

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BIANCA NUNES GUEDES

**METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA ESCOLA DE
POSTURAS: Um Processo Emancipatório na Prática da Educação
Gerontológica**

**JOÃO PESSOA
2006**

BIANCA NUNES GUEDES

**METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA ESCOLA DE
POSTURAS: Um Processo Emancipatório na Prática da Educação
Gerontológica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba que contempla a Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

ORIENTADORA:

Prof^a. Dra. Maria Iracema Tabosa da Silva

**JOÃO PESSOA – PB
2006**

BIANCA NUNES GUEDES

**METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA ESCOLA DE
POSTURAS: Um Processo Emancipatório na Prática da Educação
Gerontológica**

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Iracema Tabosa da Silva - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima - Examinador
(Instituto de Educação Superior da Paraíba- IESP)

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva - Examinador
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^ª. Dra. Wilma Dias de Fontes - Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

JOÃO PESSOA – PB
2006

DEDICATÓRIA

*A **Deus**, minha fonte de vida, força, sabedoria e amor que me concedeu a oportunidade de alcançar mais uma conquista.*

*Aos meus tão amados e admiráveis pais, **José Guedes e Jaíze**, norteadores da minha caminhada, do meu saber e incentivadores do meu crescimento profissional e, sobretudo, pessoal.*

*A **Tiago**, por fazer parte da minha vida de maneira especial, preenchendo-a de alegria, entusiasmo e muito amor.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, nosso Pai, por ser a luz e a força maior que conduz os meus passos em todos os momentos da minha vida.

À **Nossa Senhora de Fátima**, nossa Mãe, pela oportunidade concedida por meio da Vossa intercessão para a concretização deste objetivo.

À minha estimada orientadora **Profª Drª Maria Iracema Tabosa da Silva**, pela competência e dedicação com a qual conduziu a construção deste trabalho, contribuindo para o meu aprendizado e para o despertar de um interesse maior pela pesquisa e pela educação.

Ao **Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva**, pela imensa disponibilidade, amizade, apoio e incentivo, bem como pelos valiosos ensinamentos e importante contribuição na elaboração e análise deste trabalho.

À **Profª Drª Wilma Dias de Fontes**, pela gentileza e compromisso com que ocupa a função de vice coordenadora do Mestrado e pelas relevantes considerações feitas neste estudo.

Ao **Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima**, pela atenção e contribuição significativa para aprimorar este trabalho como membro da banca examinadora.

À **Profª Drª Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva**, pelo incentivo, acolhimento, amizade e ensinamentos que nos proporcionou ao longo desta caminhada.

À **Profª Drª Maria de Oliveira Ferreira Filha**, pelo apoio, atenção e responsabilidade com a qual assume a coordenação do mestrado.

Aos meus pais **José Guedes Neto e Maria Jaíze Nunes Guedes**, meus maiores exemplos de vida, pela motivação, força e amor constantes.

A **Tiago do Amaral Rocha**, pelo tão valioso apoio em tudo o que faço, pelo amor incondicional e por ser estímulo para todas as minhas conquistas.

À minha irmã e amiga **Rebeca Nunes Guedes** que comigo compartilhou o caminho para juntas alcançarmos esta conquista, pelo apoio e cumplicidade, e ao meu irmão **Diego Nunes Guedes**, pelo exemplo e incentivo.

Aos meus **queridos familiares** representados por **Socorro Guedes (Tia Côca)**, pelo imenso carinho, apoio e incentivo a cada etapa iniciada e vencida da minha vida.

Aos **professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB**, por ampliarem os nossos horizontes através dos conhecimentos compartilhados e nos motivarem para a constante busca do saber.

*Às colegas e companheiras de turma **Ana Cristina, Rebeca, Daísy, Viviane, Simara, Suzana, Candice, Eulina Helena, Fernanda, Marclineide, Gisélia, Luciana, Érica, Cláudia Veras, Ana Paula e Stella**, pela maravilhosa convivência através da amizade e união ao longo desta importante etapa de nossas vidas.*

*Aos funcionários **Seu Ivan, D. Maria e D. Luzinete**, por serem prestativos e atenciosos em todos os momentos que deles precisamos.*

*À Prof^ª **Maria Cláudia Gatto Cardia**, pela confiança, tamanha competência e gentileza em disponibilizar o espaço da Escola de Posturas para a concretização deste estudo.*

*À Prof^ª Dr^ª **Neide Maria Gomes de Lucena**, pelas sugestões importantes na elaboração deste trabalho.*

*Aos estagiários da Escola de Posturas **Suselene de Jesus, Érika Chaves, Richard de Oliveira, Cristina Marques, Yanik Araújo, Maria Ângela, Rita Pedrosa, Rebeca Vinagre e Thiciane Holanda** que colaboraram de maneira significativa para a realização da Oficina Problematizadora.*

*Aos **participantes da Escola de Posturas da Terceira Idade** que foram essenciais para a realização deste estudo. Obrigada pela prazerosa convivência na construção mútua de um novo aprendizado.*

*A **todos** aqueles que, de alguma maneira, tiveram sua parcela de contribuição para a realização deste trabalho.*

Muito obrigada!

“Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda.”

(Paulo Freire)

RESUMO

GUEDES, B.N. **Metodologia da problematização na Escola de Posturas**: um processo emancipatório na prática da educação gerontológica. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

O crescente aumento da população idosa no Brasil e nos países em desenvolvimento despertou o interesse entre os profissionais das mais variadas formações, principalmente entre aqueles que atuam na promoção da saúde. Como consequência deste fenômeno populacional, as modificações morfo-fisiológicas, psicológicas, bem como as patologias próprias do processo de envelhecimento tornaram-se relevantes no contexto social, levando a uma maior demanda por serviços de saúde que implica na necessidade da fisioterapia, da enfermagem e dos demais profissionais da área direcionarem sua prática para as peculiaridades desta faixa etária. Entre as modificações que ocorrem nesta fase, as alterações posturais vêm sendo uma das causas mais frequentes de queixas, devido às complicações e às limitações funcionais que acarretam, e que, por conseguinte, restringem a participação social deste grupo etário. Quanto aos aspectos agravantes da perda ou diminuição da capacidade funcional, evidencia-se a falta de informações por parte dos idosos, cuidadores e familiares quanto às orientações existentes que minimizam e muitas vezes previnem grande parte dos problemas relacionados à postura, assim como a escassez de serviços de saúde destinados à assistência mais voltada aos idosos, associada à limitada utilização de práticas pedagógicas mais eficazes no processo de educação em saúde. O objeto desse estudo é o processo de educação postural na terceira idade à luz da alternativa metodológica problematizadora do Método do Arco e tem como objetivos: descrever o processo de educação postural à luz do Método do Arco, destinado às habilidades de adaptação das atividades da vida diária em idosos e analisar a eficácia da alternativa metodológica problematizadora do Método do Arco no processo de educação postural na terceira idade. Nesse sentido, o referencial metodológico deste estudo consiste na metodologia da problematização apoiada no Arco de Maguerez proposto por Charles Maguerez, aplicado e descrito pela primeira vez por Bordenave e Pereira (1986). Esta pesquisa caracteriza-se por ser de natureza qualitativa, do tipo exploratória descritiva, teve como cenário a Clínica Escola de Fisioterapia da UFPB, e como participantes dez indivíduos idosos, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino. O material empírico foi obtido por meio das discussões e grupos focais realizados no decorrer da Oficina Problematizadora adaptada da programação da Escola de Posturas da UFPB, e para a análise e interpretação dos dados, utilizou-se a técnica da análise de discurso proposta por Fiorin (1990). Ao seguir todos os parâmetros viabilizados por esta técnica, a categoria empírica evidenciada foi A Eficácia da Metodologia Problematizadora no Processo de Educação Postural como Diferencial na Eficiência do Trabalho Fisioterapêutico. A eficácia da Metodologia Problematizadora no processo de educação postural foi constatada diante da ação transformadora na prática das atividades da vida diária dos participantes, retratada por meio da ausência ou diminuição considerável das dores, melhora da capacidade funcional e sensação de bem-estar físico e mental, como também, a partir da aquisição do conhecimento construído ativamente entre os sujeitos, estimulando o despertar de uma consciência crítica e reflexiva. É imprescindível a utilização de alternativas metodológicas de ensino mais inovadoras, sobretudo entre os profissionais que atuam na prestação de serviços destinados à promoção e educação em saúde, focalizando, especialmente, os usuários, que também necessitam vivenciar práticas educativas transformadoras. Evidencia-se com esta pesquisa um avanço do processo emancipatório na prática da educação gerontológica e a possibilidade do adensamento de estudos posteriores nessa área.

Palavras-chaves: Aprendizagem Baseada em Problemas, Gerontologia, Postura.

ABSTRACT

GUEDES, B.N. **Methodology of the Posture School problem study** : an emancipation process in gerontology education practice. 2006. 126f. Dissertation (Master's degree in Nursery)- Health Science Center, Paraiba Federal University, João Pessoa.

