

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PAULA SOARES DA SILVA

**O MÉTODO ESCOLA DE POSTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF):
PERFIL E OPINIÃO DOS PRATICANTES DO MÉTODO NA ESF DE SÃO PEDRO
DA ALDEIA.**

Rio de Janeiro

2017

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PAULA SOARES DA SILVA

**O MÉTODO ESCOLA DE POSTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF):
PERFIL E OPINIÃO DOS PRATICANTES DO MÉTODO NA ESF DE SÃO PEDRO
DA ALDEIA.**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para obtenção do Título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof^o Dr. Luís Guilherme Barbosa.

Rio de Janeiro

2017



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**O MÉTODO ESCOLA DE POSTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA(ESF):
PERFIL E OPINIÃO DOS PRATICANTES DO MÉTODO
NA ESF DE SÃO PEDRO DA ALDEIA**

elaborada por

PAULA SOARES DA SILVA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 31 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luis Guilherme Barbosa
Presidente

Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Arlindo José Freire Portes

Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Valéria Ferreira Romano

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho à toda a minha família,
À minha mãe, Neiva, que é o meu alicerce e minha referência de cuidado.
Ao meu pai, Haroldo, por todo o apoio e por fazer tudo por mim.
Ao meu irmão, Petterson, por sempre estar ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por cuidar de mim a todo tempo, renovando minhas forças.

À minha família, por todo apoio e por toda torcida pelo meu sucesso profissional.

Aos meus pais, irmão e namorado, pela paciência, compreensão e por estarem sempre ao meu lado nessa caminhada que muitas vezes se torna pesada.

Aos meus colegas do mestrado (Carla, Caroline, Fernanda, Frances, Israel, Luciana, Luísa Maria, Maria Luiza, Melissa, Mônica, Nayara, Priscila, Silvana e Viviane), com vocês foi muito mais leve e divertido.

Aos professores do mestrado pela essencial contribuição na minha formação.

Ao professor Arlindo José Freire Portes por toda ajuda, ensinamentos, comentários na qualificação que ajudaram no crescimento deste trabalho e por aceitar compor a banca avaliadora.

À professora Valéria Ferreira Romano, pela sua generosidade, gentileza, pelos maravilhosos comentários na qualificação que ajudaram no crescimento deste trabalho e por aceitar a compor a banca avaliadora.

Ao professor e orientador Luís Guilherme Barbosa, por cada palavra, projeto, correções, ideias, texto, conhecimento compartilhado, por tudo. Não foi fácil, sem sua orientação não seria possível, enfim chegamos ao fim.

À coordenação da ESF de São Pedro da Aldeia e a Fisioterapeuta do NASF por toda atenção e receptividade durante período de coleta de dados.

RESUMO

Introdução: O Método Escola de Postura é um recurso terapêutico originalmente denominado “Back School” criado na Suécia em 1969 pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson Forssell. Tem como objetivo a educação e a prevenção. Proporciona um momento de socialização, previne e trata episódio de dor nas costas. É eficiente meio para diminuir a demanda de pacientes portadores de dores nas costas nos setores de emergência de saúde e centros de reabilitação. São realizadas práticas de alongamento e fortalecimento e possibilita que os pacientes aprendam sobre as posturas corretas durante a execução de atividades corriqueiras e laborais. **Objetivo:** Analisar a utilização do Método Escola de Postura na Estratégia Saúde da Família de São Pedro da Aldeia, considerando a opinião dos usuários, identificar o perfil dos usuários do Método e relacionar características do Método com sua utilização na Estratégia Saúde da Família de São Pedro da Aldeia. **Metodologia:** Estudo descritivo, de natureza transversal, com abordagem quantitativa. Realizado com usuários praticantes do Método Escola de Postura na ESF Baixo Grande e ESF São João I no município de São Pedro da Aldeia, totalizando 59 participantes. A coleta de dados foi através do questionário estruturado, aplicado e respondido individualmente, em sala reservada, pré-agendada, que durou em média 15 minutos. Dividido em blocos: bloco 1 identificação pessoal, bloco 2 informações sobre a atividade laboral, bloco 3 questões sobre o sono e atividade física, bloco 4 questionamentos sobre a realização do Método Escola de Postura, bloco 5 perguntas pertinentes a localização do quadro algíco e bloco 6 a sua opinião sobre o Método. A análise estatística se deu através do programa EPIInfo 7.2™, com dados apresentados como média, frequência e desvio-padrão. Utilizou o Teste do Qui-Quadrado e adotou o valor de $p < 0,05$ para a significância estatística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de número 59993316.1.0000.5284. **Resultados:** Em relação à prática do Método Escola de Postura verificou que 45,7% das pessoas utilizam o Método há um período de oito a doze meses, 100% realizam a prática duas vezes na semana e 33,9% só realizam os exercícios em ambiente domiciliar quando não realiza na unidade. O local mais referido de dor foi a região das costas-Inferior (55%), seguidos de Costas-Superior (25%). Houve associação estatisticamente significativa entre o nível de dor e o tempo da prática do Método escola de Postura ($p < 0,00$). Na relação do tempo de uso do Método com a frequência da dor pós prática do Método, nota-se uma proporção significativa ($p < 0,00$), quanto maior o tempo de prática do Método menor a frequência de dor (raramente com dor ($n=13$) e sem dor ($n=13$)) e quanto menor o tempo de uso maior a frequência da dor (quase sempre com dor ($n=10$) e algumas vezes com dor ($n=6$)). E na relação da prática dos exercícios em ambiente domiciliar com a melhora da dor apresentou melhora significativa ($p < 0,00$), os participantes que realizam os exercícios em casa. **Conclusão:** O Método Escola de Postura deve ser incentivado nas Estratégias de Saúde da Família, pois trata problemas algícos muito prevalentes e promove a saúde com aulas de orientação, empoderando os pacientes para o tratamento e auto percepção concordando com os objetivos da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Escola de Postura, Fisioterapia, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The Method School of posture is a therapeutic resource originally named "Back school" created in Sweden in 1969 by The physiotherapist Mariane Zachrisson Forssell. Aims the education and prevention. Provides a moment of socialization, prevents and treats episode of back pain. It is efficient means to decrease the demand for patients with back pain in the sectors of emergency care and rehabilitation centers. Are held practice of stretching and strengthening and allows patients to learn about the correct posture during the execution of activities trivial and labor. **Objective:** To analyze the use of the method School of posture in the Family Health Strategy of São Pedro da Aldeia, considering the opinion of users, identify the profile of users of the method and relate method characteristics with its use in the Family Health Strategy of São Pedro da Aldeia. **Methods:** a descriptive study of a transversal nature, with a quantitative approach. Conducted with users who practice the method School of posture in the ESF Big Bass and ESF São João I in the city of São Pedro da Aldeia, totaling 59 participants. The data collection was through a structured questionnaire, applied and answered individually, in room reserved, pre-scheduled, which lasted on average 15 minutes. Divided into blocks: block 1 personal identification, block 2 information about the labor activity, Block 3 questions about sleep and physical activity, Block 4 questions about the implementation of the method School of posture, Block 5 questions the location of the pain and block 6 its opinion about the method. The statistical analysis was through the program EPIinfo 7.2™, with data presented as mean, frequency and standard deviation. We used the chi-square test and adopted the value of $p < 0.05$ for statistical significance. The study was approved by the Research Ethics Committee under protocol number 59993316.1.0000.5284. **Results:** In relation to the practice of the Method School of posture found that 45.7% of people using the method for a period of eight to twelve months, 100% perform the practice twice a week and 33.9% only perform the exercises at home when not performing on the unit. The site most referred to of pain was the region of the back-less (55%), followed by Costas-Superior (25%). There was a statistically significant association between the level of pain and the time of the practice of the Method school of posture ($p < 0.00$). In relation to the time of use of the method with the frequency of postoperative pain practice of the method, it should be noted that a significant portion ($p < 0.00$), the greater the time of practice of the Method lower the frequency of pain (rarely with pain ($n=13$) and without pain ($n=13$) and the shorter the time of use increased the frequency of pain (almost always with pain ($n=10$) and sometimes with pain ($n=6$)). And in relation to the practice of exercises at home with the improvement in pain showed significant improvement ($p < 0.00$), Participants who perform the exercises at home. **Conclusion:** The Method School of posture must be encouraged in the strategies of Family Health, because this pain problems very prevalent and promotes health with classes of guidance, empowering patients to the treatment and self perception is consistent with the objectives of the Family Health Strategy.

Keywords: School of posture, Physiotherapy, core of support for Family Health, Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da cidade de São Pedro da Aldeia.....	27
Figura 2. Conscientização diafragmática.....	30
Figura 3. Alongamento dos músculos dos membros superiores.....	30
Figura 4. Alongamento dos músculos dos membros inferiores.....	31
Figura 5. Alongamento e Fortalecimento dos músculos que envolvem a Coluna Vertebral...31	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde em São Pedro da Aldeia.....	28
Quadro 2. Estratégias Saúde da Família em São Pedro da Aldeia.....	28
Quadro 3. Temas das sessões teóricas.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Profissão atual e antes de aposentar e a postura adotada no ambiente de trabalho..	33
Tabela 2. Dados descritivos da frequência em relação ao sono.....	34
Tabela 3. Dados descritivos da frequência em relação a atividade física.....	34
Tabela 4. Dados descritivos referentes à prática do Método Escola de Postura.....	35
Tabela 5. Dados descritivos relacionados à frequência do local da dor.....	36
Tabela 6. Dados descritivos da opinião dos participantes sobre o Método em relação à dor...36	
Tabela 7. Relação do local da dor com o nível de melhora da dor.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Relação entre tempo de uso do Método com nível da melhora da dor.....37
- Gráfico 2.** Relação do tempo de uso do Método com a frequência da dor pós prática do Método.....38
- Gráfico 3.** Relação da prática dos exercícios em ambiente domiciliar com a melhora da dor.39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF- Estratégia Saúde da Família

APS - Atenção Primária A Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNICEF- Fundo Nacional das Nações Unidas

PSF – Programa Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EVA – Escala Visual Analógica de Dor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. ESTRUTURA E ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA	15
2.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	15
2.2. NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA	16
2.3. FISIOTERAPIA NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA	18
2.4. AFECÇÕES DA COLUNA VERTEBRAL	19
2.5. MÉTODO ESCOLA DE POSTURA	21
3. QUESTÃO E OBJETIVOS	25
3.1. QUESTÃO NORTEADORA	25
3.2. OBJETIVOS	25
3.2.1. Objetivos Geral	25
3.2.2. Objetivos Específicos	25
4. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	26
4.1. TIPO DE ESTUDO	26
4.2. POPULAÇÃO ALVO	26
4.3. CENÁRIO	27
4.4. REALIZAÇÃO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	29
4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	32
4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	32
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
8. REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A – Questionário	1
ANEXO 1 – Termo de Anuência	3
ANEXO 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	4
ANEXO 3– Parecer Comitê de Ética	6

1. INTRODUÇÃO

O processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição Brasileira de 1988, é resultado de um longo processo de lutas coletivas que teve início na década de 70 com o movimento da Reforma Sanitária. A fim de fortalecer os princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade, foi criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (ILHA *et al.*, 2014; MENICUCCI, 2009; BACKES *et al.*, 2012).

A ESF é considerada como um eixo de expansão e reestruturação da atenção primária à saúde brasileira. Estrutura-se no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adscrito, capaz de desenvolver ações a partir da realidade local e das necessidades da população deste território. Realiza um trabalho de acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, tratamento e reabilitação das famílias em seu território, além disso, configura-se como porta de entrada do SUS, composta por uma equipe de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e a saúde bucal (TESSER e NORMAN, 2014; DIAS *et al.*, 2014; GARUZI *et al.*, 2014; GAIÃO, 2014).

