

GRUPO DA COLUNA NA ATENÇÃO BÁSICA

Back School in the primary care

Patrícia Thurow Bartz,

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aline Felício Bueno

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Adriane Vieira

Doutora. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço de Contato:

Patrícia Thurow Bartz,
Rua Dona Inocência, 86, apto. 201
Jardim Botânico, Porto Alegre- RS
CEP: 90690-030
E-mail: patriciatbartz@gmail.com

Órgão financiador do estudo

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - FAPERGS

Bolsas concedidas

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ

Resumo

A Escola Postural é um programa teórico-prático direcionado para o tratamento de dores crônicas, o qual é foco de pesquisas que indicam sua eficácia na diminuição da dor após a sua realização. Poucos estudos avaliam sua eficácia em médio prazo e são desenvolvidos na atenção básica. O objetivo deste estudo foi verificar o efeito do Grupo da Coluna na dor, qualidade de vida e funcionalidade a curto e médio prazo em usuários com dores musculoesqueléticas crônicas. O Grupo da Coluna é uma ação de educação em saúde destinada a usuários da UBS-HCPA, sendo embasado na metodologia das Escolas Posturais. A amostra foi composta por 21 indivíduos, com idades entre 41 e 68 anos. Os instrumentos utilizados foram o ODI, SF-36 e uma anamnese, contendo a EVA, para mensurar, respectivamente, a funcionalidade, qualidade de vida e intensidade

da dor. As avaliações ocorreram em três momentos: pré, pós-imediato e pós-quatro meses. Foram utilizados o teste de Friedman e o teste de Dunn como *post hoc*, sendo $p < 0,05$. Os resultados apontam diminuição significativa da intensidade da dor na coluna dorsal e nos membros inferiores. Na qualidade de vida, houve melhora significativa nos domínios capacidade funcional, dor, aspectos físicos, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. Na análise do ODI, os resultados demonstram melhora significativa da funcionalidade. Conclui-se que o Grupo da Coluna é uma ação de educação em saúde capaz de interferir no processo de saúde-doença, contribuindo positivamente para a diminuição da dor e melhora da qualidade de vida e funcionalidade.

Palavras-chave: Dor crônica. Qualidade de vida. Postura. Educação em saúde. Atenção Básica à Saúde.

Abstract

Back School is a theoretical-practical program destined for the treatment of chronic pain and is the focus of research indicating its effectiveness in reducing pain after its completion. Few studies have evaluated its effectiveness in the medium term and are developed in primary care. The aim of this study was to investigate the effect of Back Group in pain, quality of life and functionality in the short and medium-term in users with chronic musculoskeletal pain. The Back Group is an action in health education aimed at users of the BHU-HCPA,

being grounded in the methodology of Back Schools. The sample consisted of 21 individuals, aged between 41 and 68 years. The instruments used were the ODI, SF-36 and an anamnesis containing the VAS, respectively to measure the functionality, quality of life and pain intensity. Assessments occurred in three phases: pre, immediate post and immediate after four months. It was used the Friedman test and Dunn test as *post hoc*, with $p < 0.05$. The results show a significant decrease in pain intensity in the thoracic spine and lower limbs. In quality of life, there was a significant improvement in functional capacity, pain, physical aspects, vitality, emotional aspects and mental health. In the analysis of the ODI, the results show significant improvement in functionality. It is concluded that the Back Group is an action in health education can affect the health process, positively contributing to the reduction of pain and the improvement in quality of life and functionality.

Keywords: Chronic Pain. Quality of Life. Posture. Health Education. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um projeto social único no conjunto dos países em desenvolvimento que vem sendo consolidado a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica nº 8.080 em 1990, tendo como princípios básicos a universalidade, a integralidade e a equidade. O principal objetivo

do SUS é garantir a saúde como um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Cidadãos saudáveis dependem da organização e do funcionamento do sistema de saúde, com isso, o conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira¹.

