicamentoso, com o predomínio de analgésicos e antiinflamatórios. Em contrapartida apontam que há uma baixa utilização de recursos não-medicamentosos para o alívio da dor (MARTINEZ *et al*, 2008; MATA *et al*, 2011).

Quando as participantes foram questionadas sobre o uso de medicamentos, algumas participantes como no caso de Rosa, Violeta e Magnólia, descrevem o alto uso de medicamentos para dor antes da aderência ao grupo, sendo eles antiinflamatórios ou analgésicos em geral, e depois da continuidade no grupo, relatam a diminuição do uso desses medicamentos, como nas falas a seguir:

Antes eram toneladas de caixas de antiinflamatórios [...] aqui a gente tá resolvendo sem nada, super natural, [...] quimicamente zero, eu nunca mais tomei antiinflamatório (Rosa).

Quando eu entrei aqui eu era a verdadeira com dor, [...] antigamente eu tinha dores horríveis, em compensação

hoje, eu não tenho mais tanta dor, claro que volta e meia eu tomo um dorflex, mas não tomo mais anti-inflamatório (Violeta).

Vivia tomando remedinhos [...] e os remedinhos foram ficando lá e muitos eu cheguei a botar fora porque saíram de validade, ai hoje eu não tomo nada (Magnólia).

O uso de medicamentos pode resultar em reações adversas, causando outras complicações no estado de saúde, como exemplo, os antiinflamatórios citados pelas participantes, podem ocasionar ulcera gástrica e nefrotoxicidade³ (SECOLI, 2010). Portanto, a redução do uso de medicamentos é benéfica à saúde.

Um projeto desenvolvido pelo serviço público de Campinas adotou a prática corporal como alternativa para o tratamento de dores crônicas e doenças musculoesqueléticas. Assim como o GREP, o projeto mencionado obteve resultados positivos na redução, tanto das dores, quanto do uso de medicamentos, principalmente do uso de antiinflamatórios (BRASÍLIA, 2006). Esses dados tornam-se relevantes à medida que o papel da atenção básica é prevenir doenças, promover à saúde e estimular a não medicalização para a obtenção de um melhor estado de saúde (MATA *et al*, 2011).

4.2. PERCEPÇÕES DE MELHORA DA CAPACIDADE FUNCIONAL

As dores musculoesqueléticas crônicas são as principais causadoras de redução da capacidade funcional (WOOLF & PFLEGER, 2003), sendo a capacidade funcional referente à potencialidade de desempenhar as atividades de vida diária ou de realizar determinado ato sem necessidade de ajuda (ALVES *et al*, 2007). A perda da capacidade funcional gera danos ao condicionamento físico, deterioração da saúde geral, diminuição da participação em atividades sociais, estresse familiar e diminuição do contato com a sociedade (ALVES *et al*, 2007). Dessa forma, a capacidade funcional

³ Alterações deletérias na função renal (MELGAÇO *et al*, 2010).

é indispensável e imprescindível para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

A partir dos relatos das participantes é possível perceber que o trabalho realizado no GREP, o qual trabalha exercícios e posturas que facilitam a realização das atividades diárias das pessoas, tem uma repercussão positiva nos seus cotidianos, como pode ser visto nas seguintes narrativas:

Nas primeiras aulas quando eu sentava, depois quando tinha que levantar, tinha que estar agarrando a cadeira e, agora, eu já sento e levanto normalmente (Acácia).

Quando eu comecei, eu tinha muito cansaço [...] eu atravessava a rua e, quando chegava na metade da quadra, eu me sentia cansada [...], parecia que eu não tinha força, e eu não tenho sentido mais isso (Alecrim).

Eu não podia fazer bolo. [...] eu não podia pentear os cabelos e calçar as meias, meus filhos que faziam isso [...] Agora Graças a Deus e a vocês eu consigo (Petúnia).

