

FATORES DE RISCO PARA A COLUNA: AVALIAÇÃO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM.¹

SPINE RISK FACTORS: ASSESSMENT AND IMPLEMENTATION OF THERAPEUTIC MEASURES.

Maria Edla de Oliveira Bringuente²
Ivana Silveira de Castro³
João Carlos Gomes de Jesus⁴
Luzimar dos Santos Luciano³

RESUMO: O presente trabalho teve como propósito estudar os fatores de risco que afetam a pessoa com dor na coluna, identificando-os e implementando uma proposta de intervenção, composta de um programa de educação à saúde, fundamentado no ensino do autocuidado, pressupostos filosóficos humanista-existenciais e abordagens equalizadoras do estresse, dentre elas, atividades reintegradoras músculo-esqueléticas, técnicas básicas de equalização do estresse e massagens. Foi desenvolvido junto a uma população de 42 clientes, tendo sido utilizados na coleta de dados dois instrumentos que integraram o protocolo de consultas de enfermagem. Os resultados demonstraram a existência de fatores de risco associados e modificáveis mediante programas de educação à saúde. O processo avaliativo contribuiu para que se tivesse uma visão das medidas terapêuticas, utilizando nessa abordagem cuidados não convencionais, contribuindo, outrossim, na melhoria da qualidade de vida desses clientes.

UNITERMOS: Fatores de risco - Dor na coluna - Intervenção de enfermagem.

ABSTRACT: The present work aimed at studying risk factor that affect people with backpain, identifying them and implementing an intervention proposal of a health education program based on self-care teaching, existential humanist philosophical projects and stress equalization approach line, skeletal-muscle reintegration activities, basic techniques on stress equalization and massage. It has been developed for a population of 42 (forty-two) clients. Two instruments which integrate nursing consultation protocol have been used in data collection. The results showed the existence of associated risk factors which are changeable according to health education programs. The assessment process has contributed for therapeutic measures focus, using non-conventional care methods for this approach providing an improvement to these clients life quality.

KEYWORDS: Risk factors - Back pain - Nursing intervention.

¹ Trabalho que contou com apoio do CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia) e Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo)

² Enfermeira, Livre-Docente em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da UFES.

³ Enfermeiras da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde. Bolsistas do CNPq

⁴ Médico Ortopedista, Professor da UFES. Bolsista do CNPq

INTRODUÇÃO

A dor na coluna tem sido um sintoma experimentado por cerca de 80% da população em algum momento de sua vida¹⁵. São muitas as patologias que causam dor na coluna, tais como, processos traumáticos, fraturas, hérnias discais, mal-formações congênitas, processos inflamatórios infecciosos e não-infecciosos, neoplásicos, metabólicos, dentre eles a osteoporose, os degenerativos e aqueles produzidos por problemas mecânico-posturais^{8,16,19,27,29}.

Todavia, a dor crônica relacionada a problemas degenerativos, como artrose, freqüente 65% das pessoas adultas e tem constituído um problema de Saúde Pública, sendo a segunda causa de afastamento do trabalhador ao serviço, em sua maioria ocorrendo no período de maior atividade laboral. Isso demanda gastos com benefícios sociais e, sobretudo, desequilibra a sua estrutura familiar com a readaptação a mudanças no estilo de vida, comprometendo assim o seu nível de qualidade^{15,19,20,21}.

Assim, as dores na coluna, lombalgias e cervico-dorso-lombalgias têm sido consideradas como enfermidades sociais presentes no cotidiano de diversos especialistas da área da saúde. No entanto, vários de seus aspectos etiológicos são desconhecidos, o que tem favorecido uma abordagem diversificada para a compreensão do problema, dentre eles, o enfoque de fatores de risco^{2,3,8,19}.

A abordagem epidemiológica de fatores de risco tem sido um enfoque muito utilizado na compreensão dos processos mórbidos, especificamente da coluna e na atenção à saúde^{5,30}.

Assim, os fatores relacionados ao problema de dor na coluna ou lombalgia podem estar relacionados a variáveis genéticas, psicossociais, ambientais, econômicas e, sobretudo, ao acesso às políticas sociais, educacionais e de saúde^{15,19}.

Convém considerar que as precárias condições de vida e saúde, o uso incorreto da mecânica corporal, a pessoa e as suas relações com o trabalho, o lar e o estilo de vida, o acesso às informações, dentre outros, colocam-se como fatores determinantes do processo de adoecer, que reconduziu a uma abordagem do problema lombálgico, tomando como referência, também, a epidemiologia social^{2,3,15,23}.