Desde sua criação, as ações governamentais têm buscado a descentralização dos serviços de saúde, com a municipalização, a regionalização e a hierarquização, a fim de garantir os princípios básicos aos usuários¹. Essas mudanças na organização do SUS e nas estratégias de atenção à saúde permitem que os serviços invistam em ações de educação e prevenção sobre o processo saúde-doença e, principalmente, sobre a atenção básica no Brasil.

A atenção básica se caracteriza por ser “a porta de entrada” para o usuário que procura o serviço. Seu papel é o de assegurar a distribuição equitativa dos recursos de saúde, integrar serviços de prevenção e promoção à saúde e racionalizar o uso da atenção secundária e de medicamentos. Na atenção básica, os usuários devem receber medidas preventivas e ter acesso direto a uma fonte adequada de cuidados no longo prazo². Outro fator importante é que a atenção básica lida com os problemas mais prevalentes da população, sendo um desses problemas a dor musculoesquelética crônica, uma queixa recorrente que traz prejuízos econômicos e pessoais à população, como o afastamento do trabalho e a aposentadoria por invalidez precocemente³.

A dor musculoesquelética pode ser classificada em aguda, quando tem a duração de 4 a 6 semanas, ou crônica, quando tem duração de mais de 12 semanas ou manifesta-se por episódios recorrentes de dor em um período superior a 6 meses. A dor crônica, na maioria das vezes, não representa necessariamente um dano tecidual e pode ser proveniente de condições precárias de vida e saúde, da falta de informações e do uso incorreto da mecânica corporal nas atividades laborais e de vida diária⁴⁻⁵. Além disso, pode ter significados psicossociais e estar associada a experiências prévias, crenças, valores e atitudes, sendo, portanto, simbolicamente constituída⁶.

A dor musculoesquelética crônica é uma das grandes causas da incapacidade funcional e de depreciação da qualidade de vida, pois afeta a função física, a interação social e os aspectos emocionais das pessoas⁷. Dessa forma, tornou-se um problema de saúde pública, sendo interessante que o SUS inclua nas suas ações na atenção básica propostas educativas para os usuários, com o objetivo de diminuir o quadro algíco, os gastos públicos e o impacto negativo que a dor causa sobre a qualidade de vida e a funcionalidade das pessoas.

Uma dessas propostas é a Escola Postural, originalmente denominada “Back School”, criada na Suécia, em 1969, pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forsell^{8,9}. Considerada uma alternativa ao tratamento dos usuários que possuem dores crônicas, a Escola Postural busca propiciar ao aluno conhecimentos e experiências de aprendizagem que possibilitem e reforcem mudanças nos seus comportamentos, atitudes e crenças¹⁰. Acredita-se que essas mudanças

contribuam para um melhor manejo da dor e da capacidade de realização de atividades de vida diária, melhorando a qualidade de vida do indivíduo, sendo uma estratégia válida para prevenção de agravos e tratamento de pacientes especialmente com dor lombar crônica¹⁰.

A partir de sua aplicação, diferentes estudos foram realizados a fim de comprovar a eficácia da Escola Postural no tratamento de pessoas com dores crônicas. Parece haver um consenso na literatura de que a Escola Postural é eficaz no curto prazo. Os resultados de Martins¹¹, Tobo,⁹ e Ferreira e Navega³ sugerem que o programa é eficiente na melhora da qualidade de vida, funcionalidade e redução da dor.

Em 2011, Borges et al.¹² investigou a eficácia do Grupo da Coluna, uma proposta de tratamento a usuários do SUS com dores musculoesqueléticas crônicas embasada na metodologia da Escola Postural, na qualidade de vida, funcionalidade e intensidade da dor a curto prazo. A partir desse estudo, surgiu o interesse de investigar qual a influência dessa proposta no médio prazo, visto que outras pesquisas foram realizadas nesse sentido^{8,13-15}, porém não foram realizadas no SUS e não avaliaram concomitantemente a intensidade da dor, funcionalidade e qualidade de vida, variáveis importantes de serem consideradas no contexto da dor crônica segundo as recomendações atuais da literatura¹⁶. Com isso, o objetivo deste estudo é verificar a influência do Grupo da Coluna no curto prazo e em médio prazo na intensidade da dor, qualidade de vida, funcionalidade de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas.