Com o objetivo de apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), surge em 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), visando o desenvolvimento de novas práticas em saúde e à atuação conjunta oferecendo melhor resolubilidade. O NASF é composto por profissionais de nível superior de diferentes áreas na busca de atenção mais humanizada e integral para população, porém não são de livre acesso ao atendimento individual ou coletivo, sendo regulados pela equipe de atenção básica (LEITE, NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2013).

Dentre os profissionais que compõe o NASF, encontra-se o fisioterapeuta, rotulado por meio de ações curativas e reabilitadoras, a participação do fisioterapeuta na atenção básica contribui de maneira resolutiva na saúde do cidadão, atuando de forma preventiva, desenvolvendo práticas capazes de reduzir riscos e agravos, através do acolhimento integral que engloba educação em saúde, atendimentos individuais, grupos operativos e visitas domiciliares (BIANA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2014; OLTRAMARI *et al.*, 2015).

Os fisioterapeutas que atuam na saúde coletiva vêm utilizando a Escola de Postura como alternativa de tratamento postural que visa ampliar o foco na atenção primária, englobando ações de educação e promoção à saúde com enfoque na biomecânica da coluna, postura e ergonomia (OLIVEIRA, GAZETTA e SALIMENE, 2004). Essa estratégia vem sendo utilizada devido a grande taxa de incidência de pessoas com afecções da coluna

vertebral e verifica-se que esta é uma importante causa de incapacidade, influenciando nas atividades diárias das pessoas. Estima-se que 60 a 80% da população mundial irão ter, em algum momento de sua vida, um episódio de dor lombar (NOLL *et al.*, 2012). Já no quadro algico da região cervical a estimativa é que pode acometer 30% da população adulta em alguma fase da vida (BORGES *et al.*, 2013).

O Método Escola de Postura é um recurso terapêutico originalmente denominado “Back School” criado na Suécia em 1969 pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson Forssell. Tem como objetivo a educação e a prevenção, oportunizando melhora tanto da postura corporal, quanto das dores nas costas. Proporciona um momento de socialização e enfatiza o prognóstico favorável na tentativa de prevenir episódio de dor nas costas. É também um eficiente meio para diminuir a demanda de pacientes portadores de lombalgia nos setores de emergência de saúde e centros de reabilitação (SOUZA *et al.*, 2010). Na aplicação do Método são realizadas práticas de alongamento e fortalecimento e também possibilita que os pacientes aprendam sobre as posturas corretas durante a execução de atividades corriqueiras e laborais (MARTINS *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2010).

A motivação da presente pesquisa surgiu a partir da vivência profissional. Foi possível observar a frequente procura de pacientes por atendimento fisioterapêutico no Centro de Reabilitação do município de São Pedro da Aldeia com queixas de quadro algico na coluna vertebral, principalmente na região cervical e lombar. Criando fila de espera por mais de seis meses para atendimentos fisioterapêuticos devido a grande demanda.

Com isso, fui verificar se existia alguma ação de prevenção ou atendimento de pacientes com queixas de dores na coluna vertebral nas unidades de Saúde da Família e verificou-se que a prática do Método Escola de Postura nesse município acontece apenas em duas ESF, dificultando o acesso de muitas pessoas.

Outra questão importante para destacar é o fato deste Método não fazer parte do currículo dos cursos de graduação das instituições. Com isso, muitos fisioterapeutas desconhecem este recurso terapêutico e essa pode ser uma das justificativas para a pouca utilização deste Método pelos profissionais de fisioterapia nas ESF.

Sendo assim, houve o interesse de realizar o estudo a fim de verificar o perfil desses usuários já praticantes e a opinião dos mesmos sobre o Método. Pois, a partir da compreensão dos efeitos da aplicação do Método neste público pode-se estabelecer estratégias de otimização do processo, visto que é uma abordagem de prevenção e tratamento de afecções da coluna vertebral, de baixo custo, pois só precisa de uma sala e colchonetes e por ser realizada em grupo reduz a fila de espera desses locais.

2. ESTRUTURA E ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária a Saúde (APS) é um conjunto de ações individuais e coletivas, que no Brasil, no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, passou a ser denominada Atenção Básica a Saúde (GIOVANELA e MENDONÇA, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), “a atenção básica abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”.

Conforme Giovanela e Mendonça (2008) nos países europeus a atenção primária é considerada como serviço ambulatorial de primeiro contato integrado a um sistema universal, diferente de outros países onde se vê programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade. Essa concepção de APS foi preconizada na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Foi um marco histórico mundial, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo Nacional das Nações Unidas (Unicef), na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. Contou com a presença de 134 governos. Afirmou a responsabilidade dos governos sobre a saúde da população através de medidas sanitárias e sociais e a saúde como direito.

Giovanela e Mendonça (2008) destacam como atributos da APS, o primeiro contato do usuário ao sistema de saúde: como um início de atenção e filtro para acesso de outros serviços, a longitudinalidade: com a continuidade da relação clínico paciente, ao longo da vida, independente da presença ou ausência de doença e a integralidade: no intuito de oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso de todos os tipos de serviços e todas as faixas etárias.

Ainda seguindo esse pensamento Giovanela e Mendonça (2008) despedem outros atributos da APS como: a coordenação das diversas ações de serviços essenciais resolvendo as necessidades menos frequentes e mais complexas, a orientação para a comunidade, conhecer a necessidade de saúde da população e propor participação da comunidade nas decisões sobre saúde, a centralidade na família, conhecimento de todos os membros e problemas de saúde, e a competência cultural, identificando os diferentes grupos populacionais, características étnicas, raciais e culturais e suas representações no processo saúde-enfermidade.

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, considerado um eixo de expansão e reestruturação da atenção básica à saúde brasileira. Surgiu como proposta de ampliação da intervenção em saúde, agrupando na sua

prática a comunidade como um todo, com responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território (ALVES, 2011; LINHARES, 2010).

Em 2006, de acordo com o Ministério da Saúde, o PSF passou a ser denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem o objetivo de aumentar o acesso da população, funcionando como porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Procura reorientar as ações, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos (ALVES, 2011).

A ESF é fundamentada no trabalho de equipes multiprofissionais, que são compostas por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de 2000, incluiu um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou técnico em higiene dental, disponibilizando um avanço para a saúde da população, criando assim, vínculos e responsabilidade, auxiliando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (REZENDE, 2009; SANTOS, 2011).

2.2. NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

Visando ampliação, abrangência e resolutividade das ações das equipes da ESF, o Ministério da Saúde criou no ano de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As ações do NASF seguem as diretrizes da Atenção Básica, que são: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde, educação popular, promoção da saúde, humanização, integralidade, participação social e territorialização. Adotam os conceitos de Apoio Matricial e de Equipe de Referência, visando provocar mudanças nas relações de trabalho entre profissionais das equipes mínima da ESF e profissionais especialistas que entram ao programa através do NASF (BRASIL, 2009).

É considerada uma tentativa de reorientar o modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma estratégia recente, com diretrizes bastante complexas no que tange a sua implantação e articulação. Suas áreas de atuação envolvem: saúde da criança/do adolescente e do jovem, saúde mental reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividades físicas, práticas corporais, práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

Para que possa contemplar o atendimento de toda a população o NASF é vinculado a um número variável de equipes compostas por até doze profissionais, entre eles estão: psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. A implantação do NASF cresceu de

maneira significativa, sendo menor em 2008, aumentando em 2011 (SILVA, 2012).

As equipes multiprofissionais devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, sendo assim o apoio especializado na atenção básica. Auxilia na construção de redes de atenção e cuidado, compartilha práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, auxilia no manejo e resolução de problemas clínicos e sanitários, e com isso amplia as ofertas na atenção básica (BRASIL, 2014).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), algumas ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF são: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho das equipes.

O NASF não funciona como porta de entrada do sistema, mas sim como apoio às equipes de saúde da família, sendo assim, a população não possui livre acesso aos profissionais do NASF, eles são direcionados através da equipe mínima. Está sempre vinculado a um determinado número de equipes e executando suas atividades em territórios definidos (MÂNGIA e LACMAN, 2008).

No entanto, fazem parte da atenção básica, mas não possuem unidades físicas independentes ou especiais. Deve a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde. Todas as atividades podem se desenvolver nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território. As academias da Saúde são usadas para ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde (BRASIL, 2011b).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2011): “os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por profissionais de nível superior nas seguintes condições:

- I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;
- II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas;
- III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. Suas atividades devem estar vinculadas a, no mínimo, oito Equipes e no máximo quinze (BRASIL, 2011a)”.

“O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por profissionais de nível superior nas seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas;

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Suas atividades devem estar vinculadas a, no mínimo, três Equipes e no máximo sete (BRASIL, 2011a)”.

Além disso, os NASF 1 e 2 devem funcionar no mesmo horário de trabalho das Equipes Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apoiam. Os profissionais devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011a).

2.3. FISIOTERAPIA NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

A fisioterapia é a ciência do movimento que visa restabelecer a capacidade funcional do indivíduo. O fisioterapeuta trabalha com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças (BARROS, 2003).

Na formação de fisioterapia o aluno adquire competências e habilidades para atuar em todos os níveis de atenção, com objetivo de preservar, promover, melhorar ou adaptar, por meio terapêutico, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida tanto em nível individual, quanto coletivo. Ultimamente tem havido uma maior preocupação com a formação de um profissional com perfil voltado para a atenção básica, rompendo então com o paradigma reabilitador como era conhecido no início da profissão (OLIVEIRA *et al.* 2011; RIBEIRO e SOARES, 2015).

A especialidade do fisioterapeuta em saúde coletiva é reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e sua prática enfoca a realidade social, econômica, epidemiológica e familiar (RODRIGUEZ, 2010). Segundo as diretrizes da ESF cabe ao fisioterapeuta o desenvolvimento de ações e serviços para tratamento, reabilitação e atuação no controle dos riscos e danos em seu território, prevenindo agravos e promovendo a saúde com ações individuais e coletivas (BRASIL, 2011b).

O fisioterapeuta teve sua atuação efetivada na atenção básica a partir da criação do NASF em 2008, que ampliou as ações com a inserção de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, onde o fisioterapeuta atua em parceria com os profissionais da ESF. Com isso,

o fisioterapeuta tem se inserido numa perspectiva de atuação na promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos, através de uma compreensão mais abrangente sobre o processo saúde doença (BRASIL, 2014; GAMA, 2010).

Souza *et al.* (2013) descrevem a atuação do fisioterapeuta no NASF em um município no interior da Bahia, e identifica a importância da atuação deste e a necessidade de maior presença do fisioterapeuta na construção das ações desenvolvidas no NASF, a fim de contemplar um cuidado integral e resolutivo. Constataram então que nos municípios onde existe a experiência de atuação do fisioterapeuta, ele é identificado como um importante profissional na composição de uma equipe, pois contribui para ampliação das ações de saúde junto à comunidade.

A inclusão do fisioterapeuta na atenção básica gera contribuições para a população, pois é profissional generalista, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, onde não atua somente nas ações curativas e reabilitadoras, mas em programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Possui autonomia e qualificação para executar diversas atividades, como avaliar pacientes, estabelecer diagnósticos fisioterapêuticos, planejar e programar ações preventivas, além de educação em saúde (BÁU e KLEIN, 2009; NEUWLAD e ALVARENGA, 2005).