Nessa perspectiva, a intervenção dos problemas possui dimensões político-econômicas e sócio-culturais amplas, principalmente quando atenta-se para o fato de que são poucos os trabalhos que, dentro desta vertente, buscam a leitura desse processo mórbido. No entanto, o processo de adoecer deve ser visto como resultante dessas variáveis⁵.

O tratamento da pessoa com dor na coluna, originária de problemas mecânico-posturais, degenerativos e metabólicos, dentre outros, com base em métodos terapêuticos medicamentosos convencionais, tem-se revelado pouco eficaz. A teoria psiconeurológica da dor, formulada por *Melzack* e *Wall*, citada em estudos^{4,19,20}, aponta a tensão, ansiedade, depressão e sugestão participando na gênese e no combate à dor, estimulando assim novas formas de abordar esse problema.

Os estudos de *Jesus*¹⁵, *Knoplich*¹⁹ e *Santos*³² estimularam a abordagem do problema mediante uma visão holística e multidisciplinar, compreendendo o ser

humano como um ser total, histórico, que interage com seu ambiente (natural e social), capaz de transformar-se e transformar as realidades concretas tanto em nível individual como coletivo. A abordagem multidisciplinar estimulada por esses trabalhos coloca-se como desafio, estimulando a intervenção mediante o ensino para o autocuidado.

Com isso, entende-se a abordagem de fatores de risco como uma metodologia em que se busca a gênese do processo saúde-doença, colocando-se também como estimuladora de necessidade de ações educativas, atuando essas ações na prevenção e tratamento do problema da dor na coluna.

Para tanto, o ensino para o autocuidado toma como base pressupostos teórico-filosóficos, de *Freire*¹¹ e *Furter*¹², sobre a educação. Para esses autores, o processo educativo deve atuar nas transposições das “situações limites” em que vive o ser humano.

Com o propósito de estudar o problema, foram elaborados os seguintes **objetivos**: identificar os fatores de risco que estão relacionados à pessoa com o problema de dor na coluna; identificar os fatores de risco que seriam modificáveis mediante programa e plano de intervenção; avaliar, junto à população usuária, as medidas terapêuticas implementadas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo é de natureza descritiva com abordagem quanti-qualitativa. Desenvolvido junto ao Serviço de Lombalgia, Ambulatório de Ortopedia do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), no período de agosto de 1993 a julho de 1995. A amostra foi constituída de 42 (quarenta e duas) pessoas de um total de 73 (setenta e três) que freqüentaram o programa nesse período. O critério de seleção da amostra deu-se em função do aceite e interesse em participar do estudo, tempo médio de permanência no programa e disponibilidade de comparecer às **Consultas de Enfermagem (CE)**. Participaram aqueles que compareceram a mais de três consultas, suficientes para coleta de dados relativos à identificação dos **fatores de risco (FR)**.

O instrumento de coleta de dados, constituído por um **Formulário** (Anexo 1), foi integrado ao **Protocolo de Consulta de enfermagem (PCE)**, composto de: ficha de consulta de enfermagem à pessoa com espondiloalgia; ficha de avaliação espondiloálgica; plano de intervenção; ficha de acompanhamento e avaliação de aprendizagem e instrumento de avaliação dos cuidados à saúde.

Os dados foram coletados mediante entrevista e avaliação física durante a **CE**, quando era instituída a estratégia de atendimento constituído por: fase de diagnóstico, objetivos e metas, e plano de intervenção individualizado em que era avaliado e implementado o ensino para o autocuidado a cada retorno do cliente, tendo-o como elemento ativo do processo ensino-aprendizagem.

Após a nona ou décima consulta, o cliente era avaliado quanto ao seu nível de prontidão para o autocuidado, e orientado o seu retorno para controle dentro de 90 (noventa) dias ou em face a alguma necessidade de cuidados.

Quando do retorno do paciente à **Consulta de enfermagem Controle (CEC)**, no período médio de 90 (noventa) dias, procedia-se à coleta de dados sobre a “ **Avaliação da Intervenção de Enfermagem**” (AIE) , tomando como base o instrumento (Anexo II).

Dos sujeitos em estudo, foram identificados **fatores de risco** em 42 clientes, 35 deles realizaram, em média, 9.5 **consultas de enfermagem** e 16 deles retornaram à **consulta de enfermagem controle**, para a **avaliação da intervenção de enfermagem**.

ANÁLISE DE DADOS Inicialmente foram analisados os dados contidos no Instrumento que identificou os fatores de risco, agrupando-os em tabelas. Na análise qualitativa, foram utilizadas as falas, menções ou outro dado apreendido durante a CE. Em seguida, analisados os dados referentes às **AIE**.