MÉTODO

O Grupo da Coluna acontece na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde 2006, tornando-se um projeto de extensão dos cursos de Fisioterapia e Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2009. Embasado pela metodologia das Escolas Posturais, o Grupo da Coluna visa a mudança de hábitos e crenças diante da dor, buscando a melhora dela, da qualidade de vida e funcionalidade por meio da prática adequada das atividades diárias. Por ser um projeto de extensão, o grupo também objetiva contribuir para a formação dos alunos, possibilitando uma vivência no serviço do SUS.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n° 100354). Os critérios de inclusão estabelecidos neste estudo foram: apresentar dor musculoesquelética crônica e ser encaminhado por um médico da UBS. Os critérios de exclusão foram: apresentar impossibilidade de participação das atividades em grupo devido a um quadro de dor intensa e participar de menos de três dos cinco encontros que compõem o Grupo da Coluna.

Este estudo foi desenvolvido de abril de 2011 a fevereiro de 2013, sendo que nesse período foram realizados seis Grupos da Coluna. Foram avaliados 55 usuários, e 63,3% (n=35) desses usuários compareceram a quatro ou mais aulas e foram reavaliados. Na avaliação realizada quatro meses depois, compareceram 60% dos usuários reavaliados. Sendo assim, a amostra deste estudo foi composta por 21 usuários.

Na tabela 1, é apresentada a descrição da amostra. A idade média dos participantes foi de 56 anos, variando de 41 a 68 anos, havendo uma predominância de mulheres (95,2%), de prestadores de serviços domésticos e condominiais (28,6%) e de usuários de baixa escolaridade (42,9% haviam cursado o ensino fundamental).

Tabela 1: Descrição da amostra

| | | Porcentagem |
|--------------|---------------------------------|-------------|
| Sexo | Feminino (n=20) | 95,2 |
| | Masculino (n=1) | 4,8 |
| Profissão | Atividades em pé (n=4) | 19 |
| | Atividades sentado (n=4) | 19 |
| | Doméstico ou condominiais (n=6) | 28,6 |
| | Aposentado (n=3) | 14,3 |
| | Do lar (n=4) | 19 |
| Escolaridade | Ensino Fundamental (n=9) | 42,9 |
| | Ensino Médio (n=8) | 38,1 |
| | Ensino Superior (n=4) | 19 |

O desenho experimental deste estudo teve a duração de 24 semanas. Na semana 1, uma semana antes de iniciarem as aulas do Grupo da Coluna, os usuários da UBS inscritos na lista de espera foram chamados para a avaliação inicial. Esta consiste de uma anamnese, aplicação dos questionários, e, nesse momento, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Da semana 2 a 7, aconteceram os encontros do Grupo da Coluna. São cinco encontros teórico-práticos, descritos no quadro 1, ocorrendo uma vez por semana, com duração de duas horas, para grupos de cinco a sete pessoas. Na primeira hora, foram desenvolvidos aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos relacionados à postura, na sequência, foram realizados exercícios de percepção corporal, alongamento, reforço muscular e de relaxamento, além de atividades de massagem e automassagem. Na semana 8, foi realizada a reavaliação (pós-imediato) com os participantes que compareceram a três ou mais aulas. Na semana 24, após quatro meses da finalização do Grupo da Coluna, os participantes reavaliados foram convidados para uma avaliação final (pós-quatro meses), que compreendeu a avaliação no médio prazo deste estudo.