The rising increase of the elderly population in Brazil and other developing countries has aroused the interest of professionals of the most varied fields especially those working as health professionals. As a result of this populational phenomenon the morphophysiological, psychological changes as well as the pathology peculiar to coming of age have become relevant in the social context, which demands for more health service and the need for physiotherapy, nursing and other health professionals to care for this age group. The posture changes, among others in this phase, have been the most common complaint due to the complications and the functional limitations they cause, therefore restricting elderly people's social participation. As for the most serious aspects of the loss or reduction of the functional capability there is a lack of information on the part of the elderly, carers and relatives alike about the existing strategies that can minimize and frequently prevent a number of problems related to posture as well as scarce health care service more directed to the elderly. A limited use of more effective pedagogical practices in the health care educational process is also observed. The objective of this study is the third age posture education process in the light of the Arch Method alternative problem study methodology and it aims at describing the posture education process in the light of the Arch Method related to the elderly's ability to adapt to their daily activities and at analyzing the effectiveness of the Arch Method alternative problem study methodology in the third age posture education process. In this sense, the reference methodology of this study is the problem study methodology supported by Charles Maguerez in the Maguerez Arch applied and described for the first time by Bordenave and Pereira (1986). This research, characterized by a qualitative nature of an exploratory, descriptive type, was made at Clínica Escola de Fisioterapia (Physiotherapy School Clinic) of UFPB with ten elderly participants, eight female and two male. The empirical evidence was achieved by means of discussions and focal groups held during the Problem Workshop adapted of UFPB Posture School programming and the speech technique analysis proposed by Fiorin (1990) was used for data analysis and interpretation. Working within all the parameters established by this technique, the empirical evidence category was the Effectiveness of the Problem Study Methodology in the Posture Education Process as a Differential in the Physiotherapeutical Work Efficacy. The effectiveness of the Problem Study Methodology in the posture education process was observed as the changing effects on the participants' daily activities showed the absence or the considerable reduction of pain, improvement in their functional capability and a sense of physical and mental well-being as well as the stimulus to the awakening of a critical and reflective conscience originated in the interaction of the individuals. It is vital to use alternative , more innovative teaching techniques especially with professionals dealing with health promotion and education and focus on users who need to experience changing educative practices. There is an advance in the process of the gerontology education practice emancipation and the possibility of more dense, later studies in this field as evidenced by this research.

Key-words: Problem- Based Learning. Gerontology. Posture

RESUMEN

GUEDES, B.N. **Metodología de la problematización en la escuela de posturas:** un proceso de la emancipación en la práctica de la educación gerontológica. 2006.126f. Disertación (Mestrado)-Centro de Ciências de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

El aumento de la población envejecida en el Brasil y en los países en vías de desarrollo ha despertado el interés de los profesionales de los campos más variados especialmente éstos que actúan en la promoción de la salud. Como la consecuencia de este fenómeno de la población, las modificaciones morfo-fisiológicas, psicológicas e las patologías peculiares del proceso del envejecimiento han llegado a ser relevantes en el contexto social conduciendo a una demanda mayor para los servicios de la salud que implican en la necesidad de la fisioterapia, del oficio de enfermera y otros profesionales de salud para dirigir sus prácticas para las particularidades de esta edad. Entre las modificaciones que ocurren en esta fase, las alteraciones de la postura, han sido la queja más común debido a las complicaciones y las limitaciones funcionales que causan, por lo tanto restringiendo la participación social de este grupo de edad. Cuánto a los aspectos más serios de la pérdida o de la reducción de la capacidad funcional hay una carencia de la información de parte de los ancianos, los cuidadores y los parientes sobre las estrategias existentes que pueden reducir al mínimo y muchas veces prevenir la mayor parte de los problemas relacionados con la postura así como, la escasez de los servicios de la salud destinados a la ayuda vuelta más a los ancianos; también se observa el uso limitado de prácticas pedagógicas más eficaces en el proceso de educación en salud. El objeto de este estudio es el proceso de la educación postural en la tercera edad a la luz de la alternativa metodológica problematizadora del Método del Arco y tiene como objetivos: describir el proceso de la educación postural a la luz del método del arco, destinado a las capacidades de la adaptación de las actividades de la vida de cada día e analizar la eficacia de la alternativa metodológica problematizadora del método del arco en el proceso de educación postural en la tercera edad. El referencial metodológico de este estudio consiste en la metodología de la problematización apoyada en el arco de Charles Maguerez aplicado y descrito en la primera vez por Bordenave y Pereira (1986). Esta investigación se caracteriza por una naturaleza cualitativa de un tipo exploratorio, descriptivo, fue hecha en la Clínica Escuela de Fisioterapia de la UFPB con diez participantes de la tercera edad, siendo ocho del sexo femenino y dos del sexo masculino. El material empírico fue alcanzado por medio de discusiones y de los grupos focales llevados a cabo durante los encuentros problematizadores adaptados de la programación de la escuela de posturas, y, para el análisis y la interpretación de los datos fue utilizado la técnica de la análisis del discurso propuesto por Fiorin (1990). La categoría empírica encontrada fue: La eficacia de la metodología problematizadora en el proceso de educación postural como diferencial en la eficacia del trabajo de la Fisioterapia. La eficacia de la metodología problematizadora fue evidenciada delante de la acción que transformaba la práctica de las actividades de la vida de cada día de los participantes, demostrada por medio de la ausencia o la reducción considerable de dolores, mejora de la capacidad funcional y de la sensación del bienestar físico y mental; así como la adquisición del conocimiento construido activamente entre los participantes, siendo estimulado el despertar de una conciencia crítica y reflexiva. Es esencial utilizar alternativas innovadoras en las metodologías de la educación especialmente con los profesionales que actúan en los servicios destinados a la promoción y a la educación en salud, enfocando, a los usuarios, que también necesitan experimentar el cambiar de prácticas educativas. Se prueba con esta investigación, un avance en el proceso de la emancipación de la práctica de la educación gerontológica y la posibilidad del adensamiento de los estudios posteriores en esta área.

Palabras-llave: Aprendizaje Basado en Problemas, Gerontología, Postura.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Método do Arco.....	46
Figura 2 - Esquema do Arco desenvolvido no processo de Educação Postural da Oficina Problematizadora.....	59
Figura 3 - Esquema de operacionalização da Análise do Material Empírico.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - O Método Back School segundo a localização e o período de criação.....	30
------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 Objetivos.....19

CAPÍTULO II

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Estudo da Postura Humana.....21

2.2 Conseqüências do Processo de Envelhecimento na Postura.....23

2.3 Políticas de saúde para idosos.....26

2.4 Da Escola de Coluna à Escola de Posturas da UFPB.28

2.4.1 - Origem e evolução.....28

2.4.2 - Escola de Posturas da UFPB.....31

2.4.2.1 – Princípios e Metodologia.....32

2.4.2.2 – Etapas do Treinamento Postural34

2.4.3 - Estudos e pesquisas referentes à Escola de Posturas.....36

CAPÍTULO III

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Base epistemológica da educação problematizadora.....39

3.2 Bases pedagógicas da educação problematizadora42

3.2 Método do Arco.....45

CAPÍTULO IV

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do Estudo50

4.2 Cenário da Pesquisa50

4.3 Participantes do Estudo.....51

4.4 Procedimento Ético52

4.5 Procedimentos Operacionais.....52

4.6 Análise do material empírico.....60

CAPÍTULO V

5 A EFICÁCIA DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO POSTURAL COMO DIFERENCIAL NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO FISIOTERAPÊUTICO.....63

CAPÍTULO VI

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....100

REFERÊNCIAS.....104

APÊNDICES

Apêndice A – Programação da Oficina Problematizadora.....	112
Apêndice B – Roteiro do Grupo Focal 1	120
Apêndice C – Roteiro do Grupo Focal 2.....	121
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122

ANEXO

Anexo A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFPB.....	126
-------------------------------------------------------------------	-----

1 INTRODUÇÃO

A partir da emergência da velhice como fenômeno social no Brasil e nos demais países em desenvolvimento, foi possível verificar uma maior preocupação dos profissionais das mais diversas formações, sobretudo entre aqueles que promovem a assistência à saúde, em direcionar suas práticas para a atenção às peculiaridades do idoso.

Dados do IBGE (2000) demonstram que no Brasil o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 [um aumento de 500% em quarenta anos] e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020.

De acordo com Ravagni (2004), existem cerca de 17 milhões de brasileiros com mais de 60 anos e, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de indivíduos idosos, representando 15% da população nacional.

Segundo Veras (2002), em virtude dessas modificações observadas na pirâmide populacional, as doenças próprias do envelhecimento tornam-se relevantes no conjunto da sociedade. A consequência dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde, sendo este um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso utiliza-se mais dos serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua, além de exames periódicos .

No contexto das diversas limitações que o avançar da idade pode acarretar, sejam de ordem física, mental ou social, Neri (2001) menciona a teoria da atividade que aborda os aspectos funcionais do indivíduo e envolvem as modificações relacionadas às condições anatômicas, psicológicas e de saúde típicas da velhice, havendo, porém, a permanência das necessidades psicológicas e sociais. Assim, compreende-se que há o anseio deste grupo etário em manter a sua participação na sociedade, entretanto, as alterações peculiares da terceira idade restringem essa atuação.

Desse modo, verifica-se que um dos fatores responsáveis pela exclusão social do idoso pode ser atribuído à diminuição ou perda da funcionalidade relacionada à limitação das condições físicas oriundas das alterações morfo-fisiológicas, pois estando o indivíduo idoso

susceptível às perdas funcionais, as sensações de dependência e de inutilidade influenciarão diretamente na sua autopercepção, enquanto ser social, contribuinte para o progresso do meio em que vive.

Nesse sentido, de acordo com Santos, Portela e Vieira (2004), a visão que a sociedade tem da pessoa idosa deve-se, sobretudo, à forma capitalista e consumista de compreender o mundo, os homens e as suas relações; onde o capital e a produção são extremamente valorizados. Em contrapartida, os idosos, em sua maioria, estão fora do mercado de trabalho, por razões como aposentadoria, falta de oferta de emprego, ou mesmo limitação física ou funcional, ficando, geralmente, à margem de uma sociedade na qual quem tem participação, oportunidade e reconhecimento é quem se mantém ativo e produtivo.