A partir desses relatos é possível afirmar que o GREP, contribui para que as atividades do cotidiano sejam realizadas com maior facilidade e conforto. Como dito anteriormente, a falta de funcionalidade gera piora do condicionamento físico, e as participantes relataram que a maior facilidade de fazer certas atividades diárias, estimulou-as a praticar atividade física e executar com regularidade os exercícios dados em aula, como pode ser visto nos relatos a seguir:

Eu comecei a fazer caminhada (Tulipa).

[...] hoje eu corro 9 km por dia entendeu, todos os dias, não tenho problema nenhum mais (Hortênci)

A gente tem que fazer em casa o que a gente faz aqui, eu não saí da cama de manhã antes de fazer todos exercícios que eu sei fazer, por que tem uma continuidade né, se tu parar as dores voltam (Dália)

A recuperação da capacidade funcional possibilitou as participantes uma vida mais ativa incluindo a atividade física e exercícios nas suas rotinas. Sabendo-se que o estilo de vida ativo proporciona inúmeros benefícios aos praticantes, como a prevenção de doenças crônicas e os efeitos deletérios

do envelhecimento através das melhoras da saúde física e mental (MATSUDO, MATSUDO & NETO, 2000), é importante que programas que promovam a saúde recuperando a funcionalidade dos indivíduos sejam incentivados na Atenção Básica, dessa forma, proporcionando possibilidades de viver de modo saudável e potencializando a saúde e o bem-estar da população (BRASIL, 2006).

Outra questão importante a ser destacada, foi o trabalho desenvolvido nas aulas, o qual objetivou a realização das atividades de vida diária de maneira mais adequada indicando estratégias que poderiam ser utilizadas para evitar sobrecargas do sistema musculoesquelético. A partir dos relatos percebemos que as participantes foram capazes de utilizar as estratégias propostas em aula nos seus cotidianos e incorporar certos cuidados com a postura:

Eu aprendi (a usar) o travesseiro, lembra que eu dormia toda torta [...] como levantar o peso [...], a vassoura [...] comprei o cabo aquele, eu varria a casa e sempre sentia dor, mas é porque o cabo é muito curtinho e eu me dobrava muito, então essas três coisas eu corrijo sempre né, muitas vezes eu pego o balde, assim sabe, de um modo que eu digo “ta errado”, eu largo no chão e faço de novo, ai largo venho e faço direitinho, então isso ai eu to sempre cuidando (Violeta).

Eu começava a varrer e começava a andar agachadinha assim de dor nas costas e isso ai eu terminei. Outra coisa, ajoelhar no chão pra lavar o chão, agora eu não faço mais isso, agora é com puxador [...] mudei depois que vim aqui, e o balde, passava a mão no balde cheio levantava e saia ligeiro né e agora não, eu já faço direitinho [...] melhorou muito porque agora eu já não sinto mais aquela dor que eu sentia nas costas (Girassol).

Conhecer o próprio corpo saber o que eu posso fazer, como eu posso fazer, até onde eu posso ir, novas posturas do dia a dia na forma de sentar [...] de pegar uma vassoura de outra forma, de juntar um balde (Rosa).

Esses relatos vem ao encontro do que propõem Moretti *et al* (2009), quando afirmam que as práticas corporais de cunho educacional são capazes de interferir em uma mudança cultural que afeta o comportamento dos indivíduos. As atividades trabalhadas no GREP se mostraram efetivas no que diz respeito aos cuidados e alternativas que as participantes podem

utilizar no seu dia a dia como recurso para evitar sobrecargas físicas que causam desconfortos e dores, como por exemplo, compreender os limites do seu corpo, realizar os exercícios aprendidos e desempenhar de maneira adequada as atividades de vida diária. Esses achados confirmam que as práticas corporais implantadas no serviço público são capazes de alterar o comportamento dos participantes, fazendo-os “adquirem a consciência da necessidade do autocuidado e da co-responsabilidade pela manutenção de sua saúde” (BRASÍLIA, 2006, p.46).