Quadro 1: Descrição das aulas

| | |
|-----------|--|
| 1ª Semana | <ul style="list-style-type: none"> - Exposição dos objetivos e da estrutura do Grupo da Coluna. - Definição dos aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos relacionados à postura. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada. |
| 2ª Semana | <ul style="list-style-type: none"> - Explicação das relações entre os movimentos da coluna e dos membros inferiores e vivência das formas adequadas de sentar, agachar e pegar objetos no solo. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada. - Entrega de um folheto com os exercícios de agachamento. |
| 3ª Semana | <ul style="list-style-type: none"> - Noções básicas sobre estrutura e funcionalidade da coluna vertebral e vivência sobre posicionamento e manutenção das posturas sentada e em pé. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada. - Entrega de um folheto com exercícios na posição sentada. |
| 4ª Semana | <ul style="list-style-type: none"> - Comentários e vivências sobre o posicionamento e realização de atividades na posição deitada, posturas ao dormir e ato de deitar e levantar da cama. - Realização de automassagem e exercícios nas posições: sentada, em pé e deitada. - Entrega de uma folha de exercícios na posição deitada. |
| 5ª Semana | <ul style="list-style-type: none"> - Discussão e vivência sobre a execução de AVDs escolhidas pelos participantes na aula anterior - Revisão dos exercícios das aulas anteriores. |

A anamnese foi o instrumento utilizado para registrar dados pessoais e demográficos, além de dados sobre a queixa algica dos usuários. Nessa anamnese também continha um diagrama corporal, para facilitar a localização da queixa algica, e a Escala Visual Analógica (EVA), para mensurar a intensidade de cada dor durante a última semana. A EVA consiste de uma linha reta e horizontal de 10 centímetros semelhante a uma régua, não numerada, onde é escrito na extremidade esquerda “sem dor” e na extremidade direita “dor insuportável”. O usuário marcava, nessa linha, a intensidade da sua dor durante a última semana. Os locais de dor foram categorizados em cinco regiões: coluna cervical, dorsal e lombar, membros superiores e membros inferiores.

Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário *Medical Outcomes Study - Short Form-Health Survey* (SF-36). O SF-36 é um questionário multidimensional e engloba oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final de cada domínio vai de zero a 100, no qual zero corresponde

ao pior estado de qualidade de vida e 100 ao melhor estado. O SF-36 foi validado para o português por Ciconelli et al¹⁷.

Para avaliação da funcionalidade, foi utilizado o questionário *Oswestry Disability Index* (ODI). O teste consiste em 10 perguntas, relacionadas aos temas: intensidade da dor, cuidados pessoais, levantamento de peso, andar, permanecer sentado, permanecer em pé, sono, atividade sexual, vida social e viagem. A pontuação vai de zero (sem incapacidade funcional) a 100 (totalmente incapacitado), dividindo o nível de incapacidade funcional em cinco categorias que variam de 20 em 20 pontos. O ODI foi validado para o português por Vigatto, Alexandre, Filho¹⁸.

Para análise estatística, foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-wilk no qual se verificou que os dados eram não paramétricos. Utilizou-se estatística descritiva, com uso de medianas, intervalos interquartílicos e frequências absolutas e relativas; e estatística inferencial, na qual o alfa adotado foi 0,05. Foi aplicado o teste de Friedman, para avaliar as diferenças entre os três tempos: pré, pós- imediato e quatro meses depois. O teste de Dunn foi utilizado como *post hoc*.

RESULTADOS

Os resultados demonstram que todos os usuários apresentavam um quadro de dor crônica, sendo que a maioria da amostra (87,7%) apresentava a dor principal, considerada neste estudo como a dor mais intensa, há mais de um ano. A região corporal mais atribuída pelos participantes como dor principal foi a coluna lombar (61,9%). Com relação ao número de queixas, 33,33% dos usuários apresentavam três queixas de dor. Na tabela 2, são apresentados os resultados de dor principal, número de queixas e tempo com dor dos participantes do estudo.

