

ARTIGO
ORIGINAL

Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36)

Longitudinal evaluation of Posture School for low back pain by the questionnaires Rolland Morris and Short Form Health Survey (SF-36)

Gracinda Rodrigues Tsukimoto¹, Marcelo Riberto², Carlos Alexandrino de Brito², Linamara Rizzo Battistella²

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi analisar quantitativamente a resposta ao tratamento dos pacientes com dor lombar crônica atendidos pela “Escola de Postura” da DMR-HCFMUSP no período de outubro de 2001 a julho de 2004, usando os questionários Roland-Morris (RM) e Short Form Health Survey (SF-36). A intensidade da queixa dolorosa foi avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA). A amostra inicial foi composta por 244 prontuários de pacientes encaminhados e avaliados para a Escola de Postura no período de outubro de 2001 a julho de 2004, tendo completado o programa 110 pacientes desse total. Alguns dados referentes a estes pacientes foram coletados, tais como: diagnósticos etiológico, tempo de evolução da doença e origem do encaminhamento; dados sócio-demográficos como sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação; e, também, o comparecimento aos retornos após o primeiro mês, quarto mês, e um ano a contar da avaliação inicial. Observou-se que os indivíduos que concluíram a Escola de Postura apresentaram melhora significativa nos domínios do SF-36 para Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, bem como na avaliação pela EVA e questionário RM. Não foram observados ganhos estatisticamente significantes nos domínios Aspectos Sociais, Emocionais e Saúde Mental. Cabendo ressaltar que o período de alcance da Escola de Postura, não possibilita afirmar mudanças significativas quanto a aspectos afetivo-emocionais e novas posturas em seu relacionamento social. Novos estudos, quantitativos e qualitativos devem ser realizados de maneira a oferecer subsídios à equipe multiprofissional da Escola de Postura que permitam operar mudanças e ampliar recursos terapêuticos se necessário.

PALAVRAS-CHAVE

avaliação funcional, lombalgia, qualidade de vida, questionários, reabilitação, escola de postura.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze quantitatively the response of patients with chronic low back pain to treatment at the Back School in DMR-HCFMUSP between October 2001 and July 2004, using the Roland-Morris (RM) and Short Form Health Survey (SF-36) questionnaires. Pain intensity was measured by the visual analogue scale (VAS). The initial sample consisted of 244 medical charts of patients referred to the Back School program for initial evaluation between October 2001 and July 2004; of this initial sample, 110 patients completed the program. Data were collected from these patients such as: etiologic diagnosis, history of disease and referring institution; socio-demographic information such as gender, age, education level, marital status, occupation, and also attendance to clinical interviews scheduled for the first and fourth months after treatment and one year after the first evaluation. The group that completed the Back School Program showed improvement at SF-36 domains: Functional Capacity, Physical Conditions, Pain, General Health Status, Strength, as well as in VAS and RM evaluations. No statistically significant changes in Social, Emotional, and Mental domains were observed. The Back Pain School allowed fewer changes regarding affective emotional conditions and social relationships. Further qualitative and quantitative studies must be carried out in order to support the development of specialized multiprofessional teams, who will carry out alterations and add to therapeutic resources, if necessary.

KEYWORDS

functional evaluation, low back pain, quality of life, questionnaires, rehabilitation, back school.

¹ Terapeuta Ocupacional

² Médico fisiatra da DMR

Introdução

Lombalgia é a denominação que se dá a todas as categorias de dor, com ou sem rigidez, que se localizam na região inferior do dorso entre o último arco costal e a prega glútea. Seu estudo é de interesse de diferentes especialidades médicas e remonta os primórdios da história da medicina. Segundo Cossermelli¹, a dor lombar representa 30% das queixas reumáticas e a degeneração discal, especialmente nos dois últimos discos (L4 – L5 e L5 – S1), é a causa mais freqüente da lombalgia.

Geralmente a dor lombar decorre de um conjunto de causas que envolvem fatores sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal), comportamentais (sedentarismo, tabagismo), atividades ocupacionais que vão desde as que envolvem exposição a estímulos vibratórios prolongados, trabalhos braçais pesados, ausência de condições ergonômicas adequadas, padrão postural vicioso, movimentos repetitivos e até a insatisfação no trabalho².

A lombalgia crônica (LC) é reconhecida como uma síndrome incapacitante e caracteriza-se por dor que perdura após o terceiro mês a contar do primeiro episódio de dor aguda e pela gradativa instalação da incapacidade. Muitas vezes tem início impreciso com períodos de melhora e piora³.

Em decorrência da relevância da questão, seja em razão do grande número de pessoas atingidas pela doença, seja pelas consequências sociais, econômicas e familiares por ela causadas, foram desenvolvidas estratégias de tratamento em busca de maior eficiência na prevenção ou cura da lombalgia.