PRIMEIRO MOMENTO: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os **dados demográficos** (Tabela 1) referem-se ao perfil da clientela constituída por 88% de mulheres e 12% de homens. Predomina o 1º. Grau (57%) como nível de escolaridade; destes, 28.5% incompleto, desenvolvendo atividades compatíveis com o grau de instrução. Como atividades laboral feminina temos, entre outras, **do lar, costureira, serventes**.

A faixa etária de maior incidência do problema de dor na coluna(59%) foi de 30 a 50 anos, colocando-se como interface importante devido ao período de pré-menopausa, quando já se instalam as alterações hormonais que comprometem o metabolismo do cálcio^{22,34}.

Quanto às **condições físicas**, (Tabela 2), 90% não as apresentou boas, com significativo excesso de peso. Identificados hiperplasia mamária, excesso abdominal e o uso incorreto da mecânica corporal, fatores de risco que afetam, tanto a instabilidade da coluna como, em nível emocional, a auto-imagem.

Aspectos relacionados à pessoa e ao ambiente de trabalho doméstico e familiar (Tabela 4). Nos dados quantitativos apresentados, foram observadas uma série de contradições, acentuadas, no decorrer das **CE**.. Uma delas foi a jornada de trabalho; mesmo sendo inferior a 40 horas semanais, foi observado pela população feminina uma sobrecarga determinada pelo afazeres domésticos, bastante enfatizada pelo seu desgaste físico, associado às limitações produzidas pela dor e o fato de necessariamente ter que realizá-los. O mesmo ocorreu com a população predominantemente **do lar**.

Verificou-se que, mesmo sentindo-se preparadas e ajustadas às atividades laborais, eram as pessoas submetidas à **sobrecarga física e privação sensorial**, fatores estes que contribuem no processo de inadequação ao trabalho. São aspectos importantes mas não valorizados, pelo fato de dependerem de seus empregos para sobreviverem e não lhes restarem outras opções⁹.

Idênticas contradições foram observadas nas relações conflituosas com os chefes, colegas e no relacionamento familiar, atuando como situações estressoras e que contribuíam na exacerbação do quadro de dor.

Aspectos sobre o estilo de vida: **exercícios físicos, recreação, hábito de sono, indumentária, uso do álcool, fumo e outros** (Tabela 5), como variáveis importantes por denunciarem fatores de risco aos problemas físicos e emocionais. Dentre os achados, foi ressaltado que 86% da população não realizava exercícios físicos de forma regular, e desconheciam quaisquer benefícios relacionados a essa prática. Em seguida, o déficit nas atividades que promovem lazer, visto com preocupação em virtude dos pequenos prazeres saudáveis atuarem como medidas anti-estresse. Autores^{6,28,31,32,33} referem que as dores crônicas e o estresse podem levar a pessoa à perda de interesse para com as atividades sociais sendo responsabilizados por quadro de insatisfação, ansiedade, depressão e outros distúrbios referentes à desarmonia emocional, afetando sobremaneira a sua auto-imagem e estima, dado este corroborado no presente estudo. Em relação ao sono foi observado o uso de medicação ansiolítica e analgésica devido à insônia, ao estresse e à dor.

Quanto aos aspectos relativos ao **conhecimento e expectativa sobre o problema de saúde** (Tabela 6), foi evidenciada falta de acesso a informações sobre saúde e de conhecimentos relacionados ao seu problema de dor na coluna. Esse dado foi corroborado mediante o processo avaliativo, quando 81% dos clientes se auto-avaliaram e atribuíram-se um escore com valores abaixo de 5(cinco).Apresentaram conhecimentos sobre os principais estressores, sendo um deles a dor e tinham como forma de enfrentamento **o choro, a depressão, o isolamento, o uso de medicação, a oração, dentre outros**.

A motivação constituiu importante ponto de partida no processo ensino-aprendizagem para o autocuidado, onde 95% acharam-se motivados. Esse dado pode ser corroborado observando-se a Tabela 3, que se refere à **auto-avaliação** do cliente ao entrar no programa, relacionando-se após 9 a 10 **CE** com o momento de sua alta, quando ele próprio considerava-se apto a se autocuidar.

O trabalho teve como propósito, em primeiro lugar, conhecer os **FR** presentes na pessoa com dor na coluna. Foram identificados aqueles que poderiam ser modificados e trabalhados mediante um programa de ensino para o autocuidado junto à população em estudo. Observou-se que essa população apresentou um perfil de riscos associados, colaborando com os estudos realizados^{2,15,16,19}, podendo , em muitos dos seus aspectos, ser trabalhado.

SEGUNDO MOMENTO: CONCEPÇÃO DOS CLIENTES SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Esses dados foram coletados mediante entrevista, quando do retorno do cliente ao ambulatório, utilizando-se para tanto o instrumento **AIE**.