No entanto, a inserção do fisioterapeuta nas Unidades Básicas de saúde é recente e ainda em processo de construção, pois historicamente suas ações eram centradas nos níveis de atenção secundário e terciário. Com a implantação do NASF enquanto política pública, a visão mudou e ao invés de um olhar de assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, passou a ser visto com ações interdisciplinares e com o olhar na integralidade (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Com isso, o fisioterapeuta no NASF promove ações na comunidade reduzindo danos e agravos, integrando suas práticas interdisciplinares por meio da educação em saúde, acolhimento, atendimentos individuais, grupos operativos e realizando visitas domiciliares, contribuindo dessa forma com o aumento da resolutividade do sistema e colaborando para a garantia da integralidade na assistência (BARBOSA *et al.*, 2010).

2.4. AFECÇÕES DA COLUNA VERTEBRAL

A coluna vertebral é uma estrutura sujeita a muitos movimentos e esforços durante o dia. Funciona como eixo de estabilidade, protege a medula espinhal, além de executar duas funções antagônicas de flexibilidade e rigidez. Esta flexibilidade é possível devido aos ligamentos e músculos existentes na coluna, que asseguram a função de união das vértebras e

promovem também a resistência mecânica da coluna vertebral (NORKIN e LEVANGIE, 2001).

O número de pessoas que sofrem com problemas na coluna vertebral, como a ocorrência de dor e de alterações posturais vem aumentando, se apresentando como um agravo à saúde da população e sua prevalência é elevada. Estima-se que 70% a 85% da população terá algum episódio de dor nas costas no decorrer da vida (BACCHI *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2011).

A dor na região dorsal superior do corpo, incluindo a região torácica e cervical são referidas em menor número, enquanto a dor lombar refere-se em primeiro lugar (FERREIRA *et al.*, 2011). A cervicalgia é uma síndrome dolorosa aguda ou crônica que acomete a região da coluna cervical. É caracterizada crônica quando ocorrem dor e limitação na amplitude de movimento dessa região, que causa desde pequenos desconfortos até dores intensas ou, até mesmo, incapacitantes. É definida como uma dor localizada na parte posterior do pescoço e superior das escápulas (BORGES *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2012; SOBRAL *et al.*, 2010).

A cervicalgia é comum em várias faixas etárias de ambos os sexos, possuindo elevada predominância nas síndromes dolorosas corporais, sendo a segunda maior causa de dor na coluna vertebral, perdendo apenas para a dor lombar. Raramente se inicia de maneira súbita, em geral pode estar relacionada com movimentos bruscos, longa permanência em posição forçada, esforço ou trauma. Acomete média de 12% a 34% da população adulta em alguma fase da vida, com maior incidência no sexo feminino (SILVA *et al.*, 2012).

A queixa de quadro álgico na região cervical é referida como responsável pela redução na qualidade de vida, provocando mudança no estilo de vida, dependência de medicamentos, depressão, isolamento social, dificuldades no trabalho e alterações emocionais. Pode ter diversas etiologias, tais como alterações mecânicos-posturais, artroses, protusões disciais, artrites, espondilites ou espasmos musculares, causando repercussões ortopédicas, reumatológicas ou até neurológicas (BORGES *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2012).

Outra afecção da coluna vertebral é a lombalgia. Definida como qualquer dor persistente na região inferior da coluna vertebral, em uma área situada entre o último arco costal e a prega glútea. Pode ser aguda ou crônica, caracterizando-se por lombalgia crônica um quadro de dor que persiste por mais de três meses (CARVALHO *et al.*, 2009).

A dor lombar é uma das mais comuns afecções musculoesqueléticas e um dos problemas de saúde pública. A população economicamente ativa é a faixa de maior incidência de lombalgia (KLEINPAUL *et al.*, 2008). A idade média de aparecimento da dor lombar é ao redor dos 35 anos, sendo incomum abaixo dos 20 anos. Inclui ambos os sexos, com incidência

maior no sexo masculino até a faixa dos 50 anos de idade, contrariamente ao que acontece no sexo feminino em que sua incidência aumenta a partir desta idade (JESUS e MARINHO, 2006).

A prevalência de dores lombares em mulheres é maior do que em homens, devido à combinação da realização de tarefas domésticas com o trabalho fora de casa onde estão expostas a cargas ergonômicas, repetitividade, posição viciosa, fatores psicossociais e trabalho em grande velocidade. Além disso, o sexo feminino apresenta algumas características anatômicas que podem influenciar no surgimento das dores lombares como, menor estatura, massa muscular e massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico pesado (MATOS *et al.*, 2008).

A lombalgia não decorre de doenças específicas, mas sim de um conjunto de causas, como fatores sociodemográficos (idade, sexo, renda e escolaridade), fatores comportamentais (fumo e baixa atividade física) e exposições ocorridas nas atividades cotidianas (FERREIRA *et al.*, 2011). Também influenciam nas dores lombares as sobrecargas relacionadas ao trabalho, alterações posturais, redução da mobilidade da coluna, obesidade, fatores psicossociais, alterações nas articulações ou discos intervertebrais, disfunção das articulações sacroilíacas, fraqueza muscular e diminuição da flexibilidade (DURANTE e VASCONCELOS, 2009; FREITAS e GREVE, 2008).

Com alta incidência, os casos de dor nas costas estão entre uns dos problemas de saúde dos países em desenvolvimento, pois contribuem para limitar a vida ativa dos trabalhadores, sendo considerados problemas socioeconômicos e de saúde pública. A quantidade de tempo e recursos gastos com os pacientes com esse tipo de morbidade é alta e a demanda em hospitais e clínicas ocasiona um aumento de despesas e de cuidados com a saúde (MEDEIROS, 2013; NOLL *et al.*, 2012).

2.5. MÉTODO ESCOLA DE POSTURA

O Método Escola de Postura surgiu em 1969, desenvolvido no Hospital Dandery, na Suécia, onde era denominado como “Back School” com objetivo de ensinar as pessoas a gerenciar sua própria saúde, melhorando a capacidade do indivíduo em cuidar de sua coluna (HEYMANS *et al.*, 2005).

No Brasil, o Método chegou em 1972, foi implantado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo pelo médico José Knoplich. No mesmo período também se encontrava registros da primeira Escola norte-americana de Postura. Porém, somente nos anos 80, as Escolas de Postura, começaram a se espalhar pelo mundo e em cada local se adaptando as

suas necessidades (SANTOS e MOREIRA, 2009; TOBO *et al.*, 2010).

Segundo Santos e Moreira (2009) a Escola de Postura proporciona o aprendizado das posturas corretas durante a execução de atividades corriqueiras e laborativas, além de práticas de alongamento e fortalecimento. Tem como finalidade capacitar a pessoa a proteger-se ativamente de lesões durante seus movimentos nas suas atividades de vida diária e profissional, seja no plano estático ou dinâmico.

A abordagem multidisciplinar neste Método tornou-se importante, uma vez que investigações começaram a demonstrar que uma abordagem unidisciplinar não obteria bons resultados. A partir disso, o Método Escola de Postura, nos mais diversos serviços, passou a oferecer abordagens multidisciplinares de reeducação postural, sendo que a maior parte dos programas inclui avaliação e orientação médica, nutricional, social, psicológica e fisioterapêutica (TOBO *et al.*, 2010).

O Método Escola de Postura tem objetivo em curto prazo de reduzir a dor, estimular o repouso adequado e enfatizar o prognóstico favorável que ocorre na maior parte dos casos. Em longo prazo, objetiva-se ensinar noções de postura, ergonomia e mecânica corporal, além de melhorar o condicionamento físico das pessoas, na tentativa de prevenir episódios de dores na coluna. Com isso, ocorre na maior parte dos casos, redução das consultas e tratamentos hospitalares caros, auxiliando os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de pacientes com dores crônicas na coluna (CARAVIELLO *et al.*, 2005).

Este Método é caracterizado por atendimento coletivo, ou seja, realizado em grupo, por isso, apresenta-se como um eficiente meio para diminuir a grande demanda de pacientes com quadro algico na coluna vertebral nos setores de emergência de saúde reduzindo o peso financeiro, o que vai ao encontro com as diretrizes do SUS de propiciar a comunidade serviço de saúde eficiente, resolutivo e integral, visando à melhora da qualidade de vida dos pacientes com esta patologia (SOUZA *et al.*, 2010).

A Escola de Postura é vista como possibilidade de prevenir, minimizar ou eliminar possíveis reincidências de lesões osteomusculares nos pacientes que sofrem de afecções na coluna vertebral através de encontros teóricos e práticos, além de proporcionar um momento de socialização, pois promove a integralização e humanização do atendimento, sugerindo maior integração social, fazendo com que os pacientes possam se relacionar com outras pessoas (SOUZA *et al.*, 2010; SPONCHIADO e CARVALHO, 2007).

Com a propagação do Método pelo mundo, passou-se a ser adotada por várias nomenclaturas como Escola de Postura, Escola de Coluna, Escola das Costas, entre outras. Com isso ocorreu também adaptações na maneira da prática do Método, mas sempre

contemplando aulas teóricas com noções de biomecânica, anatomia, posturas corretas e práticas de alongamento e fortalecimento dos músculos que envolvem a coluna vertebral (SANTOS e MOREIRA, 2009).

Um exemplo é a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que em 1994, denominou de “Escola das Costas”. O Método foi aplicado para pacientes com dor na coluna cervical, dorsal e/ou lombar. Implantada pela Divisão de Medicina Física do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, estudaram 32 pacientes. Foram trabalhadas atividades teóricas voltadas aos assuntos de anatomia e biomecânica da coluna vertebral, epidemiologia, alimentação equilibrada, importância da vida social, ergonomia, primeiros socorros e também atividades práticas como alongamento, dança, ergonomia prática e adequação do ambiente de trabalho. E contou com uma equipe multidisciplinar com médico fisiatra, fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo e assistente social (CHUNG, 1996).

Na Escola de Coluna da Universidade Potiguar realizaram o Método em quatro encontros, uma vez por semana, sessenta minutos e conduzidos por uma fisioterapeuta. Os encontros teóricos contaram com noções de anatomia e fisiologia da coluna vertebral, fatores de risco para dor lombar, postura adequada durante o descanso, durante as atividades do cotidiano e laboral, benefícios dos exercícios, patologias que acometem a coluna vertebral e importância dos músculos paravertebrais e abdominais para a manutenção da postura adequada. Nas atividades práticas, os pacientes realizaram exercícios de alongamento dos músculos paravertebrais e fortalecimento dos músculos paravertebrais, flexores e extensores do quadril. Foram instruídos a realizarem a respiração do tipo padrão ventilatório diafragmático entre os exercícios (ANDRADE, 2005).

Em um estudo realizado na Clínica Escola da Universidade Estácio de Sá de Cabo Frio compararam o método de Reeducação Postural Global (RPG) que foi aplicado individualmente com o Método Escola de Postura que foi aplicado em grupo. Ambos foram compostos por dez sessões, duas vezes na semana, por quarenta minutos. Encontraram nos dois Métodos resposta significativa, tanto na melhora da dor na coluna vertebral, quanto na flexibilidade. Porém não encontraram superioridade entre os Métodos, mesmo um sendo realizado individualmente e o outro em grupo, concluindo que os dois apresentam melhora da dor nas costas (SOARES *et al.*, 2016).

As Escolas implantadas no Brasil são bastante heterogêneas, com variedade em relação ao número de aulas, participantes, profissionais envolvidos e na metodologia das aulas práticas. Contudo, são utilizadas para tratamento e prevenção das afecções da coluna vertebral

e é um programa de resultados eficazes, encontrando relatos de melhora da dor, da mobilidade da coluna e da incapacidade funcional (SANTOS e MOREIRA, 2009).