Assim é que em 1969, Zachrisson-Forsell criaram, na Suécia, um programa de treinamento de cunho preventivo e educacional denominado “Back School”. Tratava-se de um modelo de intervenção para lombalgia não específica que oferecia um programa educacional intensivo com o objetivo de reduzir a dor e prevenir sua recorrência. Consistia de informações sobre a biomecânica da coluna, postura, ergonomia e exercícios supervisionados por médicos ou fisioterapeutas. Constituíam-se de grupos com seis a oito pacientes e programa de quatro aulas com freqüência de duas vezes por semana e duração de quarenta e cinco minutos⁴.

A premissa da Escola de Postura da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de USP (DMR) é a educação para os cuidados básicos de prevenção e redução de episódios de dor nas costas, incentivando o paciente para a responsabilidade com o seu tratamento e recuperação.

Uma vez que a Escola de Postura da DMR volta sua atenção a aspectos múltiplos do dia-a-dia da pessoa com lombalgia e em ensinar ao paciente formas de contornar esses fatores para obter melhor controle dos seus sintomas, a escolha de um instrumento de avaliação deveria contemplar essa variedade de desfechos objetivados com o tratamento e não restringir-se apenas à queixa dolorosa.

Objetivo

Os objetivos específicos desse estudo foram: avaliar a interferência da dor no desempenho funcional dos pacientes que com-

pletaram o programa Escola de Postura no período de outubro de 2001 a julho de 2004 na DMR e estudar a associação da dor em relação ao gênero, educação e idade. Também se objetivou analisar quantitativamente a resposta ao tratamento dos pacientes mediante a avaliação dos questionários “Roland-Morris” (RM) e “Short Form Health Survey” (SF-36) e da escala visual analógica (EVA).

Método

Foram analisados 244 prontuários de pacientes encaminhados e avaliados pelo programa Escola de Postura no período de outubro de 2001 a julho de 2004, sobre os quais foram levantadas informações sobre: dados sócio-demográficos como sexo, idade, escolaridade, estado civil e ocupação. Também se verificou o comparecimento aos retornos após um, quatro e doze meses a contar da avaliação inicial, restando 110 pacientes que cumpriram integralmente o programa proposto, os quais foram selecionados para o estudo.

Quanto ao estado civil os pacientes foram classificados em casados, solteiros, divorciados e viúvos. No que diz respeito ao nível de escolaridade foram divididos em ensino fundamental, médio e superior. Foi relacionada a situação ocupacional dos pacientes avaliados, sendo classificadas como do lar as mulheres cuja única atividade eram os cuidados domésticos. Tais pacientes tiveram analisados os resultados referentes aos questionários SF-36 e RM, aplicados durante o programa da EP nos quatro momentos.

A inclusão do paciente na Escola de Postura da DMR inicia-se por uma triagem realizada pelo médico, psicólogo e assistente social, tendo como critérios de inclusão pessoas:

- De ambos os sexos;
- Maiores de 16 anos;
- Alfabetizadas;
- Com quadro clínico estável;
- Sem alterações cognitivas;
- Em condições psicológicas que permitam sua interação em grupo;
- Com disponibilidade de freqüentar o tratamento em período integral, diariamente durante quatro dias consecutivos na semana.

São critérios de exclusão: quadros sugestivos de compressão radicular, doença em fase aguda, quadro doloroso de intensidade que impossibilite a participação no programa e doenças incapacitantes associadas.

A Escola de Postura é formada por uma equipe de profissionais de medicina, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição e educação física. Desenvolve-se através de protocolos de avaliação, atendimento e seguimento, com duração de trinta e duas horas divididas em quatro dias consecutivos.

O programa é composto por atividades teóricas e práticas com aulas sobre anatomia da coluna vertebral e aspectos fisiológicos da dor lombar, orientações relativas à reeducação alimentar, alongamentos, exercícios e cuidados com o corpo, orientação de atividades aeróbicas e anaeróbicas, uso de aparelhos em academias (benefícios e restrições), aspectos ergonômicos relacionados às atividades de vida diária, do trabalho e lazer e sensibilização quanto às possibi-

lidades de participação social.

A avaliação dos pacientes é feita através de protocolos preenchidos por todos os profissionais da equipe no momento da admissão e reavaliados após 1 mês, 4 meses e 1 ano da data de avaliação inicial.

Os instrumentos usados para essas avaliações incluem o questionário sobre dados biodemográficos e clínicos mencionado acima, somado à avaliação sistemática da dor por meio da escala visual analógica (EVA), avaliação funcional pelo questionário Roland-Morris (RM) e da qualidade de vida pelo instrumento Short Form Health Survey (SF-36).