Tabela 2: Resultados de dor principal, número de queixas e tempo com dor dos participantes do estudo

| | | Porcentagem |
|--------------------|--------------------------|-------------|
| Duração da dor | 3 meses a 1 ano (n=3) | 14,3 |
| | Mais de 1 ano (n=18) | 87,7 |
| Dor principal | Cervical (n=2) | 9,5 |
| | Dorsal (n=2) | 9,5 |
| | Lombar (n=13) | 61,9 |
| | Membros superiores (n=2) | 9,5 |
| | Membros inferiores (n=2) | 9,5 |
| Números de queixas | 1 (n=3) | 14,2 |
| | 2 (n=6) | 28,6 |
| | 3 (n=7) | 33,3 |
| | 4 ou mais (n=5) | 23,9 |

Na tabela 3, são apresentados os valores das medianas e intervalos interquartílicos do pré, pós- imediato e quatro meses depois. Letras iguais correspondem a medianas estatisticamente iguais e letras diferentes correspondem a medianas estatisticamente diferentes.

Pode-se observar que houve uma diminuição gradativa da intensidade da dor do pré, pós- imediato e pós- quatro meses em todas as regiões corporais avaliadas, exceto na coluna dorsal. No entanto, essa diminuição foi significativa nos membros inferiores do pré para o pós- imediato e do pré para o pós- quatro meses e na coluna dorsal do pré para o pós- teste.

Na qualidade de vida, todos os domínios apresentaram melhora do pré para o pós- imediato, exceto nos aspectos físicos, que a mediana permaneceu a mesma nos dois momentos, mas foi um domínio que apresentou melhora significativa no pós- quatro meses. Pode-se observar que em todos os domínios houve uma melhora da qualidade de vida do pré para o pós- quatro meses, sendo essa melhora progressiva nos três momentos avaliativos nos domínios dor e saúde mental.

Com relação ao teste de Dunn, que verifica onde foi encontrada diferença significativa nos três tempos avaliativos, observa-se que houve melhora significativa nos domínios capacidade funcional, dor e aspectos emocionais do pré para o pós- imediato e do pré para o pós- quatro meses. Já na vitalidade, a melhora significativa foi encontrada do pré para o pós- imediato. Na saúde mental, houve melhora significativa do pré para o pós- quatro meses.

No ODI, pode-se observar diminuição das medianas, o que corresponde a uma diminuição da incapacidade funcional, sendo significativo do pré para o pós- quatro meses.

Tabela 3: Medianas e intervalos interquartílicos da intensidade da dor, qualidade de vida e funcionalidade dos do pré- teste, pós- imediato e 4 meses depois.

(continua)

| Variáveis | Pré | Pós- imediato | Pós meses |
|----------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Intensidade da dor | | | |
| Cervical (n=9) | 6,6 (2,8-8,05) A | 4,4 (2,8-5,1) A | 2,4 (1,35-3,4) A |
| Dorsal (n=5)* | 7,3 (4,5-9,5) A | 6,1 (0,1-7,6) B | 6,7 (0,45-7,1) AB |
| Lombar (n=18) | 5,6 (1,57-7,82) A | 3,15 (0-5,97) A | 3,05 (0,97-5,1) A |
| Membros superiores (n=7) | 6,8 (4,8-7,1) A | 5,2 (0-9) A | 1,4 (0-5,8) A |
| Membros inferiores (n=11)* | 6,6 (3,3-8,7) A | 1,5 (0-4,65) B | 0,9 (0-5,2) B |
| Domínios do SF-36 | | | |