3. QUESTÃO E OBJETIVOS

3.1. QUESTÃO NORTEADORA

Qual a opinião dos usuários com dor na coluna sobre o Método Escola de Postura na Estratégia Saúde da Família de São Pedro da Aldeia?

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo Geral

Analisar a utilização e efeitos do Método Escola de Postura na Estratégia Saúde da Família de São Pedro da Aldeia, considerando a opinião dos usuários.

3.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos usuários do Método com informações sobre: Identificação pessoal, atividade laboral, sono, atividade física, realização do Método, localização do quadro algico e opinião dos usuários sobre o Método;
- Relacionar a opinião dos usuários com a prática do Método Escola de Postura.
- Relacionar características do Método com sua utilização na Estratégia Saúde da Família de São Pedro da Aldeia;

4. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi descritivo, de natureza transversal, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos através de questionário específico não validado criado a partir de pesquisas sobre os objetivos do Método e aplicado aos usuários participantes do Método Escola de Postura na ESF Baixo Grande e ESF São João I no município de São Pedro da Aldeia.

Para Haddad (2004), o estudo descritivo descreve a caracterização de aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de uma doença. Estuda sua distribuição no tempo, no espaço e conforme peculiaridades individuais. Já em relação à pesquisa de natureza transversal de acordo com Rouquayrol (1994), é um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

4.2. POPULAÇÃO ALVO

Todas as unidades e frequentadores do Método Escola de Postura foram convidados a participarem da pesquisa. As unidades ESF Baixo Grande e ESF São João I em São Pedro da Aldeia foram escolhidas por serem as únicas que possuíam a prática do Método Escola de Postura no município de São Pedro da Aldeia.

Os usuários não possuem livre acesso para participar do Método. O encaminhamento é feito através do médico da equipe destas ESF, que avaliam o paciente e de acordo com a sua patologia ou sintomatologia dirigem o paciente para participar da Escola de Postura.

Critérios de Inclusão: Usuários cadastrados nas Unidades de Saúde da Família pesquisadas, participantes do Método Escola de Postura e que concordaram em participar da pesquisa.

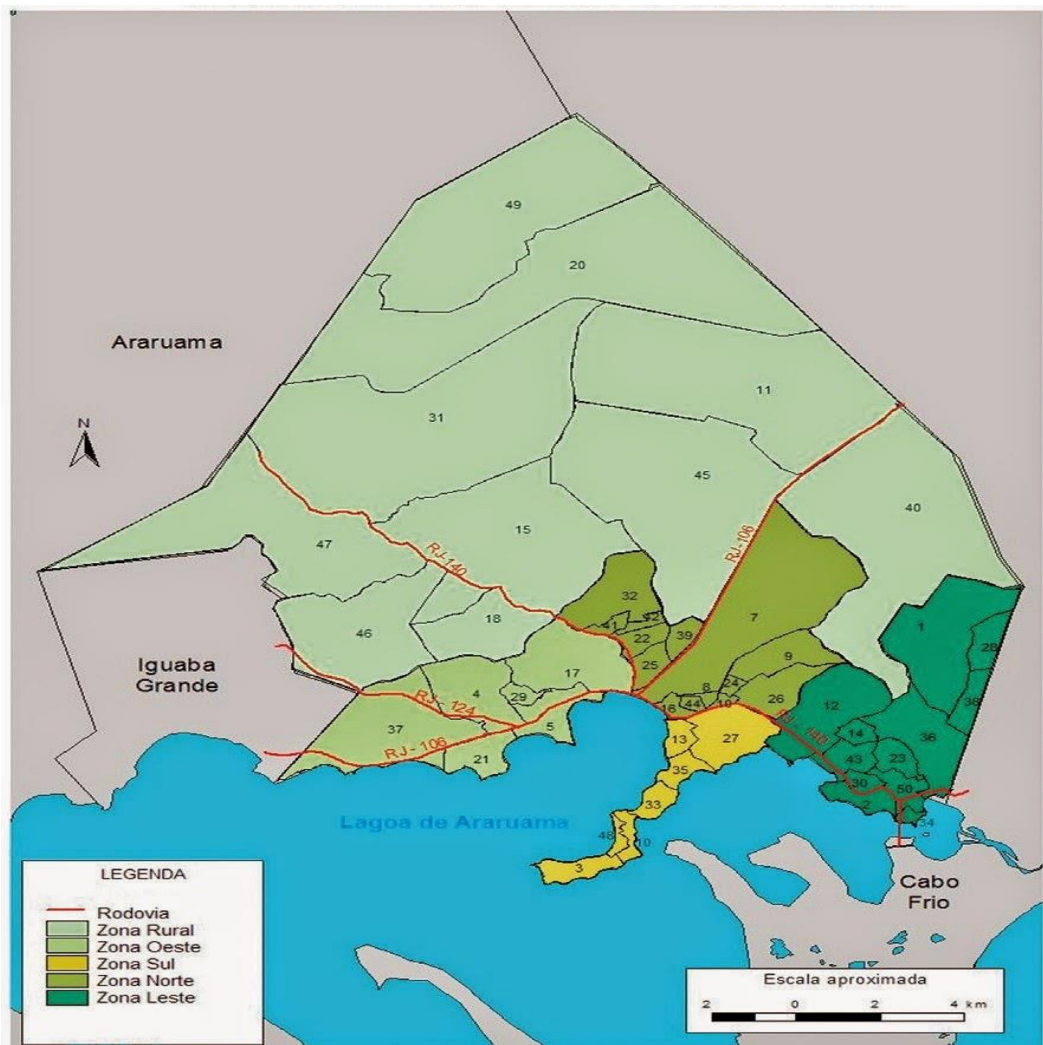
Critérios de Exclusão: Menores de 18 anos e/ou participantes que apresentaram frequência irregular para a prática do Método e/ou que obtiveram três faltas consecutivas.

Considerando que a população cadastrada para a prática do Método Escola de Postura é de 62 pessoas e que 3 usuários não possuem mais de 18 anos, a população do estudo foi de 59 participantes.

4.3. CENÁRIO

O município de São Pedro da Aldeia está localizado na região dos lagos, no estado do Rio de Janeiro, com distância de 135 km. Segundo dados do IBGE a população estimada no ano de 2016 foi cerca de 98.470 habitantes. A densidade demográfica no ano de 2010 era de 264,05 hab./km² e seu IDH de 0.712 (IBGE, 2015).

Figura 1. Mapa da cidade de São Pedro da Aldeia



Fonte: <http://resgatedamemoriaruralaldeense.blogspot.com.br/p/mapas-de-sao-pedro-da-aldeia.html>

A rede de serviços de saúde do município de São Pedro da Aldeia possui quinze unidades de Saúde da Família com cobertura populacional de 51.000 pessoas (52%), oito unidades básica de saúde, conforme tabela abaixo, um pronto-socorro e uma policlínica. Os casos que demandam um atendimento especializado mais grave ou cirurgias são feitos fora do município, em geral no Rio de Janeiro.

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde em São Pedro da Aldeia.

CNES	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		
2280450	Unidade Básica de Saúde Balneário	2280434	Unidade Básica de Saúde Poço Fundo
7985797	Unidade Básica de Saúde Centro	5625947	Unidade Básica de S. Porto Da Aldeia
2280426	Unidade Básica de Saúde Cruz	2280531	Unidade Básica de Saúde Retiro
2280515	Unidade Básica de Saúde Fluminense	2280574	Unidade Básica de S. Rua Do Fogo

Fonte: CNES/ DATASUS, 2017.

Quadro 2. Estratégias Saúde da Família em São Pedro da Aldeia.

CNES	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
2280590	Unidade de Saúde da Família Alecrim
2280442	Unidade de Saúde da Família Baixo Grande
5525292	Unidade de Saúde da Família Botafogo
2280469	Unidade de Saúde da Família Campo Redondo I
5519977	Unidade de Saúde da Família Campo Redondo II
5519985	Unidade de Saúde da Família Colina
7679882	Unidade de Saúde da Família Flexeira
5522498	Unidade de Saúde da Família Parque Arruda
2280523	Unidade de Saúde da Ponta Do Ambrósio
2280418	Unidade de Saúde da Família Porto Do Carro
2280639	Unidade de Saúde da Família Praia Linda
2280493	Unidade de Saúde da Família São João I
5452902	Unidade de Saúde da Família São João II
2280485	Unidade de Saúde da Família São Matheus
5452953	Unidade de Saúde da Família Vinhateiro

Fonte: CNES/ DATASUS, 2017.

De acordo com o Cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) dentre os tipos de NASF, São Pedro da Aldeia foi contemplado com o NASF 1, implantado em 2011. Sua equipe é composta por duas assistentes sociais, duas psicólogas, dois fisioterapeutas, uma nutricionista e uma médica responsável pela saúde da criança e do adolescente.

As unidades atendidas pelas equipes do NASF estão em área próxima, para facilitar o contato com as equipes da ESF. São assistidas as seguintes áreas: São João I, São João II, Baixo Grande, Ponta do Ambrósio, Vinhateiro, Porto do Carro, Alecrim e Parque Arruda (CNES, 2017). O atendimento da equipe do NASF corresponde à cobertura de aproximadamente 53% das unidades de Saúde da Família.

Os bairros Baixo Grande e São João I são localizados próximos um do outro e distante do centro da cidade de São Pedro da Aldeia. São caracterizados por possuírem um grande

número populacional, classe média baixa e uma área com comunidade e tráfico de drogas.

4.4. REALIZAÇÃO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Para realização da pesquisa foi feito levantamento inicial nas Unidades de Saúde da Família a fim de verificar as que possuíam a prática do Método Escola de Postura. Em seguida os responsáveis técnicos das unidades foram contatados, preliminarmente, para conhecerem o projeto e assinaram o Termo de Anuência (ANEXO 1) concordando com a aplicação da coleta de dados para a pesquisa.

O contato inicial com os usuários participantes foi realizado no horário em que estavam na unidade para realizar a prática do Método. Neste contato houve a apresentação do da pesquisa, informando sobre os objetivos e a participação deles na pesquisa.

A aplicação do questionário foi realizada no mês de novembro de 2017, no período de dois dias semanais, intercalados, até que amostra alcançada fosse de 100% dos participantes. O questionário foi aplicado e respondido individualmente, em sala reservada de boa amplitude que possuía uma mesa e duas cadeiras, pré-agendada, e duração média de 15 minutos.

Para coleta de dados foi utilizado questionário estruturado (APÊNDICE A) composto de dados pessoais e perguntas pertinentes a quadro algíco e ao Método Escola de Postura.

O questionário foi dividido em blocos, sendo o bloco 1 composto de identificação pessoal, bloco 2 informações sobre atividade laboral, bloco 3 questões sobre sono e atividade física, bloco 4 questionamentos sobre realização do Método Escola de Postura, bloco 5 perguntas pertinentes a localização do quadro algíco e bloco 6 opinião sobre o Método.

O desenvolvimento do Método Escola de Postura é realizado pelo mesmo fisioterapeuta na ESF Baixo Grande e ESF São João I. A prática do Método nessas unidades ocorre em sala reservada, duas vezes na semana, com duração média de 50 minutos. Utilizam-se apenas colchonetes e corda (1,5 metros) para auxiliar os alongamentos.