Além disso, a perda da independência funcional para Pickles et al.(2000) pode proporcionar um aumento das doenças psicossomáticas [relacionadas à tristeza, à melancolia, ao stress, entre outras], agravando as possíveis patologias crônicas e a condição física debilitada comum durante o processo de envelhecimento.

Entre essas modificações que caracterizam o processo de envelhecimento, as alterações posturais vêm sendo uma das causas mais frequentes de queixas, devido às complicações e às limitações funcionais que acarretam.

No que se refere aos aspectos agravantes da perda ou diminuição da capacidade funcional decorrente dos desequilíbrios estáticos, evidencia-se a falta de informações por parte dos idosos, cuidadores e familiares quanto às orientações existentes que minimizam e muitas vezes previnem grande parte dos problemas relacionados à postura, assim como a escassez de serviços de saúde destinados à assistência voltada às peculiaridades dessa faixa etária, associada à limitada utilização de práticas pedagógicas mais eficazes no processo de educação em saúde.

De acordo com Reichel et al.(2001), a redução da capacidade funcional afeta diretamente a participação do indivíduo no meio social, uma vez que compromete a execução das atividades da vida diária (AVD), sendo estas imprescindíveis para adotar uma vida independente na comunidade, tendo como exemplo: a realização das tarefas domésticas, fazer compras, utilizar meios de transportes coletivos e demais serviços públicos [que normalmente não disponibilizam de aparatos ergonômicos que facilitem o acesso e sirvam de suporte funcional aos idosos], e até mesmo a realização de atividades ligadas à automotivação [como trabalho, atividades de lazer, exercícios físicos e contatos sociais, entre outras].

A motivação para a realização desse estudo iniciou-se durante o curso de graduação em fisioterapia, quando atuei nos projetos de extensão: Fisioterapia na Comunidade, no bairro do Grotão e Escola de Posturas na UFPB, havendo a participação considerável de idosos; no estágio voluntário na instituição asilar Vila Vicentina, associado ao trabalho de cinesioterapia em grupo com idosos no Centro de Cidadania do bairro dos Bancários, sendo todos no município de João Pessoa-PB.

Entre as atividades desenvolvidas nesses projetos e estágios, foram realizadas também ações de educação em saúde voltadas, sobretudo, para problemas pertinentes à idade avançada, destacando, inclusive, as alterações posturais, adotando sempre a abordagem metodológica tradicional para o repasse das informações e orientações.

No II Curso de Especialização em Gerontologia, oferecido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NIETI) na UFPB, realizei o trabalho monográfico intitulado: Avaliação Postural dos Idosos submetidos a um programa Especial da Escola de Posturas da UFPB, no qual os resultados mostraram que as alterações mais frequentes na terceira idade são: projeção anterior da cabeça, aumento ou diminuição da curvatura lombar, desnivelamento dos ombros, desvio lateral da coluna, modificações da parede abdominal, desequilíbrio pélvico e cifose torácica, além de outros distúrbios associados como: modificações compensatórias, retrações, tensões, alongamentos excessivos e enfraquecimento dos grupos musculares envolvidos, sobrecargas articulares e ligamentares, quadro algico permanente e incapacitante, fadiga ao menor esforço e outros fatores que predisõem o aparecimento de disfunções, de acordo com a organização anátomo-funcional de cada indivíduo (GUEDES,2004).

Essas experiências me estimularam a aprofundar os estudos acerca dos indivíduos nesta faixa etária que necessitam de uma assistência mais direcionada da fisioterapia, da enfermagem e dos demais profissionais da área de saúde, a fim de convergirem suas ações para uma prática mais comprometida com as reais necessidades da terceira idade, sendo imprescindível o uso de ações educativas, intervenções e práticas alternativas mais eficazes e que melhor contribuam para a promoção da qualidade de vida e para efetivar as políticas de saúde para idosos no país.

Santos, Portela e Vieira (2004) afirmam que para discutir as questões do envelhecimento é de fundamental importância que sejam considerados dois aspectos: o primeiro refere-se à preservação e manutenção da capacidade funcional e promoção da saúde dos idosos e o segundo, que consiste no foco principal deste estudo, diz respeito à educação

gerontológica vista como um processo emancipatório ao possibilitar que o conhecimento adquirido resulte numa transformação pessoal, que promova a libertação dos indivíduos mais velhos das várias formas de opressão e discriminação, ainda, tão presentes na sociedade capitalista.

Ao observar o estado da arte da temática abordada, constatou-se uma significativa escassez de estudos nesse campo nas principais bases de dados disponíveis na atualidade.

Entre os trabalhos pesquisados em alguns periódicos nacionais e em banco de dados *on-line* que abordam a temática do estudo e, particularmente, a educação problematizadora, foram verificadas, de modo geral, produções relacionadas com projetos de extensão universitária de atuação multidisciplinar, cursos de treinamento de docentes, cursos de pós-graduação *lato sensu* e abordagens pedagógicas de ensino, sobretudo na área de enfermagem. Com isso, foi possível constatar que estudos referentes à educação em fisioterapia voltados para uma abordagem problematizadora ainda estão por merecer maior atenção por parte dos pesquisadores.

Diante do exposto, esta pesquisa se propõe a aproximar a alternativa metodológica problematizadora do Método do Arco, do processo de educação postural na terceira idade, ressaltando os limites e possibilidades da eficácia desse método nas ações de saúde e particularmente da fisioterapia, tendo em vista o avanço do processo emancipatório na prática da educação gerontológica e o adensamento de estudos posteriores nessa área.

A Metodologia Problematizadora vem sendo utilizada desde épocas remotas, mas continua sendo considerada uma alternativa metodológica inovadora quando aplicada no processo ensino-aprendizagem atual.

De acordo com Vasconcellos apud Tacla (2002), esta metodologia encontra muitos dos pressupostos de sua prática nas correntes filosóficas fenomenológicas, existencialistas e marxistas. Portanto, apresenta um caráter transformador, na medida em que problematiza o conhecimento adquirido, confrontando-o com a realidade, de modo a verificar como esses conhecimentos podem contribuir para explicar, interpretar ou modificar o mundo que nos cerca, encontrando novas aplicações em todos os setores da vida social.

O Método do Arco de Charles Maguerez adaptado por Bordenave e Pereira (1986) utilizado neste estudo é composto de 5 etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Pretende-se, por meio deste método, proporcionar uma participação ativa dos próprios indivíduos idosos na construção do

conhecimento acerca dos desequilíbrios estáticos, sob uma visão mais contextualizada com a prática das atividades realizadas no cotidiano.

Nesse sentido, o objeto deste estudo é o processo de educação postural na terceira idade à luz da alternativa metodológica problematizadora do Método do Arco e terá como questões norteadoras:

- Em que consiste o processo de educação postural destinado às habilidades de adaptação das atividades da vida diária em idosos, à luz da alternativa metodológica problematizadora do Método do Arco?
- A alternativa da pedagogia problematizadora à luz do Método do Arco é eficaz no processo de educação postural em idosos?

1.1 Objetivos:

- Descrever o processo de educação postural à luz do Método do Arco, destinado às habilidades de adaptação das atividades da vida diária em idosos.
- Analisar a eficácia da alternativa metodológica problematizadora do Método do Arco no processo de educação postural na terceira idade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Estudo da Postura Humana

A postura humana vem sendo um tema bastante discutido desde os tempos mais remotos. Problemas referentes às alterações posturais têm despertado o interesse de pesquisadores sob os mais diversos aspectos clínicos e funcionais.

Segundo Lehmkuhl e Smith (1989), o termo postura define uma determinada posição ou atitude do corpo, a organização relativa das partes corporais para a realização de uma atividade específica, ou uma maneira característica de um indivíduo sustentar seu corpo. As posturas devem ser utilizadas para realizar atividades com o menor gasto energético, assim como para o conforto e bem-estar do indivíduo.

Para Oliver e Middleditch (1998), postura é a posição que o corpo assume, seja por meio da ação integrada dos músculos operando para contra-atacar com a força da gravidade, seja quando mantida durante inatividade muscular. Nessa dinâmica, deve-se levar em consideração, além dos mecanismos intrínsecos que influenciam a postura, a exemplo do sistema muscular, fatores extrínsecos, tais como as superfícies de sustentação que precisam ser consideradas, uma vez que o modo como elas são estruturadas, ou estão expostas ao uso, tornam-se um aspecto significativo ao influenciar as posturas da coluna, podendo agravar ou aliviar sintomas decorrentes de uma patologia espinhal.

Os mesmos autores ainda relatam que o corpo pode assumir diversas posturas que são confortáveis por longos períodos, existindo inúmeras outras que apresentam a mesma finalidade. Comumente ao ocorrer desconforto por compressão articular, tensão ligamentar, contração muscular contínua ou oclusão circulatória, uma nova postura é adotada. Posturas habituais sem alterações de posição podem acarretar lesões, limitação de movimento ou deformidades.

Mochizuki et al. apud Santos (2002, p.30) afirmam que a posição bípede do homem só foi possível mediante o reposicionamento de diversas estruturas corporais. Essas alterações foram alicerçadas pelo aparecimento das curvaturas cervical e lombar, para tornar viável o suporte maior de cargas no sentido axial. Os músculos também tiveram que se desenvolver em várias camadas na região posterior de tronco, a fim de manter a coluna em posição

vertical. “Difícilmente poderíamos ficar em posição ereta, sem cair para frente ou para trás, se não fosse a sustentação fornecida pela coluna e pela força exercida pelos músculos do tronco”, onde as constantes alterações antropométricas e morfológicas decorrentes do crescimento e desenvolvimento do homem provocaram diversas adaptações no sistema músculo-esquelético ao longo da vida, a fim de alcançar uma postura adequada à determinada tarefa a ser executada.

