UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Q

MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

APLICADO A FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS COM DORES NA COLUNA VERTEBRAL

JOSÉ KNOPLICH

Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do título de "Doutor em Saúde Pública"

Orientadora: Profa.Dra. Nelly Martins
Ferreira Candeias

São Paulo - 1993

"Todo o programa de saúde que precisa obter a cooperação do cliente, independente do mesmo estar assintomático, com alguns sintomas ou mesmo doente, leva a perguntas a respeito de "como" o paciente se comporta, o "porquê" desse comportamento e de que modo este pode ser modificado".

I.M.ROSENSTOCK

"Educação em Saúde é um processo essencialmente ativo que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos.

N.M.F.CANDEIAS

DEDICATORIA

À GILDA companheira de muitas lutas

Às meninas, Marcia Regina, Célia Beatriz, Debora, Patricia e Amália.

Aos meninos George, Giovanni e Allan

**À MEMÓRIA DOS MEUS PAIS ANA E HENRIQUE KNOPLICH
E DE MEU SOGRO JACOB DLEIZER**

AGRADECIMENTOS

À Professora Nelly Martins Ferreira Candeias, pela rigorosa orientação e participação fraterna.

Ao Professor José Severo de Camargo Pereira do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de S.Paulo, que, como amigo, abriu o caminho da interpretação estatística.

Ao Doutor Bernardo Bedrikow que estimulou essa fascinante atividade universitária.

Aos Doutores Luis Carlos Morrone e Pedro André Jafferian, Diretores do Serviço de Medicina Social do Hospital do Servidor Público Estadual de S.Paulo, que acreditaram ser possível fazer um trabalho desta natureza no Hospital do Servidor Público Estadual.

Ao Professor Davi Rumel, por sugestões na discussão dos dados.

À Professora Alcéa Maria David Abujamra, pela cuidadosa entrevista dos pacientes.

Ao Sérgio M. Koyama, pelos trabalhos de computação e interpretação dos dados.

À Cristina Alonso, Mara Brughmann, Rosa Dleizer, Patricia Knoplich e José Teixeira de Oliveira, pelos trabalhos de datilografia e computação.

À Bibliotecária Angela Cuentes, pela revisão bibliográfica.

Às Bibliotecas da Faculdade de Saúde Pública e do Hospital do Servidor Público Estadual, pelo levantamento bibliográfico e artigos recebidos.

ÍNDICE

	Pg.
1. INTRODUÇÃO	01
Referências Bibliográficas	06
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AFECÇÕES CRÔNICAS DA COLUNA VERTEBRAL	07
Epidemiologia	07
História Natural da Doença	11
Etiologia	12
Custos Sociais	14
Tratamentos e Prevenção.....	18
Referências Bibliográficas	20
3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE - EDUCAÇÃO DE PACIENTES	23
Definições	23
Modelo de Crenças em Saúde	34
Susceptibilidade	39
Gravidade	39
Benefício e Estímulos	39
Barreiras	40
Validade Preditiva do Modelo	41
Referências Bibliográficas	43
4. ESCOLA DE POSTURA	46
Processo de Ensino-Aprendizagem	46
Avaliação da Escola de Postura	48
Algumas Características da Escola de Postura	50
Referências Bibliográficas	54

	Pg.
5. OBJETIVOS	55
6. METODOLOGIA	56
Local do Estudo	56
Amostragem	56
Critérios de Inclusão	58
Instrumentos para Coleta de Dados	58
Coleta de Dados	60
Variáveis em Estudo	63
Pressuposto do Estudo	63
Tratamento Estatístico	64
Esquema Explicativo de análises Multidimensionais	66
Processamento de Dados	68
Plano Resumido do Tratamento Estatístico	69
7. RESULTADOS	70
1ª Fase - Características Gerais	70
Figura Humana - Estudo da Personalidade	87
Dados do Estudo da Personalidade	88
Modelo de Crenças em Saúde	90
Resultados (2ª Fase Probatória)	114
Referências Bibliográficas	120
8. DISCUSSÃO	121
9. CONCLUSÕES	131

	Pg.
10. RECOMENDAÇÕES	133
11. RESUMO	135
12. SUMMARY	137

ANEXOS

A - Questionário Completo

B - Teste de Figura Humana

ÍNDICE DAS TABELAS

	Pg.
I - Afastamento dos trabalhadores por incapacidade temporária e definitiva (aposentadoria) pelas três causas mais frequentes, Brasil, 1978	9
II - Distúrbios músculo-esqueléticos auto relatados em 1964, 1976, 1987 e a previsão para 2000 em porcentagem da população filandesa	11
III - Porcentagem de operários incapacitados por lombalgia e a diferença do aumento nos anos de 1970 e 1980 (%)	15
IV - Afastamento da população de trabalhadores do Serviço na Suécia, por ano e por média de perda de dias de trabalho, por episódio de dor	15
V - Atividades de promoção da saúde em 1358 fábricas, nos Estados Unidos em 1987/1988 com ênfase nos problemas da coluna, dentre 9 programas	25
VI - Número de pessoas que compareceram a Escola de Postura 1ª e 2ª etapa	62
VII - Características sócio-demográficas e pessoais	71
VIII - Ocupação	75
IX - Saúde	79

X - Associação entre sexo, tabagismo e comparecimento a Escola de Postura	85
XI - Análise do desenho do corpo humano com quatro símbolos gráficos e a presença ou não a Escola de Postura	89
XII - Opinião a respeito das variáveis que compõem o modelo de crenças em saúde	91
XIII - Resultados do cálculo da regressão logística quanto às variáveis do modelo de crença em saúde	111
XIV - Características sócio-demográficos e pessoais de 32 pacientes	115
XV - Análise dos 32 pacientes em relação à frequência da Escola de Postura depois de aplicado o questionário reduzido	117
XVI - Comportamento de 134 pacientes quanto a Escola de Postura de acordo com a previsão da regressão logística	118
XVII - Comportamento de 32 pacientes quanto à Escola de Postura de acordo com a previsão da regressão logística	119

ÍNDICE DOS QUADROS

	Pg.
I - Distribuição por idade das causas de incapacidade total ao trabalho por idade e por causa, nos Estados Unidos 1971	08
II - Esquema de referência para análise dos dados	64
III - Técnicas de análise multidimensional	67
IV - Plano resumido do tratamento estatístico dos dados	69

ÍNDICE DAS FIGURAS

	Pg.
1 - Modelo Precede	27
2 - Modelo de Crenças em Saúde	38
Elementos básicos do HBM	38

1. INTRODUÇÃO

"O REAL NÃO ESTÁ NA SAÍDA, NEM
NA CHEGADA: ELE SE DISPÕE PARA
A GENTE É NO MEIO DA TRAVES-
SIA"

(Guimarães Rosa)

Desde 1973, no Serviço de Ortopedia do Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira de São Paulo (Diretor - Dr. Plínio de Souza Dias), passamos a atender um grande número de pacientes com dores na coluna. Por sugestão do Professor João D.B. Alvarenga Rossi, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, decidimos reunir grupos de pacientes e ensinar-lhes posturas corretivas para complementar o tratamento, médico ambulatorial. Essa atividade educativa foi denominada de Escola de Postura.

De início, ministramos aulas teóricas aos usuários do hospital com projeção de slides e distribuição de folhetos explicativos a respeito dos exercícios recomendados. Em 1978, com a experiência advinda dos cursos e com base na literatura especializada, publicamos um livro para pacientes, já na 21ª edição⁹. Em 1979, demos início à edição de um informativo¹⁰ com resumos de artigos médico-científicos a respeito da problemática da coluna. Este encontra-se no seu 15º ano de publicação.

Cursos e jornadas nacionais e internacionais sobre problemas da coluna vertebral permitiram-nos ampliar experiências. Em 1982, com a colaboração de especialistas em todo o país, publicou-se o primeiro tratado sobre esse tema, em português, "Enfermidades da coluna vertebral", reeditado em 1986⁵.

Em 1980, no serviço de Medicina Social e Preventiva do Hospital do Servidor Público Estadual, cujo Diretor era então o Dr. Luís Carlos Morrone, passamos a dar especial atenção a trabalhadores de vida sedentária, (funcionários públicos) durante as sessões da referida Escola de Postura.

Em 1981, no Congresso da "Société Internationale de Chirurgie Orthopedique et Traumatologie"(SICOT), realizado no Rio de Janeiro, sob a presidência do Prof. Dagmar Chaves, tivemos a honra de participar de uma mesa redonda com algumas autoridades mundiais, especialistas em metodologias dirigidas à educação de pacientes com problemas de dores crônicas da coluna vertebral, a que se denominava genericamente de "Back School"². Eméritos e renomados ortopedistas, integrantes da mesa redonda, davam ênfase no processo educativo, apenas a explicações mecânicas dos problemas da coluna. Nessa perspectiva, a prevenção fundamentava-se em posturas ergonomicamente corretas e exercícios. Nossa concepção de Escola de Postura foi apresentada de maneira diversa, baseando-se em uma etiologia sócio-psicossomática dos problemas algícos da coluna. Do

ponto de vista preventivo, enfatizávamos, além das posturas adequadas aos exercícios isométricos, algumas técnicas de relaxamento muscular⁶. O Prof. Alf Nachemson, autoridade mundial no assunto, e em cujo serviço realizou-se a primeira experiência do "Back School"¹³, convidou-nos a relatar essa "original experiência" no Serviço do Hospital Salhgreen, em Gotemburg (Suécia). Em 1980, a experiência do Hospital do Servidor Público Estadual foi publicada: 95 pacientes, que fizeram o tratamento médico e frequentaram a Escola de Postura, foram comparados a 50 pacientes, que receberam apenas o tratamento médico no mesmo ambulatório³. Mediante levantamento realizado pelo correio e análise dos prontuários do hospital, verificou-se que, dois anos e meio após terem recebido essas instruções, os pacientes que frequentaram a Escola de Postura compareceram menos ao ambulatório do Hospital. Destes, 80% mostraram-se satisfeitos com esse tipo de abordagem e continuaram a praticar alguns ensinamentos.

Em 1983, aumentando a preocupação com os aspectos emocionais dos usuários, passaram-se a aplicar testes psicológicos em pacientes sintomáticos⁴ e assintomáticos⁷. O teste "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (M.M.P.I.) foi utilizado para avaliar a personalidade de pacientes com dores crônicas na coluna. Verificou-se, que a maioria dos pacientes com dores crônicas da coluna, apresentavam também graves problemas emocionais de relacionamento na família, no

trabalho e no casamento, mostrando altas pontuações no teste de hipocondria, depressão e histeria (sexualidade)⁷. Esses testes psicológicos podem ser substituídos por técnicas de desenho^{11,12}, de mais fácil aplicação.

Em 1986, passou-se a estudar especificamente o comportamento depressivo⁸, principal distúrbio emocional desses pacientes. Os dados mostraram que a depressão, assim como todo o seu conjunto de adinamias (fuga da ação), acometiam o grupo de pacientes com dores crônicas mais jovens (idade média 38 anos).

Em 1989, a inquietação de avaliar cientificamente a Escola de Postura e, principalmente, o desejo de estudar os fatores que estimulam ou cerceiam a participação dos pacientes nessa atividade, levou-nos a procurar o Curso de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, junto ao setor de Educação em Saúde. Isto porque as Disciplinas de Reumatologia e Ortopedia não oferecem instrumentos operacionais que permitam fazer esse tipo de avaliação.

Com uma visão ampliada por diversos modelos de intervenção nas áreas de Educação e Promoção da Saúde, então discutidos, tomamos conhecimento da teoria do Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model)¹. Esta propõe-se a explicar os estímulos para ação, que levam as pessoas a participar em práticas educativas, voltadas para a saúde, tal como se

propõe na Escola de Postura. Decidimos pois estudar e aplicar esse esquema de referência teórico no presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECKER, M.H.; HOEFNER, D.P.; KASL, S.V. Selected psycho-social and correlates of individual health: related behaviors. Med.Care, 15:27-46, 1977.
2. Congresso da SICOT (Société Internationale de Chirurgie Orthopedique et Traumatologie) 30/8 a 4/9/1981, Rio de Janeiro. Mesa redonda sobre back school - Presidente Alf Nachemson - Participantes: A.White, D.Shelby, G.Waddell e J.Knoplich.
3. KNOPLICH, J. O tratamento psicossomático das algias da coluna: uma experiência do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Rev. Goiana Med., 26:1-35, 1980.
4. KNOPLICH, J. O M.M.P.I. nos pacientes com dores crônicas da coluna. Rev. bras. Ortop., 19(1):37-40, 1984.
5. KNOPLICH, J. Enfermidades da coluna vertebral, 2ª edição. São Paulo, Panamed, 1986.
6. KNOPLICH, J. - Comparando a Escola de Postura com a Back School. In: Knoplich, J. - Enfermidades da Coluna Vertebral, 2ª. edição - São Paulo - Panamed, 1986 - p.320-321.
7. KNOPLICH, J. Enfoque sócio-psicossomático do paciente assintomático. Rev. bras. Reumatol., 28(2):58-60, 1988.
8. KNOPLICH, J. & TOSI, S.D. Dores crônicas na coluna e depressão. Rev. bras. Reumatol., 29(6):214-8, 1989.
9. KNOPLICH, J. .Viva bem com a coluna que você tem. 21ª edição São Paulo, Ibrasa, 1992.
10. KNOPLICH, J., ed. Informativo sobre a coluna vertebral. Rio de Janeiro, Sarsa, 1993.
11. RANSFORD, A.O.; CAIRNS, D.; MOONEY, V. The pain drawing as an aid to the psychologic evaluation of patients with low back pain. Spine, 1:127-34, 1976.
12. VEDEN, A.; ASTRON, M.; BERGENUDD, H. Pain drawing in chronic back pain. Spine, 13:389-92, 1988.
13. ZACHRISSON-FORSSEL, M. The back school. Spine 6:104-6, 1981.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AFECÇÕES CRÔNICAS DA COLUNA VERTEBRAL*

"O MAIOR ERRO NO AVANÇO DA MEDICINA
FOI PROCURAR UMA ÚNICA CAUSA PARA
TODAS AS DOENÇAS"

(Claude Bernard)

EPIDEMIOLOGIA

Estudos prospectivos⁶ e retrospectivos¹⁷ demonstram que 60 a 80% da população adulta têm ou teve um período na vida com um episódio incapacitante de dor na coluna vertebral, principalmente na região lombar.

Kelsey e colaboradores¹⁷ comentam que no "National Center for Health Statistics", em 1969 e 1970, no grupo das doenças crônicas, incapacitantes, as afecções da coluna representavam a primeira causa de incapacitação relacionada ao trabalho, em pessoas com menos de 45 anos de idade e a terceira causa de afastamento de serviço de pessoas com 45 a 64 anos de idade.

O Quadro I, mostra importância da prevalência das afecções da coluna em pessoas totalmente incapacitadas para o trabalho na população americana.

* Nota: As dores crônicas na coluna vertebral, aqui referidas, não serão separadas por regiões (cervical, dorsal ou lombar).

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DAS CAUSAS DE INCAPACIDADE TOTAL AO TRABALHO POR IDADE E POR CAUSA, NOS ESTADOS UNIDOS, 1971.	
IDADE	CAUSAS
De 40 a 54 anos	Neurose Coluna Doenças Cardíacas
De 55 a 59 anos	Doenças Cardíacas Artrose Coluna
De 60 anos ou +	Doença Cardíaca Artrose Doença Respiratória

Alguns anos depois, em 1983, o "National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)", mostrou que o grupo de afecções musculoesqueléticas, onde a coluna assume papel principal, representa a segunda mais importante causa de afastamento temporário do trabalho, nos Estados Unidos.²⁶

As afecções musculoesqueléticas são pois muito frequentes na população adulta. Quase a metade (47,8%) dos adultos examinados no "National Health and Nutrition Examination

Survey I (NHANES I)", nos Estados Unidos, em 1984, apresentavam sintomas ou patologias crônicas, associados ao sistema musculoesquelético.¹⁰

Estatísticas de vários países europeus confirmam esses dados de morbidade em relação à coluna, cabendo mencionar aqui Anderson³, na Suécia, Bruckle e colaboradores⁷, na Inglaterra, e Hettinger¹⁶, na Alemanha.

No Brasil, a perícia do INPS publicou extenso relatório a respeito das principais causas de afastamento do trabalho por parte de seus segurados, referentes ao ano de 1978.² Estes dados constituem as únicas informações publicadas pela Instituição até o presente momento (Tabela I).

TABELA I - AFASTAMENTO DOS TRABALHADORES POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DEFINITIVA (APOSENTADORIA) PELAS TRES CAUSAS MAIS FREQUENTES, BRASIL, 1978 (2).		
DOENÇA	INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR 15 DIAS	INCAPACIDADE DEFINITIVA (APOSENTADORIA)
Hipertensão	4,37 por mil trabalhadores	6,51 por mil trabalhadores
Coluna Vertebral	3,52 por mil trabalhadores	3,22 por mil trabalhadores
Neurose	3,49 por mil trabalhadores	1,78 por mil trabalhadores

Tem-se observado que as algias da coluna afetam os trabalhadores em várias faixas etárias⁶. Homens e mulheres queixam-se igualmente de dores na coluna. De acordo com Haber¹⁴, os homens sofrem mais de dores na região lombar e as mulheres de dores na região cervical. Pode-se atribuir essa diferença aos tipos de profissão que geralmente predominam nos dois sexos. Snook³⁷ demonstrou que os homens sofrem maior número de acidentes de trabalho e recebem mais auxílio-doença do seguro do que as mulheres. Nagi e colaboradores²⁷ não encontraram diferenças significantes entre trabalhadores brancos e negros, não obstante constataram que as classes com menor nível sócio-econômico têm mais dores na coluna e maior número de afastamentos do trabalho do que as classes sociais mais privilegiadas. Isso parece decorrer da atividade de ocupações que exigem maior esforço físico.

Epidemiologistas e pesquisadores escandinavos realizaram alguns estudos de previsões para o ano 2.000. Sievers e Klaukke³⁶, baseando-se numa série histórica de estatísticas na Finlândia, previram o aumento de algias da coluna (Tabela II).

TABELA II - DISTÚRBIOS MUSCULOESQUELÉTICOS AUTO-RELATADOS EM 1964, 1976, 1987 E A PREVISÃO PARA 2.000, EM PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO FINLANDESA					
DISTÚRBBIO	VARIAÇÃO				
	1964	1976	1987	2000	1964 a 2000
Algias de coluna	3,6%	7,1%	9,4%	11,0%	206%
Artrose	0,7%	3,2%	4,3%	5,1%	628%
Distúrbios Musculoesque- léticos	8,8%	13,3%	17,3%	20,3%	131%

Nachemson³¹ previu o mesmo fenômeno para os outros países da Escandinávia e para todas as sociedades altamente desenvolvidas.

História Natural da Doença

A grande maioria dos episódios de dor aguda da coluna são pouco incapacitantes. O próprio paciente faz o diagnóstico e seleciona um tratamento antiálgico inespecífico. De acordo com Dixon,¹¹ 50% dos portadores de dores agudas na coluna melhoram em uma semana enquanto que cerca de 90% melhoram em um mês com qualquer tipo de tratamento ou mesmo sem nenhum tratamento. Desses pacientes, 7% sentirão dor persistente por três a seis meses, 2 a 3% por mais de seis meses; 1% continuarão com a dor após um ano. As dores são consideradas crônicas a partir de tres meses contínuos ou quando com pequenos intervalos de acalmia.^{28,40}

Segundo revisão feita por Nachemson,²⁹ o início dos ataques agudos das 'dores' da coluna começa aos 25 anos. O índice de recorrência, nos primeiros dois anos, é de 60% dos casos, diminuindo com o tempo. Em 6 a 10% dos casos, a dor aguda volta a manifestar-se nos primeiro quinze dias.⁵

Haber, do serviço médico inglês, afirma que, para cada cinco pacientes com incapacitação por dores crônicas da coluna, apenas um fica impedido de trabalhar; dois precisam buscar trabalhos mais leves e dois permanecem no mesmo emprego, tendo apenas que limitar o número de horas no serviço.¹⁴ Nas estatísticas apresentadas, as dores crônicas da coluna ocupam importante lugar como causa de absenteísmo.

Etiologia

Em estudo realizado por Benn e Wood foi possível verificar que dois terços das dores agudas desenvolveram-se durante atividades recreativas e trabalho inespecíficos sem qualquer ligações nítidas entre causa e efeito⁵. É difícil determinar a etiologia das dores agudas e crônicas da coluna vertebral^{28,33}, excluído pequeno número de casos com etiologias definidas, como tumores, inflamações, desarranjos mecânicos, doenças ósseas sistêmicas, etc. Afirma-se que 85% dos casos não apresentam diagnóstico definido^{42,43}.

Riihimaki³⁴ fez uma cuidadosa revisão de estudos, que incluíam possíveis fatores etiológicos das dores crônicas de

coluna, tendo encontrado 24 fatores diretamente ligados à ocupação e 55 fatores de caráter pessoal. Quanto a fatores ligados à ocupação, a extensa literatura revista por Lloyd e colaboradores²³ associa, ambos, o trabalho pesado e o trabalho sedentário com dores na coluna, muito embora algumas pesquisas sugiram que essa relação possa ser questionável³².