| | | | (conclusão) |
|-----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| Capacidade funcional* | 50 (35-75) A | 70 (55-80) B | 60 (50-82,5) B |
| Aspectos Físicos* | 50 (0-75) A | 50 (37,5-100) AB | 100 (62,5-100) B |
| Dor* | 41 (25-46,5) A | 51 (41-62) B | 52 (41-73) B |
| Estado Geral de Saúde | 47 (43,5-59,5) A | 52 (44,5-57) A | 50 (38,5-59,5) A |
| Vitalidade* | 55 (42,5-65) A | 65 (55-70) B | 60 (52,5-70) AB |
| Aspectos Sociais | 75 (56,25-100) A | 87,5 (62,5-100) A | 87,5 (75-100) A |
| Aspectos Emocionais* | 33,33 (16,65-100) A | 100 (49,96-100) B | 100 (49,99-100) B |
| Saúde Mental* | 72 (44-84) A | 76 (54-94) AB | 80 (58-92) B |
| ODI* | 32 (22-37) A | 20 (10-22) AB | 14 (8-29) B |

* p<0,05 Nota: Letras iguais correspondem a medianas estatisticamente iguais e letras diferentes correspondem a medianas estatisticamente diferentes.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta dos pacientes com dor musculoesquelética crônica que frequentavam o Grupo da Coluna em relação à intensidade da dor, qualidade de vida e funcionalidade a curto e médio prazo.

O Grupo da Coluna promoveu uma diminuição gradativa da intensidade da dor em todas as regiões corporais avaliadas, exceto na coluna dorsal, entre pré, pós- imediato e pós- quatro meses. No entanto, essa diminuição foi significativa nos membros inferiores (entre pré e pós- imediato e pré e pós- quatro meses) e na coluna dorsal (entre pré e pós- imediato). Os estudos encontrados na literatura apresentam resultados apenas relacionados à dor lombar^{11,14}, o que dificulta a comparação dos resultados com outras regiões corporais.

A recuperação da dor musculoesquelética crônica ocorre em geral de forma lenta, sendo que o prognóstico é menos favorável para aquelas pessoas que têm níveis elevados de incapacidade funcional e de intensidade da dor e que possuem baixa escolaridade¹⁹. O presente estudo teve a participação em sua maioria de pessoas de baixa escolaridade e que apresentavam dor há mais de um ano, podendo esses fatores ter sido um dos limitantes para a diminuição da dor dos usuários.

A avaliação da funcionalidade no contexto da dor é importante, pois se sabe que a dor musculoesquelética crônica é uma das principais causas de incapacidade funcional⁷. Segundo Wadell²⁰, a incapacidade é uma alteração da capacidade do indivíduo para atender suas demandas pessoais, sociais ou profissionais por causa de uma deficiência, causando restrições para execução de suas atividades. Os resultados do presente estudo indicam que houve uma melhora gradativa da capacidade funcional dos usuários, sendo significativa do pré para o pós-quatro meses. De acordo com a classificação do questionário ODI, a incapacidade funcional passou de moderada para mínima do pré para o pós-teste e permaneceu mínima no pós-quatro meses. Estudos que avaliaram a funcionalidade no médio prazo não o fizeram por meio da análise do questionário ODI, o que impossibilita a comparação dos achados^{8,14}. Considerando a proposta do Grupo da Coluna de promover a saúde dos usuários por intermédio das mudanças de hábitos, especula-se que essa melhora no médio prazo se deve ao fato de que o maior intervalo entre as avaliações realizadas permitiu que a mudança de hábitos fosse mais efetiva na melhora da funcionalidade.

A dor crônica e a diminuição da funcionalidade podem ter efeitos negativos sobre a qualidade de vida dos indivíduos²¹. A análise da qualidade de vida é complexa, pois ela envolve fatores não só físicos como também psicológicos e sociais e é considerada um dos principais indicadores para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções²³. No presente estudo, os domínios capacidade funcional, dor e aspectos emocionais apresentaram

melhora significativa no curto e médio prazo. Já na vitalidade, a melhora significativa foi encontrada apenas no curto prazo. Assim como na avaliação da funcionalidade, houve melhora da qualidade de vida no domínio saúde mental apenas no médio prazo, mostrando que essas variáveis não apresentam melhora rápida.