A atitude do corpo de um indivíduo consiste na somatização de todo o seu passado, seu cotidiano, sua forma de se posicionar diante das mais diversas situações de lazer, trabalho e de repouso, seu estado emocional, entre outras. Sendo assim, durante o decorrer do dia-a-dia o corpo é submetido aos posicionamentos mais variados, seja de forma consciente ou inconsciente.

Santos (2002) menciona que no transcorrer da história da humanidade, o homem se submeteu às atividades de maior esforço sem dispor dos conhecimentos ergonômicos. Na vida doméstica, no trabalho do campo, nas atividades artesanais e, sobretudo, durante o advento da era industrial surgiram numerosas observações acerca da postura, assim como suas conseqüências e alterações.

Conforme Lapierre (1982), uma vez que os indivíduos não são “construídos” com elementos anatômicos idênticos não podem ter uma postura “normal” morfológica idêntica. Em contrapartida, é possível qualquer que seja a morfologia do indivíduo, definir um princípio geral de equilíbrio considerado como normal e desejável, cujo princípio consiste em uma atitude na qual cada segmento ocupa uma posição próxima da sua posição de equilíbrio mecânico, sendo assim, uma atitude “normal”.

Bricot (2001) afirma que mais de 90% dos indivíduos apresentam algum desequilíbrio postural, estando as perturbações na postura estática, embasadas na atuação de forças anormais patológicas, tais como: compressão, tração, rotação, torção, cisalhamento e impactação. Tais forças podem atuar em nível articular, capsular, muscular, osteoligamentar, tendíneo, aponeurótico, dentre outros, trazendo como conseqüência, a curto e longo prazos, o surgimento de dores, enrijecimentos, contraturas e limitação da amplitude de movimento (ADM). A associação desses fatores deve favorecer ao aparecimento de processos artrósicos e queda do rendimento muscular, esgotamento das reservas de glicogênio e acidose.

Lapierre (1982) relata que uma “postura equilibrada”, cadeias musculares harmoniosas, articulações sem estresse, serão o meio para alcançar a mobilidade normal e a

integridade anátomo-fisiológica. No entanto, “a postura normal só poderá ser restabelecida na medida em que sensações mais elaboradas levarão os reflexos equilibradores a desencadear uma obliquidade segmentar, próximo a do equilíbrio estável”.

2.2 Conseqüências do Processo de Envelhecimento na Postura

A perda de algumas funções fisiológicas é inevitável na pessoa que envelhece, por melhores que sejam os seus hábitos de vida, daí, o interesse por parte dos cientistas pelo estudo dos mecanismos responsáveis pelo processo de envelhecimento.

A modificação da postura em pé é uma das mudanças que ocorrem no sistema osteomuscular em conseqüência da idade. Segundo Milne e Lauder apud Pickles et al. (2000), as alterações decorrentes da idade manifestam-se principalmente no plano sagital e incluem o aumento da curvatura cifótica da coluna torácica, a diminuição da lordose lombar, o aumento do ângulo de flexão do joelho, o deslocamento da articulação coxofemoral para trás e a inclinação do tronco para diante, acima dos quadris. Essas alterações começam a aparecer além dos 40 anos de idade e sua combinação contribui para a redução da estatura e para a posição inclinada que caracteriza as pessoas da terceira idade.

Porém, os autores mencionados afirmam que apesar da regularidade com que as mudanças acima descritas são referidas na literatura, não é possível estabelecer o que poderíamos chamar de “postura típica”, dada a enorme variabilidade que se observa na posição bípede dos indivíduos idosos. As alterações da postura não são inevitáveis e nem se manifestam obrigatoriamente ao mesmo tempo; algumas dessas modificações podem ser atribuídas a causas primárias, enquanto outras parecem resultar de mecanismos de compensação cuja finalidade consiste em assegurar a posição ereta.

A definição dos subtipos da postura favorece a compreensão dos desvios posturais, assim como da interação entre as diversas anomalias associadas a essa abordagem. Ainda de acordo com Milne Lauder apud Pickles et al. (2000), foram descritos tipos posturais ou subgrupos de postura, tanto em indivíduos saudáveis como em pessoas idosas portadoras de osteoporose; as anomalias das atitudes posturais podem ser divididas em dois tipos básicos, ambos apresentando aumento da curvatura da coluna no plano sagital. Pode-se denominar um desses tipos de postura de cifose torácica e o outro de cifose toracolombar. A diminuição da

estatura acompanha a evolução da deformidade da coluna e constitui um meio objetivo que o próprio paciente pode aplicar para acompanhar tais modificações.

Conforme os autores supracitados, a cifose torácica é a mais freqüente entre as alterações posturais que se instalam com o avançar da idade; sendo definida pelo aumento da curvatura cifótica da coluna torácica, e o ápice dessa curvatura localiza-se no terço médio da coluna torácica. Esse aumento da curva torácica pode ser acompanhado da preservação ou do aumento da lordose lombar. Entretanto, as curvas estando equilibradas, essa anomalia postural não resultará obrigatoriamente na inclinação do tronco para diante. Quando a curvatura tem seu ponto mais alto na região torácica, as costelas fazem saliência para trás e o diâmetro antero-posterior do tórax aumenta.

Referem ainda que indivíduos portadores desse tipo de alteração apresentam aumento significativo do ângulo de projeção da escápula e do ângulo entre a clavícula e a porção escapular da coluna no plano transversal, comparando-se com pessoas do mesmo grupo etário que não apresentam deformidade em relação à postura. O aumento das divergências em relação ao grau que se observa entre a escápula e a porção superior da coluna torácica, na medida em que a cifose se acentua, pode resultar em alongamento progressivo das estruturas presas à coluna cervical e à escápula, provocando distensão e possivelmente, irritação nessas estruturas.

Pessoas que apresentam cifose toracolombar têm o ápice da curvatura no terço inferior da coluna torácica, na região toracolombar ou lombar, resultando em uma cifose toracolombar ou em uma curvatura cifótica de toda a coluna vertebral. Em ambos os casos, observa-se o desaparecimento da curvatura lordótica normal da coluna lombar (PICKLES et al., 2000).

De acordo com Itoi apud Pickles et al. (2000), a compensação da curvatura cifótica não pode ser realizada na região lombar, no indivíduo portador de cifose toracolombar ou de cifose total. Foi verificado que em pessoas, especialmente as mulheres acometidas por osteoporose que apresentavam esses tipos de postura, era possível observar uma diminuição da inclinação do sacro para diante, além de maior inclinação da pelve para trás e de aumento do ângulo de flexão ao nível dos joelhos, no apoio bípede.

Freitas et al. (2002) mencionam, além da cifose torácica e do aumento ou retificação da lordose lombar, o desenvolvimento de valgismo de quadris, com alargamento da base de apoio, como alterações comuns na idade avançada; assim, o padrão da marcha do idoso se

modifica em relação ao do adulto pelo menor comprimento e menor velocidade dos passos, pela menor extensão dos joelhos, por menor força de flexão plantar dos tornozelos, dentre outros fatores. Duthie e Katz (2002) acrescentam que aliada à alteração da marcha, os idosos flexionam mais os cotovelos, cintura e quadris, ocorrendo diminuição dos movimentos dos braços. Desse modo, discretas alterações na capacitação fisiológica podem ter efeitos marcantes na performance dos indivíduos fragilizados.

No que concerne à etiologia das alterações posturais que acompanham o processo de envelhecimento, Pickles et al. (2000) evidenciam alguns fatores que viabilizam a compreensão dos distúrbios na postura dos idosos, quais sejam:

- Fraturas de coluna decorrentes da osteoporose: esta é a causa mais freqüente da cifose que se instala em pessoas idosas de ambos os sexos, devido ao fato de que a osteoporose consiste na diminuição da substância óssea, aumentando, assim, a probabilidade de ocorrerem fraturas, que por sua vez provocam compressão da metade anterior e deformidade dos corpos vertebrais em cunha, tendo como conseqüência um aumento brusco da cifose, cujo ápice se situa ao nível da fratura. Porém, em algumas mulheres isentas de sinais de fraturas, pode ser observada uma acentuada curvatura, levando a concluir que o aparecimento da cifose depende também da influência de fatores não relacionados com o sistema ósseo;

- Diminuição da atividade física: acredita-se que tal fator pode ser responsável pela redução da massa óssea, assim como, pela maior incidência das fraturas de vértebras, contribuindo para o aumento da curvatura da coluna vertebral no plano sagital. Nesse sentido, ressalta-se que a atividade física é necessária para preservar tanto a força muscular quanto a integridade dos tecidos conjuntivos que suportam as estruturas da coluna; uma vez que, a perda do tônus e da força dessas estruturas, sobretudo dos músculos extensores da região dorsal, reduz a capacidade de compensar as forças da gravidade que atuam em direção para a diante, aumentando o grau de flexão da coluna;

- Forças de flexão: tal fator tende a acentuar a curvatura torácica, alterando as forças de sustentação do peso corporal, que atuam sobre a metade anterior dos corpos das vértebras torácicas e dos respectivos discos intervertebrados. Diversos aspectos podem levar a intensificação gradativa da curvatura cifótica, tais como: fraqueza muscular, baixa auto-imagem, tensão emocional ou psicossocial, imitação de hábitos posturais inadequados, profissões que exigem flexão repetida ou constante da coluna para diante e fatores estruturais do indivíduo.