A Ergonomia, ciência que estuda posturas corretas no trabalho, tem apresentado um grande número de instrumentos que permitem observar as atividades do operário em seu ambiente de trabalho e, em seguida, prever o aparecimento de dores⁴¹. É difícil referir contudo, quais das estruturas ósseas, discas, musculares, nervosas e tendinosas da coluna serão agredidas. Estes dados levaram a Organização Mundial da Saúde a reconhecer oficialmente a existência de doenças não definidas do sistema músculo-esquelético, relacionadas ao trabalho (work related diseases), causando distúrbios e sintomas que podem surgir entre trabalhadores. Quer isto dizer que o ambiente e o desempenho profissional contribuem significativamente, embora em proporções variadas, para causar as referidas doenças.¹³ Em nosso meio, Knoplich^{20,22}, em levantamento realizado entre desenhistas profissionais, encontrou 100% de queixas de dores na coluna cervical, devidas à postura no trabalho.

Entre os 55 fatores de caráter pessoal, acima referidos, encontram-se componentes genéticos e emocionais⁴⁰. Sabe-se

pouco, contudo, sobre o modo como esses fatores atuam, causando dor ou piorando alguma dor já existente³⁴. Segundo Svensson e Anderson³⁹, os fatores psicológicos afetam o tratamento, a recuperação e a prevenção das dores crônicas da coluna, razão pela qual torna-se necessário considerá-los com mais atenção.

No diagnóstico etiológico das dores crônicas da coluna, mesmo empregando a moderna tecnologia da imagem, é difícil identificar o que significa degeneração patológica ou alterações degenerativas da idade⁴. Até mesmo as autópsias não revelam uma correlação entre a clínica e o achado anatomopatológico²⁵.

Custos Sociais

Kelsey e colaboradores¹⁷ chamam a atenção para o fato de que, apesar das doenças músculo-esqueléticas assumirem grande significado para o indivíduo, pelas dores e incapacitações que afetam sua qualidade de vida, também assumem importância ao considerar-se o alto custo que a sociedade tem que dispende nelas.

Nachemson²⁹, avaliando as estatísticas de absenteísmo referentes aos anos da década de 70 e comparando-as com as da década de 80, observou um aumento de dias parados, em decorrência das dores crônicas da coluna(Tabela III).

TABELA III - PORCENTAGEM DE OPERÁRIOS INCAPACITADOS POR LOMBALGIA E A DIFERENÇA DO AUMENTO NOS ANOS DE 1970 E 1980(%)			
PAÍS	1970	1980	1970-1980
Estados Unidos	5,5%	7%	40%
Inglaterra	5,6%	8%	50%
Suécia	5,4%	9%	60%

Nachemson³¹ prevê que, se houver um aumento das algias da coluna, como vem ocorrendo na Suécia, e se os dias de afastamento continuarem a aumentar, no ano 2000 as dores da coluna tornarão inviável o sistema médico sueco, pelo vulto dos gastos que acarretarão (Tabela IV).

TABELA IV - AFASTAMENTO DA POPULAÇÃO DE TRABALHADORES DO SERVIÇO NA SUÉCIA, POR ANO E POR MÉDIA DE PERDA DIAS DE TRABALHO, POR EPISÓDIO DE DOR		
ANOS	% DE TRABALHADORES PARADOS, EM MÉDIA, POR ANO	MÉDIA DE DIAS SEM TRABALHAR
1970	1%	20 dias
1975	3%	22 dias
1980	7%	25 dias
1987	8%	34 dias
2000 projeção exponencial	32%	40 dias
projeção linear	12%	40 dias

Segundo o autor, se 32% da massa de operários parar durante

40 dias por ano, os custos tornarão inviável o Sistema de Atendimento Médico na Suécia. Sabe-se que 7% de pacientes com dores crônicas da coluna consomem 75% dos gastos, diretos e indiretos com tratamentos, custos sociais de absenteísmo e pagamento de dias parados.³¹

Hadler¹⁵ afirma que, de 1978 a 1988, houve um aumento de 2.500 a 3.000% no afastamento de trabalhadores do serviço por problemas da coluna nos Estados Unidos. Atribui isso ao fato de os médicos dizerem aos pacientes que as dores de pequena intensidade na coluna são incompatíveis com o trabalho e perigosas para as futuras atividades do indivíduo. Um segundo aspecto prende-se à legislação trabalhista dos países desenvolvidos. Esta considera todas as dores da coluna, originárias de degeneração do disco e ligadas a posturas ergonomicamente inadequadas para o trabalho. Sabe-se que o disco degenera com a idade, sem causar dores²⁵. Baseados nessa concepção, Allan e Waddell¹ chamam a atenção para o fato de que o médico ou a equipe que atender o paciente com dores crônicas possam influenciá-lo, levando-o a admitir sua própria incapacidade para trabalhar*. Afirmam assim que a restrição da função laborativa passa a depender das atitudes e crenças do próprio indivíduo. Em algumas pessoas, essas restrições, ligadas a fatores psicológicos, levam a comportamentos

* Na literatura inglesa utiliza-se a denominação "disability", de difícil tradução, que significa uma incapacidade (determinada pelo paciente, pelo trabalhador) sem representação concreta nos exames clínicos ou radiológicos.

anormais em relação às dores, comprometendo os distúrbios físicos eventualmente existentes.

Mayer e col.²⁴ desenvolveram um programa de reabilitação para trabalhadores acidentados e operados da coluna, incapacitados ao trabalho, denominado de readaptação muscular progressiva ao trabalho em que combate a disability é realizado com exercícios de musculação. Esses autores recomendam o uso de um modelo sócio-psicossomático de tratamento, já sugerido por Knoplich¹⁸.

Tratamentos e Prevenção

Segundo Rothman e Simeome³³ o tratamento das dores crônicas da coluna deve visar a três objetivos: 1) sedar a dor o mais rapidamente possível; 2) levar o paciente à atividade funcional anterior, revendo as posturas no trabalho, e 3) evitar, mediante tratamento preventivo, novas agressões à coluna.

A dor da coluna é um sintoma subjetivo que, como já vimos, apresenta dois problemas durante o tratamento: etiologia de difícil determinação na absoluta totalidade dos casos; além disso, o fenômeno "dor", em qualquer segmento corporal, é sempre marcado por inúmeras variações pessoais. As dores agudas na coluna são acompanhadas por fenômenos interligados com ansiedade e, principalmente, com medo. Geralmente associam-se a distúrbios involuntários do sistema nervoso,

expressos por palpitações, suores, frios, adormecimentos, etc.³⁸ Cerca de dois a tres meses após ter início a dor crônica da coluna surgem fenômenos depressivos ligados a essa condição^{21,35}. Na tentativa de evitar novas dores, o paciente recusa-se a voltar ao trabalho, passando a solicitar períodos mais longos de licença, criando atritos com o médico e agravando sua depressão. Por essa razão, o ciclo da dor deve ser acompanhado por modelos de tratamento que incluam o componente educativo, acompanhado por audiovisuais sobre origem da dor e problemas da postura; emprego adequado de ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos; participação do paciente, como agente ativo (nunca passivo) do processo, eliminação das preocupações do paciente quanto a doenças incuráveis, (mediante exames radiológicos e laboratoriais); ênfase no movimento com exercícios e tratamentos fisioterapêuticos adequados¹⁹.

Não se pretende entrar em considerações específicas sobre os diversos tratamentos, uma vez que a maioria dos procedimentos tem seus defensores e detratores. Ainda faltam dados científicos, bem documentados, para comprovar o grau de eficácia de cada um dos tratamentos recomendados. Essa foi a conclusão a que chegaram vários especialistas reunidos em Quebec, no Canadá, em 1987.³⁰

Muitos autores continuam a recomendar medidas preventivas mediante modificações no local de trabalho, "de forma a adaptar a máquina ao homem e não o homem à máquina"¹², mas

sem dúvida tanto médicos⁸ como pacientes⁹ precisam ser treinados para orientar e praticar esses novos enfoques de tratamento e de prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALLAN, D.B. & WADELL, G. An historical perspective on low back pain and disability. Acta Orthop. Scand., 60(Suppl.234):1-23, 1989.
- 2 - Atuação de perícia médica. Rio de Janeiro, 1982 (mimeografado).
- 3 - ANDERSON, G. B. J. Epidemiologic aspects of low back pain in industry. Spine, 6:53-60,1981
- 4 - BATTIÉ, H.C.; VIDEMAN, T.; GILL, K.; KAPRIO, J.; KOSKENVUO, M. Smoking and lumbar intervertebral degeneration: an M.R.I. study of identical twins. Spine, 16:1015-21, 1991.
- 5 - BENN, R.T.& WOOD, P.H.N. Pain in the back: an attempt to estimate the size of the problem. Rheumatol. Rehabil., 14:121-8,1975.
- 6 - BIERING SORENSEN, F. A prospective study of low back in general population. Scand. J. Rehabil. Med., 15:71-9, 1983.
- 7 - BUCKLE, P.; STUBBS, D.A.; BATY, P. Musculoskeletal disorders (and discomfort) and associated work factors. In: Corlett, N. et al eds Ergonomics of working posture. London, Taylor-Francis, 1986. p. 31-9.
- 8 - CHERKIN, D.; DEYO, R.A.; BERG A.D.; BERGMANN, J.J.; LISHNER, D. Evolution of a physician education intervention to improve primary care of low back pain 1-impact of physicians. Spine, 16:1168-72, 1991.
- 9 - CHERKIN, D.; REYO, R.A.; BERGMANN, J.J.; LISHNER, D. Evolution of a physician education intervention to improve primary care of low back pain 2-impact on patients. Spine, 16:117,3-79, 1991.
- 10 - CUNNINGHAM, L. S. & KELSEY, J. L. Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. Amer. J. Public Hlth, 74: 574-9, 1984.
- 11 - DIXON, A.S.J. Progress and problems in back pain research. Rheumatol. Rehabil., 12:165-74,1973.
- 12 - GRANDJEAN, E. Fitting the task to the man and ergonomic approach. London, Taylor-Francis, 1980.p.201-33.
- 13 - GRIECO, A. Sitting posture: an old problem and a new one. Ergonomics. 29:345-62,1989.
- 14 - HABER, L.D. Disabling effects of chronic disease and impairment. J. Chron. Dis., 24:469-73, 1971.
- 15 - HADLER, N.M. A critical reappraisal of the fibrositis concepts. Amer. J.Med., 81(Suppl.3A):26-30, 1986.
- 16 - HETTINGER, T. Statistics on diseases in the Federal Republic of Germany with particular reference to diseases of the skeletal system. Ergonomics, 28:17-20,1985.
- 17 - KELSEY, J.L.; WHITE, A.A.; PASTIDES,H.; BISPER, G. The impact of musculoskeletal disorders on

- population of United States. J. Bone. Jt. Surg., 61A:959-64,1979.
- 18 - KNOPLICH, J. Nova maneira de tratar pacientes com molétias crônicas. Ciênc. e Cult., 37:1251-7, 1985.
 - 19 - KNOPLICH, J. Tratamento geral das algias da coluna vertebral. In: Enfermidades da coluna vertebral, 2ª ed. São Paulo, Panamed, 1986. p.275-7.
 - 20 - KNOPLICH, J. Agressões posturais da profissão de desenhista(I). Rev. bras. Saude ocup., 15:55-8,1987.
 - 21 - KNOPLICH, J. & TOSI, S.D. Dores crônicas na coluna e depressão. Rev. bras. Reumatol., 29:214-18, 1989.
 - 22 - KNOPLICH, J. Agressões posturais da profissão de desenhista(II). Rev. bras. Saude ocup., 73:31-42,1991.
 - 23 - LLOYD, H.H.; GOULD, S; SOUTAR,C.A. Epidemiologic study of back pain in miners and office workers. Spine, 11:136-40,1986.
 - 24 - MAYER, T.G.; GACHEL, R.J.; KISMO, N.; KEELEY, J.; CAPRA, P.; BARNETT, J.; MOONEY, U. Objective assessment of spine functions following industrial injury. Spine, 10:482-93, 1985.
 - 25 - MILLER, J.A.A.; SCHMATZ, G.; SCHULTZ, A.B. Lumbar disc degeneration: correlation with age, sex, spine level in 600 autopsy specimens. Spine, 13:173-78, 1988.
 - 26 - NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. Leading work related diseases and injuries: United. States. Morb. Mortal Wkly Rep. 32:24-6,1983.
 - 27 - NAGI, S.Z.; RILEY, L.E.; NEWBY, L.G. Social epidemiology of back pain in a general population. J.Chron. Dis., 26:769-79, 1973.
 - 28 - NACHEMSON, A. The lumbar spine: an orthopaedic challenge. Spine,1:59-71,1976.
 - 29 - NACHEMSON, A. The natural course of low back pain. In: White, A.A. & Gordon, S.L., eds. Orthopaedic Surgeons Symposium on Idiopathic low back pain. St. Louis, Mosby, 1982. p.46-51.
 - 30 - NACHEMSON, A., et al. Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders: a monograph for clinicians. Report of the Quebec task Force on Spine Disorders. Spine, 12:(Suppl.7S):1-59, 1987.
 - 31 - NACHEMSON, A. Spinal disorders: overall impact on society. Acta Orthop. Scand., 62(Suppl. 241):17-22,1991.
 - 32 - PARRIDGE, R.E. & DUTHIE, J.J.R. Rheumatism in dockers and civil servants: a comparison of heavy manual and sedentary workers. Ann. Rheumatol Dis., 27:559-68.,1968.
 - 33 - ROTHMAN, R.H. & SINEONE, P. The Spine. Philadelphia, Saunders, 1975,p18-22.
 - 34 - RIIHIMAKI, H. Low back pain, its origin and risk indicators. Scand. J. Wk Environm. Hlth. 17:81-90, 1991.
 - 35 - RUDY, T.E. & KEROS, R.C. Chronic pain and depression: toward a cognitive behavioral mediation

- model. Pain, 35:129-40, 1988.
- 36 - SIEVERS, K. & KLAUKE, T. Back pain and arthrosis in Finland: how many patients by the year 2000? Acta Orthop. Scand., 62(Suppl. 241):3-5,1991.
 - 37 - SNOOK, S.H. Low back pain in industry. In: White A.A. & Gordon, S.L., eds. Ortopaedic Surgeons Symposium on Idiopathic Low Back Pain. St. Louis, Mosby, 1982, p.23-38
 - 38 - STERENBACK, P.A. Pain patients: traid and treatment. New York, Academic Press, 1974.
 - 39 - SVENSSON, H.O. & ANDERSSON, G.B.L. Low back pain in 40-47 year - old-men: work history and work environment. Spine, 8:272-6,1983.
 - 40 - WADDELL, G & MAIN,C.J. Assessement of severity in low back disorders. Spine, 9:204-8,1984.
 - 41 - WEBER,I; STAR, A.; SNYDERS, C.J. Development and evolution of new instrument for measurement of work postures in particular the inclination of the head and the spinal column. In: N. Corlette, et al, eds. London. Ergonomics of working posture. Taylor & Francis. 1986,p.82-91.
 - 42 - WHITE, A.A. & GORDON, S.L. Synopsis: whorkshop on idiopathic low back pain. Spine, 7:141-9,1982.
 - 43 - WICKSTROM, G. Prevention of occupational back disorders: an intervention study. Scand J. Wk Hlth, 14(Suppl.1): 116-7, 1988.

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE - EDUCAÇÃO DE PACIENTES

"SÓ AOS POUCOS O ESCURO É CLARO"

(Guimarães Rosa)

Definições

Desde a publicação do Plano Nacional de Saúde do Canadá, conhecido como relatório LaLonde³¹, em 1974, é que pela primeira vez a promoção da saúde passou a fazer parte oficial do planejamento da saúde pública no mundo industrializado.

Com a melhoria do nível de vida das populações e com a diminuição da morbi-mortalidade das doenças infecciosas, a maior preocupação das autoridades em saúde pública se voltaram para as doenças crônico-degenerativas, diretamente ligadas ao estilo de vida das pessoas.

Segundo Breslow⁷ a promoção da saúde é uma atividade cuja finalidade "permite uma vida plena, tanto em longividade como em qualidade. É o prolongamento do bem-estar e a preocupação de evitar riscos à saúde obtendo-se um ótimo nível de determinantes comportamentais, sociais, ambientais e biomédicos da saúde".

Segundo Green e Anderson²¹ "educação em saúde é toda a combinação de experiências e aprendizados a facilitar ações voluntárias de comportamento conducentes à saúde".

Deeds¹⁵, avaliando o extraordinário progresso que ocorreu nesse campo na década de 70, afirma "o campo da Educação em Saúde ficou

tão amplo e com tantas denominações que refletem as diferentes expectativas e embasamentos teóricos de cada profissão ligada à saúde".

Webber⁴⁵ afirma que se deve distinguir entre educação em saúde e informação sobre saúde. A educação em saúde é um programa educativo formal que procura induzir modificações comportamentais nos pacientes que desejam melhorar a sua saúde. Inclui tanto a promoção da saúde como a educação do paciente. Segundo esse autor, a educação do paciente é o preparo do indivíduo para um procedimento médico, incluindo também o acesso a informações sobre aspectos específicos de uma determinada moléstia, pretendendo mudar o comportamento individual em face desse novo estado de saúde.

Em todo o processo educativo o paciente continua sendo sempre o maior responsável por sua própria saúde, cabendo-lhe a decisão de participar ativamente do processo.¹⁷

Segundo Green e Kreuter²³, a durabilidade das mudanças cognitivas e comportamentais é proporcional ao grau de participação ativa do educando. É importante evitar resistências a programas que sejam percebidos como propagandísticos, manipulativos, coercitivos, políticos, ameaçadores e paternais.

Schevermann e colaboradores⁴⁴ afirmam que a prática médica, no futuro, deverá ter tres níveis: contato no ato da consulta entre o médico-paciente, contato do paciente com o grupo de outros pacientes e contato do indivíduo com as necessidades da

sociedade.

Os dois últimos objetivos dizem respeito à promoção da saúde.

Nos últimos cinco anos, afirma Fielding¹⁹, houve um crescente interesse de aplicar as conquistas metodológicas obtidas com a promoção de saúde no ambiente da fábrica, com vistas a diminuir os riscos à saúde. Os nove principais programas desenvolvidos nas fábricas são: 1) Riscos para a saúde em geral; 2) Controle do fumo; 3) Controle de pressão; 4) Exercícios; 5) Controle de peso; 6) Nutrição; 7) Controle da tensão; 8) Acidentes; 9) Cuidados com a coluna.

TABELA V - ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM 1358 FÁBRICAS NOS ESTADOS UNIDOS, EM 1987/1988, COM ÊNFASE NOS PROBLEMAS DE COLUNA

Tamanho da fábrica (nº operários)	programa de atividades para coluna
< 100	19,2%
100 - 249	34,9%
250 - 749	40,7%
> 750	46,4%
TODAS	28,5%

Candeias e col.⁹ fazendo um levantamento das responsabilidades, competência dos especialistas em educação em saúde no estado de São Paulo, conclui que "fala-se muito a nível filosófico, mas faz-se pouco". Pereira e col.³⁸ fazendo um levantamento com os

médicos-chefes em postos de assistência médica verificaram que somente 70% reconheceram que a educação em saúde pode ser responsável por um processo de transformação social e de saúde, mas não tem recursos humanos e materiais para realizá-los.

As atividades organizadas de Educação em Saúde (educação de pacientes) fundamenta-se no desejo de intervir no processo quer seja mantendo comportamentos positivos à saúde, quer interrompendo padrões comportamentais ligados a aumento de riscos de doença, lesões incapacitante ou morte. Deve-se também levar em conta o comportamento daqueles que, nos setores privados ou no Estado, controlam os recursos aplicados a saúde.

Segundo Green e Kreuter²⁰, "entende-se por Educação em Saúde qualquer combinação de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a predispor, possibilitar e reforçar ações voluntárias, individuais ou coletivas, que permitam melhorar o bem-estar pessoal, familiar ou comunitário". O Modelo de Planejamento Educativo, PRECEDE, desses mesmos autores, fundamenta-se nessa definição. É também aquele que, a nosso ver, melhor responde à questão básica do presente estudo. Como se esclarecerá adiante, os objetivos propostos referem-se ao comparecimento de pacientes com dores na coluna à Escola de Postura.

Figura 1
ESQUEMA PRECEDE

OBS: Ler da direita para a esquerda

Tal como ilustra a Figura 1, esta forma de planejar pressupõe a atenta observação de diferentes fases de diagnóstico: social, epidemiológico, comportamental, educativo e administrativo.

No Diagnóstico Social considera-se a "qualidade de vida" de uma população mediante o levantamento de alguns problemas gerais que preocupam grupos-alvo, constituídos por pacientes, como no presente caso, ou por estudantes, operários, donas de casa, etc. Os problemas sociais percebidos ou não por uma determinada comunidade são valiosos indicadores da qualidade de vida dos indivíduos.