O instrumento de avaliação de incapacidade, específico para dor lombar, Questionário Roland-Morris é recomendado para uma população geral em um espectro de baixa incapacidade⁵. Considerando essa informação, esse questionário foi o escolhido para o estudo, visto que a amostra está enquadrada no nível de baixa incapacidade. Esse questionário foi criado a partir da observação de Roland e Morris da ausência de um parâmetro confiável para avaliação dos diferentes métodos de tratamento da lombalgia. Esses autores tomaram por base o Sickness Impact Profile (SIP), que é um questionário contendo 136 itens, dos quais, foram selecionados os 24 mais relevantes para descrição da funcionalidade de pacientes com dor lombar. Foi acrescida a expressão “por causa das minhas costas” e o período ao qual o questionário se refere é o do dia corrente. Sua aplicação toma cerca de cinco minutos.

É atribuído um ponto a cada frase assinalada, sendo o resultado a somatória desses pontos. Quanto maior a pontuação final, maior será a incapacidade do indivíduo. A pontuação mínima é zero, e representa nenhum impacto da dor sobre a pessoa, o valor máximo é 24, indicativo de incapacidade funcional total. Não há direcionamento de atenção aos aspectos psicossociais englobados na lombalgia.

O questionário foi testado e validado por Deyo², em 1986 a partir da comparação com a versão completa do SIP e correlacionado à escala visual da dor, flexão de coluna e o sinal de Laségue, tendo se mostrado sensível e válido para os aspectos de função e habilidade física, que determinam a capacidade funcional, não sendo indicado para a avaliação psico-social⁶. Sua validação para língua portuguesa foi realizada em 2000 por Nusbaum.

Outro instrumento de avaliação é o denominado “Short Form Health Survey” (SF-36), que é um questionário de qualidade de vida genérico, multidimensional, constituído por 36 itens englobados em oito escalas ou domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) como os positivos (bem-estar)¹⁸. Foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli em 1997. É de fácil reprodutibilidade e aplicação, permitindo comparações entre diferentes patologias ou tratamentos.

A aplicação desse questionário dá-se através da atribuição de uma nota para cada questão, posteriormente transformada em uma

escala de 0 a 100 por domínio, onde 0 corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor. Cada dimensão do questionário é avaliada em separado. Não existe um único valor que sintetize toda a avaliação.

A avaliação da dor pelo SF-36 é realizada por duas questões que medem a intensidade da dor em 6 níveis com a finalidade de avaliar sua interferência nas atividades de vida diária. Não reflete as limitações para o trabalho, apesar de conter questões que incluem este aspecto.

Nas questões relativas aos aspectos físicos e funcionais, o SF-36 aborda também o quanto estas limitações dificultam a realização do trabalho e as atividades de vida diária da pessoa. As questões que avaliam o estado geral de saúde foram reproduzidas do questionário General Health Rating Index (GHRI) e a escala de vitalidade foi derivada do questionário de avaliação de saúde mental - Mental Health Inventory (MHI)⁷. A escala que se refere aos aspectos sociais analisa se a integração do indivíduo em atividades sociais foi afetada por seus problemas de saúde. A avaliação do componente saúde mental inclui questões relativas à ansiedade, depressão, alterações de comportamento e bem-estar psicológico.

Foram feitas as análises descritivas de todas as variáveis do estudo. Para se comparar os quatro momentos de avaliação, utilizou-se o teste não-paramétrico de Friedman. Para a comparação em dois momentos foi aplicado o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Para a hipótese de igualdade entre os dois grupos utilizamos o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Foi empregado o coeficiente de Pearson para verificar a correlação entre as variáveis quantitativas por grupo. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

Resultados

No período entre outubro de 2001 a julho de 2004, participaram da escola de postura 244 pacientes com lombalgia crônica de origem mecânico-degenerativa e que já haviam sido submetidos a tratamentos que incluíam: cinesioterapia, meios físicos, técnicas de relaxamento, massagem e acupuntura. Desse total, 156 foram encaminhados por médicos da DMR e o restante foi encaminhado por outros ambulatórios do Hospital das Clínicas, serviços e consultórios médicos externos.

A média de idade da amostra foi de $46,8 \pm 11,9$ anos variando de 18 a 73 anos. A grande maioria (72,1%) era formada por mulheres e, quanto ao estado conjugal, a maior parte dos pacientes era casada (66%), sendo seguida pelas pessoas solteiras (26,6%), divorciadas (4,1%) e viúvas (3,3%). As pessoas com escolaridade formal atingindo o ensino médio e superior representavam, 38,1% e 36,5% respectivamente (Tabela 1).