Os achados deste estudo corroboram o estudo de Cesar, Júnior e Battistella, 2004¹³, em que os domínios aspectos físicos, dor e vitalidade apresentaram uma melhora significativa. O estudo de Tsukimoto¹⁴ apresentou melhora significativa nesses domínios e também no domínio capacidade funcional, assim como o presente estudo. Já Tavafian et al.¹⁵ encontraram resultados positivos em todos os domínios do SF-36 na avaliação no médio prazo.

A Escola Postural foi criada com o intuito de ser um tratamento em grupo com menor despesa de recursos do que os tratamentos convencionais, levando em consideração a alta prevalência de dor nas costas nos países industrializados⁸. A formação de grupos é de suma importância por agregar pessoas com dificuldades semelhantes e, a partir disso, fazer com que elas percebam que não estão sozinhas e que podem trocar experiências²⁴. Além disso, possibilita aos usuários atuar no processo de produção de saúde por meio dos aspectos operativo e educativo da ação, fazendo com que esses usuários deem sentido e significado à intervenção proposta²⁵. Os resultados positivos do Grupo da Coluna podem estar relacionados ao fato de o grupo ter sido formado com enfoque na dimensão subjetiva e educativa da intervenção²⁶, explorando a relação entre profissional e o usuário²⁷.

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que ações educativas, que possam interferir no processo saúde-doença de problemas prevalentes na população, como a dor crônica, sejam implementadas e difundidas na atenção básica²⁸. Dessa forma, programas realizados em grupo, como o Grupo da Coluna, são essenciais por promoverem a melhora da qualidade de vida e da saúde dos usuários.

A utilização dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor, funcionalidade e qualidade de vida é inquestionável no contexto da dor. O presente estudo está de acordo com as recomendações atuais feitas por Chapman et al.¹⁶, que realizaram um estudo avaliando as medidas de resultados comuns para o tratamento da dor lombar crônica. O estudo recomenda a avaliação dos domínios de maior importância que incluem dor, função e qualidade de vida. Além disso, pesquisas como a do presente estudo que visam verificar desfechos que são centrados no paciente, como, por exemplo, avaliação do sintoma (intensidade da dor), estado funcional e bem-estar (mensurados por meio da avaliação da funcionalidade e da qualidade de vida), são relevantes e possuem maior validade externa, pois dão enfoque especial ao autorrelato dos participantes e não estão centrados na avaliação do pesquisador^{29,30}.

Consideram-se limitações do estudo o baixo número amostral, que se deve à dificuldade de fazer com que o usuário retorne à UBS para realização da avaliação de médio prazo, após quatro meses da intervenção, e a ausência de grupo controle para comparação dos resultados. Apesar da importância da comparação dos resultados com grupo controle por evitar viés do resultado, optou-se por realizar o estudo sem