Durante o Diagnóstico Epidemiológico procura-se identificar alguns dos problemas específicos de saúde que contribuem para os problemas sociais observados na fase anterior. A partir de estatísticas geradas por investigações rigorosas, de natureza epidemiológica, estuda-se cuidadosamente os vários aspectos de um dos problemas identificados que, por sua gravidade, justifique a aplicação dos escassos recursos educacionais.

O Diagnóstico comportamental diz respeito à identificação de comportamentos de saúde específicos, relacionados ao problema de saúde selecionado. Por representarem o foco de intervenção educativa, torna-se necessário que sejam por um lado, enumerados muito especificamente e, por outro, cuidadosamente hierarquizados. Note-se que, na figura 1, liga-se uma categoria denominada "causas não comportamentais" ao quadrante dos problemas de saúde. Os fatores não comportamentais dizem respeito

a fatores econômicos, genéticos e ambientais, externos ao indivíduo, ou seja, que não têm solução imediata, ou mesmo sem solução, mas que precisam ser considerados em função da força que têm, embora indireta, sobre a saúde das pessoas. O conhecimento de tais fatores permite que os programas de Educação em Saúde sejam mais realistas. As forças sociais podem ser afetadas em decorrência da Educação em Saúde, contribuindo esta para estimular comportamentos coletivos, do tipo comunitário, dirigido a reivindicações de natureza sócio-econômica e ambientais.

O Diagnóstico educativo diz respeito ao estudo dos determinantes do comportamento humano.

Tres categorias de fatores afetam o comportamento individual ou coletivo. Os fatores que predispõem relacionam-se à motivação de um indivíduo ou grupo no sentido de agir. Em geral, prendem-se à dimensão psicológica²⁰. Nesta categoria, incluem-se conhecimentos, atitudes, crenças, valores e necessidades percebidas. Pode-se pensar nos fatores que predispõem como "preferências pessoais que levam uma pessoa ou grupo a adotar determinados comportamentos"²³.

Alguns fatores sócio-demográficos, como nível econômico, idade, sexo e tamanho de família também predispõem à adoção ou manutenção de comportamentos, porém é preciso distingui-los dos acima apresentados, por não sofrerem influencia direta de programas de Educação e Promoção da Saúde. Não obstante, são variáveis independentes úteis, que permitem segmentar as

populações em subgrupos, contribuindo para a melhor compreensão e o melhor planejamento das intervenções educativas. Quer isto dizer que exigem maior atenção para peculiaridades de natureza sócio-demográficas com visível impacto no processo de tomada de decisão de cada um.

Os fatores que possibilitam também antecedem ao comportamento. Em geral prendem-se às condições dos ambientes físico e administrativo, facilitando o desempenho da ação por parte de pessoas ou organizações. Aqui se inserem o acesso a serviços e a recursos, habilidades do pessoal que atende os usuários e características administrativas do ambiente clínico.

Finalmente, os fatores que reforçam representam as consequências da ação, adotada que, em geral, determinam uma retroalimentação positiva ou negativa logo após sua adoção. Encontram-se aqui apoio social, influência dos pares, assim como atitudes e comportamentos do pessoal de saúde. Benefícios sociais (por exemplo, reconhecimento), benefícios físicos (conveniência, conforto, alívio de dor), recompensa (isenção de gastos) e interesses como auto-respeito, melhor aparência e contato com pessoas por quem se sente admiração têm muito a ver com esta dimensão.

Especialmente, este estudo diz respeito ao grupo de fatores que predispoem à aceitação ou rejeição de determinados comportamentos em saúde.

Tal como referido, durante o Diagnóstico Educativo, tal como

proposto pelo Modelo Precede,^{20,22} se analisam os fatores que predispõem as pessoas a adotarem ou não comportamentos relacionados à saúde: conhecimentos, atitudes, crenças, valores, necessidades e habilidades, tem muito a ver com a motivação necessária à tomada de decisões em saúde. Esta dimensão está estreitamente relacionada ao nível psicológico das pessoas, como já se referiu²⁰. O presente estudo aborda principalmente este conjunto de fatores, que predispõem, razão pela qual seguem-se algumas breves observações sobre seus componentes.

O conhecimento correto sobre o processo de saúde-doença representa o primeiro passo para que a pessoa passe a se interessar por mudar seu comportamento. Isso não ocorrerá, entretanto, a não ser que se receba um estímulo motivador, no sentido de aplicar o conhecimento adquirido. Muito embora o conhecimento correto seja fundamental para a manutenção de saúde, nem por isso garante mudanças de comportamento a nível individual o coletivo.

As crenças representam convicções íntimas da pessoa em relação a si própria e à realidade social. É justamente por isso que vários autores têm tentado explicar o comportamento relacionado com a saúde a partir do estudo de certos padrões de crenças^{2,41}. As crenças que as pessoas têm em relação a contrair ou não doenças e se acreditam ou não na severidade das consequências dessas doenças podem provocar medo. Este representa, por sua vez, poderosa força motivacional,

contendo cargas de ansiedade que precisam ser estudadas.³⁹

Os valores que o indivíduo têm possuem componentes culturais, relacionando-se à etnia, às características de grupos de referência, religiões, assim como à identidade histórica e geográfica de cada um. A Educação em Saúde pretende contribuir para que as pessoas possam reconhecer as inconsistências entre, por um lado, valores e atitudes e, por outro, seus próprios comportamentos em saúde.⁹ Pode-se exemplificar com o problema do fumo: se propicia um prazer imediato, é responsável também por sérias doenças no futuro. Da mesma forma, comidas saborosas podem levar a sérias alterações cardiovasculares, nocivas à saúde.¹⁰

De acordo com Becker⁶, atitudes incluem aspectos avaliativos, positivos ou negativos. Os valores diferem porque as atitudes se dirigem a objetos, pessoas ou situações, dependentes da percepção de cada um. O comportamento pessoal em relação a saúde-doença, sob o prisma de fatores predisponentes é complexo, razão pela qual muito se tem publicado a este respeito.²⁰

Quanto à capacidade de auto-controle, na década de 80, adeptos da Teoria de Aprendizagem Social³⁷ passaram a afirmar que o indivíduo é capaz de auto-regular seu ambiente e suas ações. Embora influenciadas pelo seu meio-ambiente, as pessoas também o criam e modificam, de acordo com Steckler e Godman⁴⁴. Desta forma, entre os fatores que permitem melhorar

a própria saúde, inclui-se o auto-controle sobre o processo de Saúde-Doença. Este diz respeito à percepção que cada indivíduo tem de poder (ou não) organizar e determinar com êxito seu comportamento em relação a saúde.¹⁶

Ampliando essa ampla discussão dos fatores que predispõem as pessoas a realizar uma ação concreta, cumpre mencionar o comportamento intencional. Segundo Ajzen e Madden,¹ cada pessoa tem em si uma "intenção comportamental", baseada na razão ("reasoned action"). Mullen e col³⁵, entretanto, afirmam que essa intenção comportamental prende-se a crenças, valores e atitudes, incluídos já na teoria do Modelo de Crenças em Saúde e do mesmo sistema³⁸.

Finalmente, no processo educativo é comum verificar que algumas pessoas possuem certas habilidades, que as predispõem a tomar decisões em determinadas direções. Tudo parece indicar que a existência destas habilidades estejam intimamente relacionada a noções de auto-eficiência e de comportamento intencional. Uma mulher que amamentou anteriormente, por exemplo, provavelmente amamentará outros filhos.⁹

Modelo de Crenças em Saúde

Nas últimas três décadas, dedicou-se considerável atenção ao estudo da não aceitação por parte do paciente, de recomendações médicas importantes para a manutenção de sua saúde. Entre significativo número de propostas teóricas, o Modelo das Crença em Saúde (Health Belief Model) tem-se destacado, dando origem a um apreciável número de trabalhos sobre o comportamento preventivo em saúde, na área do atendimento médico. O modelo procura medir conhecimentos, atitudes, valores e crenças em relação à saúde, ligados intimamente ao comportamento do indivíduo, frente a determinados problemas.⁹

No início da década de 50, o modelo foi proposto por um grupo de psicólogos sociais, ligados a Serviços de Saúde Pública, nos Estados Unidos^{2,42}. Pretendia-se compreender melhor a resistência das pessoas em relação à aceitação de medidas preventivas em saúde ou a testes para detectar precocemente doenças assintomáticas. Propunha-se a verificar, também, porque os pacientes desconsideram os primeiros sintomas das doenças e porque, uma vez estabelecido o diagnóstico e já informados dos cuidados que devem ter com a moléstia, negam-se a seguir as prescrições terapêuticas.³

Os componentes básicos do modelo derivam da "Teoria do Campo de Forças" de Lewin³². Esta procura explicar a motivação do comportamento individual, diante de qualquer fato novo com o

qual tenha que se confrontar. De acordo com esse autor, os indivíduos recebem estímulos para ações que se encontram em um "campo de forças", onde se encontram valências positivas (atrações), negativas (desagradáveis e dolorosas) e valências neutras. Mesmo sem sintomas, a doença sempre representa valências negativas para a maioria das pessoas. Vivendo num mundo de amplas influências e realidades externas, o indivíduo percebe a doença, tendendo a rejeita-la com maior ou menor intensidade. Surge o que Festinger¹⁸ denominou de "dissônança cognitiva", ou seja, uma incoerência entre aquilo em que se acredita e aquilo que se faz, provocada por valores mutuamente exclusivos. Para diminuir suas tensões, recorre a determinados artifícios para alterar a natureza daquilo que o perturba, para tanto justificando certos comportamentos e buscando novas motivações e explicações para novas posturas e tipos de aprendizagem.

Hockbaum,^{24,25} Kegeles,^{28,29} e Rosenstok^{41,42} trabalharam com alguns dos conceitos teóricos propostos por Lewin, na Teoria do Campo de Forças, propondo dimensões que, especificamente, pretendem explicar a tomada de decisão em relação a ações recomendadas no "campo de forças" da saúde. Tal como ocorreu com o teórico que os inspirou, a metodologia do Modelo de Crenças em Saúde também é de natureza quantitativa. Fundamenta-se, portanto, em análises estatísticas, que procuram medir a validade de motivação das ações em saúde⁴¹.

Vale-se da aplicação de questionários ou formulários construídos em função do problema de saúde a ser analisado. Segundo seus autores,^{2,3,24,42} há dois tipos principais de estruturação de quesitos, em termos do comportamento preventivo e em termos do comportamento do papel do doente. O primeiro diz respeito a programas de Promoção da Saúde, sendo designado geralmente de "comportamento preventivo em saúde" (preventive health behavior). O segundo relaciona-se a programas de educação de pacientes, já portadores de doenças específicas, sendo denominado de "comportamento do paciente doente" (sick role behavior)

De acordo com Hochbaum, as condições que em geral levam as pessoas a agir na área da saúde podem ser agrupadas da seguinte forma: pessoas doentes tentam livrar-se de dores, desconfortos, invalidez e de outros males concomitantes, para recuperar a saúde; pessoas saudáveis procuram evitar ou adiar doenças no futuro; as pessoas adotam práticas que parecem estar relacionadas à saúde mas que, de fato, não estão, como por exemplo, emagrecer para tornar-se mais atraentes; finalmente, as pessoas aceitam conceitos altamente abstratos, realizando atividades às vezes totalmente ilógicas do ponto de vista médico.²⁴ Seja qual for a razão, é interessante salientar que o Modelo de Crenças em Saúde estuda o comportamento em função de ameaças sentidas, que emergem ou não da percepção e motivação de cada um. Do ponto de vista teórico, argumenta-se que o fato de uma pessoa adotar

recomendações médicas, em relação a determinada doença depende ou não de sua percepção quanto ao nível de suscetibilidade pessoal, grau de gravidade de suas consequências, dos benefícios potenciais a serem conseguidos e, finalmente, de barreiras físicas, psicológicas, financeiras, incluindo-se o custo para iniciar ou manter o comportamento desejado.⁴⁰

É preciso lembrar entretanto que se vai medir são atitudes, crenças através de medidas psicométricas, porém, a relação entre atitude e comportamento futuro nem sempre é evidente^{4,9,27}. A teoria psicométrica³⁶ pretende medir o comportamento nas reações pessoais, preferenciais, atitudes e valores, porém, não garantem e às vezes podem distorcer a veracidade da resposta apresentada.

Apresenta-se a seguir, a figura contendo os elementos básicos do Modelo de Crenças da Saúde, seguido por algumas breves considerações sobre as dimensões propostas.

Elementos basicos do HBM⁴

PERCEPCAO
INDIVIDUAL

FATORES MODIFICADORES

PROBABILIDADE
DE Acao

Os fundamentos teóricos dos quesitos incluídos, apresentam determinadas características.

Susceptibilidade

As pessoas não pensam do mesmo modo a respeito da própria vulnerabilidade quanto a contrair ou não doenças, ou até mesmo quando têm uma doença com diagnóstico já definido. Considerado esse fato, os instrumentos para coleta de dados devem incluir perguntas sobre crença no diagnóstico e susceptibilidade a doenças e agravamento da já existente. Esta dimensão pode ser definida como a percepção subjetiva que se tem de contrair uma doença ou agravar a que já se tem.

Gravidade

Esta dimensão diz respeito à percepção sobre a gravidade de uma doença, se esta for contraída, ou então daquela que já se tem. Pressupõe a avaliação clínica e social das possíveis consequências orgânicas e sociais da doença, incluindo-se morte, dor, invalidez, perda de emprego, alterações na vida familiar e nas relações sociais.

Benefícios e Estímulos

O grau de percepção da susceptibilidade e da gravidade da doença pode explicar teoricamente a disposição que tem a pessoa, de adotar comportamentos favoráveis a saúde. Perguntas a respeito dos benefícios decorrentes de tais comportamentos prendem-se à existência de medidas efetivas para reduzir a probabilidade de se

contrair uma doença. Não se costuma aceitar determinadas ações, se não perceber que são factíveis e eficientes. Rosentock descreve os estímulos que predispõem o sujeito a aceitar determinadas ações. Estes podem ser internos, como o reconhecimento dos sintomas e o medo, ou externos, por exemplo, artigos em jornais, programas de televisão, doenças de amigos ou familiares.³⁹

Barreiras

Aspectos potencialmente negativos das ações de saúde tendem a impedir determinados comportamentos. Isto exige, obviamente, uma auto-análise com vistas à avaliação do custo do processo educativo implícito na mudança de comportamento, em termos de dor, perigo, efeitos colaterais, disponibilidade de tempo, gastos, etc.

Como se observa na Figura 2, fatores demográficos e sociopsicológicos, assim como condições adequadas da estrutura médico-sanitária, podem alterar a percepção do indivíduo em relação a sua saúde, influenciando no comportamento das pessoas, quanto à aceitação ou rejeição dos programas de saúde e das mudanças de comportamento neles contidas. A intensidade requerida por esses elementos básicos da explicação teórica varia de acordo com os níveis de alerta e disposição para ação.³² Baixos níveis de alerta, decorrentes da pouca ou nenhuma percepção da susceptibilidade, assim como desprezo quanto à gravidade da doença, necessitam de estímulos mais intensos. Isso também ocorre

quando a percepção das barreiras é maior que a percepção dos benefícios auferidos. Ao contrário, se existe alta prontidão ou alerta para a ação, pode aceitar-se, do ponto de vista teórico, que as quatro dimensões acima mencionadas pesem nas decisões subjacentes ao comportamento da pessoa.

Validade Preditiva do Modelo

A capacidade teórica das perguntas incluídas em questionários para identificar pessoas que futuramente adotarão comportamentos recomendados, denomina-se de "validade preditiva".^{5,36} Janz e Becker²⁷ fizeram uma revisão de 46 artigos, até o ano de 1974, cujos autores aplicaram questionários elaborados de acordo com as premissas do Modelo de Crenças em Saúde; 24 estudos referem-se ao comportamento preventivo em saúde; 19 ao comportamento de pacientes com determinadas doenças e 3 a comportamentos em relação à busca de atendimento médico ou leigo. Desses, 18 estudos eram de natureza prospectiva e 28 de natureza retrospectiva. Concluem os autores que, "apesar da variedade dos questionários utilizados para ações específicas na área da saúde, confirma-se a validade preditiva do modelo, muito embora a grande variabilidade dos estudos torne problemática a interpretação e a comparação dos achados". A variedade dos resultados de estudos dessa natureza foi cuidadosamente avaliada por Crownbach¹², Cummings e col.¹³ e Maiman e col.³³. Esses autores interessaram-se especificamente por aspectos ligados à validade interna e à validade preditiva das perguntas, aplicando determinados

tratamentos estatísticos⁵, sobre os quais se discorrerá mais adiante. De acordo com a revisão realizada por Janz e Becker²⁷, os estudos prospectivos trouxeram melhores resultados quanto à validade preditiva do modelo. O item "barreiras percebidas" mostrou-se mais sensível dimensão do modelo nos estudos de comportamento preventivo. A "severidade percebida" relacionou-se mais intimamente ao comportamento do paciente-doente, como aliás seria de esperar.

Trabalhos mais recentes têm mostrado que o modelo preditivo é válido para diabetes²⁶, para AIDS³⁴, para controle de hipertensão⁴⁶ e para osteoporose³⁰, podendo ser aplicado também em crianças⁸. Cummings e col.¹⁴ associaram às dimensões já referidas, outros fatores demográficos e socio-econômicos (tempo de serviço no mesmo local, nível de salários, escolaridade, etc), além da avaliação cognitiva a respeito da própria afecção.

A revisão bibliográfica a respeito do tema, assim como correspondência pessoal mantida com os principais autores do modelo, Rosenstock, Hochbaum, Becker, permitiram verificar que este jamais fôra aplicado em problemas de algias da coluna vertebral. O único trabalho encontrado na literatura é o de Reed⁴⁰ que, em sua tese de doutoramento, aplicou o modelo e uma série de outros testes para avaliar porque alguns pacientes com problemas de coluna escolheram o tratamento com quiropráticos, enquanto outros procuraram a assistência médica tradicional. O mais recente estudo em relação a temas músculo-esqueléticos, ostoporose, é o de Kim³⁰, realizado em 1991.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AJZEN, I & MADDEN, T. Prediction of a goal: directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. J. Exp. Soc. Psychol., 22:453-74, 1986.
2. BECKER, M.H. The health belief model and personal health behavior. Hlth Educ. Monogr., 2:324-508, 1974.
3. BECKER, M.H.; HAEFNER, D.P.; KASL, S.V. Selected psychosocial models and correlates of individual health: related behaviors. Med. Care, 15:27-46, 1977.
4. BECKER, M.H., ed. The health belief model and personal health behavior. Hlth Educ. Monogr., 2:324-473, 1977.
5. BECKER, M.H.; MAIMAN, L; KIRSCHT, J; HAEFNER, D; DRACHMAN, R.H. The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. J. Hlth Soc. Behav. 18:348-66, 1977.
6. BECKER, M.H. Patient adherence to prescribed therapies. Med. Care, 23:539-55, 1985.
7. BRESLOW, L. - Health status measurement in the evaluation of health promotion. J. Hlth Prom. 3:205-16, 1989.
8. BUSH, P.J.; IANNOTTI, R.J. A children's health belief model. Med. Care, 28:69-83, 1990.
9. CANDEIAS, N.M.F. & MARCONDES, R.S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de Saúde Pública. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 13:63-8, 1979.
10. CANDEIAS, N.M.F.; ABUJAMRA, A.M.D.; PEREIRA, I.M.T.B. Delineamento do papel profissional dos especialistas em Educação em Saúde - uma proposta técnica. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 25:289-98, 1991.
11. COHEN, S.A. Patient education a review of the literature. J. Adv. Nurs. 6:11-28, 1981.
12. CRONWACK, L.J. & MEEHL, L.E. Construct in validity in psychological test. Psychol. Bull., 52:280-02, 1955.
13. CUMMINGS, K.M; JETTE, A.N.; ROSENSTOCK, I.M. Construct validation of the health belief model. Hlth Educ. Monogr., 6:394-05, 1978.
14. CUMMINGS, K.M.; BECKER, M.H.; MARLE, M.C. Bringing, the models, together an empirical approach to combining variables used to explain health actions. J. behav. Med., 3:123-45, 1980.
15. DEEDS, S.G. - Overview: The HMO environment in the eighties related issues in health education Hlth Educ. Quart. 8:281-91, 1981.
16. DE VRIES, H; DIJKSTRA M.; KUHLMAN, P. Self efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as predictor of behavioral intentions. Hlth Educ. Res., 3:273-82, 1988.
17. DIGNAM, M.B. Measurement and evolution of health education. Springfield, Charles Thomas, 1983, p.26-37.
18. FESTINGER, L. Teoria da dissonância cognitiva. Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1975, p.139-159.
19. FIELDING, J.E. - Worksite health promotion programs in the United States progress, lessons and challenges. Hlth Promot. Inter. 5:75-84, 1990.