Da população em estudo, 42 clientes, 35 freqüentaram em média 9.5 **CE**, aderiram ao tratamento e apresentaram conhecimentos, atitudes e habilidades para se autocuidarem. Desses, apenas 16 (dezesesseis) retornaram ao ambulatório no período previsto de 90 (noventa) dias para a **CEC**.

TABELA 1 - DADOS DEMOGRÁFICOS: FAIXA ETÁRIA, COR, ESCOLARIDADE, RELIGIÃO E PROFISSÃO / OCUPAÇÃO

DADOS DEMOGRÁFICOS	SEXO			
	FEMININO		MASCULINO	
	Fi	%	Fi	%
GRUPO ETÁRIO (em anos)				
< 20	1	2,4	-	-
20 - 30	2	4,7	1	2,4
30 - 40	8	19,0	1	2,4
40 - 50	17	40,0	2	4,7
50 - 60	6	14,0	-	-
> 60	3	7,0	1	2,4
COR				
BRANCA	13	31,0	4	9,5
NEGRA	7	17,0	-	-
AMARELA	-	-	-	-
PARDA	17	40,0	1	2,4
ESCOLARIDADE				
ANALFABETO	3	7,0	1	2,4
1º GRAU INCOMPLETO	12	28,5	1	2,4
1º GRAU COMPLETO	12	28,5	-	-
2º GRAU INCOMPLETO	4	9,5	-	-
2º GRAU COMPLETO	3	7,0	2	4,7
SUPERIOR INCOMPLETO	2	2,4	1	2,4
SUPERIOR COMPLETO	2	4,7	-	-
RELIGIAO				
CATÓLICA	29	69,0	4	9,5
EVANGÉLICA	8	19,0	-	-
ESPÍRITA	-	-	-	-
NENHUMA	-	-	1	2,4
OCUPAÇÃO/PROFISSAO				
DO LAR	15	35,7	-	-
COSTUREIRA	4	9,5	-	-
SERVENTE	3	7,0	1	2,4
ESTUDANTE	3	7,0	1	2,4
CAIXA DE LOJA	3	7,0	-	-
MERENDEIRA	3	7,0	-	-
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	2	4,7	-	-
ADMINISTRADOR	1	2,4	-	-
AJUDANTE DE CAMINHÃO	1	2,4	-	-
BERÇARISTA DE CRECHE	1	2,4	-	-
LAVRADOR	-	-	1	2,4
MECÂNICO	1	2,4	-	-
PARTEIRO	1	2,4	-	-
PSICÓLOGO	1	2,4	-	-

(42 = 100%)

TABELA 2 - ASPECTOS DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E DE MECÂNICA CORPORAL

ASPECTOS FÍSICOS	AVALIAÇÃO			
	SIM		NÃO	
	Fi	%	Fi	%
CONDIÇÕES FÍSICAS SEGUNDO A E*	04	10	38	90
EXCESSO DE PESO	25	60	17	40
Leve	06	14	19	45
Moderado	04	10	21	50
Alto	15	36	10	24
HIPERPLASIA MAMÁRIA	14	33	28	67
Leve	04	10	10	24
Moderada	03	7	11	26
Alta	07	17	07	17
EXCESSO ABDOMINAL	24	57	18	43
DEFORMIDADE FÍSICA	05	12	37	88
Congênita	01	2	41	98
Adquirida	04	10	38	90
CONDIÇÕES DA MECÂNICA CORPORAL:				
Utilizou a mecânica corporal corretamente quando em pé, sentado ou agachado?	04	10	38	90
Distribui o peso corretamente quando: levanta do solo, transporta e locomove-se?	11	26	31	74

* Avaliação espondilo-álgica

TABELA 3 - AVALIAÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM PARA O AUTOCUIDADO SEGUNDO A CONCEPÇÃO DOS CLIENTES.

ESCORE	Entrada no Programa		Saída de Programa	
	Fi	%	Fi	%
1	06	14	01	3
2	12	29	01	3
3	12	29	03	8
4	04	9	02	6
5	02	5	05	14
6	03	7	01	3
7	01	2	02	6
8	02	5	08	23
9	-	-	10	28
10	-	-	02	6
TOTAL	42	100	35	100