Houve perda do acompanhamento desses pacientes após a conclusão da Escola de Postura da ordem de 54,9%, tendo restado ao final do estudo apenas 110 pacientes que estiveram presentes a todas as reavaliações. Quando comparados à amostra total participante do programa terapêutico, esses pacientes que cumpriram os retornos até o seu fim foram muito semelhantes em termos de distribuição pelas faixas etárias, nível de escolaridade e estado civil, porém houve

uma tendência a uma participação masculina maior no subgrupo que esteve presente a todas as reavaliações (31,8% versus 27,9% na amostra total). A comparação das variáveis biodemográficas pode ser vista na tabela 1.

Tabela 1

Variáveis biodemográficas de todos participantes da Escola de Postura da DMR no período de outubro de 2001 a julho de 2004 e daqueles que estiveram presentes a todas as avaliações de retorno.

Variável		Total Inicial (%) n=244	Total Final (%) n=110
Estado Civil	Casado	161 (66,0)	73 (66,3)
	Solteiro	65 (26,6)	26 (23,6)
	Divorciado	10 (4,1)	8 (7,2)
	Viuvo	8 (3,3)	3 (2,7)
Educação	Fundamental	62 (25,4)	26 (23,6)
	Médio	93 (38,1)	37 (33,6)
	Superior	89 (36,5)	47 (42,7)
Idade	<30 anos	10,66%	11,82%
	30 a 39 anos	17,62%	16,36%
	40 a 49 anos	29,92%	27,27%
	50 a 59 anos	29,92%	36,37%
	>= 60 anos	11,88%	8,18%
	Média	46,8 ± 11,9	45,61 ± 12,26
Sexo	Masculino	68 (27,9)	35 (31,8)

Com relação ao estado ocupacional, a categoria com maior participação porcentual na amostra foi a das mulheres com atividade de donas de casa (17,6%). Seguidas pelas pessoas aposentadas (8,6%) e professoras (5,6%). Os 167 pacientes restantes distribuíram-se por 87 ocupações com cargas de atividade física e intelectual variadas. Apenas um paciente (0,4%) encontrava-se fora do mercado de trabalho.

Na análise do questionário "Short Form Health Survey" (SF-36) pudemos observar que para os domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral da Saúde e Aspectos Emocionais 108 questionários foram avaliados, para a dimensão Vitalidade, 109 e Saúde Mental 107 questionários. Essas diferenças espelham as dificuldades de compreensão que alguns pacientes apresentaram ao preencherem esse instrumento de avaliação sozinhos.

A tabela 2 apresenta a evolução dos valores médios dos domínios do SF-36, RM e EVA ao longo das avaliações relacionadas à Escola de Postura. Os domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde e Vitalidade mostraram melhora estatisticamente significativa de todas as reavaliações em relação à avaliação inicial, mas não entre as reavaliações entre si. Por outro lado, o domínio Aspectos Sociais só apresentou melhora estatisticamente significativa na segunda reavaliação, enquanto que Aspectos Emocionais só apresentou melhora estatisticamente significativa na reavaliação após 1 ano.

Merece destaque a observação de que o domínio Saúde Mental não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as avaliações.

Tabela 2

Variação dos valores médios dos domínios dos questionários SF-36, Rolland-Morris e EVA ao longo do período de acompanhamento, expressos em média ± desvio-padrão e variação.

Dimensão	Reavaliações			
	Início	1ª	2ª	3ª
Capacidade funcional	63,8 ± 20,0 (15,0 – 95,0)	68,7 ± 18,5* (5,0 – 100,0)	72,7 ± 18,1* (20,0 – 100,0)	71,6 ± 16,7* (25,0 – 100)
Aspectos físicos	49,3 ± 40,5 (0,0 – 100,0)	62,0 ± 35,6* (0,0 – 100,0)	63,2 ± 37,2* (0,0 – 100,0)	65,7 ± 37,8* (0,0 – 100,0)
Dor	49,7 ± 19,9 (0,0 – 100,0)	59,4 ± 19,4* (22,0 – 100,0)	62,7 ± 21,0* (0,0 – 100,0)	60,7 ± 17,8* (22,0 – 100,0)
Estado geral de saúde	71,1 ± 16,9 (22,0 – 97,0)	73,9 ± 14,2* (32,0 – 100,0)	76,5 ± 14,6* (30,0 – 100,0)	75,4 ± 13,5* (32,0 – 100,0)
Vitalidade	56,7 ± 19,3 (10,0 – 90,0)	61,9 ± 17,3* (20,0 – 95,0)	64,6 ± 17,4* (20,0 – 100,0)	65,1 ± 16,8* (20,0 – 100,0)
Aspectos sociais	69,4 ± 24,1 (12,5 – 100,0)	75,0 ± 21,6 (12,5 – 100,0)	79,9 ± 18,8* (25,0 – 100,0)	76,7 ± 20,1 (12,5 – 100,0)
Aspectos emocionais	63,3 ± 39,3 (0,0 – 100,0)	68,8 ± 35,7 (0,0 – 100,0)	74,5 ± 32,7 (0,0 – 100,0)	76,3 ± 30,2* (0,0 – 100,0)
Saúde mental	68,9 ± 19,3 (12,0 – 100,0)	71,7 ± 16,1 (28,0 – 100,0)	74,1 ± 15,5 (28,0 – 100,0)	72,9 ± 13,8 (28,0 – 100,0)
Escala visual analógica	5,2 ± 2,1 (1,5 – 10,0)	3,8 ± 2,2* (0,0 – 8,6)	2,7 ± 2,1* § (0,0 – 9,6)	2,6 ± 2,2* § (0,0 – 8,2)
Rolland-Morris	6,9 ± 3,9 (0,0 – 18,0)	5,3 ± 3,4* (1,0 – 15,0)	4,1 ± 3,3* § (0,0 – 15,0)	3,3 ± 3,2* §* (0,0 – 13,0)