20. GREEN, L.W.; KREUTER, M.W.; DEEDS, S.G.; PARTRIDGE, K.B. Health Education Planning. A diagnostic approach, Palo Alto, Mayfield, 1980, p.98-142.
21. GREEN, L.W.; ANDERSON, C. - Community Health - 4th ed. - St. Louis, Mosby, 1982, 35,45.
22. GREEN, L.W. Health education model. In: Matarrazo, J.O. & Weiss, S.M., eds. Behavioral health. N.York, Wiley, 1984. p.181-98.
23. GREEN L.W. & KREUTER, M.V. - Health promotion planning: an educational and environmental approach 2nd ed. Mountain View. Mayfield, 1991, p.222-232.
24. HOCHBAUM, G.M. Why people seek diagnostic X-Rays, Pub. Hlth Rep. 71:377-80,1956.
25. HOCHBAUM, G.M. Public participation in medical screening programs: a social-psychological study (Washington, DC: Public Health Service, PHS-572), 1959.
26. HUSLEY, A.C. The health belief model: evolution of diabetes scale. Diabetes Educ., 16:44-8,1990.
27. JANZ, N.K. & BECKER, M.H. The health belief model a decade later. Hlth Educ. Quart. 11:1-47, 1974.
28. KEGELES, S.S. Why people seek dental care: a test of conceptual formulation, J. Hlth Human Behav. 4:166-73, 1963.
29. KEGELES, S.S. A field experiment attempt to change beliefs and behavior of women in an urban ghetto, J. Hlth Human Behav., 10:115-24, 1969.
30. KIM, K.K.; HORAN, M.L.; GENDLER, M.K. Development and evaluation of the osteoporosis health belief scale. Res. Nurs. Hlth., 14:155-63, 1991.
31. LALONDE, M.A. - New Perspective on the health of Canadian-In: Green L.W., Kreuter. M.V. eds - Promotion planning: an educational and environmental approach - 2nd. Mountain View Mayfield, 1991, pg. 10-11.
32. LEWIN, K. Teoria de campo em crença social. São Paulo, Pioneira,1965, p.215-19.
33. MAIMAN, L.A.; BECKER, M.H.; KIRSCHT, J.P. Scales of measuring health belief model dimensions a test of predictive value interval consistency and relationship among beliefs. Hlth Educ. Monogr., 5:201-30, 1977.
34. MONTGOMERY, S.B.; JOSEPH, J.G.; BECKER, M.H.; KESSLER, R.C; KIRSCHT, J.P. Health belief model in understanding compliance with preventive recommendation for AIDS how useful? AIDS Educ. Prev., 1:303-23, 1989.
35. MULLEN, P.D.; HERSEY, J.; IVERSON, D.C. Health behavior models compared. Soc. Scien. Med., 24:973-81, 1987.
36. NUNNALLY, J.C. Introduction to psychological measurement. New York, Mac Grow Hill,1970, p.120-29.
37. PARCEL, G.S. & BARANOWSKI, T. Social learning theory and health education. Hlth Educ., 12:14-18,1981.
38. PEREIRA, I.M.T.; WESTPHAL, M.; STEWEN, G.T.M. Percepções do médico chefe a respeito de atividades educativas em postos de assistência médica. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 25:306-14, 1991.
39. RADELFINGER, S. Some effects of fear: arousing communication on preventive health behavior. In: Zappa, J.G., ed. Research an evaluation in health education. Oakland, Sophe Heritage Collection, 1985. V.3,p.39-50.

V.3,p.39-50.

40. REED, B.P. Physician selection in low back pain patients. Utah, 1987. (tese de doutorado Universidade de Utah, Estados Unidos).
41. ROSENSTOCK, I.M. What research in motivation suggests for public health. Amer J. publ. Hlth, 295:302-8,1960.
42. ROSENSTOCK, I.M. Historical origins of the health belief model. Hlth Educ. Monogr., 2:328-35,1974.
43. SCHEVERMANN, W.; SCHEIDT, R.; NUSSEL, E. - Health promotion tomorrow and transformation of the practice of medicine, Hlth. Promot. Inter. 5:45-46, 1990.
44. STECKER, A. & GOODMAN, R.M. How to institutionalize health promotion programs. Am. J. Hlth Prom., 3:34-44,1989.
45. WEBBER. G.C. - Patient education - a review of the issues. Hed Care 28:1089-103,1990.
46. WERSSELD, J.L.; KIRSCHT, J.P.; BROCK, B.H. The health belief model in a population the Michigan blood pressure survey. Hlth Educ. Qualit., 17:141-55, 1990.

4. ESCOLA DE POSTURA

"A ESCOLA ENSINA, MAS É PRECISO FREQUENTA-LA"

(Monteiro Lobato)

Por nós introduzida no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, em 1975, como variação da "Back School" sueca¹⁴, a Escola de Postura oferece um programa de Educação em Saúde para pacientes portadores de dores crônicas da coluna. Dirigida para um grupo-alvo determinado, essa atividade representa uma das quatro áreas de intervenção na prática educativa, Educação de Pacientes, também denominada Educação Clínica^{*}.

Segundo dados epidemiológicos, um grande número de pessoas apresentam ou apresentarão incapacidades para o trabalho em decorrência das dores de coluna. A população atendida pela Escola de Postura é constituída por funcionários do Estado com esse tipo específico de problema. Pode-se pois afirmar que a Escola de Postura é um programa de educação em saúde ocupacional.¹³

Processo de Ensino-Aprendizagem

Oferecem-se sessões educativas a grupos constituídos por 20 a 40 pacientes com dores crônicas ou que, recentemente,

* As outras tres são: Educação em Saúde na Escola, Educação em Saúde do Trabalhador e Educação Comunitária.

tenham sofrido ataque agudo de dor na coluna vertebral. As sessões são acompanhadas por "slides", solicitando-se a colaboração de alguns pacientes para exemplificação, com vistas a estimular a motivação dos demais. Durante três reuniões, uma por semana, fala-se de anatomia, das causas das dores, da influência de fatores emocionais e de posições ergonometricamente corretas. Cada exposição tem a duração de uma hora, com tempo reservado para perguntas e respostas. Também se abordam técnicas de relaxamento, exercícios e fisioterapia, recomendados tão logo a dor tenha início. Dá-se ênfase ao fato de que aos pacientes cabe escolher os movimentos adequados para realizar suas atividades, assim como, verificar condições do maquinário e mobiliário existentes no ambiente físico em que trabalham. Também se esclarece e discute que cabe a eles a responsabilidade de cuidar da medicação, fazer exercícios de alongamento e fisioterapia caseira, aspectos básicos para que não venham a sofrer periodicamente de dores na coluna.⁶

Como material de apoio, encontra-se disponível um livro escrito para leigos e uma fita de vídeo.⁸ As pessoas podem participar do curso quantas vezes o desejarem, sem interferência de qualquer medida burocrática. Essa Escola de Postura vem se realizando desde 1975 até a presente data, tendo-se já feito um esforço para avaliar as atividades realizadas⁷.

Avaliação da Escola de Postura

Knoplich⁷ realizou uma primeira avaliação da Escola de Postura num trabalho que pode ser assim resumido.

De um conjunto de 1548 pacientes atendidos na Escola de Postura no ambulatório de ortopedia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, no primeiro semestre de 1975, foram seleccionados ao acaso 280 pacientes aos quais foi enviado um questionário pelo correio no segundo semestre de 1977. Isso ocorreu, portanto, dois anos e meio depois da implantação da Escola de Postura. Destes, 95 questionados responderam, constituindo o grupo A (pacientes que frequentam a Escola de Postura). Outro grupo (grupo B) era constituído por sorteio de 50 pacientes, atendidos na mesma época, por outros médicos do ambulatório, sendo submetidos a procedimentos de rotina, medicação e encaminhamento a fisioterapia.

Todos os pacientes eram da capital, o que permitia esperar que voltassem ao hospital, (pronto-socorro ou ambulatório) no momento em que ocorresse outro surto de dores.

Uma análise cuidadosa dos prontuários desses 145 pacientes permitiu colher dados relacionados ao quadro clínico, radiológico e frequência a outros serviços do hospital.

Em ambos os grupos prevalecia o sexo feminino. No grupo B os integrantes eram mais jovens pois 54% deles estava na faixa

etária de 41 a 60 anos, ao passo que o grupo A tinha 63.1% dos seus integrantes nessa faixa etária. No grupo A, 21% dos pacientes trabalhavam em atividades que exigiam grande esforço físico (carregando peso), comparados a 12% do grupo B.

Os pacientes do grupo A apresentavam 76.8% de alterações degenerativas evidentes em radiografias, ao passo que no grupo B essas alterações estavam presentes somente em 60% dos pacientes. Também foi possível verificar que o grupo A tinha maior percentagem (30.5% contra 18%) de pacientes que já haviam estado em tratamento psiquiátrico. Pode-se pois afirmar que o grupo A, era constituído de pacientes mais idosos, cujas atividades exigiam maior esforço físico e com alterações degenerativas mais frequentes nas radiografias e maior frequência anterior a serviços psiquiátricos.

Revendo os prontuários, nesse intervalo de dois anos e meio, verifica-se que somente 42.2% dos pacientes do grupo A voltaram ao hospital com problemas relacionados com dores na coluna, ao passo que no grupo B essa porcentagem foi de 62% ($P < 0.05$). Pode-se verificar ainda que dos 42.2% do grupo A que frequentaram a Escola de Postura e que voltaram ao hospital, 52.2% também tiveram problemas emocionais mais profundos e passaram em consultas no psiquiatra, quando comparado a 40% do grupo B ($P < 0,05$).

Algumas Características da Escola de Postura

A Escola de Postura pressupõe aspectos que se apresentam a seguir.

Conhecimentos - Na Escola de Postura são enfatizados os dados fisiológicos e anatômicos do funcionamento da coluna e a origem das dores.

Crenças, valores e atitudes - Existem inúmeras concepções errôneas dos portadores de dores crônicas da coluna, que se acumulam por contato com especialistas diversos ou leigos, a tal ponto que, de acordo com Reed¹², a maioria desses pacientes optam por tratamentos alternativos. Dois aspectos, entre muitos, são discutidos durante as sessões. A degeneração discal e artrósica, conhecida como "bico de papagaio", não é dolorida e não é doença. É um processo de proteção das estruturas ósseas, que surge em decorrência da posição bípede. Outra concepção é que o "bico de papagaio" não tem cura, mas as dores da coluna tem.

Auto-controle - A tônica fundamental da Escola de Postura é "Quem cuida da coluna é você. Não é o hospital, nem o médico e os medicamentos", admitindo-se o fato de que as alterações estruturais são irreversíveis e "deve-se viver bem com a coluna que se tem"^{*}.

^{*} Faço alusão aqui ao livro de minha autoria, "Viva bem com a coluna que você tem".⁸

Comportamento intencional - A ação de proteção à coluna deve ser racionalizada, percebendo que se há fatores mecânicos que agrirem, há fatores emocionais e sociais que devem ser controlados.

Habilidades - Os exercícios para quem já faz ginástica, assim como o ensino de certa mobilidade para quem nunca fez, acompanhado de técnicas de relaxamento, constituem-se nas habilidades mais complexas a serem ensinadas. Entretanto, as posturas ergonometricamente adequadas, se forem adequadamente entendidas, constituem-se nos atos mais importantes do aprendizado.^{5,6}

Versloot e col.,¹³ aplicando um programa do tipo Escola de Postura em 1549 motoristas de ônibus, conseguiram, em dois anos, uma redução de cinco dias de faltas por ano por empregado, comprovando que o custo-benefício deste programa é altamente favorável.

Akkerweken¹ acrescenta que um programa do tipo Escola de Postura se desenvolve mais adequadamente em função do nível de satisfação do trabalhador no emprego.

Nordin e col.,¹¹ fazendo uma revisão de Educação em Saúde, nos programas de prevenção e tratamento de dores crônicas da coluna, enfatizam que, no atual estágio de conhecimento científico, é difícil identificar, por qualquer dos métodos empregados, pessoal com maior probabilidade de apresentar algias da coluna. Essa é a razão que torna a prevenção

primária difícil. Assim, a prevenção secundária de pacientes que tiveram algum tipo de dor na coluna, através da Escola de Postura, tem a finalidade de fazer com que o paciente adote comportamentos preventivos em relação a saúde, protegendo sua coluna. Um conjunto complexo de fatores deve ser incluído na Escola de Postura: melhora das condições físicas de força muscular, condições de fazer exercícios, alterações no estilo de vida, controle dos fatores estressantes no trabalho e na vida diária, além do aprendizado de posições ergonômicas adequadas.⁴

Esse conjunto de objetivos permite incluir também na Escola de Postura empregados no nível da prevenção terciária, como trabalhadores já operados ou com sintomatologia incapacitante.

A participação da Escola de Postura é voluntária e teria maior eficiência se recebesse pessoas com maior número de fatores de risco, contudo já ficou comprovado que as crenças dos pacientes em relação às dores de coluna não diferem muito das crenças dos profissionais de saúde que os atendem.^{2,3} Por essa razão, deve-se procurar pacientes que já se sintam motivados para cuidarem de seus problemas de dores crônicas da coluna, pois inúmeras alterações não dependem deles, como por exemplo, condições ergonômicas do ambiente de trabalho, tempo para fazer exercícios, etc.

O processo de ensino-aprendizagem pode melhorar conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas (CAHP) de forma a reduzir custos.⁹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AKKERWEEKEN, P.F. Teaching aspects. Ergonomics, 28:371-7, 1985,
- 2 - CHERKIN, D.; DEYO, R.A.; BERG, A.O.; BERGAGHANN, J.J.; FISHER, D. Evolution of physican education intervention to improve primary care of low back pain. I - Impact on physician. Spine, 16:1168-72, 1991.
- 3 - CHERKIN, D.; DEYO, R.A.; BERG, A.O.; BERGAGHANN, J.J.; FISHER, D. Evolution of physican education intervention to improve primary care of low back pain. II - Impact on physician. Spine, 16:1173-79, 1991.
- 4 - EVERLY, G.S. & FELDMAN, R.H. Occupational health promotion: health behavior in the workplace. N.York, John Willey, 1984, p.67-92.
- 5 - FISH, J.R.; DIMONTE, P.; COURINGTON, S.H. Back school: past, present and future. Clin. Orthop. Rel. Res., 179,(10):18-23, 1983.
- 6 - HALL, H. & ICETON, J.A. Back school. Clin. Orthop. Rel. Res., 179:10-17, 1983.
- 7 - KNOPLICH, J. O tratamento psicossomático das algias de coluna: uma experiência do Hospital do Servidor Público de São Paulo. Rev. Goiana Med., 26:1-40, 1980.
- 8 - KNOPLICH, J. Viva bem com a coluna que você tem. 21ª ed., São Paulo, Ibrasa, 1992,
- 9 - LORING, K.R.; COX, T; CUERVAS, Y.; KRAINES, R.G.; BRITTON, H.C. Converging and diverging beliefs about arthrits. J.Rheumatol., 11:76-9, 1984.
- 10 - HULLEN, P.D.; GREEN, L.W.; PERSINGER, G. Clinical trials of patients educations for chronic condiction: a comparative meta-analyzis of intervention types. Prev. Med., 14:753-81, 1985.
- 11 - HORDIN, M; WEISSER, S; HALPERN, N. Education: the prevention and treatment of low back disorders. In: Frymoyer, J.W.,ed. The adult spine. New York, Reaven Press, 1991, p.97-112.
- 12 - REED, B.P. Physisian selection in low back pain patients. Utah, 1987. (Phd. Thesis - UTAH University).
- 13 - VERSLOOT, J.H.; ROZENMAN, A.; VAN SON, A.H.; AKKERWEEKEN, P.F. The cost effectiveness of a back school program in industry. Spine, 17(1):22-27, 1992.
- 14 - ZACHRISSON-FORSSEL, H. The back school. Spine, 6:104-110, 1981.

5. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o processo de decisão dos pacientes com dores na coluna vertebral, quanto ao comparecimento à Escola de Postura do Hospital do Servidor Público Estadual.

Objetivos Específicos

- 1º) Estudar aspectos que levaram os pacientes com dores na coluna vertebral a comparecer à Escola de Postura, para tanto considerando variáveis sócio-demográficas e outras características pessoais.
- 2º) Estudar aspectos que levaram os pacientes com dores na coluna vertebral a comparecer à Escola de Postura, para tanto considerando as variáveis que estruturam o Modelo de Crenças em Saúde: suscetibilidade, gravidade, benefícios/estímulos e barreiras.
- 3º) Elaborar um instrumento que permita prever, com certa margem de segurança, o comparecimento à Escola de Postura.

6. METODOLOGIA

Local do Estudo

O Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, de São Paulo, situado na Capital do Estado, é a base centralizada de atendimento ambulatorial e hospitalar do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE), de todo o Estado de São Paulo. Atende uma população de, aproximadamente, 800.000 funcionários e familiares.

O atendimento ambulatorial é realizado com consultas previamente marcadas para todas as especialidades. Para casos de urgência, conta com um Serviço de Pronto-Socorro que funciona 24 horas por dia. Além disso, existe um serviço de Pronto Atendimento, criado com a finalidade de atender casos de urgência ambulatorial, sem a gravidade dos que exigem pronto-socorro. Em 1991, o atendimento médio mensal foi de 4.920 pessoas. No mês de março de 1992, foram atendidas 4.539 pessoas, entre funcionários e seus dependentes, mês em que foi realizada essa pesquisa.

Amostragem

A amostragem probabilística é inviável em inúmeras situações, particularmente na prática do atendimento clínico, como no presente caso. Em tais circunstâncias, torna-se necessário recorrer a amostragens não

probabilísticas, entre as quais se incluem as amostras de julgamento (também denominadas amostras de conveniência ou intencionais), amostras por quotas e amostras de sujeitos disponíveis.

No presente estudo, considerada a peculiaridade das circunstâncias, optou-se por uma amostra de julgamento, constituída com base na experiência clínica do pesquisador e das questões por ele propostas. Portanto, as unidades amostrais foram escolhidas por apresentarem condições ideais de acessibilidade. Definida como amostra de uma população hipotética, esta população não favoreceu nem desfavoreceu a manifestação do fenômeno em estudo, constituindo provavelmente uma amostra não viesada.

Por ser o objetivo desta pesquisa criar um instrumento baseado na Teoria de Crenças em Saúde e verificar sua fidedignidade em termos da previsão do comportamento de pacientes com dores na coluna vertebral, os dados foram coletados duas vezes. Para facilitar a compreensão da leitura e dos resultados a serem discutidos, referir-nos-emos a esses dois distintos momentos como: a 1^a Etapa (Exploratória) e a 2^a Etapa (Probatória).

Critérios de Inclusão

Incluíram-se na amostra apenas funcionários em exercício do Estado, regularmente inscritos no Serviço de Pronto-Atendimento, (excluindo-se, portanto, estagiários, dependentes e aposentados) moradores na Capital e na Grande São Paulo. Foram excluídas as pessoas que moravam no interior do Estado pela dificuldade que teriam de voltar à Escola de Postura no dia agendado. Constituíram a amostra apenas pessoas entre 18 e 40 anos, de ambos os sexos. O limite de 40 anos foi estabelecido porque pessoas do sexo feminino após os 40 anos podem apresentar distúrbios hormonais que influem na osteoporose, causa de possível dor na coluna. Também foram excluídos os pacientes operados da mama, útero, ovários, tiróide, estômago e coluna, para evitar o efeitos de alguma patologia tumoral e endócrina, capaz de causar dores na coluna. Foram também recusadas pessoas que já tivessem participado anteriormente das atividades da Escola de Postura.

Instrumentos para a Coleta de Dados

Como já foi exposto anteriormente, o questionário baseado no modelo de crenças em Saúde é específico para cada patologia estudada. Realizada a pesquisa bibliográfica e através de correspondência pessoal com Rosenstok, um dos criadores do modelo, constatou-se que não houvesse sido aplicado no estudo das afecções da coluna vertebral.

Para o presente estudo foi construído um questionário original com 66 perguntas, 11 abertas e 55 fechadas. As perguntas foram divididas basicamente em dois blocos: um conjunto constituído por 28 questões gerais, que dependendo da resposta continham algumas perguntas complementares e 38 perguntas ligadas ao modelo de crenças em saúde. O questionário continha nas 28 questões e sub-questões gerais: 8 perguntas sobre características sócio-demográficas e pessoais; 6 perguntas sobre ocupação, 5 perguntas específicas a respeito de coluna e tabagismo (2) e 19 perguntas sobre a saúde.

O Modelo das Crenças de Saúde fundamentou-se em 38 questões: quatro perguntas sobre susceptibilidade (29, 37, 41, 57); onze perguntas sobre gravidade (30, 31, 34, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 62, 65); quatorze perguntas sobre barreiras (32, 33, 36, 40, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 56, 60, 63, 66); nove perguntas sobre benefícios e estímulo para ação (38, 42, 46, 50, 54, 58, 59, 61, 64). Neste conjunto, utilizamo-nos da escala de intervalo ou diferenciada de Thurstone, considerada como uma das que melhor se adapta ao Modelo de Crenças em Saúde. Desta forma, cada uma das 38 perguntas apresentava cinco alternativas, como resposta, com a seguinte pontuação: "concordo totalmente", 1 ponto; "concordo em parte", 2 pontos; "não sei", 3 pontos; "discordo em parte", 4 pontos; "discordo totalmente", 5 pontos.