Segundo o Fisioterapeuta responsável, as sessões são divididas em teóricas e práticas. As sessões teóricas são voltadas para os seguintes temas:

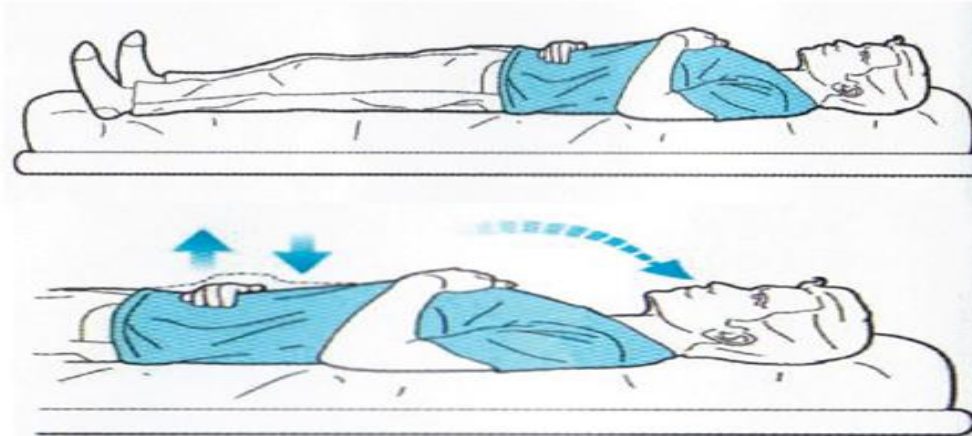
Quadro 3. Temas das sessões teóricas.

Anatomia e Estrutura da coluna vertebral
Forma correta de agachar e levantar objetos do solo
Posturas ideais para as atividades de vida diárias
Posição ideal para dormir
Solução das queixas apresentadas

Fonte: Própria.

Na prática os exercícios são subdivididas nas posições deitado e em pé. São realizados os seguintes exercícios autoaplicáveis:

Figura 2. Conscientização diafrâmica



Fonte: <https://blogbiovitta.files.wordpress.com/2014/03/respirac3a7c3a3o.jpg>

Figura 3. Alongamento dos músculos dos membros superiores

Alongamento dos Extensores do Pescoço

Técnica
Sentar-se ou ficar em pé.
Estende as mãos atrás da cabeça, perto do topo da cabeça.
Inclina levemente a cabeça para a frente e tente encostar o queixo no tórax.

Alongamento dos Flexores do Ombro

Técnica
Fique em pé de frente para o vão de uma porta ou para um canto.
Afaste os pés na largura dos ombros, mantendo um dos pés um pouco à frente do outro.
Levante os braços esticados na altura do ombro e coloque a palma das mãos no parapeito ou no cantinho da porta.
Incline todo o corpo para a frente.

Alongamento dos Extensores dos Dedos

Alongamento dos Flexores dos Dedos

Alongamento dos Flexores do Pescoço

Técnica
Sentar-se ou ficar em pé.
Entrelace as mãos e coloque as palmas sobre a testa.
Incline a cabeça para trás, de modo que o nariz fique voltado para cima.

Alongamento dos Adutores, Protatores e Elevadores do Ombro

Técnica
Fique em pé com os pés afastados na largura dos ombros.
 Cruze o braço esquerdo na frente do corpo, até que a mão esquerda fique próxima do quadril direito.
 Segure o cotovelo esquerdo com a mão direita.
 Tente puxar o cotovelo esquerdo para baixo e para o lado direito do corpo.

Alongamento do Extensor do Cotovelo (Tríceps Braquial)

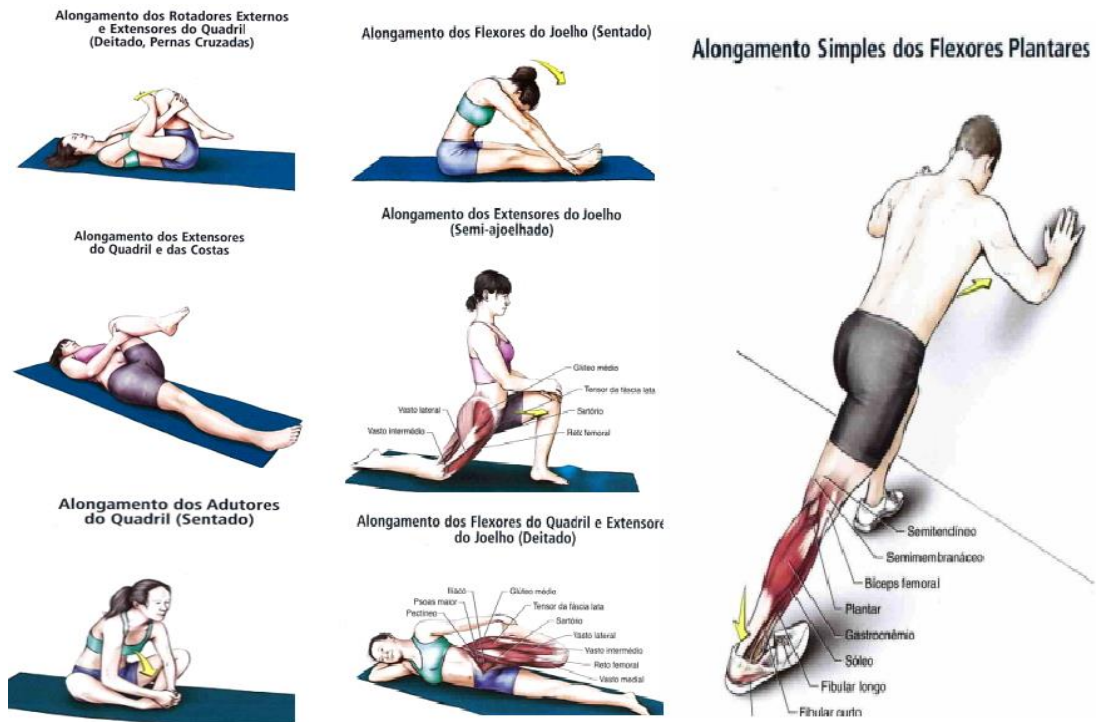
Flexão lateral

Extensão lateral

Técnica
Fique em pé com os pés afastados na largura dos ombros.
 Cruze o braço esquerdo na frente do corpo, até que a mão esquerda fique próxima do quadril direito.
 Segure o cotovelo esquerdo com a mão direita.
 Tente puxar o cotovelo esquerdo para baixo e para o lado direito do corpo.

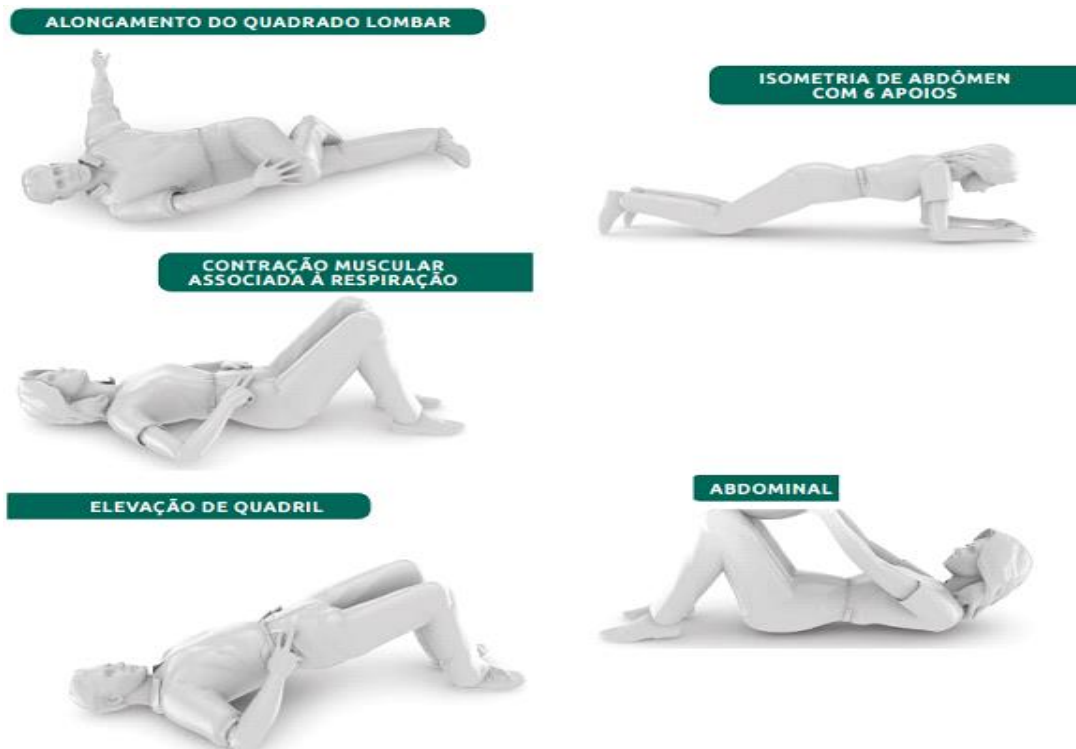
Fonte: NELSON e KOKKONEM, 2002.

Figura 4. Alongamento dos músculos dos membros inferiores.



Fonte: Nelson e Kokkonem, 2002.

Figura 5. Alongamento e Fortalecimento dos músculos que envolvem a Coluna Vertebral.



Fonte: <http://carrijo.com.br/wp-content/uploads/2013/01/Cartilha-Guia-de-Exerc%C3%ADcios-Dr-Coluna.pdf>

Cada alongamento demonstrado nas figuras acima é realizado três vezes com sustentação de quinze segundos e todos os exercícios de fortalecimento, três séries de dez repetições. É sempre ressaltada a necessidade da manutenção dos exercícios no ambiente domiciliar.

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística se deu através do programa EPIinfo 7.2™. Utilizou-se a análise descritiva com dados apresentados como média, frequência e desvio-padrão. O Teste do Qui-Quadrado foi empregado para analisar as possíveis associações dos resultados obtidos no estudo. O estudo adotou o valor de $p < 0,05$ para a significância estatística.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu as recomendações indicadas pelo Conselho Nacional de Saúde conforme a resolução 466/12 que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil. Os participantes do estudo foram informados sobre o conteúdo da pesquisa, objetivos do trabalho, a garantia de anonimato e privacidade, os riscos e benefícios envolvidos, assim como a finalidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2). O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá (CAAE: 59993316.1.0000.5284), sendo aprovado pelo parecer nº 1.815.236 (ANEXO 3).

5. RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 62 pacientes, sendo 3 excluídos por serem menores de 18 anos, participando da pesquisa 59 praticantes do Método. O perfil dos respondentes do questionário apresentou idade média de $61,03 \pm 15,5$ com predomínio do sexo feminino (91,5%), negros e pardos (69,4%), escolaridade predominou 2º grau completo (38,9%), seguidos do 1º grau completo (35,5%), 1º grau incompleto (15,2%), 2º Grau incompleto (6,7%) e 3º Grau completo (3,3%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (52,5%), até 1 salário mínimo (38,9%) e de 4 a 6 salários mínimos (8,4%).

Na tabela 1 estão expostos os dados referentes à atividade laboral atual e antes da aposentadoria.

Tabela 1. Profissão atual e antes de aposentar e a postura adotada no ambiente de trabalho.