Freitas et al. (2002) ressaltam que capacidade de trabalho muscular reduzida é um dos primeiros sinais da velhice, afetando em última instância a capacidade laboral, a atividade motora e a adaptabilidade ao ambiente; sob o risco de maior imobilidade, menor estabilidade postural, propensão às quedas, entre outros. Isso vem a exigir uma maior atenção às ações de assistência e uma intervenção direcionada para a prevenção de incapacidades, especialmente, para a manutenção da independência funcional, visando à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

2.3 Políticas de Saúde para Idosos

É notório que um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora significativa dos parâmetros de saúde das populações, mesmo que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos sócio-econômicos. Entretanto, o que antes era privilégio de poucos, chegar à velhice hoje passa a ser considerado comum, mesmo nos países mais pobres.

Segundo Veras (2002), com o aumento da população idosa, torna-se necessária a atuação dos gestores da área de saúde na promoção de mudanças nos modelos assistenciais, devido à ampliação dos custos em termos de utilização de serviços de saúde, uma vez que, em decorrência do processo de envelhecimento, ocorre um maior número de problemas de longa duração. Tais problemas exigem intervenções onerosas, necessitando de tecnologia complexa para um cuidado adequado.

Ramos et al. (1993) e o Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS) (1997) demonstram que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e cerca de 10%, cinco enfermidades. Constataram, também, que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional [habilidades físicas e mentais necessárias para realização das atividades da vida diária].

Os estudos citados anteriormente revelam, ainda, que cerca de 40% dos indivíduos idosos precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas. No entanto, o foco de atenção à saúde na terceira idade, ainda não atende a essas necessidades.

Costa Neto e Silvestre (1999) afirmam que o modelo assistencial ainda forte no país é caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolubilidade baixas e com elevado custo.

Em dezembro de 1999, o então Ministro da Saúde do Brasil, José Serra, reconhecendo a necessidade de haver uma política devidamente relacionada à saúde do idoso, emvidou esforços para a aprovação de uma Política Nacional de Saúde do Idoso e determinou que os órgãos e entidades do referido Ministério promovessem a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL,1999).

Conforme a citação anterior, com vistas à efetivação do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram definidas diretrizes essenciais à promoção do programa Envelhecimento Saudável que consistiram na manutenção da capacidade funcional; na assistência às necessidades de saúde do idoso; na reabilitação da capacidade funcional comprometida; na capacitação de recursos humanos especializados, incluindo-se profissionais de fisioterapia, enfermagem, nutrição entre outros; no apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e no apoio aos estudos e às pesquisas.

De acordo com CEI-RS (1997), o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a Estratégia de Saúde da Família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

Visando à reorganização do modelo tradicional de saúde no país, a portaria nº 1395/99 que encaminha a Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil apresentou uma nova proposta que consistiu em uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde, assumindo os seguintes compromissos:

- Reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário;
- Prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio.
- Identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada;

- Proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Em consenso com Veras (2002), a efetivação das propostas de políticas de saúde para idosos apenas será possível por meio do uso potencializado da atenção básica, atuando em conjunto com a rede de serviços especializados e hospitalares; associado, ainda, às reformas necessárias nos diversos setores da saúde.

De acordo com Costa Neto e Silvestre (1999), não se deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha a garantia de uma vida com qualidade, felicidade e participação ativa em nosso meio.

Nesse sentido, são imprescindíveis transformações por partes dos gestores de saúde, a fim de que visualizem como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma satisfatória, participativa e construtiva, de modo que a atenção básica seja resolutiva, integral e humanizada.

2.4 Da Escola de Coluna à Escola de Posturas da UFPB

2.4.1 - Origem e evolução

A “Escola de Coluna”, originalmente denominada *Back School*, desde sua criação sofreu algumas modificações na forma de aplicação e nos parâmetros de avaliação em diferentes locais onde vem sendo adotada, para melhor adaptação de cada realidade, porém sem se desvincular do seu fundamento principal, que é a compreensão da relação da dor com o aumento de tensão mecânica na realização das atividades da vida diária (ANDRADE, ARAÚJO e VILAR, 2005).

O método *Back School* foi originado na Suécia em 1969, no Hospital Danderyd, pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forsell, com base no conhecimento que se tinha na época sobre a etiologia da dor nas costas, tendo como objetivo conscientizar os trabalhadores da importância de se auto-ajudarem, tomando cuidados com as costas, a partir de aconselhamentos ergonômicos (CARDIA et al., 2006).

Andrade, Araújo e Vilar (2005) relatam que o programa do método original consistia de quatro aulas ministradas por fisioterapeutas, com frequência de duas vezes por semana, duração de aproximadamente 45 minutos, com participação de seis a oito pacientes que apresentassem dor nas costas, podendo ser dor aguda, subaguda ou crônica, em qualquer região da coluna. O sucesso inicial da “Escola de Coluna” resultou na sua propagação para mais de 300 instituições escandinavas [hospitais, indústrias e escolas], e também para outros países como Canadá, Estados Unidos e Brasil.

De acordo com Hall e Icton (1983) apud Cardia et al. (2006), o método foi introduzido em Toronto – Canadá [*Canadian Back Educations Units – CBEU*] em 1974 e em 1978 foram criados novos programas em Ontário, Alberta e Quebec. O CBEU é aplicado ainda hoje em todo o Canadá com excelente aceitação.

Segundo Andrade, Araújo e Vilar (2005), a proposta da primeira “Escola de Coluna” canadense era diferente da original, destinada apenas aos pacientes com lombalgia crônica e com a participação de outros profissionais além dos fisioterapeutas, como ortopedistas, psicólogos e psiquiatras. Sua programação consistia também de quatro aulas, porém com duração de 90 minutos e grupos maiores [10 a 15 pacientes], havendo, ainda, uma aula de revisão oferecida seis meses após o encerramento das aulas.

Em 1976, foi criada a “Escola de Coluna” americana, denominada “*Californian Back School*”, que se difundiu por todo o país nos anos seguintes. Foi destinada tanto a pacientes com lombalgia como àqueles com lombociatalgias. Nessa proposta, o programa consistia de quatro aulas com duração de 90 minutos, com participação de até quatro pacientes, podendo haver aulas individuais. As três primeiras aulas eram semanais e consecutivas, e a quarta aula era ministrada um mês após o término da primeira série, na forma de revisão. No primeiro grupo [pacientes com lombalgia sem dor ciática ou déficit neurológico], o programa era direcionado às atividades da vida diária, no segundo grupo [pacientes com dor ciática apresentando ou não déficit neurológico], o programa era voltado também para o repouso (ANDRADE, ARAÚJO e VILAR 2005).

Esses mesmos autores relatam que o método foi introduzido, no Brasil, por Knoplich em 1972, no Hospital do servidor público de São Paulo. Na proposta inicial, as aulas eram ministradas para grupo de 10 a 15 pacientes; em período de férias, porém, eram, também, oferecidas para grupos de até 80 pessoas, sendo observado nestes, rendimento inferior em relação ao primeiro. No ano de 1978, Knoplich publicou o livro “Viva bem com a coluna que

você tem”, enfatizando a aplicação da “Escola de Posturas” e, para melhor compreensão do programa, desenvolveu um material audiovisual difundido nas empresas, em 1991.

Segundo Cardia et al. (2006), inúmeros programas foram introduzidos na década de noventa no Brasil, porém apenas uma minoria realizou publicações. Há relatos de Grupos de Coluna apenas em São Paulo, especificamente na Universidade Federal de São Paulo [Escola Paulista de Medicina] e na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), além de outros grupos existentes no Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Brasília e Paraíba. Atualmente, entretanto, existem programas similares em todo o país.

Período	Locais de difusão
1969	Suécia – Hopital Danderyd
1974/1978	Canadá – Toronto; Ontário, Alberta e Quebec
1976	Estados Unidos – São Francisco
1977	Irlanda - Belfast
1979	Hattiesburg - Mississipi
1980	Santo Antônio e Boise- Idaho
1982	Dallas
1983	Holanda- Amsterdam
1984	República Federal da Alemanha - Bochum
1986	Inglaterra - Oxford
1986	Brasil – São Paulo, no Hopital do Servidor Público
1990	Brasil – João Pessoa, na UFPB
<i>Década de 90</i>	Brasil- Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Brasília, Paraíba, entre outros.

Quadro -1 O Método *Back School* segundo a localização e o período de criação.

Dados coletados de Cardia et al ., 2006. p. 4-5.

De acordo com Cardia et al. (2006), o método recebeu a denominação de *Svenka Ryggskola* em sueco, mas como foi publicado em inglês por Zachrisson-Forsell, ficou conhecido, internacionalmente, como *Back School*. Na língua francesa é chamado de *École du*

Dos, já em alemão é *Ruckenschulle* e no Brasil recebeu várias denominações como Escola Postural, Escola da Coluna, Escola das Costas e Escola de Posturas.

Inúmeros profissionais seguem o modelo precursor sueco de educação postural, havendo algumas variações, outros mantêm o mesmo objetivo, modificando a forma quanto ao número de sessões [que variam de 6 a 16 sessões], tempo de duração da sessão [entre 45 minutos e 3 horas] e tamanho do grupo [de 8 a 50 pessoas] (CARDIA et al., 2006).

Ainda em consenso com esses autores, a estrutura do método também pode ser modificada, com maior ou menor ênfase em uma das partes que o constituem: educação, exercício e controle de estresse, o que permite ao terapeuta adequar o programa, de forma fácil, às necessidades de cada serviço.

É interessante ressaltar que os métodos mais expandidos [com um número maior de sessões] têm apresentado uma prática multidisciplinar mais abrangente, com a participação de fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos. Nas empresas, é sugerida a inclusão de ergonomistas na equipe (CARDIA et al., 2006).