* diferença estatisticamente significativa em relação à avaliação inicial, § diferença estatisticamente significativa em relação à primeira reavaliação, * diferença estatisticamente significativa em relação à segunda reavaliação.

Ainda na tabela 2 é possível verificar a melhora progressiva da percepção de dor segundo a EVA até a segunda reavaliação, mas não desta até o retorno de 1 ano. Todavia, segundo o questionário RM as melhoras foram sequenciais e estatisticamente significantes até o último retorno.

A partir do estabelecimento arbitrário do valor 5 como ponto de corte no resultados do questionário RM, foi possível realizar a estratificação dos pacientes de acordo com o seus comprometimentos (pior quando a pontuação foi maior que 5), formando um grupo com 47 pessoas, enquanto outro grupo com menor decréscimo da funcionalidade (pontuação menor ou igual que 5) foi composto por 63 pessoas. Na figura 1 é possível verificar que em ambos grupos houve melhora do início ao final do tratamento, e as diferenças entre os grupos se mantiveram em níveis estatisticamente significantes até o final do estudo. No grupo mais comprometido, todos as reavaliações apresentaram valores significativamente menores que a avaliação inicial, também houve redução significativa entre a primeira e a terceira reavaliações, mas não nas demais. O grupo menos afetado pela dor, por outro lado, apresentou redução dos valores desses questionários entre a primeira reavaliação e as demais, mas nenhuma outra diferença estatisticamente significativa.

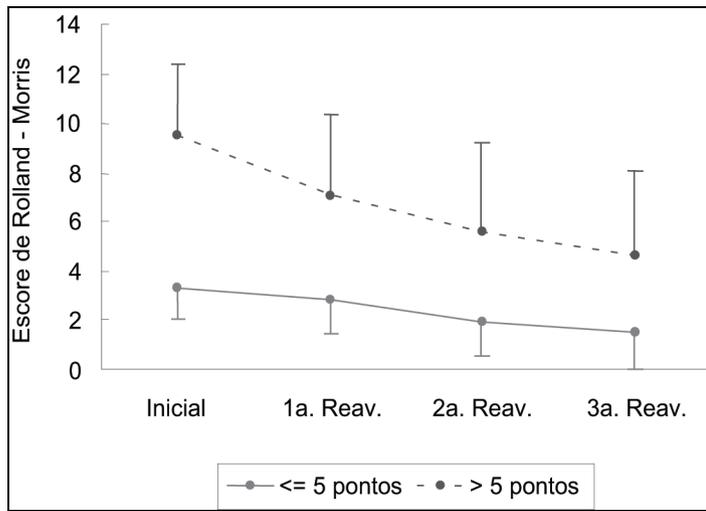


Figura 1

Variação das médias do questionário Roland-Morris em cada momento de avaliação, de acordo com a gravidade inicial do caso.

Os pacientes apresentaram valores semelhantes de comprometimento funcional, independentemente do gênero (figura 2). A progressão dos valores do questionário RM apresentou melhoras de todas as reavaliações em relação avaliação inicial nos dois gêneros.

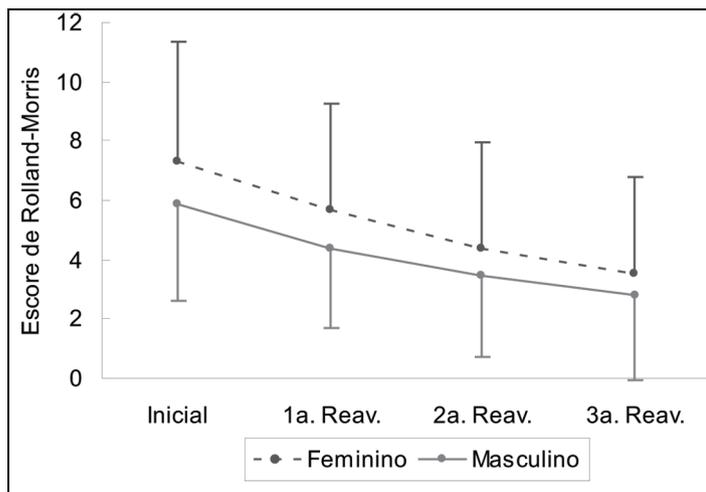


Figura 2

Variação das médias do questionário Roland-Morris em cada momento de avaliação, segundo o sexo.