grupo controle por não ser considerado adequado deixar os usuários sem atendimento em função da pesquisa.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o Grupo da Coluna é uma estratégia que contribui na diminuição da intensidade da dor dorsal e dos membros inferiores a curto e médio prazo. Na qualidade de vida, domínios, como capacidade funcional, dor e aspectos emocionais, apresentaram melhora a curto e médio prazo e a vitalidade no curto prazo. Já os aspectos físicos e a saúde mental e a funcionalidade apresentaram melhora no médio prazo. Mais pesquisas devem ser feitas a médio e longo prazo objetivando verificar os efeitos de programas interventivos na melhora da saúde de pessoas com dores musculoesqueléticas crônicas na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da saúde (Brasil), Secretaria Executiva. Mais saúde: Direito de todos: 2008-2011. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde; 2002.
3. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortop Bras.* 2010; 18(3): 127-3.
4. Almeida RM, Crispim EVN, Melo VM, Cardia MCG. Análise comparativa entre diferentes meios terapêuticos nas algias da coluna vertebral. *Rev. Bras. Cienc. Saúde.* 1999; 3(1): 29-36.
5. Knoplich J. *Enfermidades da coluna vertebral: uma visão clínica e fisioterápica.* 3.ed. São Paulo: Robe Editorial; 2003.
6. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3): 365-73.
7. Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Validity. *Spine.* 2007; 32(4): 481-6. PubMed; PMID 17304141.
8. Andrade SC, Araújo AGR, Vilar MJP. Escola de coluna para pacientes com lombalgia crônica inespecífica: benefícios da associação de exercícios e educação ao paciente. *Acta Reumatol.* 2008; 33:443-50.
9. Tobo A, Khouri ME, Cordeiro Q, Lima MC, Brito Junior CA, Battistella LR. Estudo do tratamento da lombalgia crônica por meio da Escola de Postura. *Acta fisiatr.* 2010; 17(3): 112-16.
10. Cohen JE, Goel V, Frank JW, Bombardier C, Peloso P, Guillemin F. Group Education Interventions for people with low-back-pain – an Overview of the Literature. *Spine.* 1994; 19: 1214-22. PubMed; PMID 8073312
11. Martins MRI, Foss MHD, Santos Junior R; Zancheta M, Pires IC, Cunha AMR, *et al.* A eficácia da conduta do Grupo de Postura em pacientes com lombalgia crônica. *Rev Dor.* 2010; 11(2): 116-21.
12. Borges RG, Vieira A, Noll M; Bartz PT, Candotti CT. 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. *Motriz.* 2011; 17(4): 719-727.
13. Cesar SHK, Júnior CAB, Battistella LR. Análise da qualidade de vida em pacientes de Escola de Postura. *Acta Fisiátr.* 2004; 11(1): 17-21.
14. Tsukimoto GR, Riberto M, Brito CA, Battistella LR. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). *Acta Fisiatr.* 2006; 13(2): 63-9.
15. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007; 8(21). PubMed; PMID 17328809.
16. Chapman JR, Norvell DC, Hermsmeyer JT, Bransford RJ, DeVine J, McGirt MJ, Lee MJ. Evaluating Common Outcomes for Measuring Treatment Success for Chronic Low Back Pain. *Spine.* 2011; 36(21S): S54–S68. PubMed; PMID 21952190.

17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3):143-50.
18. Vigatto R.; Alexandre NMC.; Correa HR. Development of a brazilian portuguese version of the oswestry disability index: crosscultural adaptation, reliability, and validity. *Spine.* 2007; 32(4): 481-86. PubMed; PMID 17304141.
19. Costa LCM, Maher CG, Mcauley JH, Hancock MJ, Herbert RD, Refshauge KM et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ.* 2009; 339(b3829): 1-8. PubMed; PMID 19808766.
20. Waddell G. *The Back Pain Revolution.* 2.ed. New York: Churchill Livingstone; 2004.
21. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ.* 2003; 81: 646-56.
22. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine.* 2004; 15(S2): S192–S300. PubMed; PMID 16550448.
23. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc saúde coletiva.* 2000; 5(1): 7-18.
24. Ferla L, Rohde L, Paiva L. Fisioterapia em um grupo de reeducação perineal masculino. *Fisioterapia Brasil.* 2011; 12(2): 107-12.
25. Waschauer M, D'urso L. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. *Saúde Soc.* 2009; 18(2): 104-7.
26. Warschauer M. "Lazer e Saúde": as práticas corporais no sistema público de Santo André [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
27. Carvalho YM. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. In: Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Revista Brasileira Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006 p.33-45.
28. Brasil, Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
29. Rothwell PM. Treating individuals 2. Subgroup analysis in randomized controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet.* 2005; 365(9454): 179-186. PubMed; PMID 15639301.
30. Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, van Tulder M. 2009 Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine.* 2009; 34(18): 1929–41. PubMed; PMID 19680101.