2.4.2 - Escola de Posturas da UFPB

Na Paraíba, o programa da Escola de Posturas foi introduzido na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em 1990, pela professora Maria Cláudia Gatto Cardia, com o objetivo de estimular a educação postural e auxiliar a compreensão dos fatores etiológicos da dor de coluna e a identificação dos riscos e das potencialidades do corpo visando a auto-educação e o autocuidado (CARDIA et al., 2006).

A Escola de Posturas da UFPB foi elaborada a partir do modelo precursor de Mariane Zachrisson-Forssell, centrando-se na coluna vertebral, com a modificação de alguns aspectos, visando atender às necessidades dos usuários (ANDRADE, ARAÚJO e VILAR, 2005).

A referida Escola consiste em um método terapêutico-pedagógico de treinamento postural composto por informações teóricas, prática de exercícios terapêuticos e treino de relaxamento. Por ser desenvolvido em grupo possibilita a identificação dos problemas comuns dos participantes, o processo de dor é compartilhado, as informações são discutidas e as atividades práticas são vivenciadas coletivamente, permitindo o conhecimento do próprio

corpo, das emoções, dos valores, viabilizando formas mais amenas e construtivas de convivência (CARDIA et al., 2006).

Os autores citados (2006) relatam que as informações teóricas possibilitam maior conhecimento sobre o corpo, por focar as estruturas anatômicas [esqueleto ósseo, ligamentos e articulações, músculos e nervos]; mecanismos de ação [fisiologia do movimento, da respiração, do sono e da dor] e biomecânica [equilíbrio corporal, postura estática e dinâmica, força e alavanca]. Estas orientações teóricas são dadas com o intuito de desenvolver a educação postural e incentivar a adoção de novos hábitos posturais adequados para as atividades.

Quanto aos exercícios terapêuticos, explicam Cardia et al. (2006), visam maior flexibilidade, equilíbrio e harmonia corporal, sendo realizados exercícios respiratórios, alongamentos das musculaturas encurtadas e relaxamentos das musculaturas tensionadas. Os treinos de relaxamentos permitem diminuir a tensão muscular e o estresse psíquico, estimulando o auto-conhecimento e proporcionando maior controle sobre o corpo e a dor.

De acordo com os autores mencionados anteriormente, os grupos são sempre singulares e, considerando que fazem uso do mesmo procedimento, os resultados podem ser diversificados, necessitando de uma atuação diferenciada; porém, o atendimento em grupo não visa trabalhar as particularidades dos problemas individuais, embora permita a identificação dos problemas comuns. Portanto, a Escola de Posturas apresenta um programa bem delimitado, mas pode ser flexível.

2.4.2.1 – Princípios e Metodologia

Conforme Cardia et al. (2006), em João Pessoa – PB, o método foi denominado Escola de Posturas e definiu-se como método Terapêutico/Pedagógico, consistindo em três aspectos distintos que estão interligados: educação postural, prática de exercícios e treino de relaxamento. Sua estruturação teve como princípios os seguintes: programação de extensão universitária; integração com a disciplina de fisioterapia preventiva; atendimento coletivo, prevenção e tratamento precoce, bem como, acompanhamento de pacientes crônicos; capacitação de alunos e desenvolvimento de pesquisas.

O método dispõe de um programa mais expandido que a maioria dos modelos existentes, pois visa reforçar a prática de exercícios e de relaxamentos, associadas às aulas educativas, através de um número maior de sessões, apresentando: duas sessões para

avaliação e reavaliação física e dos hábitos posturais, oito sessões de exercícios terapêuticos e treino de relaxamento, três aulas com informações teórico-práticas, duas aulas teóricas e três aulas de vivências corporais (CARDIA et al., 2006).

Este programa oferece um dos maiores números de aulas ministradas, relatam Cardia *et al.* (2006), sendo 16 a 20 aulas durante o curso, com duração de aproximadamente 90 minutos cada, numa frequência de duas vezes por semana, perfazendo um total em média de 22 a 30 horas/aula. Normalmente, os grupos são formados por 15 a 20 participantes e o curso é ministrado por fisioterapeutas, com o apoio de material didático específico, podendo contar com a colaboração de profissionais de diversas áreas.

De acordo com os referidos autores, a Escola de Posturas da UFPB disponibiliza um Grupo Básico constante e que apresenta um programa fixo, como também permite programações com Grupos Diferenciados que apresentam programas flexíveis e são realizados dependendo da demanda, condição de oferta ou interesses científicos. As sessões do Grupo Básico e dos Grupos Diferenciados são realizadas na sala de exercícios terapêuticos da Clínica Escola de Fisioterapia da UFPB que dispõe de um espaço amplo, possibilitando a movimentação de um grupo de até 20 pessoas, entretanto, alguns Grupos Diferenciados são desenvolvidos em empresas ou em comunidades da cidade de João Pessoa.

Os autores acima citados mencionam os seguintes Grupos Diferenciados vinculados ao programa: Grupos de Manutenção [pacientes crônicos com predominância de idosos]; Hipertensos; Idosos; Aprendizes de violino [crianças e adolescentes]; Professores do ensino médio e fundamental; Grupo avançado [“O corpo em imagens”]; Grupo avançado [“Mantenha-se ativo”]; Programa de Prevenção de Riscos Ergonômicos e Posturais (PPREP) [Trabalhadores - teleoperadoras, digitadores, bancários, técnicos administrativos, advogados, cortadores de cana]; e crianças e adolescentes [Biodança e arte].

Esses mesmos autores complementam, citando alguns grupos independentes baseados na Escola de Posturas da UFPB: Escola de Posturas do Instituto de Previdência do Estado da Paraíba (IPEP) [adolescentes] e Hospital Universitário Lauro Wanderley; Escola de Posturas das comunidades do Grotão e do Timbó; Dinâmicas do Climatério; Grupo de harmonização física e mental [professores, alunos e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina]; Escola de Posturas de Sobral [Ceará]; Escola de Posturas da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em São Luís (Maranhão); e Escola de Posturas para gestantes da FAFIS em Capoeiruçu [Bahia].

No que se refere ao programa do Grupo Básico da Escola de Posturas da UFPB, este é realizado em 16 sessões, totalizando dois meses de atendimento. A clientela é formada por no máximo 20 indivíduos, geralmente da comunidade, referindo dor de coluna, porém, não é excluído o acesso de pessoas sem queixas. Quanto à idade, são aceitas pessoas acima de 18 anos, havendo significativa procura na faixa etária de 70 a 80 anos, tendo como única exigência inicial a independência funcional para deitar-se e levantar-se do chão.

O Grupo Básico tem programação seqüenciada, não sendo permitido, após a segunda sessão, o ingresso de novos participantes. Na terceira sessão, é realizada uma avaliação da clientela baseada no histórico da dor; alguns casos são encaminhados para a avaliação postural e tratamento individual na Clínica Escola (CARDIA et al., 2006).

2.4.2.2 – Etapas do Treinamento Postural

- **Etapa Pedagógica**

Cardia et al. (2006) relatam que esta etapa deve possibilitar maior conhecimento sobre o corpo, estimular a mudança de hábitos e atitudes, incentivar o autocuidado e melhorar a qualidade de vida do portador de algias da coluna. Para tanto, são trabalhados os seguintes conteúdos:

- Respiração: vias respiratórias, diafragma e cadeia inspiratória, bloqueios respiratórios, funções da respiração e exercícios respiratórios.
- Sistema locomotor com ênfase anatômica: anatomia da coluna vertebral, função articular e do disco intervertebral.
- Sistema nervoso e estresse: controle voluntário e autônomo, aprendizado motor, tensão muscular e estresse, e dor psicossomática.
- Ergonomia e biomecânica da coluna: posturas de dormir, postura sentada, mobiliário de trabalho e da vida diária e posturas de risco.
- Autocuidado [self-care]: recursos analgésicos [escolha de tratamentos adequados], sono e repouso, alimentação, interrupção do ciclo de dor, mudança de mobiliário, mudanças de atitudes e mudanças de hábitos posturais.

- **Etapa Terapêutica**

A etapa terapêutica é composta por exercícios de alongamento, exercícios posturais, tônicos e de relaxamentos estáticos e/ou de relativa imobilidade e dinâmicos, conforme será detalhado a seguir:

- Exercícios posturais: respiratórios e de realinhamento da coluna cervical; de mobilidade da cintura pélvica e realinhamento da coluna lombar; de mobilidade da cintura escapular e rolamento da coluna vertebral.

- Exercícios de alongamentos e tônicos: dos membros inferiores, com ênfase dos isquiotibiais; da musculatura da coluna, cintura escapular e pélvica; alongamentos na parede; e tônicos abdominais.

- Exercícios de relaxamento dinâmico: auto massagem dos pés com bastão; auto massagem da coluna com bolinha; vivência com vocalização, exercícios faciais e posturais; massagem facial, dos membros superiores e do tronco; exercícios baseados no relaxamento progressivo de Jacobson.

- Relaxamentos de relativa imobilidade:

- Reconhecimento corporal, baseado no inventário da Eutonia (BRIEGUEL, MULLER, 1987).

- Jardim de Acácias, baseado na sofrologia, usando situação imaginária e texto de Cardia adaptado de “Imagens que curam” de Gerard Epstain (1990).

- Autógeno, baseado no ciclo inferior do treinamento autógeno de Schultz (THOMAS, 1989).

- A vida é um livro, que trabalha imagens do passado, baseado na sofrologia e texto de Cardia adaptado de “Esta casa em que você não mora” de Thérèse Bertherat (1987).