TABELA 4 - ASPECTOS RELACIONADOS À PESSOA E AO AMBIENTE: DE TRABALHO, DOMÉSTICO E FAMILIAR

ASPECTOS	SIM		NÃO		EM PARTE	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
JORNADA DE TRABALHO: <40 horas (23)*	21	91	02	9	-	-
>40 horas	02	9	21	91	-	-
PREPARO PARA O TRABALHO : (23)*	16	70	07	30	-	-
FREQUÊNCIA DA SOBRECARGA FÍSICA: (23)*	15	65	08	35	-	-
regular	13	57	-	-	-	-
eventual	02	9	-	-	-	-
periódica	-	-	-	-	-	-
CARGA A QUE SE SUBMETE :						
leve	02	9	-	-	-	-
moderada	09	39	-	-	-	-
alta	07	30	-	-	-	-
POSIÇÃO CORPORAL DURANTE O TRABALHO						
Andando (23)*	06	26	-	-	-	-
Em pé	07	30	-	-	-	-
Sentado	07	30	-	-	-	-
De cócoras	-	-	-	-	-	-
Deitado	-	-	-	-	-	-
Outros	03	14	-	-	-	-
TIPOS DE PRIVAÇÃO SENSORIAL: (23)*	17	74	06	26	-	-
Ruídos sonoros	12	52	-	-	-	-
Temperatura	07	30	-	-	-	-
Umidade	01	4	-	-	-	-
Visual	02	9	-	-	-	-
Outras: inalação de gases	01	4	-	-	-	-
EMOCIONAIS NO TRABALHO: (23)*						
Sente-se ajustado	16	70	03	13	04	17
Gosta do que faz	17	74	02	9	04	17
Gosta do ambiente de trabalho	17	74	02	9	04	17
Sente-se estimulado p/ o trabalho que realiza	15	65	03	13	05	22
RELACIONA-SE BEM COM :						
Chefe(18)*	12	67	03	14	03	14
Colegas	16	89	01	60	01	60
AMBIENTE DOMÉSTICO: (42)*						
Físico	32	76	04	10	06	14
Emocional	22	52	05	12	15	36
DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DOMÉSTICAS (42)*:						
Gosta de realizar atividades domésticas	16	38	16	38	10	24
RELACIONAMENTO HARMONIOSO COM FAMILIARES:						
Família (42)*	23	55	05	12	14	33
Parceiro (42)*	21	54	04	10	14	36
Filhos (39)*	32	89	01	4	03	8
Pai (36)*	22	81	01	4	04	15
Mãe (27)*	22	81	03	11	02	7
Irmão (42)*	30	71	05	12	07	17

()* Considerando como base para cálculo para cada variável em estudo.

TABELA 5 - ASPECTOS SOBRE O ESTILO DE VIDA : EXERCÍCIOS FÍSICOS, RECREAÇÃO, HÁBITOS DE SONO E INDUMENTÁRIA, USO DE ÁLCOOL, FUMO E OUTROS (42=100%)*.

ASPECTOS / ESTILOS DE VIDA	SIM		NÃO		EM PARTE	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
TIPOS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	06	14	36	86	-	-
Coletivo	04	10	--	--	-	-
Individual	02	05	--	--	-	-
ATIVIDADES DE LAZER	28	67	14	33	-	-
Regular	03	07	--	--	-	-
Eventual	13	31	--	--	-	-
Periódica	12	29	--	--	-	-
HÁBITOS DE SONO:						
Sente-se bem c/ nº de horas dormidas	28	66	10	24	4	10
Número de horas dormidas: < 04 horas	7	17	--	--	-	-
> 04 horas	35	83	--	--	-	-
POSIÇÃO QUE ASSUME QUANDO DORME :						
Ventral	11	26	--	--	-	-
Lateral	29	70	--	--	-	-
Dorsal	1	2	--	--	-	-
Outros: Posição Fetal	1	2	--	--	-	-
USO DE COLCHÃO ANATÔMICO.	31	74	11	26	-	-
FAZ USO DO TRAVESSEIRO	40	95	2	5	-	-
Altura do travesseiro : até 10 cm	22	55	18	45	-	-
> 10 cm	18	45	22	55	-	-
USO DE INDUMENTÁRIA						
Sapato Apertado	0	0	42	100	-	-
Salto do sapato: Altura < 5 cm	34	81	8	19	-	-
> 5 cm	8	19	34	81	-	-
HÁBITOS ALIMENTARES						
FAZ USO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA	12	29	9	21	21	50
Proteínas	21	50	21	50	-	-
Carboidratos	24	57	18	43	-	-
Lipídeos	21	50	21	50	-	-
Vitaminas	11	26	31	74	-	-
Sais minerais	8	19	34	81	-	-
OUTROS: EXPOSIÇÃO AO SOL	35	83	7	17	-	-
Regular	11	26	--	--	-	-
Eventual	15	36	--	--	-	-
Periódico	9	21	--	--	-	-
FAZ USO DO FUMO	9	21	33	79	-	-
Quantidade: < 10 cigarros/dia	3	7	--	--	-	-
> 10 cigarros/dia	5	12	--	--	-	-
FAZ USO DO ÁLCOOL	10	24	32	76	-	-
Regular	0	0	--	--	-	-
Eventual	5	12	--	--	-	-
Periódico	5	12	-	-	-	-

(*) Considerado como base no cálculo para cada variável em estudo.