4.3. PERCEPÇÕES SOBRE OS ASPECTOS EMOCIONAIS E O TRABALHO EM GRUPO

A dor crônica musculoesquelética, além de interferir em diversos aspectos físicos, tem forte relação com os aspectos psicossociais. A dor e a incapacidade física derivadas das disfunções musculoesqueléticas, podem com frequência provocar alterações na saúde mental do indivíduo, como por exemplo, instabilidades emocionais, sintomas ansiosos e depressivos (WOOLF & PFLEGER, 2003). No estudo de Gureje et al (2008) foi verificado que a presença da dor crônica está associada a transtornos de humor e ansiedade e, ainda, os indivíduos que apresentam diversas queixas de dor são mais propensos a desenvolverem tais sintomas.

No relato a seguir, identifica-se que o GREP, proporcionou um efeito positivo na melhora da autoestima, como relata Tulipa e Acácia:

Eu comecei a fazer a caminhada, emagreci 2kg, então, sabe, tudo isso ajuda. Minha autoestima ta cada vez melhor, comecei a deixar crescer o cabelo, me sinto mais bonita de cabelo comprido, que antes eu cortava que era pra não me dar trabalho. Então tudo isso melhorou, foi assim muito importante (Tulipa).

Quando eu vim aqui com 50 anos, achei que não tinha mais jeito, já tinha que botar no estaleiro pra concertar e graças a deus o que eu aprendi aqui eu tenho usado, tem me feito muito bem, como vocês viram no começo eu sentava e depois pra levantar era um sacrifício, nas primeiras aulas quando eu sentava depois quando tinha que levantar tinha que estar agarrando na cadeira pra levantar, e agora isso eu já não faço mais eu já sento e levanto normalmente como qualquer ser humano. E a autoestima que a agente cria por

saber que agente tem condições de viver melhor e isso eu aprendi com vocês aqui agradeço a todas vocês e ao grupo (Acácia).

A autoestima interfere nos aspectos emocionais e está relacionada a sentimentos como “tristeza, desânimo, falta de vontade, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem” (MARTINS, FRANÇA, & KIMURA, 1996, p. 14). Um estudo que avaliou a efetividade das práticas complementares na promoção da saúde e na qualidade de vida dos participantes de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo obteve como resultado que os participantes das práticas corporais, assim como Tulipa, perceberam significativas melhoras na autoestima e também uma maior motivação para o autocuidado (COSTA *et al*, 2009).

A partir do relato de Magnólia é possível ver uma diferença na maneira com que ela se percebia antes e após a aderência do GREP:

Bom eu quando cheguei aqui eu tinha varias dores no corpo [...], fechada dentro de mim mesma, então aqui eu adquiri um grupo bom, que, a gente brinca, ri, peguei amor por vocês que são excelentes, vocês dão muito carinho muito amor pra gente, [...] muitas de vocês me ajudaram porque eu tinha dores terríveis na minha coluna, vocês me ensinaram a varrer, a levantar da cama, fazer os exercícios, e isso com o tempo foi melhorando, melhorando e fiquei bem, até agora sei relaxar, que vocês me ensinam pra gente poder dormir mais tranqüila. A respiração, tudo, agora eu faço e durmo mais tranqüila, então pra mim foi um bem muito grande estar aqui com vocês (Magnólia).

A narrativa de Magnólia deixa claro que além da prática de exercícios que auxiliaram no alívio da dor, o envolvimento com o grupo promoveu uma melhora no seu estado emocional. Também percebemos a influencia positiva da metodologia das aulas e do trabalho em grupo, sobre os aspectos emocionais e psicológicos, nas falas seguintes:

Terça feira a gente vem aqui e a gente deixa a tristeza, o probleminha, lá fora, tu ri, tu dança, tu pula [...] contam piada né, isso antes né do grupo (risadas), fazem pegadinha, né [...], tem que ser, né, tu vem aqui fazer uma coisa pro teu corpo, pra mente, pra tudo, né, então tu tem aquela hora que tu relaxa, cai todo mundo, na boa expressão, na

gandaia, brincam e fazem folia e aquela coisa toda e isso aqui é muito bom depois tu sai leve, coisa boa assim tu sai leve, solta, diz assim, pó, né, fui lá me diverti, me encontrei com as minhas colegas e fiz um relaxamento, né, porque fazer os exercícios, isso é muito bom [...] (Violeta).