Conforme foi visto, na Escola de Posturas da UFPB são aplicados os exercícios de relaxamento dinâmico como o de Jacobson, que utiliza o princípio de máxima contração seguido de máximo relaxamento (SANDOR, 1982), além de outros diferentes tipos de relaxamentos de relativa imobilidade, baseados nas seguintes técnicas: treinamento autógeno de Schultz que trabalha as sensações de peso, calor e frescor, entre outras, visando ao controle das emoções e do corpo (THOMAS, 1989); a Eutonia que segundo Maeda, Martinez e Neder (2006) objetiva basicamente propiciar ao ser humano a capacidade de aprender a se observar, registrar o fenômeno corporal no momento em que ocorre, estimular a sensibilidade quebrando modelos posturais que dificultam a flexibilidade do tônus, incentivar a disposição para a investigação, para a experimentação e para a ousadia de vivenciar algo novo, fazendo

uso de um inventário corporal para a observação dos espaços, curvas e volumes e, ainda, a sofrologia de Caycedo que de acordo com Masson (1986) trabalha com imagens de futuro e/ou passado.

2.4.3 – Estudos e pesquisas referentes à Escola de Posturas

Estudos retrospectivos realizados por Linton e Kamwendo (1987) e Koes et al. (1994) apud Cardia et al. (2006), comparando 16 modelos de *Back School* existentes na Europa, Estados Unidos e Canadá, mostraram que o método tem resultados favoráveis, mas existem controvérsias que não permitem confirmar a eficácia quanto ao tratamento da dor de coluna. Entretanto, Linton e Kamwendo (1987) enfatizam que o método estimula o autocuidado, enquanto que Koes et al. (1994) ressaltam a importância do método como recurso preventivo.

Casarotto e Murakami (1995) realizaram estudos na Universidade de São Paulo (USP) com 18 indivíduos que apresentavam dores crônicas na coluna, verificando a eficácia da Escola de Posturas ao constatar que 93% dos pacientes submetidos ao método relataram ausência de dor após o treinamento.

Almeida et al. (1999) apud Cardia et al. (2006) realizaram um estudo em que a Escola de Posturas da UFPB foi comparada com outros métodos de tratamento [fisioterapia convencional e tratamento medicamentoso] e verificaram uma melhora maior da amostra da Escola de Posturas quanto à qualidade do sono e à modificação dos hábitos posturais.

De acordo com Cardia et al. (2006, p.11), “o modelo precursor sueco reforça a importância das aulas educativas utilizando material didático e cobra resultados na mudança dos hábitos posturais. Estas são características que favorecem a prevenção”.

Andrade, Araújo e Vilar (2005) realizaram uma revisão histórica sobre a implantação e difusão da Escola de Posturas no mundo e no Brasil, incluindo estudos que discutem a eficácia do método em pacientes com lombalgia crônica e observaram que os programas de Escola de Posturas são geralmente aplicados para a prevenção secundária, como parte do tratamento de pacientes com quadro álgico lombar e não como única forma de tratamento. Acrescentam que, na maioria dos estudos sobre a sua eficácia, os principais resultados referem-se à melhora da dor, da mobilidade da coluna e da incapacidade funcional, sendo esses resultados observados a curto e médio prazos.

Em geral, esses estudos demonstram que a Escola de Posturas apresenta resultados favoráveis, sobretudo quando associada à prática mais intensiva de exercícios físicos. Após análise retrospectiva de 19 estudos, Di Fábio (1995) concluiu que o *Back School* pode ser eficiente na prevenção das algias da coluna vertebral, quando combinado com orientações ergonômicas e visitas ao posto de trabalho, apoio de psicoterapia e prática intensiva de exercícios para a coluna.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Base Epistemológica da Educação Problematizadora

Ao serem analisadas as correntes de pensamento sobre o conhecimento humano, pretende-se evitar uma tendência que reduza a educação à comunicação de informações que acarreta o mascaramento da realidade. Assim, para uma atuação do educador, comprometido em formar profissionais competentes e sujeitos sociais com propostas de ações transformadoras, não basta informar-se sobre o que já é conhecido (BRASIL, 2003).

Desse modo, com a finalidade de enfatizar o fundamento epistemológico da educação problematizadora, este capítulo abordará, em linhas gerais, a perspectiva dialética que com esta se relaciona.

Perspectiva Dialética

“Na Grécia Antiga, a palavra ‘dialética’ expressava um modo específico de argumentar que consistia em descobrir as contradições contidas no raciocínio do adversário [análise], negando, assim, a validade de sua argumentação e superando-a por outra [síntese]” (GADOTTI,1983, p.15).

O autor citado relata que Sócrates foi considerado o maior dialético da Grécia. E como instigador e verdadeiro descobridor e criador, utilizava-se da dúvida sistemática, seguida por análises e sínteses para elucidar termos das questões em disputa.

Entretanto, a dialética precede Sócrates. Lao Tse, autor do livro *Tao To King* [o livro de Tao] viveu sete séculos antes de Cristo e já incorporava à sua doutrina as leis da dialética por meio da contradição (GADOTTI,1983).

Outro filósofo anterior a Sócrates que está na origem da dialética é Heráclito de Éfeso [544-484 a.C.] que se opunha à explicação racional dada à realidade. Para ele, tudo muda rapidamente e a realidade é um constante devir, onde prevalece a luta dos opostos: frio-calor, vida-morte, saúde-doença, um se transformando no outro; ressaltando nos seres existentes, o seu vir-a-ser, a sua contradição e multiplicidade (BRASIL,2003).

De acordo com Prado (1963) apud Gadotti (1983), na visão metafísica do mundo, à qual a dialética se opõe, o universo se apresenta como uma junção de ‘coisas’ ou ‘entidades’ distintas, embora relacionadas entre si, detentoras cada qual de uma individualidade própria, exclusiva e independente das demais. A dialética, porém, considera todas as coisas em

movimento, relacionadas umas com as outras, portanto, é questionadora, contestadora, exigindo, constantemente, o reexame da teoria e a crítica da prática.

Segundo Konder (1992), a concepção metafísica prevaleceu ao longo da história, porque correspondia aos interesses das classes dominantes, nas sociedades divididas em classe, em que havia sempre o interesse em manter tanto os valores e conceitos, como as instituições existentes, a fim de impedir que os homens cedessem à tentação de querer mudar o regime social vigente.

Como menciona Gadotti (1995), ao filósofo alemão G.W.F. Hegel (1770-1831), foi atribuída a tarefa de redimensionar todo o pensamento ocidental, que até então estivera encoberta pela lógica formalista da não-contradição, voltada para a concepção metafísica da Idade Média. Hegel recupera idealisticamente a lógica contraditória de Heráclito, contribuindo para que a dialética retorne como tema central da filosofia e como filosofia.

Hegel afirma que o real, no seu conjunto, e todas as coisas, em particular, só existem em um processo de contínua mudança e, o que é mais importante, trata-se de uma evolução por contradição, caracterizando o processo dialético. Para ele, a contradição move o pensamento e a história, assim, o pensamento não é mais estático, mas surge a partir das contradições superadas, da tese [afirmação] à antítese [negação] e daí à síntese [conciliação]. Nesse sentido, a antítese está contida na própria tese que é, por tal motivo, contraditória; a conciliação existente na síntese é provisória na medida em que ela mesma se transforma numa nova tese (GADOTTI, 1995).

Karl Marx (1974) efetiva essa perspectiva ao aplicá-la à realidade concreta das relações sócio-político-econômicas – a práxis. Segundo Kosik (1989), com Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895), a dialética adquire um status filosófico [o materialismo dialético] e científico [o materialismo histórico].

Desse modo, Konder (1992) afirma que enquanto Hegel localiza, de forma idealista, o movimento contraditório na lógica, Marx o localiza no seio da própria coisa, fenômeno, matéria ou pensamento. Nesta ótica, a dialética em Marx não é apenas um método para se chegar à verdade; é, sobretudo, uma concepção do homem, da sociedade e da relação homem-mundo. Emerge entre homens reais, em condições históricas e sociais reais. Já historicamente, as mudanças ocorrem em função das contradições surgidas a partir dos antagonismos das classes no processo de produção social.

Para Marx (1974), o trabalho é visto como práxis, enquanto atividade humana que incorpora o homem no seu todo, pensamento [cabeça] e ação [mãos]. Ao agir, o homem transforma a natureza e a sociedade e, ao instigar essas transformações, ele também é transformado. Nesta análise, aquele que enfrenta o desafio de mudar o mundo, em particular os educadores, enfrenta também o desafio de promover a própria transformação.

Durante esse processo, sujeito e objeto se determinam, se constituem mutuamente, tomando como referência a filosofia da práxis. Konder (1992) afirma que a atividade reflexiva, o conhecimento, o trabalho teórico dos homens não têm por finalidade apenas investigar sobre os sentidos das coisas, mas exatamente fundamentar sua ação concreta com o intuito de organizar a vida social. Para Marx (1974), a atividade consciente só se justifica se for realmente crítica, ou seja, capaz de apresentar a realidade sem cair na alienação e sem ser envolvida pela ideologia.

Como concepção dialética, o marxismo não separa em nenhum momento a teoria [conhecimento] da prática [ação] e afirma que ‘a teoria não é um dogma mas um guia para a ação’. Assim, a prática é o critério de verdade da teoria, pois o conhecimento parte da prática e a ela volta dialeticamente. “É na práxis que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, o caráter terreno de seu pensamento” (MARX e ENGELS, 1977 *apud* GADOTTI, 1983, p.23).

Gramsci (1968) como Marx concebe a dialética como uma ‘filosofia da práxis’, um novo modo de pensar e não uma velha técnica retórica que apenas era útil para criar um ‘conformismo cultural’. Essa é a concepção que desponta para a América Latina como ‘uma nova arma de luta’, porque ela não polemiza, mas contribui para a elaboração do pensamento crítico e autocrítico e ao questionamento da realidade presente.