TABELA 6 - ASPECTOS RELACIONADOS AO CONHECIMENTO E EXPECTATIVA SOBRE O PROBLEMA DE SAÚDE (42=100%).

ASPECTOS/CONHECIMENTO E EXPECTATIVA	SIM		NÃO		EM PARTE	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
TEM ACESSO A INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE: *	36	86				
Televisão	23	58	06	14	-	-
Profissionais de Saúde	15	38	-	-	-	-
Livros	03	7	-	-	-	-
Revista	02	5	-	-	-	-
Jornais	02	5	-	-	-	-
Rádio	02	5	-	-	-	-
POSSUI CONHECIMENTO FUNDAMENTADO SOBRE A DOENÇA:	11	26	31	74	-	-
POSSUI CONHECIMENTO SOBRE O MECANISMO:						
da dor	06	14	-	-	-	-
da atrofia muscular	03	7	-	-	-	-
da parestesia	02	5	-	-	-	-
CONHECIMENTO SOBRE O PROBLEMA						
ESCORE DE 1 A 10 ATRIBUÍDO PELO CLIENTE:						
< 5	34	81	-	-	-	-
> 5	08	19	-	-	-	-
ESCORE DE 1 A 10 ATRIBUÍDO PELO ENFERMEIRO:						
< 5	34	81	-	-	-	-
>5	8	19	-	-	-	-
POSSUI O CONHECIMENTO DAS PISTAS ESTRESSORAS:	33	79	09	21	-	-
DESENVOLVE HABILIDADES COGNITIVAS NO CONTROLE DO ESTRESSE:	29	69	13	31	-	-
ENCONTRA-SE MOTIVADO PARA APRENDIZAGEM	40	95	02	5	-	-
NUTRE ESPERANÇAS DIANTE DA VIDA:	32	76	10	24	-	-
POSSUI PADRÃO POSITIVO DE PENSAMENTO						
Em Relação ao Problema	22	52	12	25	8	19
Em Relação Auto-Imagem	21	50	13	31	8	19

*Fonte de Informações: não houve exclusão, foi trabalhada a frequência na ordem de apresentação.

A concepção dos clientes sobre o **plano de intervenção**, fundamentado no ensino do autocuidado e medidas equalizadoras do estresse, pode ser compreendida mediante uma abordagem subjetiva e objetiva: as falas, o fôlego, o comportamento apresentado quando do retorno à **CE**, dentre outros.

Observa-se que as atividades desenvolvidas no programa eram realizadas pelos clientes de forma regular e que as mesmas contribuíam para o **“alívio da dor, diminuição da tensão e como forma de enfrentar e melhorar o estado de dor”**. As mais citadas: Atividades reintegradoras músculo-esqueléticas (**ARME**); Técnicas básicas de equalização do estresse (**TBEs**), Massagem e auto-massagem (**MA**), seguidas de Caminhadas; Espacialidade corporal (**EC**); Calor local, Sol e Dança. Essas **medidas terapêuticas** foram fundamentadas em autores que buscam a compreensão da pessoa como ser total, **corpo/mente e espírito**.^{1,6,7,10,13,14,17,18,24,25,26,32,35,36}

É importante observar que todos os hábitos mencionados, como: **“cuidado com a postura; aprender a pegar peso de forma correta; correção da posição de dormir”** dentre outras, e que sofreram mudanças foram colocados como fatores de risco modificáveis, com o uso de cuidados tão simples, mas de fundamental importância à saúde e, especificamente, da pessoa com problema de coluna.

A importância do ensino para o autocuidado no controle e enfrentamento da dor e do estresse pode ser compreendida através de suas falas durante a **avaliação das intervenções**:

As atividades reintegradoras músculo-esqueléticas (**ARME**): *Ajudaram no alívio da dor e melhora dos movimentos do meu corpo; É bom, quando começo a sentir tensão nas costas faço e logo melhoro.*

A massagem nas costas e nos pés realizadas durante as **CE**: *Pára a dor, relaxa e dá uma sensação boa; As mãos, o calor melhora muito a dor; Solta os nervos. Fiquei melhor dos pés dormentes;*

A automassagem, com bola de gude e o rolo de cabo de vassoura: *Ajudou a melhorar a dor do calcanhar; Amolece os nervos e descansa os pés;*

As técnicas básicas de equalização do estresse: *Faço todos os dias, melhora o meu nervoso. ;*