Completar o ensino superior não interferiu na funcionalidade dos pacientes com lombalgia nem nos ganhos após o término da escola de Postura, como pode ser observado na figura 3, na qual ambos grupos mostram evoluções praticamente idênticas.

A idade foi outro fator biodemográfico que não interferiu sobre o impacto da lombalgia sobre a funcionalidade. A figura 4 mostra que os grupos etários não tiveram valores médios do questionário RM diferentes em níveis estatisticamente significantes em qualquer

um dos momentos de avaliação. Todos as faixas etárias evoluíram com melhora ao longo do período de acompanhamento, exceto aquela formada por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (figura 4).

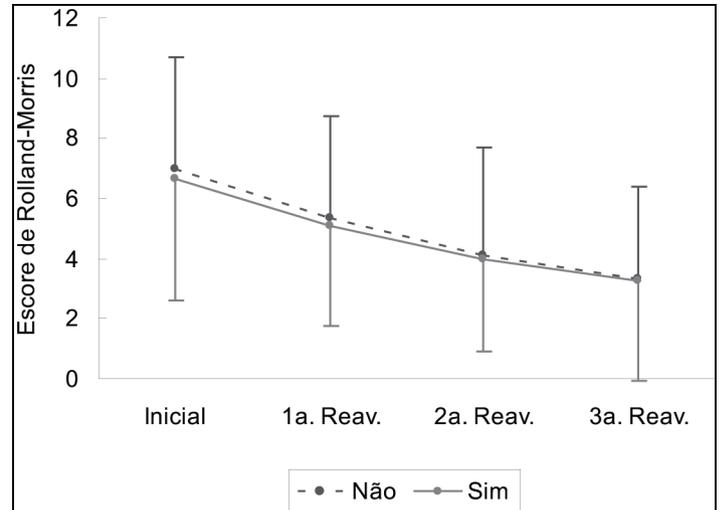


Figura 3

Variação das médias do questionário Roland-Morris em cada momento de avaliação, segundo o grau de ensino formal.

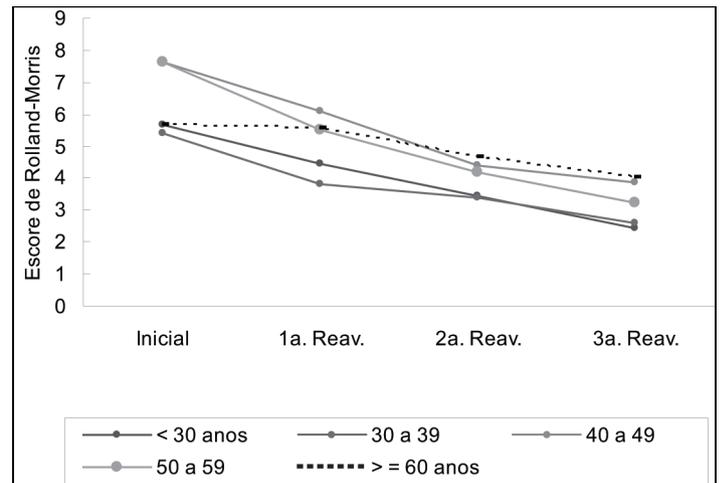


Figura 4

Gráfico das médias do Roland-Morris em cada momento avaliado, segundo a faixa etária.

Discussão

O objetivo do estudo foi avaliar, através dos questionários RM e SF-36 e da EVA, a resposta dos pacientes com dor lombar crônica que frequentaram a Escola de Postura da DMR. Os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo são complementares e importantes para verificar a eficácia do tratamento e a resposta ao mesmo, além de permitir um melhor direcionamento para os aspectos que podem ser trabalhados de forma mais específica para aquisição de maiores ganhos.

Estudos sobre dor lombar crônica avaliam principalmente as modalidades de tratamento. A elaboração de programas terapêu-

ticos, educativos, de prevenção deve ser direcionada no sentido de promover mudanças de comportamentos compatíveis com a proposta a que se destinam.

Os indivíduos que compareceram aos retornos evoluíram com melhora nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral da Saúde, Dor e Vitalidade. Esses pacientes também melhoraram sua capacidade funcional de acordo com o RM e mostraram níveis progressivamente menores de dor avaliados pela EVA (tabela 2).