Uma vez elaborado o questionário foi submetido à apreciação de dois pesquisadores com ampla experiência acadêmica. Fez-se então uma revisão do seu conteúdo para, a seguir, realizar o pré-teste do instrumento. Para tanto, recorreu-se a 10 pacientes atendidos no ambulatório de algias da coluna, no Hospital Estadual do Servidor Público, não incluídos na amostragem.

Para não ampliar em demasia o questionário com perguntas relacionadas ao componente emocional, optou-se em ampliar o teste de MMPI, realizado sob a forma de um desenho. Era fornecida uma folha com o desenho de figura humana de frente e costas com a simbologia gráfica para localizar as sensações de adormecimento, pinicar como agulha, queimação e sensação perfurar-pinçar. (anexo B).

Coleta de Dados

Definido o questionário com 66 perguntas foi aplicado na 1ª fase que chamaremos exploratória em 134 funcionários públicos atendidos durante 30 dias seguidos no Pronto Atendimento do Hospital dos Servidores Público. Todos os pacientes preencheram os critérios de inclusão e apresentavam dores na coluna, motivo de não terem trabalhado no dia que compareceram ao Hospital.

Os questionários das entrevistas foram preenchido por uma mesma entrevistadora de alto nível acadêmico, que dispndia uma média de quarenta minutos por paciente. A pesquisa foi realizada hora no período da manhã hora no período da tarde.

Após a entrevista, o próprio paciente após receber as instruções sobre os sinais gráficos, preenchia o desenho da figura humana, que não levava mais do que alguns minutos em média.

A entrevistadora, após esses dois procedimentos, informava o paciente a respeito da Escola de Postura, agendando local, dia e a hora do evento através de um bilhete. Para uniformizar o intervalo entre a entrevista e a Escola de Postura era de 5 a 7 dias.

Selecionando o tratamento estatístico a ser utilizado descrito a seguir, considerou-se que a amostra deveria conter no mínimo 50 pacientes que após a entrevista tivessem optado por comparecer a Escola de Postura, sendo comparados aqueles que preferiram não comparecer.(Tabela VI)

Dos 134 funcionários entrevistados, 56 (41,8%) vieram à Escola de Postura, assim esse grupo passamos a denominar de integrantes da 1^a etapa da pesquisa (a fase exploratória da validade do instrumento).

TABELA VI - NÚMERO DE PESSOAS QUE COMPARECERAM À ESCOLA DE POSTURA NA 1ª E NA 2ª ETAPA

	1ª etapa n=134			2ª etapa n=32		
	Nº de pessoas	%	% do total	Nº de pessoas	%	% do total
Espontaneo	29	51,8	21,6	6	46,2	18,6
1ª carta	14	25,0	10,5	4	30,7	12,5
2ª carta	8	14,2	6,0	2	15,4	6,2
3ª carta	4	7,1	3,0	1	7,7	3,1
4ª carta	1	1,9	0,7	-	-	-
Total	56	100	41,8	13	100	40,6

Dos 56 entrevistados somente 29 pessoas vieram no dia marcado pela entrevistadora. Os outros compareceram após receber uma carta (14 pessoas) após duas cartas (8 pessoas), após três cartas (4 pessoas) e após 4 cartas (1 pessoa). Para efeito desse estudo não se considerou a análise do número de estímulos (cartas) necessários para que comparecessem. Nesses termos, o estudo exigiria uma amostra muito maior.

As desculpas mais frequentes para não comparecimento eram impossibilidade de deixar o serviço no dia marcado e esquecimento.

Na 2ª etapa da pesquisa (a fase probatória) foi aplicado um questionário reduzido com 12 perguntas à 32 pacientes, sem a figura. A mesma entrevistadora realizou o mesmo procedimento em relação à marcação da Escola de Postura.

Variáveis em Estudo

Todo o conjunto das 66 perguntas e sub-perguntas foi considerado como variáveis independentes incluindo o estado emocional analisado pela figura e os símbolos gráficos.

Considerou-se como variável dependente o comparecimento ou não à Escola de Postura, constituindo essa, portanto, uma variável dicotômica.

Pressuposto do Estudo

A hipótese que norteia este trabalho é a de que as dimensões que constituem o Modelo de Crenças em Saúde permitem elaborar um instrumento capaz de prever o comportamento dos pacientes em relação ao comparecimento à Escola de Postura. Ou seja, possibilitam classificar os pacientes em dois grupos, em função de um ponto de corte determinado pelo tratamento estatístico dos dados: pessoas com maior probabilidade de vir à Escola de Postura e pessoas com menor probabilidade de a ela comparecer.

Com base nos resultados da análise da primeira amostra (134 pacientes), fez-se uma seleção das principais questões do Modelo de Crenças em Saúde, para discriminação entre os grupos, com comparecimento esperado ou não, à Escola de Postura. Com o intuito de se verificar a adequação da classificação, trabalhou-se com a segunda amostra (de contraprova, 32 pacientes). O Quadro II mostra o esquema de referência utilizado para a interpretação dos dados

QUADRO II - ESQUEMA DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE DOS DADOS

COMPORTAMENTO REALMENTE OBSERVADO	COMPORTAMENTO PREVISTO PELO INSTRUMENTO	
	COMPARECERAM	NÃO COMPARECERAM
Compareceram	acerto do instrumento e do desenho	erro do instrumento e do desenho
Não compareceram	erro do instrumento e do desenho	acerto instrumento e do desenho

Tratamento Estatístico

Na 1ª Etapa do estudo, fez-se uma análise de frequência simples e um cálculo do qui quadrado para verificar a relação de cada uma das variáveis independentes com a variável dicotômica dependente. Em seguida, e em relação às perguntas referentes ao Modelo de Crenças em Saúde, submeteram-se as variáveis

seguida, e em relação às perguntas referentes ao Modelo de Crenças em Saúde, submeteram-se as variáveis estatisticamente significantes à técnica de regressão logística.

Na análise dos dados dessa proposta teórica, alguns autores têm utilizado a técnica da análise discriminante e análise de variância, ANOVA. Porém, nesse tipo de tratamento estatístico, parte-se do pressuposto de que as variáveis dependentes sejam contínuas e que tenham uma distribuição gaussiana. Contudo, como isso não parece corresponder à realidade, esse tipo de análise fica sujeito a vários tipos de erros.

No presente trabalho, utilizamos a técnica de regressão logística. Na década de 80, esse tratamento estatístico passou a ser considerado como o mais indicado para a análise do comportamento de uma variável dependente dicotômica em relação a um conjunto de variáveis independentes. Esse modelo difere da regressão linear pelo fato de a variável dependente não ser contínua, mas dicotômica, como ocorre no presente caso em que se observa o comparecimento ou não de 166 pacientes à Escola de Postura.

Esquema Explicativo de Análises Multidimensionais

Para melhor compreensão da localização da regressão logística, frente a outras propostas de tratamento estatístico, apresenta-se a seguir um esquema explicativo das técnicas de análise multidimensional, elaborado por Camargo Pereira.* (Quadro III)

* Comunicação pessoal do Prof. José Severo de Camargo Pereira, INE/USP

QUADRO III - TÉCNICAS DE ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL

MÉTODOS DE ANÁLISE
MULTIDIMENSIONAL

1. Mensurações de 3ª e 4ª níveis	0(zero) variáveis dependentes	1. Análise Fatorial (descrição) 2. Análise de Conglomerados (descrição) 3. Escalonamento Métrico Múltiplo (descrição)
	1(uma) só variável dependente	Regressão múltipla (previsão)
	Mais de 1 variável dependente	Análise de Variância Multidimensional (previsão)
2. Mensurações de 1ª e 2ª níveis	0(zero) variáveis dependentes	1. Escalonamento Não-métrico Múltiplo (descrição) 2. Estrutura Latente(descrição)
	1(uma) só variável dependente	Análise Discriminante(previsão)
	Mais de 1 variável dependente	Análise Canônica (previsão)

1º nível de mensuração: variáveis puramente classificatórias do tipo vota/não vota, comparece/não comparece à Escola de Postura.

2º nível de mensuração: variáveis ordenáveis: 1º colocado, 2º colocado, etc.

3º nível de mensuração: há uma unidade de medida padronizada, mas o zero da escala é convencional. Exemplo: medida comum de temperatura

4º nível de mensuração: há uma unidade de medida padronizada e o zero da escala é absoluto. Exemplo: estatura, peso, etc.

No caso do presente estudo, temos uma única variável dependente de 1º nível de mensuração para a previsão do comportamento dos pacientes em relação à Escola de Postura, tendo-se substituído a análise discriminante por uma regressão logística por motivos técnicos já referidos.

Processamento de Dados

Para o processamento dos dados utilizamos os programas SPSS e GLIM. Entre as 38 perguntas incluídas no Modelo de Crenças em Saúde, a partir da estatística qui quadrado com $x = 0,30$, selecionaram-se 12 perguntas que foram submetidas à técnica de regressão logística com um tipo de tratamento denominado "passo a passo" (Stepwise). Este estudo permitiu o cálculo da probabilidade de comparecimento do paciente à Escola de Postura, com a determinação de um ponto de corte que distinguiria pessoas que compareceriam ou não à Escola de Postura. Esse ponto foi escolhido de forma a minimizar a probabilidade total de má classificação. O ponto de corte determinado pela regressão logística foi de -1.444,1 conforme a tabela XII, adiante.

Com os dados assim obtidos, passou-se à 2ª Etapa do Estudo, aplicando-se um questionário, reduzido (12 questões), a uma amostra probatória constituída por 32 novos pacientes, como se mencionou anteriormente.

Plano Resumido do Tratamento Estatístico

O Quadro IV mostra, de forma resumida, o que acima relatamos quanto ao plano do tratamento estatístico do presente estudo.

QUADRO IV - PLANO RESUMIDO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

1ª Etapa: Exploratória

Variáveis independentes	Instrumento	Tratamento Estatístico
A. variáveis sócio-demográficas	Questionário I (134 pacientes)	Frequência simples qui quadrado ($P < 5\%$)
variáveis condições de saúde		
variáveis informações em saúde e tomada de decisão		
variáveis trabalho e emprego		
variáveis dores na coluna		
B. variáveis do MCS		
dimensão estímulos/benefícios		1ª Frequência simples
dimensão susceptibilidade		2ª qui quadrado ($P < 30\%$)
dimensão gravidade		3ª Regressão logística para análise das associações estatisticamente significantes com redução de 38 para 10 perguntas do MCS
dimensão barreiras		
C. variáveis do teste figura		1ª Frequência simples
problemas emocionais		2ª qui quadrado ($P < 30\%$)
sem problemas emocionais		

2ª Etapa: Probatória

Verificação da capacidade do instrumento para previsão do comportamento dos pacientes da Escola de Postura.

Questionário II (32 pacientes),
contendo 10 das 38 perguntas
iniciais.

7. RESULTADOS

Esse trabalho foi realizado em duas etapas, sendo a 1ª fase exploratória, com 134 funcionários públicos. A segunda etapa chamada probatória foi realizada com 32 funcionários públicos.

1ª Fase - Características Gerais

A tabela VII contém as características sócio-demográficas da amostra dos 134 participantes. Chama atenção que 73,9% são brancos, a maioria é mulher (88,1%) com idade de 31 a 40 anos (55,2%), nível universitário (35,1%) e poucos vivem sozinhos (5,2%). Com exceção do sexo, nenhuma dessas características influenciou estatisticamente no comparecimento a escola de postura quando aplicado o teste do qui-quadrado.

TABELA VII- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PESSOAIS

VARIÁVEIS	NA	%
Raça		
amarela	1	0,7
branca	99	73,9
parda ou mestiça	22	16,4
preta	12	9,0
Total	134	100,0
Sexo		
masculino	16	11,9
feminino	118	88,1
Total	134	100,0
Peso(quilos)		
45 a 50	15	11,2
51 a 60	50	37,3
61 a 70	35	26,1
71 a 80	19	14,2
81 ou mais	15	11,2
Total	134	100,0

continuação -->

VARIÁVEIS	NA	%
Altura(cm)		
< 1,40	1	0,7
1,41 a 1,50	7	5,2
1,51 a 1,60	49	36,6
1,61 a 1,70	62	46,3
1,71 a 1,80	10	7,5
1,81 ou mais	5	3,7
Total	134	100,0

Idade(anos)		
< 20	1	0,7
21 a 25	26	19,4
26 a 30	33	24,6
31 a 40	74	55,2
Total	134	100,0

continuação -->

VARIÁVEIS	NA	%
Escolaridade		
Primário completo	2	1,5
Ginásio incompleto	14	10,4
Ginásio completo	09	6,7
Colegial incompleto	12	9,0
Colegial completo	32	23,9
Superior incompleto	18	13,4
Superior completo	47	35,1
Total	134	100,0
Pessoas na moradia		
vive sozinho	7	5,2
vive com outros	127	94,8
Total	134	100,0
Residentes no domicílio (nº de pessoas)		
vivem sozinhos	7	5,2
2 pessoas	15	11,2
3 pessoas	31	23,1
4 pessoas	32	23,9
5 pessoas	26	19,4
6 pessoas	13	9,7
> 6 pessoas	10	7,5
Total	134	100,0

O item sexo será analisado adiante (tabela X).

A tabela VIII analisa a ocupação e mostra que (86,6%) são funcionários com menos de 10 anos de serviço e somente 11,2% estão afastados do seu trabalho original. Como quase a metade (48,5%) são professores, a grande parte (45,5%) trabalha de pé, mas raramente (14,9%) são trabalhos pesados. Quanto a história anterior de dores na coluna 82,8% dos funcionários tiveram muitas vezes dores e 82,8% consideraram-na muito forte, mas esses episódios ocorreram há muito tempo em 76,9% dos entrevistados, com exceção do episódio que deu origem a participação nesse trabalho. As dores de coluna anteriores não afastaram a maioria (51,5%) do trabalho e a absoluta maioria 78,4% não tirou licença médica. Dessa amostra de 134 funcionários públicos, poucos (23,1%) fumam, Com exceção do fumo e sexo, todos os outros itens quando analisados não tiveram qualquer significancia estatística no estudo da variável dependente.

TABELA VIII - OCUPAÇÃO

VARIÁVEIS	NA	%
Profissão		
professor	65	48,5
auxiliar de serviço	15	11,2
escriturário	12	9,0
escrevente	07	5,2
inspetor de alunos	06	4,5
outros	29	21,6
Total	134	100,0
Anos de serviço no emprego		
< 10 anos	116	86,6
11 a 20 anos	17	12,7
> 21 anos	1	0,7
Total	134	100,0
Condições de trabalho		
ativos	119	88,8
afastados	15	11,2
Total	134	100,0

continuação -->

VARIÁVEIS	NA	%
-----------	----	---

**Tempo de trabalho como
funcionário público (anos)**

1 a 10	110	82,1
11 a 20	23	17,2
> 21	1	0,7

Total	134	100,0
--------------	------------	--------------

Postura no trabalho

maior parte sentado	38	28,4
maior parte andando	23	17,2
maior parte agachado	2	1,5
maior parte de pé	61	45,5
metade sentado/metade em pé	1	0,7
metade sentado/metade andando	1	0,7
maior parte andando	1	0,7
andando e agachado	2	1,5

Total	134	100,0
--------------	------------	--------------

Transporte de cargas pesadas

sim, muitas vezes	20	14,9
às vezes	21	15,7
não, nunca	93	69,4

Total	134	100,0
--------------	------------	--------------

continuação -->

VARIÁVEIS	NA	%
Frequencia de dor na coluna		
Poucas vezes	21	15,7
Muitas vezes	111	82,8
uma só vez	2	1,5
Total	134	100,0

Intensidade

Foi muito forte	111	82,8
Nunca foi forte	23	17,2
Total	134	100,0

Época de dores nas costas

Recentemente	23	17,2
Há muito tempo	103	76,9
Não lembro	8	6,0
Total	134	100,0

Faltam no serviço

Sim	65	48,5
Não	69	51,5
Total	134	100,0

Tiram licença

Não	105	78,4
Uma única vez	13	9,7
Várias vezes	16	11,9
Total	134	100,0

A tabela IX relaciona os itens referentes à saúde. Causa estranheza que apesar de jovens (44,8%) dos 134 entrevistados, tinham 18 a 30 anos, consideram a saúde como má, por isso 87% estão preocupados, ou muito preocupados com a saúde, mas 81,3% não soube dizer qual a doença que tinham, apesar de 61,2% considerarem-se bem informados sobre temas de saúde obtidos por leituras. Do total (77,6%) fazem automedicação, apesar de 73,2% terem ido ao médico. Submetidos à análise estatísticas, nenhum desses itens mostrou ter influído na decisão de comparecer à Escola de Postura.

TABELA IX - SAÚDE

VARIÁVEIS	NA	%
-----------	----	---

Opinião quanto à própria saúde

muito boa	6	4,5
boa	36	26,9
má	60	44,8
não sabe	30	22,4
Total	134	100,0

Preocupação com a saúde

muito preocupados/as	44	32,8
preocupados/as	73	54,2
pouco/nada preocupados/as	16	11,9
não sabe	1	0,7
Total	134	100,0

Opinião sobre o peso

muito gordo	9	6,7
gordo	48	35,8
normal	55	41,0
magro	17	12,7
muito magro	5	3,7
Total	134	100,0

continuação -->

VARIÁVEIS	NA	%
-----------	----	---

Medidas para emagrecer

sim	35	61,4
não	22	38,6

Total	57	100,0
-------	----	-------

Medidas para engordar

sim	12	54,5
não	10	45,5

Total	22	100,0
-------	----	-------

Doenças crônicas

disse ter e tem	05	3,7
disse ter e não tem	17	12,7
disse não ter e tem	3	2,2
disse não ter e não tem	109	81,3

Total	134	99,0
-------	-----	------

Recomendações médicas nos últimos seis meses

houve recomendações	52	69,3
não houve recomendações	17	22,7
não se lembram	6	8,0

Total	75	100,0
-------	----	-------

continuação -->

VARIÁVEIS	NA	%
Tipos de recomendação médica *		
tomar remédio	56	80,0
mudar de hábitos	10	14,3
fazer tratamento	4	5,7
Total	70	100,0
Grau de informações em saúde		
consideram-se bem informados	82	61,2
não se consideram informados	10	7,5
consideram-se mais ou menos informados	42	31,3
Total	134	100,0
Leituras sobre saúde		
sempre	69	51,5
nunca	17	12,7
às vezes	48	35,8
Total	134	100,0
Leitura de bulas		
sempre	123	91,8
nunca	5	3,7
às vezes	6	4,5
Total	134	100,0

continuação -->

* Alguns pacientes mencionaram mais do que uma recomendação.

VARIÁVEIS	NA	%
-----------	----	---

Com quem conversam sobre saúde

médicos	100	74,6
família	24	17,9
amigos	7	5,2
colegas	1	0,8
outros	2	1,5
Total	134	100,0

Frequência com que conversam sobre saúde

sempre	42	31,3
algumas vezes	40	29,9
raramente	52	38,8
Total	134	100,0

Uso de remédios caseiros

usam	75	56,0
não usam	59	44,0
Total	134	100,0

**Uso de medicamentos
recomendados por amigos**

usam	26	19,4
não usam	108	80,6
Total	134	100,0

continuação -->

VARIÁVEIS	NA	%
medicamentos recomendados por balconistas de farmácia		
usam	27	20,1
não usam	107	79,9
Total	134	100,0
Auto-medicação		
sim, fazem	104	77,6
não, não fazem	30	22,4
Total	134	100,0
Necessidade de ir ao médico no ano passado		
não acharam necessário	18	13,4
acharam necessário foram	98	73,2
acharam necessário más não foram	18	13,4
Total	134	100,0
Porque não foram[*]		
dificuldade de transporte	1	5,0
dinheiro	1	5,0
tempo	10	50,0
não gosta de ir	1	5,0
outros	7	35,0
Total	20	100,0

* Alguns deram mais do que uma resposta.

TABAGISMO

VARIÁVEIS	NA	%
-----------	----	---

Hábito de fumar

fumam diariamente	31	23,1
fuma, porém não diariamente	1	0,7
não fumam	102	76,1

Total	134	100,0
-------	-----	-------

Quer parar de fumar

sim	21	65,6
não	8	25,0
não sabem	3	9,4

Total	32	100,0
-------	----	-------

TABELA X - ASSOCIAÇÃO ENTRE SEXO, TABAGISMO E COMPARECIMENTO À ESCOLA DE POSTURA

VARIÁVEIS	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Sexo				
Masculino	5	11	16	0,6875
Feminino	73	45	118	0,3814
Total	78	56	134	0,5820
Qui-quadrado calculado = 5,43 significante				
Tabagismo				
Fumantes	25	7	32	0,2187
Não fumantes	53	49	102	0,4803
Total	78	56	134	0,5820
Qui-quadrado calculado = 9,44 significante				

No conjunto de quesitos das tabelas VII até X, chama atenção o fato de que pessoas jovens com alta escolaridade, professores de formação universitária, que se auto-consideram com uma má saúde (no que deve estar incluído o problema de coluna) não tiveram a iniciativa de comparecer à escola de postura, que é uma atividade sem gastos, pois podem obter dispensa das horas perdidas.