Não é só ginástica, é uma terapia também, aqui eu encontro as amigas, eu converso, eu troco, eu esqueço a minha doença, eu tô me reconstruindo (Rosa).

Achei também um ótimo lugar, um aconchego uma amizade uma energia muito boa que vocês passam para a gente e to bem feliz porque eu pude ajeitar muita coisa na minha vida com a minha coluna e me senti bem melhor (Gérbera).

Percebemos que a prática em grupo proporcionou benefícios para além das condições físicas, a integração e a interação entre as participantes promoveu também o bem estar emocional delas. Queiroz (2000) afirma que “o estado psicológico do indivíduo é fundamental tanto na eclosão de uma doença como no desenvolvimento da cura” (p. 368), é, portanto, imprescindível que as questões físicas e emocionais sejam consideradas para melhora no estado geral de saúde do indivíduo. O trabalho em grupo tem sido relatado como uma metodologia bastante benéfica para o tratamento de enfermidades, pois, agrega pessoas com dificuldades semelhantes e a partir disso, elas percebem que não estão sozinhas com o seu problema e trocam experiências (FERLA, ROHDE & PAIVA 2011). Costa *et al* (2009) afirmam que o convívio grupal, proporcionado pelas práticas corporais, promove a sociabilidade, mediante a formação de vínculos com os colegas, refletindo na melhora do relacionamento familiar, na ampliação do círculo de amizades e, conseqüentemente, na diminuição do isolamento e solidão. E, ainda, “a possibilidade de formar grupos sociais em torno das práticas complementares fomenta a coesão grupal, a veiculação de informações e valores produtores de saúde” (COSTA *et al*, 2009 p. 49).

Um fator relevante que é citado e que influencia nos aspectos emocionais é o acolhimento e o cuidado que o grupo proporciona, tanto por parte das colegas como da equipe de trabalho. São diversas as narrativas que salientam a percepção das participantes, sobre a importância das relações proporcionadas pelo grupo. Essas narrativas demonstram a

necessidade de uma visão integral do ser e do adoecer, propondo uma intervenção que considere e abarque a dimensão física, psicológica e social (MARCO, 2006):

Elas dão estímulo, amor e carinho, ai qualquer dor melhora, [...] é claro que tu vai naquele grupo que tu é acarinhada, pelas professoras, e isso é bom, faz bem pra gente, [...] as dores vão diminuindo (Magnólia).

Pra mim (o importante) foi a preocupação de outras pessoas com quem tá sentindo dor, sabe? Que foi, acho que pra mim, o lado psicológico foi o que mais me atingiu, foi o que mais foi importante pra mim nessas aulas. Os exercícios, tudo, foi importante, mas ver vocês se preocupando com as nossas dores, como a gente tem que sentar, como a gente tem que fazer exercício, tentando nos mostrar a importância disso tudo, ver o lado humano de vocês, sabe, com pessoas que vocês nem conhecem, com pessoas que, tão vindo aqui no postinho porque tão com dor, porque tão com isso, tão com aquilo. Então eu acho que esse lado humano de vocês, esse lado psicológico, esse carinho, esse amor que vocês passam pra nós, isso é muito importante pra ser feliz, além da família, de tudo, ver que tem pessoas que se preocupam com aquilo que a gente ta sentindo, porque às vezes, até eu penso que o que eu to sentindo é frescura, é manha, é sei lá o que... Acordar no dia pensando: “ah! Hoje de novo eu tenho uma dor”. Mas não é, quando eu vejo lá no fundo que eu tenho mesmo essa dor, e ver que tem alguém que ta acreditando em mim e tá vendo: “ah Tulipa tu tem isso, tu sofre disso, então vamos tentar melhorar tua dor, teus problemas”. Então eu acho isso muito importante, o lado humano das pessoas com o próximo, e isso eu vi que aqui tem (Tulipa).