Os domínios do SF-36 nos quais se observaram melhoras avaliam as dificuldades que as pessoas podem apresentar na execução de suas atividades cotidianas, incluindo o trabalho. A partir da intervenção da Escola de Postura, os pacientes passam a compreender melhor a importância da harmonia do movimento e da coordenação entre respiração, execução do movimento, consciência corporal, atenção ao que está fazendo e à postura adotada. Isto se dá através de exercícios, simulação de atividades e cabe ressaltar que, apesar do atendimento ser em grupo, necessidades individuais foram atendidas quando necessário. Estas aulas, em conjunto com as informações teóricas, levam à conscientização dos próprios limites e capacidades. O fato de poderem esclarecer dúvidas nas reavaliações reforça o comportamento já adquirido.

Entretanto, os domínios Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais apresentaram mudanças estatisticamente significantes em apenas um momento das reavaliações, enquanto os domínios citados acima tiveram melhoras em todas as reavaliações. Já o domínio Saúde Mental não revelou evolução com significado estatístico no seguimento.

A partir das observações dos dois parágrafos anteriores é possível deduzir que o efeito da Escola de Postura foi maior sobre aspectos concretos do cotidiano dos pacientes, implicando em maior capacidade de realização de tarefas, menor solicitação muscular e de cargas. Este resultado pode ser devido à orientações sobre uso de adaptações, replanejamento das atividades ou em decorrência do treinamento físico realizado durante os quatro dias de duração da Escola de Postura.

Ganhos menores nos domínios relacionados aos fatores emocionais e ao convívio social podem dever-se a uma abordagem ainda insuficiente nesse sentido pelo programa terapêutico aqui estudado. Assim, cabe o redimensionamento das atividades atualmente realizadas, adequando-as às necessidades observadas.

Cabe ressaltar que o período de alcance da Escola de Postura não possibilita firmar mudanças significativas quanto aos aspectos afetivo-emocionais, propiciando novas atitudes em seu relacionamento social. O objetivo é perceber o seu corpo de sorte a poder desenvolver e sustentar as modificações na postura que propicie a melhora da dor.

A influência da dor nos aspectos sociais interfere no relacionamento com a família, colegas de trabalho e atividades sociais, pois mostra que os indivíduos deixaram de realizá-las em função da dor. Nesse sentido alguns aspectos devem ser destacados como a depressão, o evitamento das relações sociais por parte do paciente e por parte dos outros, a redução de auto-estima e a resistência à incorporação de novos hábitos.

Pesquisas realizadas mostram que pessoas com escolaridade menor apresentam maior incidência de dor lombar^{8,9}. Poder-se-ia supor que maior duração do ensino formal estaria associada a maior incorporação das orientações oferecidas pela Escola de Postura e, conseqüentemente, maiores ganhos no seguimento, porém isso não foi observado. A casuística deste estudo apresentou maior número de pessoas com grau de elevado para a média nacional (ensino médio, 33,6%, e superior, 42,7%), mas não houve interferência do nível de escolaridade na evolução dos pacientes estudados (figura 3).

O mesmo ocorreu quando os pacientes foram estratificados de acordo com o gênero e idade, o que indica que esses são fatores que não têm interferência sobre os ganhos que os pacientes podem obter de um programa como o da Escola de Postura.

Todos os pacientes seguidos eram crônicos, com lombalgia mecânica degenerativa, com evolução variando de 13 anos a 8 meses, e que já haviam se submetido a tratamentos anteriores sem melhora. A mudança percebida na condição de saúde dessas pessoas, conforme relatos nos retornos, deve-se ao enfoque motivacional da Escola de Postura, ao caráter educativo e ao comprometimento da equipe com este programa.

Na literatura não existe comprovação da eficácia da Escola de Postura (Escola de Coluna). Em 1994, Cohen *et al*¹⁰ realizaram uma meta-análise com 19 estudos, com objetivo de avaliar a eficácia das Escolas de Coluna respeitando as variáveis metodológicas de tempo de duração, número de profissionais envolvidos, conteúdo programático com características educacional e preventiva comuns voltadas para noções de biomecânica corporal, cinesiologia, ergonomia, abordagem dos aspectos psicossociais, melhora da capacidade cardio-respiratória. Concluindo-se que os resultados são melhores quando a Escola está associada a um programa conjunto de reabilitação, porém mais abrangente por envolver visitas ao local de trabalho, programa de condicionamento físico, exercícios terapêuticos, terapia comportamental, adaptação de atividades, para propiciar a melhora da dor e da capacidade funcional. Aspectos estes não contemplados quando a Escola é a ação primária ou básica de tratamento.