SEXO - O sexo masculino que corresponde a 16 funcionários (11,9%) da amostra de 134 entrevistados, 68,7% compareceram à Escola de Postura, dando uma alta significância estatística. Isso talvez ocorra porque a funcionária pública jovem, além de um emprego de baixa remuneração (geralmente professora, como vimos) deve ter um segundo emprego complementar, além de ter que realizar os afazeres caseiros.

Os homens com menos tarefas ou talvez com maior poder decisão em faltar no emprego, vieram à Escola de Postura com maior frequência ($P < 0,05$).

FUMO - Dos 134 funcionários, 102 (76,1%) não fumam, e dos 56 pacientes que frequentaram a Escola de Postura (87,5%) eram não fumantes e destes 48% compareceram à Escola de Postura, que foi um dado estatisticamente significativo.

As pessoas que não fumam, que já praticam um ato em prol da saúde parecem estar mais dispostos a realizarem outros, principalmente se forem os homens. Pode-se pois constatar que os homens e não fumantes foram dois fatores desse

conjunto de quesitos que influíram no comparecimento à Escola de Postura.

Figura Humana - Estudo da Personalidade

Junto com o desenho da figura humana, de frente e de costas, o teste pedia que fossem somente marcadas as quatro sensações, além da dor, que eram: adormecimento (A); pinicar com agulhas (B); queimação (C); sensação de perfurar-fincar (D). A cada sensação foi atribuída uma letra.

Veden e col (3) admitem que essas sensações devem seguir próximas ao local que surge a dor e numa distribuição metamérica correspondentes ao nervo dolorido. As personalidades menos neurotizadas, geralmente usam um dos símbolos, ou mais de um, porém, distribuídos dentro da figura humana e numa região (cervical ou lombar).

As personalidades mais neurotizadas ou com distúrbios emocionais usam todos os símbolos em várias regiões e até fora da figura com inscrições adicionais para explicar bem as suas sensações.

Foi adotado o seguinte critério. A letra corresponde a uma das sensações colocadas pelo paciente já referidas acima. O número 1 corresponde à localização metamérica, número 2 corresponde a uma localização indefinida não metamérica, o número 3 é quando foi empregado mais de um sinal gráfico e de localização metamérica, o número 4 é quando há sinais

gráficos e de localização não metamérica.

Nesse critério, a rigor somente D 3 e 4 deveriam ser considerados como portadores de uma personalidade com distúrbio emocional.

Dados do Estudo de Personalidade

A tabela XI dá distribuição dos 134 pacientes que preencheram o gráfico da figura humana.

As letras A e B, representam praticamente normalidade e ligeiramente desviado do normal. Os números correspondem aos símbolos usados. As letras C e D, são graduações do desvio de personalidade pequeno (C) e mais acentuado (D). A tabela V mostra esses desvios e a presença na escola de postura.

TABELA XI - ANÁLISE DO DESENHO DO CORPO HUMANO COM QUATRO SÍMBOLOS GRÁFICOS E A PRESENÇA OU NÃO À ESCOLA DE POSTURA.

<u>Classificação</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Escola de Postura</u>	
			<u>não veio</u>	<u>veio</u>
A1.....	40	29,9	21	19
A2.....	10	7,5	3	7
B1.....	4	3,0	4	-
B2.....	26	19,4	18	8
B3.....	18	13,4	12	6
C2.....	9	6,7	3	6
C3.....	20	14,9	11	9
D3.....	3	2,2	3	-
D4.....	4	3,0	3	1

Mesmo agrupando os grupos A e B e C e D, não foi encontrada nenhuma significância estatística nesses dados, como fator discriminante no comparecimento ou não à escola de postura.

Modelo de Crenças em Saúde

A tabela XII - apresenta as 38 perguntas baseadas no Modelo de Crenças em saúde, criadas especificamente para esse trabalho, a fim de analisar as questões que teriam melhores condições de prever os pacientes que iriam participar da escola de postura.

Como já foi explicado no capítulo da metodologia, baseado na técnica estatística da regressão logística, foi possível identificar 10 questões mais discriminantes que foram as de nº 32, 34, 35, 40, 42, 44, 55, 60, 64, 65, do questionário original e que foram avaliadas na 2ª etapa. Foi visado o ponto de corte referido na tabela XIII.

TABELA XII - OPINIÃO A RESPEITO DAS VARIÁVEIS QUE COMPÕEM O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

VARIÁVEIS ESTIMULO/BENEFÍCIOS	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Sou bem atendido(a) no ambulatório deste hospital				
concordam totalmente	14	16	30	0,5333
concordam em parte	25	14	39	0,3590
não sabem	10	5	15	1,3334
discordam em parte	11	7	18	0,3889
discordam totalmente	18	14	32	0,4375
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 2,75 não significativa				

continuação --->

* Nível descritivo/significante ao nível de 30%

VARIÁVEIS ESTIMULO/BENEFÍCIOS	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Em geral, os médicos sabem o que é melhor para seus pacientes				
concordam totalmente	34	32	66	0,4848
concordam em parte	32	14	46	0,3043
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	10	9	19	0,4737
discordam totalmente	2	1	3	0,3333
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 3,99 não significante				

Quando tenho dor nas costas,
faço o que os médicos me
dizem porque me sinto melhor

concordam totalmente	29	27	56	0,4821
concordam em parte	27	12	39	0,3077
não sabem	16	13	29	0,4483
discordam em parte	3	3	6	0,5000
discordam totalmente	3	1	4	0,2500
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 3,64 não significante				

continuação --->

VARIÁVEIS ESTIMULO/BENEFÍCIOS	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
O meu médico parece um profissional muito competente				
concordam totalmente	22	19	41	0,4634
concordam em parte	14	7	21	0,3333
não sabem	40	28	68	0,4118
discordam em parte	2	2	4	0,5000
discordam totalmente	--	--	--	--
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 1,09 não significativa				

**Compreendo bem o que todos
me dizem nesse ambulatório**

concordam totalmente	46	34	80	0,4250
concordam em parte	18	14	32	0,4375
não sabem	6	2	8	0,2500
discordam em parte	6	3	9	0,3333
discordam totalmente	2	3	5	0,6000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 1,94 não significativa				

continuação --->

VARIÁVEIS ESTIMULO/BENEFÍCIOS	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Quem faz ginástica tem melhor saúde do que quem não faz				
concordam totalmente	44	34	78	0,4359
concordam em parte	16	12	28	0,4286
não sabem	3	4	7	0,5714
discordam em parte	12	4	16	0,2500
discordam totalmente	3	2	5	0,4000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 2,66 não significativa				

**Meus familiares, amigos,
colegas, (outros) sempre me
dizem para procurar um médi-
co quando sinto dor nas costas**

concordam totalmente	41	35	76	0,4605
concordam em parte	15	12	27	0,4444
não sabem	2	1	3	0,3333
discordam em parte	5	2	7	0,2857
discordam totalmente	15	6	21	0,2857
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 2,75 não significante				

continuação --->

VARIÁVEIS ESTIMULO/BENEFÍCIOS	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Penso muito na minha saúde				
concordam totalmente	36	31	67	0,4627
concordam em parte	28	20	48	0,4167
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	12	2	14	0,1429
discordam totalmente	2	3	5	0,6000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 5,59 não significativa				

**Felizmente, a dor nas costas
não é permanente**

concordam totalmente	38	28	66	0,4242
concordam em parte	29	18	47	0,3830
não sabem	2	3	5	0,6000
discordam em parte	3	3	6	0,5000
discordam totalmente	6	4	10	0,4000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 1,11 não significativa				

VARIÁVEIS SUSCEPTIBILIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Quem já teve dor nas costas uma vez, acaba tendo outras vezes				
concordam totalmente	25	16	41	0,3902
concordam em parte	37	33	70	0,4714
não sabem	3	2	5	0,4000
discordam em parte	9	2	11	0,1818
discordam totalmente	4	3	7	0,4286
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 3,48 não significativa				

Qualquer pessoa pode ter
dor nas costas

concordam totalmente	49	32	81	0,3951
concordam em parte	14	12	26	0,4615
não sabem	1	2	3	0,6667
discordam em parte	8	3	11	0,2727
discordam totalmente	6	7	13	0,5385
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 2,87 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS SUSCEPTIBILIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Quando uma família tem várias pessoas com dor nas costas, há maior chance dos filhos terem dor nas costas				
concordam totalmente	7	11	18	0,6111
concordam em parte	17	8	25	0,3200
não sabem	17	9	26	0,3462
discordam em parte	13	8	21	0,3809
discordam totalmente	24	20	44	0,4545
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 4,66 não significante				

Já percebi que fico mais vezes
doente do que outras pessoas

concordam totalmente	8	4	12	0,3333
concordam em parte	6	5	11	0,4545
não sabe	1	--	1	--
discordam em parte	13	12	25	0,4800
discordam totalmente	50	35	85	0,4118
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 1,54 não significante				

VARIÁVEIS GRAVIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Quando sinto dor nas costas, vou imediatamente ao médico para evitar que a situação piore				
concordam totalmente	15	12	27	0,4444
concordam em parte	10	3	23	0,1304
não sabem	--	1	1	1,0000
discordam em parte	33	16	49	0,3265
discordam totalmente	20	14	34	0,4118
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 5,21 não significante				

A dor nas costas dificulta
os movimentos

concordam totalmente	54	40	94	0,4255
concordam em parte	19	13	32	0,4063
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	4	3	7	0,4286
discorda totalmente	1	--	1	--
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 0,76 não significante				

continuação -->

VARIÁVEIS GRAVIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
A dor nas costas me prejudica em casa				
concordam totalmente	45	33	78	0,4231
concordam em parte	24	16	40	0,4000
não sabem	1	--	1	--
discordam em parte	3	6	9	0,6667
discordam totalmente	5	1	6	0,1667
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 4,63 não significativa				

Tenho medo de ter dor nas
costas e de ser uma doença
grave

concordam totalmente	30	22	52	0,4231
concordam em parte	16	3	19	0,1579
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	14	11	25	0,4400
discordam totalmente	18	20	38	0,5263
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 7,17 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS GRAVIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Com o passar dos anos, a dor nas costas piora				
concordam totalmente	52	26	78	0,3333
concordam em parte	13	18	31	0,5806
não sabem	4	6	10	0,6000
discordam em parte	5	3	8	0,3750
discordam totalmente	4	3	7	0,4286
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 7,10 não significativa				

**A dor nas costas dificulta
as relações sexuais**

concordam totalmente	20	12	32	0,3750
concordam em parte	27	25	52	0,4808
não sabem	15	18	23	0,7826
discordam em parte	5	5	10	0,5000
discordam totalmente	11	6	17	0,3529
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 2,12 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS GRAVIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
A dor nas costas não tem cura				
concordam totalmente	4	4	8	0,5000
concordam em parte	10	6	16	0,3750
não sabem	15	11	26	0,4231
discordam em parte	19	13	32	0,4063
discordam totalmente	30	22	52	0,4231
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 0,37 não significativa				

A dor nas costas me prejudica
durante o trabalho

concordam totalmente	50	37	87	0,4253
concordam em parte	20	13	33	0,6923
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	6	3	9	0,3333
discordam totalmente	2	3	5	0,6000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 1,04 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS GRAVIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
A dor nas costas pode deixar uma pessoa paralítica				
concordam totalmente	28	29	57	0,5088
concordam em parte	25	13	38	0,3421
não sabem	23	9	32	0,2812
discordam em parte	1	2	3	0,6666
discordam totalmente	1	3	4	0,6000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 5,14 não significativa				

**No dia em que minhas costas doem,
não dá para ir ao trabalho**

concordam totalmente	12	8	20	0,4000
concordam em parte	15	10	25	0,4000
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	19	14	33	0,4242
discordam totalmente	32	24	56	0,4286
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 0,90 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS GRAVIDADE	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Comparado com outros problemas de saúde, a dor nas costas é um dos mais importantes				
concordam totalmente	17	16	33	0,4848
concordam em parte	17	15	32	0,4688
não sabem	3	1	4	0,2500
discordam em parte	20	19	39	0,4872
discordam totalmente	21	5	26	0,1923
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 7,62 não significante				

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Se eu tomar conta de mim posso evitar doença				
concordam totalmente	48	33	81	0,4074
concordam em parte	21	16	37	0,4324
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	6	4	10	0,4000
discordam totalmente	3	3	6	0,5000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 0,25 não significante				

continuação -->

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Sempre que sinto dor nas costas vou ao médico e acabo gastando dinheiro				
concordam totalmente	5	15	30	0,5000
concordam em parte	13	7	20	0,3500
não sabem	3	--	3	--
discordam em parte	17	9	26	0,3462
discordam totalmente	40	25	65	0,3846
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 12,72 não significativa				

É possível ter dor nas costas e ter ótima saúde em geral

concordam totalmente	20	10	30	0,3333
concordam em parte	14	18	32	0,5625
não sabem	3	1	4	0,2500
discordam em parte	11	7	18	0,3889
discordam totalmente	30	20	50	0,4000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 4,22 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Não tenho tempo para ir ao médico e fazer tratamento para dores nas costas				
concordam totalmente	20	10	30	0,3333
concordam em parte	10	10	20	0,5000
não sabem	1	--	1	--
discordam em parte	19	19	38	0,5000
discordam totalmente	28	17	45	0,3778
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 3,50 não significativa				

É sempre melhor não tomar remédio
para dor nas costas, por causa dos
efeitos colaterais (verificar se a
pessoa entende a expressão "efeitos
colaterais")

concordam totalmente	29	25	54	0,4630
concordam em parte	17	18	35	0,5143
não sabem	7	3	10	0,3000
discordam em parte	17	8	25	0,3200
discordam totalmente	8	2	10	0,2000
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 5,30 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Não tenho tempo para ir fazer exercícios para as costas				
concordam totalmente	22	8	30	0,2667
concordam em parte	20	22	42	0,5238
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	18	10	28	0,3571
discordam totalmente	18	16	34	0,4706
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 5,57 não significativa				

A dor nas costas pode aparecer
de repente e sem motivos

concordam totalmente	34	16	50	0,3200
concordam em parte	21	16	37	0,4324
não sabem	3	2	5	0,4000
discordam em parte	10	14	24	0,5833
discordam totalmente	10	8	18	0,4444
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 4,76 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Eu sempre melhora da dor nas costas, mesmo quando não faço nada (por exemplo tomar remédios, fazer ginásticas).				
concordam totalmente	13	10	23	0,4348
concordam em parte	24	21	45	0,4667
não sabem	3	2	5	0,4000
discordam em parte	14	4	18	0,2222
discordam totalmente	24	19	43	0,4418
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 3,41 não significante				

A doença não depende do que a pessoa faz, é destino

concordam totalmente	10	4	14	0,2857
concordam em parte	2	5	7	0,7143
não sabem	0	1	5	0,2000
discordam em parte	13	7	20	0,3500
discordam totalmente	49	39	88	0,4432
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 5,12 não significante				

continuação -->

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Em geral, os médicos não se interessam pelos problemas da vida particular de seus pacientes (se necessário dar exemplos)				
concordam totalmente	27	17	44	0,3863
concordam em parte	29	16	45	0,3556
não sabem	2	1	3	0,3333
discordam em parte	11	8	19	0,4211
discordam totalmente	9	14	23	0,6087
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 4,43 não significativa				

É difícil entender o que os médicos dizem

concordam totalmente	1	3	4	0,7500
concordam em parte	27	16	43	0,3721
não sabem	1	--	1	--
discordam em parte	20	22	42	0,5238
discordam totalmente	29	15	44	0,3409
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 5,91 não significativa				

continuação -->

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Procuro fazer o que o médico manda, mas não adianta nada				
concordam totalmente	5	8	13	0,6154
concordam em parte	20	19	39	0,4872
não sabem	14	11	25	0,4400
discordam em parte	23	8	31	0,2581
discordam totalmente	16	10	26	0,3846
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 6,28 não significativa				

Não costumo levar minhas
doenças muito à sério

concordam totalmente	10	8	18	0,4444
concordam em parte	30	24	54	0,4444
não sabem	1	--	1	--
discordam em parte	11	7	18	0,3889
discordam totalmente	26	17	43	0,3953
Total	78	56	134	0,4179
Qui-quadrado calculado = 1,08 não significativa				

VARIÁVEIS BARREIRA	COMPARECIMENTO		TOTAL	PROPORÇÃO DOS QUE COMPARECERAM
	NÃO COMPARECERAM	COMPARECERAM		
Quando sinto algum problema de saúde, prefiro esperar algum tempo para ver se melhora, antes de procurar um médico				
concordam totalmente	41	27	68	0,3971
concordam em parte	22	17	39	0,4359
não sabem	--	--	--	--
discordam em parte	6	2	8	0,2500
discordam totalmente	9	10	19	0,5263
Total	78	56	134	0,4179

Qui-quadrado calculado = 2,02
não significativa

TABELA XIII - RESULTADOS DO CÁLCULO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA QUANTO ÀS VARIÁVEIS DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

VARIÁVEIS	CONCORDO		DISCORDO		NÃO SEI
	TOTALMENTE	EM PARTE	TOTALMENTE	EM PARTE	
32 - Sempre que sinto dor nas costas vou ao médico e acabo gastando dinheiro. - Barreira -	0	-2,058	-3,455	-3,414	-11,590
34 - Tenho medo de ter dor nas costas e de ser uma doença grave. - Gravidade -	0	-3,063	2,210	166	0
35 - Com o passar dos anos a dor nas costas piora. - Gravidade -	0	3,414	697	1,441	3,961
40 - É sempre melhor não tomar remédios para dor nas costas, por causa dos efeitos colaterais - Barreira -	0	698	-3,125	-2,499	-2,018
42 - Em geral, os médicos sabem o que é melhor para os seus pacientes. - Benefício/estimulo -	0	-1,385	3,465	-359	0
44 - Não tenho tempo para fazer exercícios para as costas. - Barreira -	0	2,363	1,567	1,671	0
55 - A dor nas costas pode deixar uma pessoa paralítica. - Gravidade -	0	-2,766	5,519	-499	-2,842
60 - Procuro fazer o que o médico recomenda, mas não adianta nada. - Barreira -	0	2,968	104	1,075	2,557
64 - Penso muito na minha saúde. - Benefício/estimulo -	0	-1,161	1,886	-4,198	0
65 - Comparado com outros problemas de saúde, a dor nas costas é um dos mais importantes. - Gravidade -	0	-684	-2,750	-502	-7,455
Ponto de corte =					- 1,444,1

As 10 questões do Modelo de Crenças em Saúde que tiveram maior significância no valor preditivo da participação na Escola de Postura e o seus respectivas valores de corte estão listadas na tabela XIII.

Podemos agrupá-las nas seguintes categorias do modelo:

- 1) Gravidade: 34, 35, 55, 65
- 2) Barreira: 32, 40, 44, 60
- 3) Benefício/Estímulo para ação: 42, 64

Pode-se verificar que a susceptibilidade de vir a ter a dor nas costas, não foi fator discriminante como era de se esperar, porque todos os entrevistados já tinham tido esse incômodo.

Dentre os conceitos de crenças e valores possíveis de decidir uma ação em saúde, a gravidade da doença sempre é uma força decisiva. Mas, a questão que trouxe grande significância foi o medo de ficar paralisado (pergunta 55). É conhecido o fato que os acidentes que lesam a medula é que podem causar uma paralisia tanto dos membros superiores como inferiores, e outras afecções graves como tumores e infecções, mas as dores da coluna que acomete os trabalhadores e objeto desse estudo não costumam causar paralisias¹.

Segundo Harrison e col (2) o item barreiras é o que na maioria das patologias estudadas pelo modelo de crenças em saúde se mostrou mais discriminantes em relação a tornar uma decisão de participar de uma ação de saúde.

Chama atenção na questão 32, que associa o tratamento médico a um gasto econômico. A população analisada constituída de funcionários públicos tem atendimento médico, fisioterápico e às vezes medicamentos totalmente gratuito. O comportamento intencional fica bloqueado por algumas barreiras tipo gastos (questão 32), medicação - efeitos colaterais (questão 40), realização de exercícios (questão 44) e um certo desânimo (questão 60)

Em relação aos benefícios do modelo, a questão 42 afirma que os médicos sabem o que é bom para os pacientes, mas a questão 60, que relaciona-se com uma barreira afirma que não adianta fazer nada que o médico recomenda. Talvez uma questão ajuda a selecionar aqueles que virão e a outra aqueles que não virão à Escola de Postura.

A questão 64, "penso muito na minha saúde" confirma que 44,8% da amostra afirmou que a sua saúde está má. Esse item poderia estar associado a um certo grau de hipocondria, mas o teste da figura humana que avaliou esse comportamento, não apresentou significancia estatística. A preocupação com a saúde poderia ser uma característica pessoal de uma população de alto grau de escolaridade, mas também esse

fator não teve nenhuma significância estatística discriminatória como se constatou na parte geral do questionário estudado.