É a atenção é o colinho, como a turma disse, é a dedicação de vocês se doarem isso é que eu acho bacana e é diferente de outro lugar que tu vai, tu vai fazer um exercício numa fisioterapia, que nem eu [...] fiz umas 50 60 (sessões) [...] e aqui é completamente diferente vocês se doam [...] se doar é vocês se importarem com a gente com o problema que a gente ta sentindo, que a gente tem (Gérbera).

A atenção que vocês dão quando a gente chega aqui é muito importante porque depende que a gente chega nos outros lugares com a olhada que a pessoa dá, da vontade de “ó” escapar, porque a atenção que a pessoa recebe quando chega, tem muito efeito. Com o carinho, com a dedicação, com tudo que pode ser feito, os exercícios da maneira que vocês fazem é muito bom [...] isso que é o importante pra gente. A atenção de vocês valeu tudo (Gardênia).

Identificamos nos relatos a relevância que as participantes dão ao fato de serem bem recebidas no Grupo, ao ambiente acolhedor propiciado pela equipe de trabalho, à escuta atenta de suas dores e desconfortos. O acolhimento e a socialização geram vínculos entre as participantes e contribuem para que elas tenham uma relação de amizade.

A escuta atenta da equipe de trabalho, considerando as questões sociais e subjetivas das participantes, a tentativa de criar soluções e alternativas educativas como princípio para solucionar as queixas álgicas, trazidas pelas participantes, fez com que elas desenvolvessem uma relação de confiança junto ao grupo. Essas questões acompanham a perspectiva biopsicossocial de atenção à saúde, reduzindo a ênfase sobre a medicina curativa e incentivando a aquisição e a manutenção de comportamentos que favoreçam o cuidado com a saúde (BENNETT & MURPHY, 1997/1999 *apud* FLORES & JUNIOR, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção a Saúde e a Política Nacional de Humanização que propõem que todas as ações de saúde devam realizar avaliações e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação de suas atividades (BRASIL 2006; BRASIL 2006; BRASIL 2004), este trabalho mostrou no que consiste o projeto de extensão GREP e como ele foi percebido pelas participantes.

A partir da análise das narrativas dos grupos focais, foi possível concluir que o GREP repercutiu positivamente na qualidade de vida das participantes através da redução das dores musculoesqueléticas, da redução do uso de medicamentos, da melhora da capacidade funcional e da melhora dos aspectos emocionais. Além disso, foi possível constatar que o modelo biopsicossocial adotado pela equipe de trabalho, resultou na aderência e confiança das participantes do GREP. As falas das participantes sugerem que a compreensão dos fatores subjetivos relacionados à dor, é essencial para a intervenção no processo saúde-doença e para propiciar um atendimento de qualidade.

Por fim, o GREP cumpre seu papel de promover a saúde das participantes, dando-lhes melhores condições de vida. Ainda, à medida que as dores musculoesqueléticas crônicas afetam um percentual significativo da população, julgamos necessário que mais projetos, como o GREP, sejam inseridos e incentivados na atenção básica.

REFERÊNCIAS

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

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

BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011;35(4):438-442.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal. Edições 70, LDA. 2009.

BORGES, R. G. *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.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BRASIL. Entendendo o SUS. Ministério da Saúde. Governo Federal. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136. Acesso em: 16/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASÍLIA. Revista Brasileira Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006.

BUDÓ, M. de L D *et al*, A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(1):36-43.