Profissão Atual	Posição sentada	Posição em pé	Diferentes posições	TOTAL
Assistente Social	0	0	1	1
Auxiliar de Classe	0	0	1	1
Auxiliar de cozinha	0	1	0	1
Cabelereira	0	3	0	3
Costureira	1	0	0	1
Cuidadora de Idosos	0	2	1	3
Degustadora	0	0	1	1
Designer de sobancelha	0	1	0	1
Diarista	0	2	4	6
Do lar	0	0	9	9
Doceira	0	0	1	1
Faxineira	0	1	0	1
Pescador	0	0	1	1
Técnica de Enfermagem	0	1	0	1
Vendedora	0	0	1	1
Zeladora	0	1	0	1
TOTAL	1	11	20	33

Profissão antes de Aposentar	Posição sentada	Posição em pé	Diferentes posições	TOTAL
Auxiliar Administrativo	1	0	0	1
Costureira	4	0	0	4
Cozinheira	0	1	0	1
Diarista	0	0	5	5
Do lar	0	0	2	2
Gerente de restaurante	0	1	0	1
Manicure	1	0	0	1
Militar da Marinha	0	0	2	2
Pedreiro	0	1	0	1
Professora	0	4	0	4
Técnica de enfermagem	0	1	0	1
Vendedora	0	1	0	1
Vigilante	0	2	0	2
TOTAL	6	11	8	26

A Tabela 1 apresenta que a profissão atual mais frequente foi do lar (n=9) e diarista (n=6) e a postura mais adotada para o trabalho foi em diferentes posições. Observando a profissão antes da aposentadoria nota-se que as profissões mais frequentes foram diarista (n=5), costureira (n=4) e professora (n=4) e a postura mais adotada foi a posição em pé.

Os resultados obtidos na análise sobre o sono e atividade física estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Dados descritivos da frequência em relação ao sono.

Posição adotada para dormir	Frequência	Percentual
De barriga para baixo	6	10,3%
De barriga para cima	8	13,7%
De lado para a direita	23	39,6%
De lado para a esquerda	21	36,2%
TOTAL	58	100,00%

Verifica-se na tabela 2 que nas posições adotadas para dormir houve predomínio da posição de lado para direita e esquerda (75,8%), de barriga para cima (13,7%) e de barriga para baixo (10,3%).

Na Tabela 3 estão descritos a análise dos resultados sobre atividade física e sua frequência semanal.

Tabela 3. Dados descritivos da frequência em relação a atividade física.

Realiza alguma atividade Física	Frequência	Percentual
Não realiza	39	66,1%
Caminhada	20	33,9%
TOTAL	59	100%
Frequência semanal	Frequência	Percentual
Nunca	39	66,1%
Uma a duas vezes na semana	3	5,0%
Três a quatro vezes na semana	11	18,6%
Cinco a seis vezes na semana	6	10,1%
TOTAL	59	100%

Em relação à atividade física 66,1% não realizam e a única realizada é a caminhada (33,9%), desta 5% realiza de uma a três vezes na semana, 18,6% três a quatro vezes na semana e 10,1% cinco a seis vezes na semana.

Na Tabela 4 estão apresentados os dados referentes ao uso do Método Escola de Postura.

Tabela 4. Dados descritivos referentes à prática do Método Escola de Postura.

Há quantos meses usa o método	Frequência	Percentual
De dois a quatro meses	16	27,1%
De cinco a sete meses	16	27,1%
De oito a doze meses	27	45,7%
TOTAL	59	100%
Quantas vezes realizam na semana	Frequência	Percentual
Duas vezes na semana	59	100%
TOTAL	59	100%
Realizam os exercícios em domicílio	Frequência	Percentual
Só quando não realiza na unidade	20	33,9%
Todos os dias	11	18,6%
Raramente	16	27,1%
Nunca	12	20,3%
TOTAL	59	100%

Analisando a tabela 4 identifica-se que 45,7% das pessoas utilizam o Método há um período de oito a doze meses, 27,1% de cinco a sete meses e 27,1% de dois a quatro meses. Em relação à quantidade de dias semanais que praticam o Método, 100% realizam duas vezes na semana e no que se refere à prática dos exercícios em ambiente domiciliar 33,9% só os realizam quando não realiza na unidade, 18,6% todos os dias, 27,1% raramente e 20,3% nunca realizam.

Estão apresentados na tabela 5 os dados relatados pelos praticantes do Método sobre o local da dor.

Tabela 5. Dados descritivos relacionados à frequência do local da dor.

Local da dor	Frequência	Percentual
Costas-Inferior	33	55%
Costas-Superior	15	25%
Pernas	12	20%
Pescoço	6	10%
Ombros	4	7%
Costas-Média	3	5%
Bacia	2	3,3%
Tornozelos e Pés	1	1,6%
Braços	1	1,6%
Coxas	0	0
Mãos	0	0
Punhos	0	0
Antebraços	0	0

Nota-se na tabela 5 que o local mais referido de dor foi a região das costas-Inferior (55%), seguidos de Costas-Superior (25%), Pernas (20%), Pescoço (7%), Costas-Média (5%), Bacia (3,3%), Tornozelos e pés (1,6%) e Braços (1,6%). As outras regiões não foram citadas por nenhum dos participantes.

Na tabela 6 estão descritos os dados no que concerne a opinião dos praticantes sobre o Método em relação a dor.

Tabela 6. Dados descritivos da opinião dos participantes sobre o Método em relação à dor.

Nível da Melhora da dor	Frequência	Percentual
Pouca Melhora	23	39,0%
Muita Melhora	36	61,0%
TOTAL	59	100%

Frequência de dor após prática do Método	Frequência	Percentual
Quase sempre com dor	12	20,3%
Algumas vezes com dor	14	23,7%
Raramente com dor	20	34,0%
Sem dor	13	22,0%
TOTAL	59	100%

Observando a tabela 6 nota-se que 61% dos praticantes do Método relataram muita melhora da dor, 39% pouca melhora e ninguém relatou nenhuma melhora. No que se refere à frequência de dor após a prática do Método 20,3% quase sempre com dor, 23,7% algumas vezes com dor, 34% raramente com dor e 22% relataram não sentir dor.

Na tabela 7 estão expostos os dados sobre a relação do local da dor com o nível de melhora da dor.

Tabela 7. Relação do local da dor com o nível de melhora da dor.

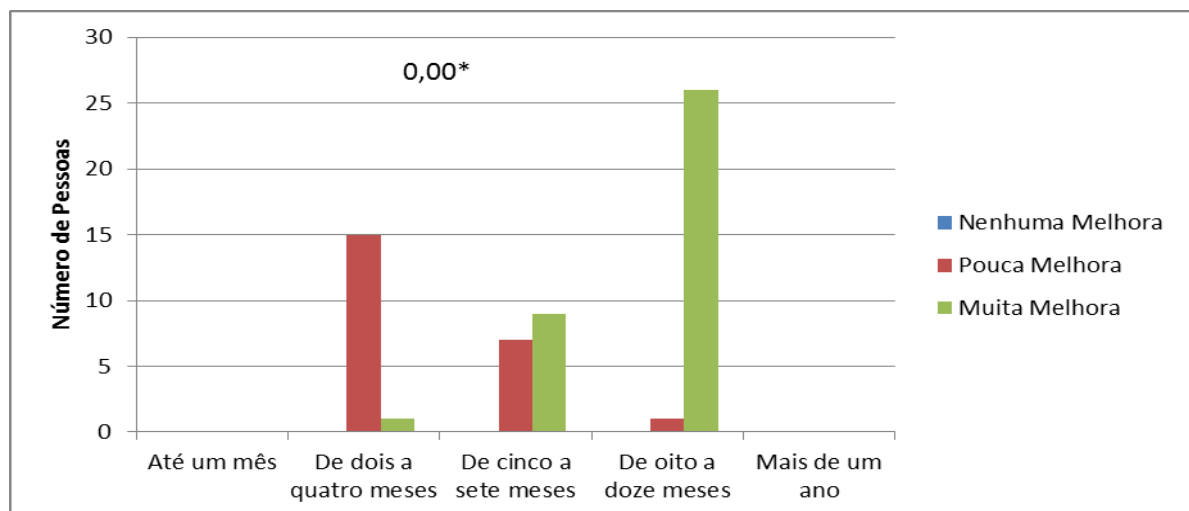
Local da dor	Pouca melhora	Muita melhora	p valor
Pernas	66,6%	33,4%	p=0,02
Costas-Inferior	48,5%	51,5%	p=0,09
Costas-Superior	53,3%	46,6%	p=0,18
Pescoço	83,3%	16,6%	p=0,01

* p < 0,05 local da dor vs. nível da melhora da dor.

Observa-se na tabela 7 que dos locais de dor referidos pelos participantes as pernas e pescoço apresentaram uma melhora significativa da dor. Nota-se, no entanto que a região Costas- Inferior e Costas- Superior não apresentaram respostas significativas, porém ressalta-se que a região Costas-Inferior foi a que apresentou maior relato de muita melhora (51,5%).

Os resultados obtidos na análise entre o tempo de uso do Método com o nível da melhora da dor estão apresentados no gráfico 1.

Gráfico 1. Relação entre tempo de uso do Método com nível da melhora da dor.

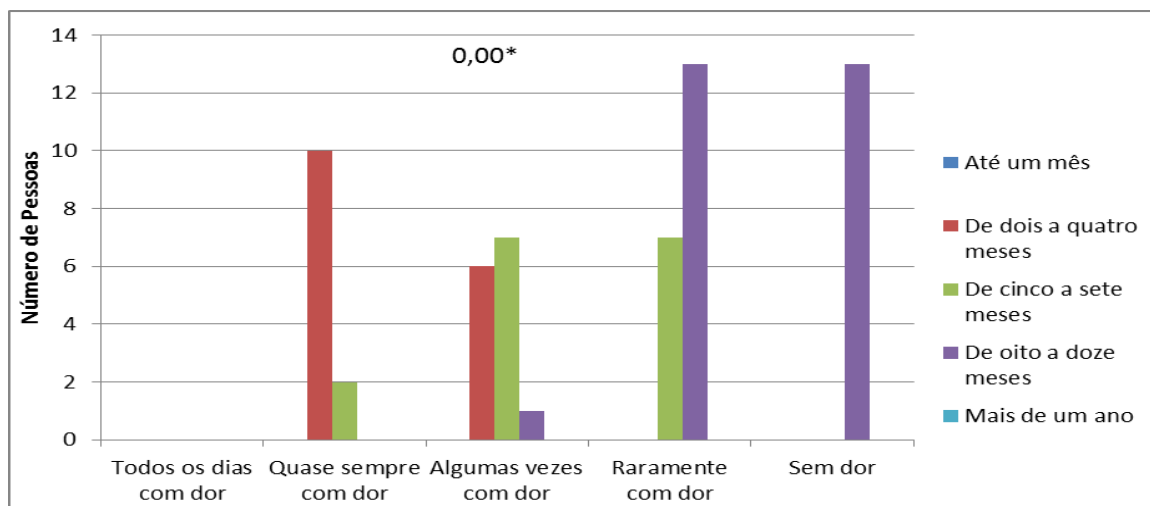


* p < 0,05 tempo de uso do Método vs. Nível de melhora da dor. Qui-quadrado: 34,4.

Analisando o gráfico 1 pode-se verificar que nenhum dos participantes relataram tempo de uso até um mês ou mais de um ano e ninguém relatou nenhuma melhora. Mostra-se ainda um resultado proporcional significativo podendo ser visto que quanto maior tempo de uso (de oito a doze meses), mais pessoas (n=26) relataram muita melhora. E quanto menor tempo de uso (de dois a quatro meses), mais pessoas (n=26) relataram muita melhora. E quanto menor tempo de uso (de dois a quatro meses), mais pessoas (n=15) referiram pouca melhora.

No gráfico 2 estão expostos a relação do tempo de uso do Método com a frequência da dor pós prática do Método.