Atividade mobilizadora para o autocuidado: *Achei bom porque aprendi a tratar de minha coluna. Foi bom saber do estresse e eu que sou uma pilha;*

Espacialidade corporal: *Foi bom conversar com o nosso corpo; foi bom ver as juntas se moverem;*

A eletromagnetoterapia: *Ótimo. Chegava tensa, usava o aparelho e quase que sumia a dor nas costas;*

A dança: *Ajuda a fazer os exercícios ao som da música, eu relaxo. Mexe com todas as juntas.*

Quanto à frequência e intensidade em relação ao episódio da dor, observa-se, após o ensino de ações para o auto-cuidado, que houve melhoras, levando à sua diminuição . O tempo não foi uma questão bem delimitada .Todavia, o que pode ser inferido é que as pessoas passaram a se compreender melhor, tiveram acesso ao conhecimento sobre o fenômeno da dor na coluna, aprenderam a conhecer-se , cuidar de sua saúde e do seu corpo, trabalharam os seus limites, a sua temporalidade e suas potencialidades.

Isso tudo nos levou a reiterar a crença de que o direito ao acesso à informação sobre a saúde, assim como a oportunidade de as pessoas vivenciarem cuidados com o uso de **práticas ou medidas terapêuticas não convencionais** , vêm se tornando de fundamental importância. Da mesma forma, o desenvolvimento de trabalhos que estimulem o potencial da pessoa para o auto-cuidado como forma de intervir nos **fatores de riscos modificáveis**.

CONCLUSÕES

Foi possível observar na população em estudo a existência de riscos associados, tanto dentro da mesma variável como em seu conjunto, observando-se em um mesmo sujeito do estudo a existência de um somatório de eventos indesejáveis atuando no seu desequilíbrio físico-mental.

O perfil demográfico nos mostrou a incidência do problema em uma população que diferiu em termos de ocupação daquelas já estudadas em trabalhadores de indústria, da saúde, dentre elas a de enfermagem. No entanto, houve incidência maior em pessoas com baixo nível de escolaridade; de ocupação e atividade laboral que se submetiam à sobrecarga física aliada a uma história de vida que denunciava desgaste físico e eventos desagradáveis. Mesmo assim, tornou-se difícil estabelecer uma correlação direta de dor na coluna com as variáveis em estudo.

Todavia, um dado preocupante reflete o alto índice de mulheres na faixa etária de 40-50 anos com manifestações de problemas na coluna, que se iniciam já na segunda ou terceira década de vida. A osteoporose constitui uma das ameaças a essa população, carecendo de um conjunto de ações preventivas³³.

A mudança do estilo de vida apresentou-se como variável de risco, com possibilidade de ser trabalhada, mediante o ensino para o autocuidado, desenvolvido de forma dinâmica, criativa, com base em princípios sócio-filosóficos e psico-pedagógicos que considera, dentre outros aspectos, a condição histórica do ser humano, com potencial de desenvolvimento do nascimento à morte^{11,12}.

Vimos que os fatores de risco que afetam a pessoa com dor na coluna indicam diversidades e complexidades que se colocam como verdadeiro desafio profissional, necessitando de novos estudos, entre eles, os que envolvem a saúde da criança, para que de forma bastante precoce internalizem-se hábitos de cuidados à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXANDRE, N.M.C; ANGERAMI, E. L. S. Estilo e vida e trabalho do pessoal de Enfermagem e ocorrência de cervicodorsolombalgia. *R. Lat. Am. de Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 117-136, jan. 1995.
2. ALVES, J.G., MELO FILHO, J; CORDEIRO, H. Estresse. *Jor. Bras. de Medicina*, v. 62, n. 4, abr., p.38-42, 1992
3. ATRA, E. Artrose. *Revista de Clínica Médica*, v. 28, n. 4, p.104-113, mai., 1995.
4. BRANDÃO, M.L. *As bases psicofisiológicas do comportamento*. São Paulo: EPU, 1991. p. 106-117.
5. BREILH, J. *Epidemiologia: Economia, Política e Saúde*. 5. ed. Trat. Luís Roberto de Oliveira. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista /HUCITEC, 1991. 276 p.
6. BRUHNS, H. et al. *Conversando sobre o corpo*. 3. ed. Campinas. São Paulo: Papirus. 1989. 106 p.
7. BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. p.106-117.
8. COUTO, H. *A Fisiologia do trabalho aplicado*. Belo Horizonte.: Ibéria 1978, 295 p.
9. DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *R. Bras. de Saúde Ocup.*, v. 17, n. 66, p. 413, 1989.
10. FAST, J. *A linguagem do corpo*. Trad. Cristina Rocha. São Paulo: Edições. 70, 1970. 178p.
11. FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade*. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1981. 150 p.
12. FURTER, P. *Educação e reflexão*. 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 190p.
13. IDICULLA, A.; GALDBERG, G. Preparação física para mulheres maduras. In: *Clin, Med. da Am. do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1987. v.1, p. 125-137.