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

CAMPOS , C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf#search=%22carta%20de%20Ottawa%22>>. Acesso em: 10/08/2012

CARVALHO, M. M. M. J. Dor: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

CARVALHO, Y. M de. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

COSTA, E. M. A. da *et al*. As Práticas Complementares/ Atividade Física e a Qualidade de Vida de Usuários de Unidades de Saúde da Região Norte da Cidade de São Paulo. CAEPS, Pesquisa em serviço, Caderno Técnico – DANT, Capacitação em Avaliação da Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis, São Paulo – setembro – 2009.

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

FERLA, L.; ROHDE, L.; PAIVA, L. A Fisioterapia em um grupo de reeducação perineal masculino. Fisioterapia Brasil - Volume 12 - Número 2 - março/abril de 2011.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.111-118, set-dez 2005.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. Ciência & Saúde Coletiva. 207-219. 2005.

FILHO, N. M.; SILVA, G. A. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):494-502.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 37 (6): 793-799. 2003.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FLORES, A. M. N.; JUNIOR, Á. L. C.. Modelo Biopsicossocial e Formulação Comportamental: Compreendendo a cefaléia do tipo tensional. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 13, n. 1, p. 143-151, jan./mar. 2008

GUREJE, O. *et al.* The relation between multiple pains and mental disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 135 (2008) 82–91

IERVOLINO AS, PELICIONI MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2):115-21.

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

MALTA, *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 18(1):79-86, jan-mar 2009.

MARCO, M. A. de. Do Modelo Biomédico ao Modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro v. 30, nº 1, jan./abr. 2006.

MARTINEZ J.E. *et al.* Perfil de pacientes com queixa de dor músculo-esquelética em unidade básica em Sorocaba. *Rev Bras Clin Med* 008;6(5):167-71.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D. ; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, V. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro de 1996.

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

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Efeitos benéficos da atividade física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Vol. 5, N. 2, 2000.

MELGAÇO, S. S. C. *et al.* Nefrotoxicidade dos anti-inflamatórios não esteroidais. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2010; 43(4): 382-90

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.

MINAYO, M. C. de S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. – São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MORETTI, A. 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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A incapacidade: Prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados. 47º Conselho Diretor, 58º sessão do comitê regional, Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2006. Acesso em 10/08/2012. Disponível em: <http://www.paho.org/Portuguese/GOV/CE/ce138.r11-p.pdf>

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção á saúde. 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2):363-375, abr-jun, 2000.

RABAÇAL, A. M. K. ; *et al.* Práticas corporais, dores crônicas e promoção da saúde: Caminhos para o desenvolvimento de habilidades pessoais através das práticas corporais. CAEPS, Pesquisa em serviço, Caderno Técnico – DANT, Capacitação em Avaliação da Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis, São Paulo – setembro – 2009.

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

SCHALOCK, R. L. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*. V. 48, n. 3, p. 203-216, 2004.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Saúde no Brasil* 4. 2011.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas por idosos. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília 2010 jan-fev; 63 (1): 136-40.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. Da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* vol.20 n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia – Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

TEIXEIRA, M. J. *et al.* Fisiopatologia da dor músculo-esquelética. Rev. Med. (São Paulo), 80 (ed. esp. pt.1):63-77, 2001.

WARSCHAUER, M. *et al.* As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã-SP. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 15.; Congresso Internacional de Ciências Do Esporte, 2., 2007, Recife. *Anais...* Recife, 2007.

WOOLF, A. D.; PFLEGER; B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (9)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millenium. Report of a WHO Scientific Group. Geneva 2003.

APÊNDICE 1- GUIA DE ENTREVISTA

Questões utilizadas pelo moderador para guiar a discussão e relatos das participantes nos grupos focais:

O que vocês acham que é ter qualidade de vida?

O que motiva vocês a participarem do grupo?

Qual é o significado do grupo para vocês?

Qual é o aspecto que vocês consideram mais importante aqui no grupo?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
 aceito participar do estudo A ESCOLA POSTURAL NO CONTEXTO DO SISTEMA 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 de Coluna”.

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

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

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

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

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

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

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

Entendo que posso entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, 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: _____

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

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.