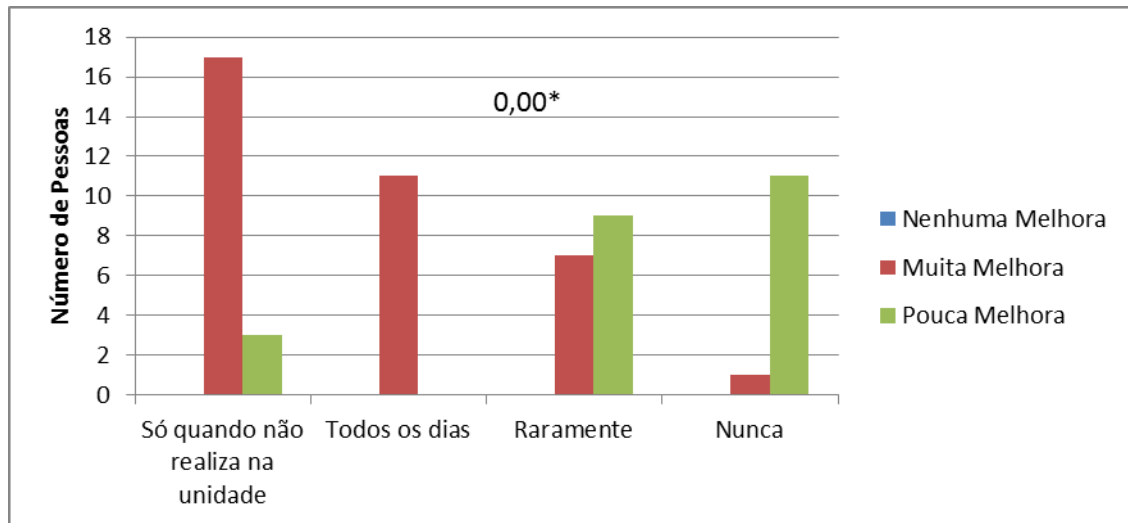
Gráfico 2. Relação do tempo de uso do Método com a frequência da dor pós prática do Método.



* $p < 0,05$ tempo de uso do Método vs. frequência da dor pós prática do Método. Qui-quadrado: 51,4.

Verificando o gráfico 2 observa-se que nenhum dos participantes obtiveram tempo de prática de até um mês e mais de um ano e ninguém relatou estar todos os dias com dor. Nota-se ainda uma proporção significativa onde quanto maior o tempo de prática do Método (de oito a doze meses) menor a frequência de dor (raramente com dor (n=13) e sem dor (n=13)). E quanto menor o tempo de uso (de dois a quatro meses) maior a frequência da dor (quase sempre com dor (n=10) e algumas vezes com dor (n=6)).

No gráfico 3 são apresentados a relação entre os praticantes do Método que realizam os exercícios em ambiente domiciliar com a melhora da dor.

Gráfico 3. Relação da prática dos exercícios em ambiente domiciliar com a melhora da dor.

* $p < 0,05$ realiza exercícios em domicílio vs. melhora da dor. Qui-quadrado: 27,8.

Observa-se no gráfico 3 que houve uma relação significativa na redução dos níveis de dor. Nota-se que as pessoas que realizam os exercícios aprendidos no Método Escola de Postura em ambiente domiciliar apresentam o nível de muita melhora do quadro álgico e os que mais apresentam pouca melhora nunca ou raramente realizam.

6. DISCUSSÃO

O estudo demonstra através dos relatos dos participantes que realizam a prática do Método Escola de Postura na ESF Baixo Grande e ESF São João I associação entre o tempo de uso do Método com a melhora do quadro álgico.

Destaca-se que não foram encontrados na literatura estudos que analisam a opinião dos usuários em relação o Método Escola de Postura. As pesquisas avaliam os efeitos do Método Escola de Postura através de estudos longitudinais, verifica na sua maioria a variável dor, qualidade de vida e capacidade funcional.

Nesse sentido pode-se observar o estudo de Borges *et al.* (2011) que avaliaram a eficácia do Grupo de Coluna ministrado em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. Utilizaram como instrumento de avaliação o questionário de qualidade de vida SF-36 e a escala visual analógica de dor (EVA). Foram realizados, cinco encontros com aulas teóricas sobre postura e a parte prática realizaram a simulação das atividades de vida diárias, exercícios de fortalecimento, alongamento e relaxamento da musculatura do tronco e membros inferiores. Nos resultados encontraram melhoras significativas das dores musculoesqueléticas, na capacidade funcional, e na qualidade de vida nos domínios

capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, vitalidade, limitação emocional e saúde mental.

O estudo realizado por Andrade, Araújo e Vilar (2008) teve o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de Escola de Coluna, com conteúdo teórico-prático para pacientes com lombalgia crônica inespecífica. Utilizou-se quatro sessões de uma hora, uma vez por semana, com exercícios e alongamentos da musculatura paravertebral e fortalecimento através de exercício de ponte, levantamento de perna estendida e fortalecimento da musculatura abdominal, realizadas 03 séries de 08 a 12 repetições para todos os exercícios de fortalecimento. Foi realizado também entrega de cartilha informativa com os exercícios e as posturas adequadas para todos os tipos de atividades diárias e orientação para realizar os exercícios aprendidos todos os dias em casa. Encontraram melhora significativa quando comparada ao grupo controle, em relação à intensidade da dor, capacidade funcional e mobilidade da coluna lombar. Tais melhoras se mantiveram após 16 semanas em relação às variáveis de intensidade da dor e capacidade funcional. Concluindo que o programa de Escola de Coluna proposto se mostrou eficaz para pacientes com lombalgia crônica inespecífica. Diferente da presente pesquisa que de acordo com a opinião dos usuários encontrou que quanto maior o tempo de prática melhor as repostas de melhora da dor.

No estudo de Shirado *et al.* (2005) instituíram o programa Escola de Postura como tratamento de pacientes com dor lombar crônica. Realizaram uma aula para grupos de 05 a 10 pessoas com duração de 3h com teoria e prática. Os pacientes foram orientados sobre a anatomia da coluna, mecanismos que provocam dor, posturas adequadas para as atividades de vida diárias, exercícios de alongamento e fortalecimento e exercícios realizados em domicílio, por pelo menos quinze minutos. Foram reavaliados após 01 semana, 06 meses e 12 meses. Verificaram que a dor melhorou em 141 pacientes (80,8%). Houve melhora significativa da distância dedo chão, da força dos músculos do tronco e da resistência muscular. Corroborando com o atual estudo que segundo os relatos dos pacientes encontrou uma melhora significativa através dos pacientes que realizam mais de 6 meses de prática e os exercícios em ambiente domiciliar com frequência.

Nessa mesma perspectiva, Nogueira e Navega (2011) identificaram que o número de sessões interfere no desfecho da intervenção terapêutica. Quanto maior o número de sessões da Escola de Postura apresenta-se melhora significativa da qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade em trabalhadores administrativos com dor lombar. Confirmando os achados da presente pesquisa.

A Escola de Postura 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 industrializados (ANDRADE, ARAÚJO e VILAR, 2008). A formação de grupos agrega pessoas com dificuldades semelhantes e, a partir disso, faz com que elas percebam que não estão sozinhas e que podem trocar experiências (FERLA, ROHDE e PAIVA, 2011.). Além disso, possibilita aos usuários atuar no processo de promoção da saúde por meio dos ensinamentos, fazendo com que esses usuários deem sentido à intervenção proposta (WASCHAUER e D'URSO, 2009). Essas afirmações podem ser vistas na prática do Método Escola de Postura do município estudado. Verifica-se que possui características semelhantes a outras Escolas Posturais descritas na literatura, proporcionando ensinamento dos hábitos de posturas ideais, com isso, aliviando o quadro álgico, diminuindo despesas e recursos e proporcionando a socialização, atuando de forma integrativa.

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 implantadas e difundidas na atenção básica (PNAB, 2011). Dessa forma, programas realizados em grupo, como o Método Escola de Postura, são essenciais por promoverem a melhora da qualidade de vida e da saúde dos usuários.

Como limitação encontrada no estudo destaca-se o fato das poucas Unidades de Saúde da Família participantes. Só duas Estratégias realizavam a prática do Método, proporcionando uma população alvo pequena para pesquisa. Outra limitação foi à falta de diagnóstico clínico no encaminhamento dos médicos, sendo considerada apenas a sintomatologia, não podendo relacionar a prática do Método sobre a melhora de alguma patologia instalada e sim apenas na melhora dos sintomas apresentados.

Apesar das limitações apresentadas, sugere-se que o Método Escola de Postura seja incentivado nas Estratégias de Saúde da Família, pois é um recurso de baixo custo, realizado em grupo e pode ser um meio de reduzir as filas de esperas de tratamentos para afecções da coluna vertebral, diminuindo os gastos, atuando como coadjuvante na prevenção e tratamento de quadro álgico da coluna vertebral, visto que as orientações posturais podem prevenir problemas estruturais da coluna vertebral e contribuir para promoção da saúde melhorando a qualidade de vida dos indivíduos e, além disso, funciona como um excelente método integrativo e social, pois a prática em grupo permite a troca de experiências com pessoas de outras classes sociais, idades e escolaridade.

Ressalta-se que existem poucos estudos que consideram a opinião dos usuários sobre a prática do Método Escola de Postura e sua aplicação na Estratégia Saúde da Família. Sendo assim, sugere-se que futuros estudos com a aplicação do Método nesse sentido sejam

realizados. Recomenda-se também investigar os efeitos em estudos longitudinais, com ensaios clínicos, aplicações por períodos maiores, mais sessões semanais de forma intercalada, assim como, possuir um número maior de participantes, onde os resultados poderão ser melhores observados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados considerando a opinião dos praticantes do Método Escola de Postura das Unidades de Saúde da Família de São Pedro da Aldeia pode se verificar uma associação significativa das melhoras obtidas nos níveis de dor após a prática do Método.

Quando comparados o local da dor com o nível de melhora, somente as regiões pescoço e pernas apresentaram melhoras com resultados significativos. Apesar disso vale-se destacar que nenhum dos participantes referiu nenhuma melhora. Mostrando que o Método Escola de Postura reduziu os níveis de dor desses praticantes.

Observou-se que quanto maior o tempo de prática do Método maior são os relatos de muita melhora da dor. Outro resultado evidente foi em relação à realização dos exercícios em ambiente domiciliar, verificou-se que as pessoas que realizam os exercícios em casa apresentaram melhoras significativas.

O perfil dos usuários praticantes do Método Escola de Postura em São Pedro da Aldeia predominou idade média maior que sessenta anos, na escolaridade, o nível médio completo, quanto à raça, negros e pardos e renda familiar, de um a três salários mínimos. A utilização do Método Escola de Postura na Estratégia Saúde da Família de São Pedro da Aldeia possui as características de acordo as encontradas na literatura, quanto a número de sessões, duração da aplicação, aulas teóricas e seus conteúdos ministrados e aulas práticas com seus exercícios de alongamento e fortalecimento.

Verifica-se então a importância da divulgação desses resultados para os gestores de saúde e ESF de São Pedro da Aldeia, especialmente para os fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família para que conheçam e disseminem o Método Escola de Postura como forma de prevenção e tratamento para pacientes com esse perfil do estudo.

8. REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011.
- ANDRADE, S. C.; ARAÚJO, A. G. R.; VILAR, M. J. P. “Escola de Coluna” na lombalgia crônica- implantação de um programa na Universidade Potiguar – UnP – Natal- RN. **Jornal da LIRNNE**, v.1, n.2, p.49-52, 2005.
- ANDRADE, S. C.; ARAÚJO, A. G.; VILAR, M. J. Escola de coluna para pacientes com lombalgia crônica inespecífica: benefícios da associação de exercícios e educação ao paciente. **Acta Reumatologia Portugal**, v.33, n.4, p.443-50, 2008.
- BACCHI, C. A.; CANDOTTI, C. T.; NOLL, M.; MINOSSI, C. E. S. Avaliação da qualidade de vida, da dor nas costas, da funcionalidade e de alterações da coluna vertebral de estudantes de fisioterapia. **Motriz**, v.19, n.2, p.243-251, 2013.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A.; MARCHIORI, M. T.; KOERICH, M. S. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1151-1157, 2012.
- BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R.; RIBEIRO, E. E. N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia e Movimento**, v.23, n.2, p.323-330, 2010.
- BARROS, F.B.M. Autonomia do profissional da fisioterapia ao longo da história. **Revista Fisioterapia Brasil**, v.59, n.3, p.20-31, 2003.
- BAÚ, L. M.; KLEIN, A. A. O reconhecimento da especialidade em fisioterapia do trabalho pelo COFFITO e Ministério do Trabalho/CBO: uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.2, p.5-6, 2009.
- BIANA, V. L.; TEIXEIRA, G. M.; SILVA, C. V. L.; BISPO, E. P. F.; SILVA, M. V. Atuação do fisioterapeuta na saúde da família: desafios e conquistas. **Journal of the Health Sciences Institute**, v.32, n.2, p.211-218, 2014.
- BORGES, M. C.; BORGES, C. S.; SILVA, A. G. J.; CASTELLANO, L. R. C.; CARDOSO, F. A. G. Avaliação da qualidade de vida e do tratamento fisioterapêutico em pacientes com cervicalgia. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v.26, n.4, p.873-881, 2013.
- BORGES, R. G.; VIEIRA, A.; NOLL, M.; BARTZ, P. T.; BARTZ, T. C. 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**, v.17, n.4, p.719-27, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, p.193-197, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

CARVALHO, A. R.; GREGÓRIO, F. C.; ENGEL, G. S. Descrição de uma intervenção cinesioterapêutica combinada sobre a capacidade funcional e o nível de incapacidade em portadoras de lombalgia inespecífica crônica. **Arquivos de Ciência e Saúde Unipar**, v. 13, n.2, p. 97-103, 2009.

CARAVIELLO E.Z.; WASSERTEIN S.; CHAMLIAN T.R.; MASIERO D. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de escola de coluna. **Acta Fisiatría**, v.12, n.1, p.11-14, 2005.

CHUNG, T. M. Escola de coluna – experiência do hospital das clínicas da Universidade de São Paulo. **Acta Fisiatría**, v.3, n.2, p.13-17, 1996.

DIAS, M. S. A.; PARENTE, J. R. F.; VASCONCELOS, M. I. O.; DIAS, F. A. C. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p.4371-4382, 2014.

DURANTE, H.; VASCONCELOS, E. C. L. M. Comparação do Método Isotretching e cinesioterapia convencional no tratamento da lombalgia. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 30, n.1, p. 83-90, 2009.

FERREIRA, G. D.; SILVA, M. C.; ROMBALDI, A. J.; WREGGE, E. D.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.15, n.1, p. 31-6, 2011.

FREITAS, C. D.; GREVE, J. M. A. Estudo comparativo entre exercícios com dinamômetro isocinético e bola terapêutica na lombalgia crônica de origem mecânica. **Revista fisioterapia e pesquisa**, v. 15, n.4, p. 380- 386, 2008.

GAMA, K.C.S.D. Inserção do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Uma Proposta Ética e Cidadã. **Revista Eletrônica da Fainor**, v.3, n.1, p.12-29, 2010.

GAIÃO, B. K. M.; FILHO, I. A. L.; MACIEL, P. M. S.; SOBEL, J. F. Cuidando do Cuidador: Reflexões Sobre o Processo de Trabalho e Repercussões do Cuidado na Saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde Blucher Medical Proceedings** 2014, 1(2).

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.35, n.2, p.144-149, 2014.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/CEBES, p. 575-587, 2008.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st ed. São Paulo: Roca, 2004.

HEYMANS, M. W.; VAN TULDER, M. W.; ESMAIL, R.; BOMBARDIER, C.; KOES B,W. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. **Spine Hagerstown**, v.30, n.19, p.2153-2163, 2005.

ILHA, S.; DIAS, M. V.; BACKES, D. S.; BACKES M. T. S. Vínculo profissional – Usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.13, n.3, p. 556-562, 2014.

JESUS, G. T.; MARINHO, I. S. F. Causas de lombalgia em grupos de pessoas sedentárias e praticantes de atividades físicas. **Revista Digital**, v. 10, n.92, p.1-3, 2006.

KLEINPAUL, J. F.; MANN, L.; TEIXEIRA, C. S.; MORO, A. R. P. Dor lombar e exercício físico. Uma revisão. **Revista Digital Buenos Aires**. n. 127, 2008.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.24, n.2, p.507-525, 2014.

LINHARES, J. H.; PINTO, P. D.; ALBUQUERQUE, I. N.; FREITAS, C. A. Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do Sinai no município de Sobral –CE. **Cadernos da Escola de Saúde Pública**, v.4, n.2, p.32-41, 2010.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN,S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n.2, 2008.

MARTINS, M. R. I.; FOSS, M. H. D. A.; JUNIOR, R. S.; ZANCHETA, M.; PIRES, I. C.; CUNHA, A. M. R.; JUNIOR, S. C. S.; ROCHA, C. E. A eficácia da conduta do Grupo de Postura em pacientes com lombalgia crônica. **Revista Dor**, v. 13, n. 22, p. 116-121, 2010.

MATOS, M. G.; HENNINGTON, E. A.; HOEFEL, A. L.; COSTA, J. S. D. Dor lombar em usuários de um plano de saúde: prevalência e fatores associados. **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n.9, p. 2115- 2122, 2008.

MEDEIROS, J. F. E feitos do programa de exercícios sobre a cervicalgia e as aptidões físicas relacionadas a saúde: Estudo de caso. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v.7, n.42, p.508-516, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1620-1625, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo Saúde**, v.34,

n.1, p.92-96, 2010.

NEUWLAND, M. F.; ALVARENGA, L. F. Fisioterapia e Educação em Saúde: Investigando um serviço ambulatorial do SUS. **Bol Saúde**, v.19, n.2, p.74-81, 2005.

NOGUEIRA, H. C.; NAVEGA, M. T. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.18, n.4, p.353-58, 2011.

NOLL, M.; CANDOTTI, C.; TIGGEMANN, C. L.; SCHOENELL, M. C. W.; VIEIRA, A. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em escolares do Ensino Fundamental do município de Teutônia, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v.12, n.4, p.395-402, 2012.

NORKIN C., LEVANGIE P. **Articulações estruturais e função: Uma abordagem prática abrangente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

OLIVEIRA E. S.; GAZETTA M. L. B.; SALIMENE, A. C. M. Dor crônica sob a ótica dos pacientes da Escola de Postura da DMR HC FMU. **Acta Fisiátrica**, v.11, n.1, p.22-26, 2004.

OLIVEIRA, G.; ANDRADE, E. S.; SANTOS, M. L.; MATOS, G.S.R. Conhecimento da Equipe de Saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v.24, n.4, p.332-339, 2011.

OLTRAMARI, J. D.; ROSTIROLL, V.; SPOLTI, A.; ANTONIAZZI, A. C. Perfil epidemiológico de pacientes com lombalgia atendidos no centro municipal de fisioterapia Farroupilha/ RS. **Anais I congresso de pesquisa e extensão da FSG**, v.1, n.1, 2013.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.2, n.2, p.47-55, 2006.

REZENDE, M.; *et al.* A equipe multiprofissional da "Saúde da Família": uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1403-10, 2009.

RIBEIRO, C. D.; SOARES, M. C. F. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Saúde pública**, v.17, n.3, p.379-393, 2015.

RIBEIRO, M. D. A.; BEZERRA, E. M. A.; SILVA, J. C. A.; CAMPELO, G. O.; FREITAS, C. A. S. A visão do agente comunitário de saúde (ACS) acerca do serviço de fisioterapia no núcleo de apoio à saúde da família (NASF) em Parnaíba, Piauí. **Sanare**, v.12, n.2, p.14-20, 2013.

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Comunicação em Ciências da Saúde**, v.21, n.3, p.261-266, 2010.

ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SANTOS, C. B. S.; MOREIRA, D. Perfil das escolas de posturas implantadas no Brasil.

Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v.30, n.2, p.113-120, 2009.

SANTOS, K. T.; et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1023-1028, 2011.

SHIRADO, O.; ITO, T.; KIKUMOTO, T.; TAKEDA, N.; MINAMI, A.; STRAX, T. E. A novel Back School using a multidisciplinary team approach featuring quantitative functional evaluation and therapeutic exercises for patients with chronic low back pain. **Spine**, v.30, n.10, p.1219-25, 2005.

SILVA, R. M. V.; LIMA, M. S.; COSTA, F. H.; SILVA, A. C. Efeitos da quiropraxia em pacientes com cervicálgia: revisão sistemática. **Revista Dor**, n.13, v.1, p.71-4, 2012.

SOARES, P. S.; CABRAL, V. R. C.; MENDES, M. C.; VIEIRA, R.; AVOLIO, G. VALE, R. G. S. Efeitos do Programa Escola de Postura e Reeducação Postural Global sobre a amplitude de movimento e níveis de dor em pacientes com lombalgia crônica. **Revista Andaluza del Medicine Deporte**, v.9, n.1, p.23-28,2016.

SOUZA, A. S.; OLIVEIRA, N. T. B.; SANTOS, I.; OLIVEIRA, M. S.; GONÇALVES, M. M. B. Efeitos da escola de postura em indivíduos com sintomas de lombalgia crônica. **Conscientia e Saúde**, v.9, n.3, p.497-503, 2010.

SOUZA, MARCIO COSTA *et al.* Fisioterapia e núcleo de apoio à saúde da família: um estudo sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários de saúde da família. **Revista de APS**, v. 17, n. 2, 2013.

SOUZA, M. C.; BOMFIM, A. S.; SOUZA, J. N.; VILELA, A. B. A.; FRANCO, T. B. Fisioterapia e Núcleo de apoio à saúde da família: Um estudo sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários de saúde da família. **Revista de atenção primária a saúde**, v.17, n.2, p.189-194, 2014.

SPONCHIADO, P.; CARVALHO, A. R. Descrição dos Efeitos do protocolo “escola de coluna moderna” em portadores de lombalgia crônica. **Revista Fitness e Performance**, v.6, n.5, p. 283-288, 2007.

TAHARA, N.; GATTI, A. C.; RAFACHINO, E. C. B.; WALSH, I. A. P. Efeitos de um programa educacional e de exercícios fisioterapêuticos na avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduo com lombalgia: relato de caso. **Arquivos Ciências Saúde Unipar**, v.12, n1, p. 61-66, 2008.

TAVAFIAN, S. S.; JAMSHIDI, A. R.; MONTAZERI, A. A randomized study of Back School in women with chronic low back pain. **Spine**, v.33, n.15, p.1617-21, 2008.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.3, p. 869-883, 2014.

TOBO, A.;KHOURI, M. E.; CORDEIRO, Q.; LIMA, M. C.; JUNIOR, C. A. B.; BATTISTELLA, L. R. Estudo do tratamento de lombalgia crônica por meio da Escola de Postura. **Acta Fisiatrica**, v.17, n.3, p.112-116, 2010.