14. IWANOWISZCZ, B. A imagem e a consciência do corpo. In: *Conversando sobre o corpo*. 3 ed. Campinas- São Paulo: Papirus. 1989. p 63-81.
15. JESUS, L. Z. Dor Lombas. Um problema mundial. *Revista Proteção*, Novo Hamburgo, n. 2, p. 18-19. 1988.
16. JESUS, J. C. G. et al. Estudo da perda óssea em pacientes espondiloálgicos do sexo feminino. In: XII SIPUFES, Vitória-ES, *Anais ...* Vitória-ES: UFES, 1993.
17. KEATING, K. *Terapia do braço*. Trad. Paulo Rebouças. São Paulo: Ed. Pensamentos, 1983.
18. KISNER, C. ; COLBY, L.A. *Exercícios terapêuticos*. Fundamentos e técnicas. Trad. Lilian B. Ribeiro. São Paulo: Manole, 1992.
19. KNOPLICH, J. As dores na coluna na medicina do trabalho. *R. Bras. de Saúde Ocup.*, v. 8, n.32, p. 50-52. 1980
20. _____. A importância das dores na coluna na prática médica e indústria. *ver. R. Bras. de Saúde Ocup.*, v. 9, n. 16, p. 71- 74. 1981.
21. _____. Lombalgia na indústria. Uma nova opção para tratamento. *R. Bras. de Saúde Ocup.*, v. 10, n. 39. p. 81-84, 1982
22. LANE, E.; PINOTTI, J. A. A mulher e seu climatério. *Ginec. e Obstet. Bras.* Dep. Gineco. e Obst. USP/ HC, v.10, (3), p. 150-154, 1987.
23. LAVILLE, A. Postural stress in high speed precision work. *Ergonomics*, 28 (1) , p. 229-236, Jan. 1995
24. LOWEN, A.; LOWEN, L. *Bioenergética*. Trad. Maria Silva M. Netto. São Paulo: Summus. 1982
25. LUCASINI JÚNIOR, R.; LIMA, V. L. Osteoporose: exercício como prevenção e tratamento. *ARS CURANDI*, Rev. de Clín. Méd. , v. 27, n. 6, p. 28-36, jul. 1994
26. MEDINA, J. P. S. *O brasileiro e seu corpo*. Educação e política do corpo. Campinas. São Paulo: Papirus, 1987.

27. NATOUR, J. Lombalgia. *ARS CURANDI-* Revista de Clínica Médica, v. 28, n. 25, p.41-48. jun. 1995
- 28 NUNES, A. M. P. Motivação para o autocuidado um diagnóstico indispensável na assistência e orientação ao diabético. *Texto e Contexto- Enfermagem*. Florianópolis. v. 2, n. 1, p. 53-66. jan./jun., 1993.
29. NUNES, C. V. Discopatias cervicais e lombares. Lombociatalgias, Cervicobraquialgias: síntese clínica e tratamento *ARS CURANDI-* Manual de conduta do clínico geral, v. 20, n. 10, p.68-78 nov./dez., 1987.
30. RIIHIMAKI, H. et al. Low-back, its origin and risk indicators. *Scand J. Work. Environ health*, v. 17, n. 2, p. 81-90, 1991.
31. RODRIGUES A. L. Estresse e trabalho. *PSICODRAMA*. Ano 2, n. 2 , p. 7-8, 1988.
32. SANTOS, V. *Proposta alternativa de ensino e aprendizagem para o auto-cuidado: uma contribuição da enfermagem ao enfrentamento da dor e equalização do estresse*. (Tese de doutorado). USP, E. Enf. Ribeirão Preto, 1990, 152 p.
33. SOUZA, F. P.. Ruído- riscos ao sono. *Revista Proteção*. v. 5, n. 23, p. 148. jun./jul., 1993.
34. SZENJNFELD, V. L.; BARACAT, E. C. Osteoporose e climatério . *ARS CURANDI-* Clínica Médica, v. 27, n. 8, p. 61-78, set., 1994
35. The Sunday Telegraph Magnetic beds.The hidden attractions.*SUNDAY MATTERS*, London, 27 march, 1994.
36. TOMEY,L.; TAYLOR, SPINE, J. Update exercise and spinal manipulation in the tretment of low. *Back pain*, Spine, v. 20, n. 5 , 1995.