Em 2001 foi feita uma revisão sistemática com o objetivo de estudar a eficácia da Escola de Coluna em pacientes com lombalgia não específica¹¹. Em 2004 esta revisão foi atualizada¹² com o objetivo de determinar se as escolas eram mais efetivas que outros tratamentos ou não-tratamentos (placebo). Dezenove estudos eram com pessoas que apresentavam lombalgia crônica, seis estudos comparavam Escola com outros tratamentos conservadores como exercícios, manipulação, terapia miofascial e instruções. Houve evidência moderada de que a Escola é mais efetiva do que outros tratamentos para pessoas com lombalgia crônica a curto e médio prazo. Foram identificados oito estudos para Escola de Coluna e não-tratamento, dois de alta qualidade sem evidência para sua efetividade.

Para o programa Escola no local de trabalho e outros tratamentos para lombalgia crônica houve evidência moderada de que a Escola é mais efetiva a curto e médio prazo. Existe evidência moderada de que a Escola no local de trabalho é mais efetiva quando comparada com placebo, porém apenas a médio e curto prazo. No entanto, os

resultados observados neste estudo mostram ganhos que persistem por até um ano em todos os desfechos estudados nos pacientes que estiveram presentes a todas as reavaliações. Uma das formas de estudar o mecanismo pelo qual a Escola de Postura funcionou seria a verificação de quanto foi aprendido pelos pacientes durante o período da intervenção terapêutica e repetir esse tipo de verificação nas reavaliações. Esse mecanismo de avaliação mostraria até que ponto as informações transmitidas permanecem fixadas ao cabo de um ano.

É importante ressaltar, contudo, que os pacientes podem ter aderido mais ao programa justamente porque perceberam ganhos e nada pode ser dito a respeito daqueles que não estiveram nas reavaliações.

A ausência de um grupo controle neste estudo é uma das principais fraquezas a serem apontadas. É difícil contra-argumentar que a evolução clínica dos pacientes em questão seria de alguma forma diferente sem o tratamento realizado. Por um lado, é necessário lembrar que todos os casos são crônicos e já haviam sido submetidos a vários procedimentos terapêuticos previamente, assim é improvável que sua evolução ocorresse em direção a uma melhora espontânea. A interferência da Escola de Postura sobre o repertório de estratégias de controle da dor permitiu aos pacientes evitar o sofrimento e a sensação de submissão ao sintoma somático, especialmente com relação à capacidade funcional e outros aspectos motores.

Os pacientes que procuraram a Escola de Postura declaravam durante a avaliação inicial, habitualmente, terem vindo em busca de solução, que, sob seus pontos de vista significa ficar sem dor. No entanto, o enfoque reabilitacional do programa visa, mais do que a abolição da dor, a melhora funcional, expressa pelo desempenho de todas as atividades cotidianas, sejam elas do lazer, trabalho, autocuidado ou mesmo aspectos sociais e emocionais.

Conclusão

A eficiência do tratamento dispensado pela Escola de Postura pode ser mensurada pela aplicação dos dois questionários propostos. Assim, esta pesquisa demonstrou que os indivíduos que participaram do processo evoluíram em vários aspectos, especialmente aqueles voltados a capacidade funcional, percepção de dor e aspectos físicos. Os ganhos nos aspectos emocionais e sociais foram de menor monta.

O enfoque dado pela Escola de Postura mostra-se mais amplo do que os critérios analisados pelos referidos questionários, um exemplo disso é o caráter educativo da Escola, que não é objeto de sua análise.

Sendo assim, conclui-se pela necessidade de outros estudos que completem a abordagem dos diversos aspectos da Escola de Postura, de modo a verificar sua real efetividade no tratamento da lombalgia crônica nos níveis funcionais, laborativos e psicossociais.

Estes novos estudos, qualitativos e quantitativos, devem ser realizados de maneira a oferecer subsídios à equipe multiprofissional da Escola de Postura que permitam operar mudanças e ampliar recursos terapêuticos se necessário.

Referência Bibliográfica

1. Cossermelli W. Terapêutica em reumatologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
2. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine*. 1998;23(18):2003-13.
3. 1º Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias. Sociedade Brasileira de Reumatologia, Comitê de Coluna Vertebral. São Paulo; 2000.
4. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2005;30(19):2153-63.
5. Kopec JA. Measuring functional outcomes in persons with back pain: a review of back-specific questionnaires. *Spine*. 2000;25(24):3110-4.
6. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001;34(2):203-10.
7. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
8. Silva MC, Fassa AG, Valle NC. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):377-85.
9. Dias CRD. Avaliação do uso de recursos e custos em pacientes com lombalgia crônica acompanhados em um centro terciário de assistência à saúde da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.
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.
11. van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group. *Spine*. 2000;25(21):2784-96.
12. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2005;30(19):2153-63.