Resultados (2ª Fase Probatória)

Afim de avaliar se as dez questões do Modelo de Crenças em saúde que tem poder de discriminação foi coletada uma nova amostra de 32 pacientes. A coleta de dados foi igual a descrita anteriormente e realizada pela mesma entrevistadora e enviado o mesmo número de cartas e usados os mesmos critérios de inclusão.

Na tabela XIV, constata-se que a amostra tem 81,2% de mulheres (a primeira amostra tinha 88,1%), alta escolaridade, 34,4% com o curso superior (na primeira amostra 35,1%), 75% não fumam (76,1% na amostra anterior) e 62,5% tinha 31 a 40 anos de idade (55,2% na amostra anterior). Por esses dados e as respectivas comparações pode-se afirmar que as amostras são semelhantes.

TABELA XIV - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PESSOAS DE 32 PACIENTES

VARIÁVEIS	NA	%
Sexo		
masculino	6	18,7
feminino	26	88,2
Total	32	100,0

Escolaridade

Primario Incomp.	0	0,0
Primario Comp.	0	0,0
Ginasio Incomp.	2	6,2
Ginasio Comp.	4	12,5
Colegial Incomp.	1	3,1
Colegial Comp.	11	34,3
Superior Incomp.	3	9,3
Superior Comp.	11	34,3
Total	32	100,0

Tabagismo

Sim, diariamente	6	18,7
Sim, mas não diariamente	2	6,2
Não	24	75,0
Total	32	100,0

VARIÁVEIS	NA	%
Quer Parar de fumar		
Sim	7	87,5
Não	0	0,0
Não sei	1	12,5
Total	8	100,0

Nº de cigarros por dia

Menos de 10	4	50,0
Entre 10 e 19	2	25,0
Mais de 20	2	25,0
Total	8	100,0

Idade (anos)

21 a 25	5	16,00
26 a 30	7	22,00
31 a 40	20	62,00
Total	32	100,00

Analizando os 32 pacientes em relação a frequência a escola de postura, obteve-se o seguinte resultado:

TABELA XV - ANÁLISE DOS 32 PACIENTES EM
 RELAÇÃO À FREQUÊNCIA DA ESCOLA
 DE POSTURA DEPOIS DE APLICADO
 QUESTIONÁRIO REDUZIDO

<u>esperado</u>	<u>observado</u>		<u>total</u>
	<u>veio</u>	<u>não veio</u>	
veio	7	5	12
não veio	6	14	20
total	13	19	32

De acordo com a tabela acima, os 12 pacientes que deveriam comparecer, 7 realmente compareceram e 5 não compareceram. Dos 20 pacientes que não deveriam vir, 14 realmente não vieram e 6 vieram. Houve um acerto de 65,6% e um erro de 34,4%.

Nas 38 questões aplicadas aos 134 pacientes, houve um acerto de 88% das pessoas comparecerem ou não à Escola de Postura (tabela XVI), isso era esperado, pois essa amostragem é que serviu de base para estabelecer o ponto de corte.

Parte desse questionário (38 perguntas) que continha o modelo da teoria das crenças em saúde foi submetido a análise de regressão logística, e foi possível identificar 10 questões com maior capacidade discriminatória.

TABELA XVI - COMPORTAMENTO DE 134 PACIENTES QUANTO À ESCOLA DE POSTURA, DE ACORDO COM A PREVISÃO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA

Comportamento		Comportamento Observado				
		compareceram		não compareceram		Total
Esperado		NA	%	NA	%	
<hr/>						
Comparecimento						
≥	- 1444,1	45	90,0	5	10,0	50
<hr/>						
Não Comparecimento						
<	- 1444,1	11	13,1	73	86,9	84
<hr/>						
Total		56	41,8	78	58,2	134

Acerto = 88%

Mas, na 2^a etapa comprobatória as 10 perguntas selecionadas foram aplicadas a um novo grupo de 32 funcionários públicos e o índice de acertos probabilísticos atingiu 65,6% de respostas corretas do comportamento desses pacientes em relação a frequência à Escola de Postura (Tabela XVII). Esse índice é relativamente baixo de discriminação.

TABELA XVII - COMPORTAMENTO DE 32 PACIENTES QUANTO À ESCOLA DE POSTURA, DE ACORDO COM A PREVISÃO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA

Comportamento Esperado		Comprtamento Observado				Total
		compareceram		não compareceram		
		NA	%	NA	%	
Comparecimento						
≥	- 1444,1	7	58,3	5	41,7	12
Não Comparecimento						
<	- 1444,1	6	30,0	14	70,0	20
Total		13	40,6	19	59,4	32

Acerto = 65,6%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fazzi, A. - Current aspects and prophylaxis of. low back and sciatic pain. Rev.paul.Med. 110:49-50, 1992.
2. Harrison, J.A.; Mullen, P.D.; Green, L.W. - A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. Hlth.Educ.Res. 7:107-16, 1992.
3. Veden, A; Astron, M.; Bergenudd, H. - Pain drawing in chronic back pain Spine 13:389-92, 1988.

8. DISCUSSÃO

O objetivo primordial deste estudo é analisar o processo de decisão de funcionários públicos com dores crônicas na coluna vertebral de comparecer à Escola de Postura, que é uma atividade educativa em saúde.

No modelo Precede (Fig.1 - p.27) de planejamento educativo, estão incluídos os fatores que predispõem o comportamento desses funcionários: conhecimentos, crenças, atitudes, valores, necessidades e habilidades (4).

CONHECIMENTO

Esse conhecimento, na realidade, não é somente cognitivo, mas deve representar a motivação para procurar a boa saúde. Com frequência, se afirma que o conhecimento é necessário, mas não é o suficiente para induzir a um comportamento adequado do indivíduo numa ação em saúde.

Na construção do questionário deste estudo, foi usada, como objetivo específico, a pesquisa de dados pessoais e socioeconômicos ligados à área de escolaridade e de conhecimentos em relação à saúde e, especificamente, em relação às dores crônicas da coluna vertebral.

As duas amostras têm um grande número de funcionários com escolaridade a nível de curso universitário completo: nos 134 entrevistados da 1a. fase (35,1%) e nos 32 entrevistados da 2a. fase (34,4%).

Somente aos 134 participantes da primeira fase foi ministrado um questionário com 21 perguntas sobre saúde: 61,2% consideravam-se bem informados mas, apesar de jovens (com idade de 21 a 40 anos), 44,8% consideravam sua saúde como má.

Esses itens, conhecimento formal e sobre saúde, submetidos a análise estatística, não influíram na decisão de comparecer à Escola de Postura; apesar de ter havido sempre uma dor como estímulo motivador. Esses pacientes foram recrutados no dia em que vieram ao Hospital com dor na coluna, que os impedira de comparecer ao trabalho.

No questionário, há indagação sobre ocupação (tabela VIII): 82,8% dos 134 funcionários responderam já ter tido no passado, muitas vezes, dores na coluna; 2 (1,5%) uma única vez anterior. Também 82,8% relataram que a dor da coluna fora muito intensa, sendo que 48,5% faltaram ao serviço e 21,6% tiveram que tirar licenças mais prolongadas.

Apesar do estímulo (dor nas costas) estar presente no dia em 100% dos entrevistados e ter estado em 82,8% no passado, somente 29 (21,6%) funcionários compareceram à Escola de Postura nos dias marcados, na primeira vez. Com vários outros estímulos, cartas enviadas para a residência (até quatro cartas), obteve-se uma participação de 56 (41,6%) funcionários. Na 2a. fase, com 32 funcionários, a presença espontânea foi de 18,6% e com o envio de cartas alcançou-se o valor de 40,6%.

Vários autores (4,10) estudaram o fato de que uma nova ação em saúde, quando proposta a uma pessoa que não a conhecia,

passa por uma análise da sua importância e da necessidade imediata da sua aplicação. Rogers (10) afirma que há uma hierarquia: as crenças são mais fáceis de ser influenciadas para mudar do que as atitudes e valores, que são culturalmente mais profundos.

Esse mesmo fato se constata na indicação de dieta, exercícios, etc. para combater fatores de risco cardiovascular ou cinto de segurança para evitar acidentes.

Green e Kreuter (4), pela teoria da difusão, mostram, através de gráficos, que um processo inovador, como a Escola de Postura, leva certo tempo para que o grupo social, nesse caso os funcionários públicos, adotem a iniciativa.

Exemplifica com a enorme campanha anti-tabagista iniciada em 1964, nos Estados Unidos, apesar da qual, em 1990, somente 33% das pessoas estavam dispostas a tentar deixar de fumar, e somente 20% conseguiram fazê-lo. Nos adolescentes, somente 1% anualmente conseguem deixar o fumo.

Mas essas são considerações incluídas nos fatores que reforçam as ações do planejamento educativo do modelo Precede, e não são objetivos desse estudo. Também não se farão considerações quanto a sua influência sobre o funcionário público, um trabalhador com características específicas em relação a sua participação na Escola de Postura no seu ambiente de trabalho ou no local mais distante, como é o ambulatório do Hospital. Considerações

sobre falta de motivação em relação a toda a sociedade, como ordenados, estímulos para carreira etc., que foram aventados por outros autores, também escapam aos objetivos deste estudo (4).

O tabagismo foi apontado nesta amostra como um fator que desmotiva a participação na Escola de Postura.

Glynn e colaboradores (5) afirmam que o fumante não tem motivação para realizar atividades ligados à promoção da saúde.

Dentre os fatores pessoais e sociodemográficos, o sexo também foi fator discriminante, pois, na 1a. fase, 68,7% dos homens entrevistados compareceram à Escola de Postura, comparados a 38,1% das mulheres, o que é um dado significativo.

O fator sexo deve ser considerado num contexto social mais amplo da categoria profissional dos funcionários públicos, que inclui tipo de trabalho, número de empregos, problemas de locomoção, que não estão incluídos nos fatores que predispõem do modelo Precede e por isso não serão comentados, mas merecem ser investigados, como se menciona no capítulo das recomendações.

CRENÇAS, VALORES E ATITUDES

Na prática da Saúde Pública, os conceitos de crenças, valores e atitudes têm diferenças muito tênues e estão estreitamente relacionados ao nível psicológico das pessoas. O Modelo de Crenças em saúde foi escolhido como o mais

adequado para medir esses fatores que predispõem o indivíduo a participar da Escola de Postura.

Um dos objetivos específicos deste trabalho é construir um questionário baseado nas variáveis independentes (susceptibilidade, gravidade, barreiras, benefícios e estímulos) capazes de prever quais funcionários comparecerão ou não à Escola de Postura.

De um amplo questionário de 66 questões, 38 estavam relacionados com as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde, que foram aplicadas numa 1a. fase em 134 funcionários, com índice de precisão de acerto de 88%. Aplicando o método estatístico de regressão logística, foi possível selecionar 10 questões como as mais significativas. Aplicado esse questionário reduzido a 32 funcionários públicos, o acerto foi de 65,6%.

Como afirmam Edwards e colaboradores (2)", o modo como a pessoa explica a doença para si própria e a comunica para os outros será, de certa maneira, a forma que determinará como irá conviver com a doença e que resposta dará às intervenções de saúde propostas".

Mas, todas as doenças que se manifestam com dores, trazem experiências que podem alterar comportamentos e emoções em face de propostas de tratamentos e medidas preventivas, como a Escola de Postura.

Esses autores (2) analisaram vários questionários relacionados com as crenças sobre dores e propõem um próprio, que é o Pain Beliefs Questionnaire, que permite

diferenciar os pacientes que acreditam que suas dores são de origem orgânica daqueles que admitem que as suas dores têm origem psicológica. Segundo os autores, deve-se esperar um comportamento diferenciado dos dois grupos.

As dores na coluna, com a sua etiologia de difícil determinação e baseada na concepção sociopsicossomática já referida, permitem que se especule em torno dessa idéia.

A concepção (a crença) da origem da dor crônica da coluna feita pelo próprio paciente poderia levá-lo a um tipo de comportamento em relação à idéia de educar-se posturalmente para prevenir-se de novos ataques. Será que a base teórica do modelo de crenças que orientou o questionário aplicado permite, de alguma maneira, identificar esse tipo de pacientes? Das 20 perguntas originais do questionário proposto por esses autores (1), restam 12 discriminantes, que foram comparadas com as 10 perguntas do questionário reduzido empregado na segunda etapa do nosso trabalho. Observou-se que cinco são semelhantes, como, por exemplo, a afirmação: "o exercício físico piora a dor". No questionário reduzido, a afirmativa está assim: "não tenho tempo para fazer exercícios para as costas", tendo sido considerada uma barreira no modelo de crenças em saúde. Outro exemplo: "A dor é um sinal de que algo vai mal com o corpo". A afirmativa do questionário reduzido está: "comparado com os outros problemas de saúde, a dor nas costas é um dos mais importantes", incluída no item gravidade do modelo de crenças em saúde. Das cinco afirmativas do Pain Belief

Questionnaire, que, aplicada a regressão logística, seriam semelhantes ao questionário reduzido deste trabalho, três estavam relacionadas à gravidade e dois a barreiras para executar a ação em saúde. Uma afirmativa excluída do Pain Belief Questionnaire final e que permaneceu no questionário reduzido deste trabalho foi a seguinte: "Os médicos são os mais capacitados a aliviar a dor". No questionário reduzido, a afirmativa era: "Em geral, os médicos sabem o que é melhor para seus pacientes" incluída na categoria de benefícios e auxiliar para o estímulo da ação educativa no modelo de crenças em saúde.

O Pain Belief Questionnaire não foi empregado em nenhum tipo de patologia dolorosa, para uma efetiva comparação na capacidade de prever o comportamento individual em relação a uma ação educativa em saúde ou em qualquer espécie de tratamento, por isso fica difícil fazer comparações.

Já vimos (página 17) que Allan e Waddell (1) afirmam que trabalhadores com dores crônicas da coluna têm uma incapacidade de trabalhar (chamada de *disability*) baseada em crenças relacionada com a dor e a sua possível piora com a volta ao trabalho.

A *disability* relacionada com as dores na coluna estaria mais ligada a um conceito de vida do trabalhador do que a um distúrbio orgânico na coluna.

Em estudo posterior, Waddell e colaboradores (13) verificaram que a *disability* auto-relatada nas atividades do dia-a-dia tinha uma relação muito fraca com a intensidade da

dor descrita anteriormente pelo trabalhador. A severidade da dor tinha significância em 10% dos pacientes. Convém lembrar que severidade da dor pode ser identificada com o item gravidade do modelo de crenças em saúde.

Num outro trabalho da mesma equipe, Main e Waddell X (6) constataram que a disability poderia ser explicada pela soma de três variáveis independentes: intensidade da dor, sintomas depressivos e comportamentos (crenças e valores) em relação à doença.

Foram Troup e colaboradores (12) que chamaram atenção para o fato de que o medo da dor é a dimensão mais importante na incapacidade para trabalhar do paciente portador de dores crônicas na coluna. Esses trabalhadores associaram o medo de que a dor volte a uma atividade física qualquer (movimentos do dia-a-dia) ou ao trabalho na fábrica. Baseados nessas premissas, Waddell e colaboradores (14) criaram um questionário que medisse a correlação do medo-dor-disability: o Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (que seria Questionário de Crenças na Rejeição do Medo) com 7 questões associando o medo da volta da dor com o trabalho e 4 questões em que medo está associado às atividades físicas do dia-a-dia.

O medo representa uma poderosa força motivacional que contém intensa carga de ansiedade (9). O medo está ligado a crenças e convicções íntimas de que a pessoa pode contrair uma doença (susceptibilidade), além do que essa poderá tornar grave (gravidade) (página 38). Segundo esses autores (14),

quanto mais o indivíduo conseguir fugir do medo dessa associação da dor com a atividade laborativa, menos terá uma **disability**.

No questionário reduzido de 10 perguntas, do nosso trabalho, duas questões consideram esse medo, dentro do item gravidade. "Tenho medo de ter dor nas costas e de ser uma doença grave" e "a dor nas costas pode deixar uma pessoa parálitica" (que é um medo infundado, pois a paralisia só advém de acidentes na coluna).

Para os autores (14), os médicos e os terapeutas são, juntamente com os familiares, os fatores sociais que reforçam os medos dos trabalhadores, estimulando a **disability**, e que influenciarão a predisposição do paciente de participar de uma ação educativa em relação às dores da coluna.

Nesse instrumento, avaliado por medidas psicométricas semelhantes as que foram empregadas neste estudo em relação às dores crônicas da coluna, divide os trabalhadores em dois grupos: os que evitam associar o medo da volta da dor ao trabalho e às atividades do dia-a-dia.

COMPONENTE PSICOSSOMÁTICO

No início da década de 50, Parsons (8) inaugura os estudos de sociologia médica, criando o conceito de que a sociedade determina para o doente um papel dentro dela (**sick role**). Na década seguinte, Mechanic (7) explicou o conceito de

comportamento da doença (illness behavior), em que as pessoas maximalizam ou minimalizam os seus sintomas orgânicos de difícil expressão, como são as dores crônicas da coluna, com a finalidade de obter segundos ganhos em termos afetivos, econômicos ou sociais. Segundo Ford (3), essas pessoas com problemas psicológicos (depressão, ansiedade, distúrbios da personalidade etc.) são assíduos frequentadores dos serviços médicos de todas as especialidades relacionadas com os problemas da coluna.

Para estudar especificamente esse problema, neste estudo foi aplicado um teste de personalidade simplificado, que na literatura tem sido considerado como adequado para detectar esses distúrbios de somatização, e que, como foi visto na tabela IX, não apresentou nenhum significado estatístico em relação aos que participaram ou não da Escola de Postura.

Pode-se especular que, como a população da amostra é jovem (20 a 40 anos), ainda não houvesse tempo para criarem esses comportamentos mencionados. A pequena participação na Escola de Postura de forma espontânea (21,6% dos entrevistados da 1a. fase e 18,7% da 2a. fase).

9. CONCLUSÕES

- 1) A participação dos funcionários públicos com dores na coluna numa atividade de Educação para Saúde (Escola de Postura) foi de 21,6% na primeira fase e de 18,6% na segunda fase. Com o envio de quatro cartas convocatórias (uma por semana), a participação foi de 41,6% e 37,5% respectivamente.
- 2) O nível de conhecimento gerais amplos constatado pela presença de 35,1% dos entrevistados com curso universitário completo na 1a. fase e de 34,4% na 2a. fase, não foi estatisticamente significativa para prever os participantes da Escola de Postura.
- 3) Os 61,2% dos jovens da amostra da 1a. fase consideravam-se bem informados sobre saúde, mas esse dado não foi estatisticamente significativa para discriminar os participantes da Escola de Postura.
- 4) Os antecedentes de ocupação, presença anterior de dores na coluna e de ausência do serviço por licenças prolongadas não se constituíram em fatores discriminantes para prever os participantes da Escola de Postura.
- 5) Dentre os fatores pessoais e sociodemográficos foram significativos o fator sexo (os homens, apesar de, em menor número, tiveram uma participação maior) e o fumo (os não fumantes, apesar de em menor número na amostra, participaram mais na Escola de Postura, independente do sexo).
- 6) No questionário com 38 perguntas baseado no modelo de

crenças de saúde, tentou-se estudar os fatores que predispõem (isto é a motivação psicológica) para participar da Escola de Postura. Pela técnica de regressão logística, foi possível selecionar 10 questões discriminantes, o que em corte definido acertou 88% dos casos de funcionários na primeira fase que participariam ou não na Escola de Postura.

7) Uma outra técnica simplificada - a de pesquisa de fatores psicológicos da personalidade pela figura humana e com símbolos gráficos não se mostrou estatisticamente adequada para prever os participantes ou não da Escola de Postura.

8) Na fase probatória, foram aplicadas, a uma outra amostra de 32 funcionários públicos, as 10 questões anteriormente selecionadas e foi constatado um acerto de 65,4% de participantes da Escola de Postura.

9) As questões do modelo de crenças em saúde que mais foram discriminantes foram baseadas no aspecto da gravidade e nas barreiras que, com outras denominações estão, presentes em outros questionários de doenças que se manifestam com dores.

10. RECOMENDAÇÕES

As conclusões do estudo evidenciam que se pode encontrar um instrumento capaz de realizar uma seleção adequada dos funcionários públicos (e, por extensão, dos trabalhadores) que se motivarão a frequentar a Escola de Postura e realizar uma ação preventiva de saúde de grande importância para o próprio indivíduo e para a sociedade em geral. Entretanto, neste trabalho somente foram analisados os fatores que predis põem do modelo Precede, por isso recomenda-se:

1o.) que sejam avaliadas também os fatores que possibilitam do mesmo modelo, que incluem número de empregos, carga horária de trabalho no lar e fora do lar, número de filhos e outros fatores sociais que limitam a aderência a esse programa.

2o.) que sejam estudados também, dentre esses fatores que possibilitam , a presença da Escola de Postura no próprio ambiente de trabalho.

3o.) que sejam pesquisadas dentre os fatores que reforçam do modelo Precede, se a divulgação no ambiente do trabalho das vantagens de frequentar a Escola de Postura possibilitaria uma maior aderência a esse programa.

Os funcionários públicos têm características trabalhistas e de própria personalidade que os diferenciam da grande massa de trabalhadores, por essa razão recomenda-se:

4o.) que sejam aplicados os questionários e a metodologia deste estudo em outras categorias profissionais.

5o.) que também sejam incluídas as recomendações anteriores nessas novas categorias.

Em relação ao teor das questões incluídas num questionário com capacidade preditiva em relação aos portadores de dores na coluna que frequentarão ou não a Escola de Postura recomenda-se:

6o.) que sejam aperfeiçoadas as questões baseadas no modelo de crenças em saúde, discutidas nesse estudo.

7o.) que sejam empregados os novos modelos que recentemente surgiram na literatura e são específicos para determinar o comportamento dos portadores de dores crônicas e dos pacientes com outras limitações, na volta ao trabalho, afora as alterações orgânicas da própria coluna vertebral.

11. RESUMO

As afecções da coluna vertebral causam dores no jovem e trabalhador originando uma limitação na sua qualidade de vida. Para a sociedade, essas afecções são uma fonte de gastos devido a tendência a cronicidade e o absenteísmo. Os inúmeros tratamentos são sintomáticos, o que dificulta a completa resolução dessas afecções doloridas. Muitos estudos têm demonstrado que é possível fazer a prevenção das recidivas das dores da coluna através da educação de pacientes como ocorre na denominada "Escola de Postura", por nós introduzida no país em 1973.

A fim de analisar os fatores sócio-demográficos e emocionais que motivam a participação das pessoas na Escola de Postura, aplicou-se um questionário baseado no Modelo de Crenças de Saúde.

Foi construído um questionário, contendo 66 perguntas (11 abertas e 55 fechadas) o qual foi aplicado, em duas etapas, em 166 funcionários públicos, trabalhadores ligados ao Estado, que frequentam o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Na primeira etapa exploratória, 134 funcionários foram entrevistados. Ao aplicar-se a análise estatística de regressão logística foi possível determinar um ponto de corte adequado, em 10 questões do modelo estatisticamente significantes, considerada como possíveis fatores preditivos em relação ao comparecimento ou não à

Escola de Postura. O sexo e o fumo foram as duas únicas variáveis dos fatores sócio-demográficos e emocionais que tiveram significancia estatística ao nível de 5%. Essas 12 questões apresentaram um valor preditivo de 88% de acerto em relação aos 134 funcionários públicos entrevistados, numa ação de saúde voltada para prevenção de novas recidivas de dores na coluna.

Na 2^a etapa, chamada probatória, foi aplicado a 32 funcionários públicos um questionário reduzido de doze questões, duas sobre fumo e sexo e dez perguntas do Modelo de Crenças. Constatou-se que houve um acerto de 65,6% da previsão do comportamento. Dentro das premissas básicas do modelo as questões que tratavam da gravidade e barreiras, como era de se esperar, foram as que mais permitiram prever os participantes ou não da Escola de Postura.

12. SUMMARY

Spine conditions cause young individuals and in workmen, causing a limitation in the quality of life.

For society, these diseases are the source of extra expenses to the tendency of chronicity and absenteeism. The countless treatments are symptomatic and the painful condition rather arduous to be solved.

Several studies have demonstrated that it is possible to prevent a relapse of the back bone conditions, by teaching and training the patients at the called "Back School" that we introduced in Brazil in 1973 ("Escola de Postura").

In order to analyze which were the socio-demographic and emotional factors that stimulated participation of the individuals in the "Back School", a questionnaire based on the HEALTH BELIEF MODEL was applied.

An original questionnaire of 66 items (11 opened and 55 closed) was prepared and applied at two different periods to 166 public servants, workmen related to the State and attending the "Hospital do Servidor Publico Estadual" de Sao Paulo. During the first exploratory term, 134 public servants were interviewed and when the multiple statistical analyses of logistic regression was made, it was possible to determine an adequate score value, in 10 questions that showed to be statistically significant as predictive factors in relation to attendance frequency to the "Black School".

Sex and smoking were the only two items of the socio

demographic and emotional factors that offered a significative statistic. Those 12 questions had a right predictive value 88% in relation to the 134 public servants interviewed, in a health action aiming prevention of new relapses of spine pain.

During the 2nd. step called probation, 32 public servants took a test reduced to 12 questions, two on smoking and sex and 10 questions of the HEALTH BELIEF MODEL. a percentage of 65,6% was correct on the behavior assumption.

Within the basic premises of the model, the questions dealing with barriers and severity as expected, were the ones that really permitted to foresee who participated or did not in the "Back School".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allan, D. B. & Waddell, G. - An historical perspective on low back pain and disability. *Acta Orthop. Scand* 60 (Suppl 234): 1-23, 1989.
2. Edwards, L. C.; Pearce, S. A.; Stoker, L. T. & Jones, A. - The pain beliefs questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain* 51:227-72, 1992.
3. Ford, C. V. - Illness as a lifestyle: the role of somatization in medical practice. *Spine* 17 (Suppl (05):338-43, 1992.
4. Green L. W. & Kreuter; H. W. - Health promotion planning. An educational and environmental approach, Mountain View, Mayfield, 1991 pp. 174.
5. Glynn, T. J.; Boyd, G. H. & Gruman, J. C. - Essential elements of self help. Minimal intervention strategies for smoking cessation. *Ilth. Educ. Quart* 17:329-45, 1990.
6. Main, G. J. & Waddell, G. - A comparison of cognitive measures in low back pain: statistical structure and clinical validity at initial assessment. *Pain* 46:287-98, 1991.
7. Mechanic, D. - The concept of illness behavior. *J. Chronic. Dis* 15:189-94, 1962.
8. Parsons, T. - Social structure and dynamic process: The care of modern medical practice, Glencoe. Free Press, 1951, pp. 95-102.
9. Radelfinger, S. - Some effects of fear: arousing communication on preventive health behavior. In: Zappa J. G. ed. *Research on evaluation in health education* Oakland, Sophe Heritage Collection, 1985 V.3, pp. 39-50.
10. Rogers, E. M. *Diffusion of innovations*. N. York, Free Press, 1983-3rd. ed., pp. 21-25.
11. Sloan, R. P. & Gruman, J. C. - Participation in work-place health promotion programs: The contribution of health and organizational factors *Ilth. Educ. Quart* 15:269-88, 1988.
12. Troup, J. D. G.; Foreman, T. K.; Baxter, G. E. & Brown, D. - The perception of back pain and the role of psycho-physical tests of lifting capacity. *Spine* 12:645-57, 1987.
13. Waddell, G.; Sommerville, D.; Henderson, I. & Newton, M. - Objective clinical evaluation of physical impairment in chronic low back pain. *Spine* 17:617-28, 1992.
14. Waddell, G.; Newton, M.; Henderson, I; Somerville, D. & Hain, C. J. - A fear- avoidance beliefs questionnaire (F. A. B. Q.) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 52:157-68, 1993.

ANEXOS

A - QUESTIONÁRIO COMPLETO

B - TESTE DE FIGURA HUMANA

A - QUESTIONÁRIO COMPLETO

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: _____

Registro no Hospital: _____

Data de aplicação: ____/____/____

Local de aplicação: _____

Início da entrevista: _____

Fim da entrevista: _____

I. Dados demográficos e sociais

1. Sexo: ____ masculino ____ feminino

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Cor ou raça: ____ Amarela (só para orientais)
____ Branca
____ Parda ou mestiça
____ Preta

4. Estado Civil: ____ vive sozinho/a
____ vive com outros (pais, irmãos cônjuge,
etc.)

(se for o caso) n^o de pessoas: _____

5. Nível de instrução:

____ Primário incompleto	____	Primário = 4 primeiras séries do atual 1 ^o grau
____ Primário completo	____	

____ Ginásio incompleto	____	Ginásio = 4 últimas séries do atual 1 ^o grau
____ Ginásio completo	____	

____ Colegial incompleto	____	Colegial = atual 2 ^o grau
____ Colegial completo	____	

____ Superior incompleto	____	Superior = faculdade
____ Superior completo	____	

II. Condições de Saúde

6. Como você classificaria a sua saúde neste momento:

- ☐ muito boa
- ☐ boa
- ☐ má
- ☐ não sei dizer

7. Você se considera uma pessoa:

- ☐ muito preocupada com sua saúde (*perg. 7A*)
- ☐ preocupada com sua saúde, mas não muito (*perg. 7A*)
- ☐ pouco ou nada preocupada com sua saúde (*perg. 8*)
- ☐ não sei (*perg. 8*)

(se a resposta for "muito preocupada" ou "preocupada" com a saúde)

7A. Dê alguns exemplos do que você considera preocupações com a saúde.

8. Você tem alguma doença crônica ?

☐ respondeu sim e tem doenças crônicas.

quais? _____

☐ respondeu sim e não tem doenças crônicas.

quais? _____

☐ respondeu não e tem doenças crônicas.

quais? _____

☐ respondeu não e não tem doenças crônicas.

9. Nos últimos seis meses, você fez, por sua própria iniciativa, alguma coisa para ajudar a manter ou melhorar sua saúde ?

___ Sim O que?_____

___ Não

___ Não me lembro

10. Nos últimos seis meses, o médico recomendou alguma coisa para você manter ou melhorar a sua saúde?

___ sim (pergs. 10A/B/C)

___ não (perg. 11)

___ não me lembro (perg. 11)

10A. (Se a resposta for "sim") O quê?

___ tomar remédio quais?_____

___ mudar hábitos pessoais quais?_____

___ fazer tratamento (com exclusão de remédios)
quais:_____

10B. Você tem feito o que o médico recomendou ?

___ sim, sempre (perg. 10C)

___ sim, às vezes (perg. 10C)

___ não (perg. 11)

10C. (Se a resposta for "sim, sempre" ou "sim, às vezes") O quê ?

___ tomar remédios

___ mudar hábitos pessoais

___ fazer tratamento (com exclusão de remédios)

11. Qual a sua altura, aproximadamente ? _____ Não sei _____

12. Qual o seu peso, aproximadamente ? _____ Não sei _____

13. A respeito do seu peso, você acha que é:

- ☐ muito gordo/a (perg. 13A)
- ☐ gordo/a (perg. 13A)
- ☐ normal (perg. 14)
- ☐ magro/a (perg. 13B)
- ☐ muito magro/a (perg. 13B)
- ☐ não sei (perg. 14)

(Se a resposta for "muito gordo" ou "gordo")

13A. Você faz alguma coisa para emagrecer ?

☐ sim o quê? _____

☐ não _____

(Se a resposta for "muito magro" ou "magro")

13B. Você faz alguma coisa para engordar ?

☐ sim o quê? _____

☐ não _____

13C. (Apenas para o entrevistador)

- ☐ relação peso/altura normal
- ☐ relação peso/altura não normal

14. Você fuma ?

- ☐ sim, diariamente (perg. 14A)
nº de cigarros por dia: _____
- ☐ sim, mas não diariamente (perg. 14A)
- ☐ não (perg. 15)

14A. (Se a resposta for sim) Você quer parar de fumar?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não sei

14B. (Apenas para o entrevistador)

- ☐ 20 ou mais cigarros por dia
- ☐ 10 a 19 cigarros por dia
- ☐ menos de 10 cigarros por dia

III. Informação e tomada de decisão

15. Você se considera uma pessoa bem informada a respeito de problemas de higiene e saúde ?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ mais ou menos
- ☐ não sei

16. Você costuma ler artigos, revistas, livros, etc. para saber como manter e proteger a sua saúde ?

- ☐ sim, sempre o quê: _____
- ☐ não
- ☐ às vezes o quê: _____

17. Quando você toma um remédio pela primeira vez, você costuma ler a bula?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ às vezes

18. Quando você tem que tomar uma decisão em relação a um problema de saúde, com quem você conversa ?

- ☐ médico
- ☐ pessoas da família Especificar: _____
- ☐ amigos
- ☐ colegas
- ☐ outros Especificar: _____

19. Quantas vezes você conversa com outros a respeito de o que fazer para ter melhor saúde ?

- ☐ sempre (frequentemente)
- ☐ algumas vezes
- ☐ raramente ou nunca
- ☐ não sei

20. Em geral, quando você se sente indisposto/a ou um pouco doente, o que você faz:

Usa remédios caseiros por conta própria ?

- ☐ sim cite alguns: _____
- ☐ não

Toma remédios que amigos ou familiares recomendam ?

- ☐ sim cite alguns: _____
- ☐ não

Vai à farmácia e compra o remédio que o farmacêutico recomenda ?

_____ sim cite alguns: _____
_____ não

Toma, por conta própria, algum remédio que já fez efeito anteriormente ?

_____ sim (perg.20A) cite alguns: _____

_____ não (perg. 21) _____

20A. (Se a resposta for "sim")

Qual foi o problema de saúde que fez com que você tornasse a tomar um remédio que fez efeito anteriormente?

21. No ano passado, alguma vez você achou que deveria procurar um médico ?

_____ não (perg. 22)
_____ sim e procurou (perg. 22)
o que aconteceu: _____

_____ sim, mas não procurou (perg. 21A)
o que aconteceu? _____

(Se a resposta for "sim, mas não o procurou")

21A. Por quê ?

_____ problemas com o seguro de saúde
_____ dificuldade de transporte
_____ não queria gastar dinheiro
_____ não tinha tempo livre
_____ não tinha companhia
_____ não gosta de ir ao médico
_____ amigos ou familiares disseram que não era preciso ir ao médico
_____ outros especificar: _____

IV. Trabalho/Emprego

22. Há quantos anos você trabalha como funcionário público?

_____ anos, aproximadamente

23. Há quantos anos você está no seu atual cargo ou função?

_____ anos, aproximadamente

24. Qual o seu atual cargo ou função?

25. Das situações abaixo, qual a que melhor se aplica ao seu trabalho ?

_____ trabalho sentado a maior parte do tempo (motorista por exemplo)

_____ trabalho andando a maior parte do tempo (carteiro por exemplo)

_____ Trabalho agachado a maior parte do tempo (jardineiro por exemplo)

_____ Trabalho em pé a maior parte do tempo, mas andando relativamente pouco (guarda de trânsito por exemplo)

26. Seu trabalho atual exige que você carregue pesos ?

_____ sim, muitas vezes

_____ às vezes

_____ não

27. Atualmente você está trabalhando ou está afastado/a do seu cargo ou função por algum motivo?

_____ estou trabalhando

_____ estou afastado do meu cargo ou função

27A. (Se a resposta for "estou afastado") Esse afastamento está relacionado com algum problema de saúde?

V. Dores nas costas

28. Quanto as dores nas costas ?

Você teve dores nas costas poucas vezes, muitas vezes ou uma vez só ?

- ☐ poucas vezes
- ☐ muitas vezes
- ☐ uma vez só

Pelo menos uma dessas dores foi bastante forte?

- ☐ sim, foi muito forte
- ☐ não, nunca foi forte
- ☐ não me lembro

Quando foi que você teve dores nas costas, pela primeira vez ?

- ☐ recentemente
- ☐ há muito tempo
- ☐ não me lembro

Você já precisou faltar ao serviço por causa de dores nas costas ?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não me lembro

Você já precisou tirar licença-saúde por causa de dores nas costas ?

- ☐ não
- ☐ uma única vez
- ☐ várias vezes
- ☐ não me lembro

VI. H.B.M

Apenas para o entrevistador: neste ponto da entrevista, informe a pessoa que vai fazer algumas afirmações e que esta deverá apenas responder se **concorda** ou **discorda**. Só após a resposta, o entrevistador deverá prosseguir, inquirindo se a pessoa concorda totalmente ou discorda **totalmente** ou **parcialmente**. A resposta "não sei" será assinalada se a pessoa (a) não responder ou (b) disser que não sabe.

29. Quem já teve dor nas costas uma vez, acaba tendo outras vezes.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

30. Quando sinto dor nas costas, vou imediatamente ao médico para evitar que a situação piore.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

31. A dor nas costas dificulta os movimentos.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

32. Sempre que sinto dor nas costas vou ao médico, e acabo gastando dinheiro.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

33. É possível ter dor nas costas e ter ótima saúde em geral.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

34. Tenho medo de ter dor nas costas e de ser uma doença grave.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

35. Com o passar dos anos a dor nas costas piora.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

36. Não tenho tempo para ir ao médico e fazer tratamento para as dores das costas.

____ concordo
____ totalmente
____ em parte

____ discordo
____ totalmente
____ em parte

____ não sei responder

37. Qualquer pessoa pode ter dor nas costas.

____ concordo
____ totalmente
____ em parte

____ discordo
____ totalmente
____ em parte

____ não sei responder

38. Sou bem atendido(a) no ambulatório deste hospital.

____ concordo
____ totalmente
____ em parte

____ discordo
____ totalmente
____ em parte

39. A dor nas costas dificulta as relações sexuais.

____ concordo
____ totalmente
____ em parte

____ discordo
____ totalmente
____ em parte

____ não sei responder

40. É sempre melhor não tomar remédios para a dor nas costas, por causa dos efeitos colaterais (verificar se a pessoa entende a expressão "efeitos colaterais").

___ concordo
 ___ totalmente Ex.
 ___ em parte

___ discordo
 ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

41. Quando uma família tem várias pessoas com dor nas costas, há maior chance de os filhos terem dor nas costas.

___ concordo
 ___ totalmente Ex.
 ___ em parte

___ discordo
 ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

42. Em geral, os médicos sabem o que é melhor para seus pacientes.

___ concordo
 ___ totalmente Ex.
 ___ em parte

___ discordo
 ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

43. A dor nas costas não tem cura.

___ concordo
 ___ totalmente Ex.
 ___ em parte

___ discordo
 ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

44. Não tenho tempo para fazer exercícios para as costas.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

45. A dor nas costas pode aparecer, de repente, sem motivo.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

46. Quando tenho dor nas costas, faço o que os médicos me dizem porque me sinto melhor.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

47. A dor nas costas me prejudica durante o trabalho.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

48. Eu sempre melhoro da dor nas costas, mesmo quando não faço nada (por exemplo, tomar remédios, fazer ginástica).

___ concordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ discordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

49. A doença não depende do que a pessoa faz, é destino.

___ concordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ discordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

50. O meu médico parece um profissional muito competente.

___ concordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ discordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

51. A dor nas costas me prejudica em casa.

___ concordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ discordo ___ totalmente
 ___ em parte

___ não sei responder

52. Em geral, os médicos não se interessam pelos problemas da vida particular de seus pacientes (se necessário, dar alguns exemplos).

____ concordo _____ Especificar:
_____ totalmente
_____ em parte

____ discordo _____
_____ totalmente
_____ em parte

____ não sei responder

53. Se eu tomar conta de mim, posso evitar doenças.

____ concordo _____
_____ totalmente
_____ em parte

____ discordo _____
_____ totalmente
_____ em parte

____ não sei responder

54. Compreendo bem o que todos me dizem neste ambulatório.

____ concordo _____
_____ totalmente
_____ em parte

____ discordo _____
_____ totalmente
_____ em parte

____ não sei responder

55. A dor nas costas pode deixar uma pessoa parálitica.

____ concordo _____
_____ totalmente
_____ em parte

____ discordo _____
_____ totalmente
_____ em parte

____ não sei responder

56. É difícil entender o que os médicos dizem.

____ concordo ____ totalmente Dê alguns exemplos:
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

57. Já percebi que fico mais vezes doente do que outras pessoas.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

58. Quem faz ginástica tem melhor saúde do que quem não faz ginástica.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

59. Felizmente a dor nas costas não é permanente.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

60. Procuro fazer o que o médico recomenda, mas não adianta nada.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

61. Meus familiares, amigos, colegas (outros) sempre me dizem para procurar o médico quando sinto dor nas costas.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

62. Nos dias em que minhas costas doem, não dá para ir trabalhar.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

PASTA	SAÚDE <u>PÚBLICA</u>	14
-------	-------------------------	----

GRAVAÇÃO	MODELO 1	FIRMAS	} DIFERENTES
	MODELO 2	CORES	
	MODELO 3	TÍTULOS	
		TAMANHOS	

COSTURA: LATERAL - CABEÇA - PÉ

MODELO: COM - SEM

CAPAS: COM - SEM

COR: CONFEITO

RETIRADA

63. Não costumo levar minhas doenças muito a sério.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

64. Penso muito na minha saúde.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

65. Comparado com outros problemas de saúde, a dor nas costas é um dos mais importantes.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

66. Quando sinto algum problema de saúde prefiro esperar algum tempo, para ver se melhora, antes de procurar um médico.

____ concordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ discordo ____ totalmente
 ____ em parte

____ não sei responder

67. Nome da Entrevistadora: _____

B - TESTE DA FIGURA HUMANA

NOME:REG:.....

IDADE:..... SEXO:..... HORA NA CAPITAL?:.....

Marque nos desenhos abaixo, os locais que sente as sensações relacionadas com a DOR.

Use somente os 4 símbolos.

SENSAÇÃO DE ADORMECIMENTO _ _ _ _ _

PINICAR COMO AGULHAS 0 0 0 0 0 0

QUEIMAÇÃO x x x x x x

SENSAÇÃO PERFURAR-FINCAR / / / / / /

Use os símbolos dentro dos desenhos. Inclua todas as áreas afetadas.