Os pressupostos da perspectiva dialética apontam para uma relação direta com a concepção problematizadora do ensino, uma vez que esta se utiliza da realidade para gerar os problemas e as incertezas, de modo a procurar soluções e respostas através do desenvolvimento do senso crítico. Assim, constata-se que é na busca constante por verdades e descobertas originadas pelos questionamentos decorrentes de informações inacabadas, que se adquire uma visão mais próxima do real, estimulando a consciência crítica e reflexiva do ser.

Em consenso com Brandão (1995), tais argumentos permitem que ocorra um processo de desilusão, de abalo das ‘certezas’, a fim de que o conhecimento seja visto como mais uma

possibilidade de abordagem da realidade, que se apresenta com uma disponibilidade inesgotável.

Desse modo, o autor considera importante a aquisição da consciência, uma vez que por mais que seja adequado o olhar à realidade, sempre haverá lacuna em alguns pontos, seja por ter deixado escapar alguns dados da observação, ou por direcionar o olhar para determinado aspecto da realidade, verificando com isso que o olhar tem limites e interfaces com outros olhares.

Nesse sentido, Gadotti (1983) complementa que não há nenhum critério de relevância, seja ele científico ou social, teórico ou prático, que possa determinar que um ponto de vista é relativamente mais válido do que outro. Embora, sem garantia de certezas, o que leva a definir o ponto de vista do caráter da ciência que é produzida é a opção de classe. Assim, o pesquisador deverá manter, constantemente, uma crítica e uma autocrítica, uma dúvida levada a suspeita, e a humildade, tão referidas por Paulo Freire, a fim de reconhecer as limitações do pensamento e da teoria.

Segundo Tura (1999), a ação educativa exige empenho do educador, pois é a sua realidade que vai moldando a ação. Por sua vez, o jogo dialético do ato educativo concretiza-se na realidade que resiste, moldando a ação do educador. Isto resulta na síntese inconclusa dessa ação educativa, desejo do educador confrontado à resistência da realidade.

3.2 Bases Pedagógicas da Educação Problematicadora

A educação problematicadora se fundamenta na base do pensamento autêntico e na humanização da relação de ensino-aprendizagem do educador-educando, neste sentido, a concepção problematicadora pode bem ser definida na assertiva a seguir:

A educação problematicadora, que não é fixismo reacionário, é futuramente revolucionária. Daí que seja profética e, como tal, esperançosa. Daí que corresponda à condição dos homens como seres históricos e à sua historicidade. Daí que se identifique com eles como seres que caminham para frente, que olham para frente; como seres a quem o imobilismo ameaça de morte; para quem o olhar para trás não deve ser uma forma nostálgica de querer voltar, mas um modo de melhor conhecer o que está sendo, para melhor construir o futuro. Daí que se identifique com movimento permanente em que se acham inscritos os homens, como seres que se sabem inconclusos; movimento que é histórico e que tem o seu ponto de partida, o seu sujeito, o seu objetivo (FREIRE, 1987, p.73).

A Metodologia Problematizadora, conforme Berbel (1995), é uma vertente metodológica que se coloca como mediadora entre a teoria e a prática pedagógica escolar transformadora, havendo, de acordo com Tacla (2002), uma identificação com os autores Paulo Freire e Adolfo S. Vasquez que se apóiam na dialética marxista e apresentam alguns pontos em comum, como por exemplo, a idéia de que a ação do homem pode transformar a realidade e o próprio homem.

Freire (1987), ao adotar um método pedagógico, tem a expectativa de possibilitar ao homem a oportunidade de redescobrir-se através da retomada reflexiva do próprio processo em que vai se descobrindo, manifestando, configurando, chegando à conscientização. Esta conscientização, por sua vez, consiste no próprio método, compreendido no seu sentido de máxima generalidade. Tal é a raiz do método, assim como tal é a essência da consciência. Este autor cita a intencionalidade como propriedade fundamental da consciência; desse modo, educador e educandos, co-intencionados à realidade, se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvelá-la e criticamente conhecê-la, mas também no ato de recriar este conhecimento.

No entanto, mesmo havendo alternativas metodológicas de ensino inovadoras e eficazes, a abordagem metodológica de ensino mais utilizada, atualmente, ainda é a tradicional, sendo predominante não apenas nas instituições de ensino, bem como, nas ações educativas voltadas para a prevenção de patologias e para a promoção da saúde.

Diante disso, é relevante traçar um paralelo, em linhas gerais, acerca da pedagogia problematizadora e da pedagogia tradicional, de modo a contribuir para a melhor compreensão destas diferentes abordagens de ensino, contextualizadas com a prática educacional vigente no processo de ensino e aprendizagem.

Bordenave e Pereira (1986) mencionam dois conceitos essenciais para traçar uma estratégia didática, são eles os de experiências de aprendizagem e atividades de ensino-aprendizagem. Assim, para que o professor alcance os seus objetivos, é necessário fazer com que os alunos se exponham, ou vivam determinadas experiências, capazes de neles estimularem as transformações desejadas. Essas experiências exigem certos “insumos educativos”, vistos como os conteúdos das matérias que, na verdade, são as influências do ambiente às quais os alunos estão expostos.

Nesse contexto, os referidos autores ressaltam que cabe ao educador estruturar atividades que consistam em estabelecer ou promover situações de ensino-aprendizagem, a fim de propiciar aos alunos oportunidades para viverem as experiências desejadas. Assim:

A seleção de atividades de ensino-aprendizagem é importantíssima, pois dela dependerá o aluno crescer ou não como pessoa. Porque enquanto o conteúdo da matéria *informa*, os métodos *formam*. Assim, por exemplo, se o conteúdo da matéria a ensinar é o conceito de “liberdade”, a transmissão deste conteúdo apenas informará ao aluno sobre a definição de liberdade; o método que o professor utilizar para ensinar-lhe é o que realmente fará o aluno viver e sentir o que é a liberdade. O método lhe ensinará a ser livre ou a ser dominado. ...O tipo de atividade forma o caráter do aluno ainda mais que o conteúdo. (BORDENAVE; PEREIRA, 1986, p.84)

Ao serem analisadas as relações educador-educandos em qualquer de seus níveis, Freire (1987) relata tratem-se de relações fundamentalmente narradoras, abordando a realidade como algo parado, estático, compartimentado e bem-comportado, isto quando não dissertam sobre algo completamente alheio à experiência existencial dos educandos, sendo esta a maior inquietação da educação tradicional. Desta maneira, o processo educativo se torna um ato de “depositar”, em que os educandos são meros “depositários” e o educador o “depositante”. Esta é a chamada concepção bancária da educação, na qual a única ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, memorizá-los e arquivá-los. Nesta visão, o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber; não há criatividade, não há transformação, logo, não há saber.

Ainda em consenso com o autor citado, quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhe são feitos, menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção ao mundo, como transformadores dele, como sujeitos, na busca de suas afirmações. Portanto, “no momento em que o educador ‘bancário’ vivesse a superação da contradição educador-educandos, já não seria ‘bancário’, já não faria depósitos, já não tentaria domesticar e nem prescreveria”(FREIRE, 1987, p.62). Procuraria sim, saber com os educandos, enquanto estes soubessem com ele, a sua ação se identificaria com a dos educandos, orientando-se no sentido da humanização de ambos. Havendo, por conseguinte, a percepção de que somente na comunicação tem sentido a vida humana, e que o pensar do educador somente ganha autenticidade na autenticidade do pensar dos educandos, mediatizados pela realidade, isto é, na intercomunicação, na problematização dos homens em suas relações com o mundo.

Segundo Bordenave e Pereira (1986), a comunicação é parte orgânica da própria vida e não se reduz apenas à emissão e recepção de mensagens deliberadas, uma vez que, ao mesmo tempo em que o professor está comunicando, ele está recebendo e processando toda classe de sensações internas e externas, acontecendo o mesmo com os alunos.

No meio social atual, em que tudo passa, constantemente, por processos de mudanças, a função da educação não deveria limitar-se ao ato de ensinar, mas sim, facilitar a transformação e a aprendizagem. Para Rogers apud Bordenave e Pereira (1986), o único homem educado é aquele que aprendeu como aprender e como adaptar-se à mudança; enfim, aquele que tenha compreendido que nenhum acontecimento é seguro, e que somente o processo de buscar o conhecimento dá uma base para a segurança.

Paviani (1991) relata que para melhor preparar o professor que se utiliza da metodologia problematizadora é necessário ter consciência de que se deve ensinar o processo de investigação científica e não o resultado da ciência. Uma vez que, professor e aluno precisam aprender a problematizar o próprio conhecimento que absorvem, de modo a confrontá-lo com a realidade vivenciada, buscando assim, constatar até onde é possível explicar ou interpretar o mundo a nossa volta por meio desses conhecimentos.

Bordenave e Pereira (1986) ratificam essa idéia, ao afirmar que ensinar consiste em fazer pensar, estimular para a identificação e resolução de problemas, contribuindo para criar novos hábitos de pensamento e de ação.

Portanto, não existe previamente uma pedagogia que seja utilizada eficazmente como receita a se aplicar ao ato educativo, mas faz-se, constitui-se em práxis educativa, fundamentada na reflexão crítica e portanto científica (BRASIL, 2003).

3.3 Método do Arco

A Metodologia da Problematização utilizada neste estudo se apóia no Arco de Maguerez proposto por Charles Maguerez, aplicado e descrito pela primeira vez por Bordenave e Pereira, em 1977, na 1ª edição do livro *Estratégias de Ensino-Aprendizagem* que nasceu do diálogo mantido entre os referidos autores e cerca de 500 professores universitários que participaram dos cursos de Metodologia de Ensino Superior pelo Instituto Interamericano de Ciências Agrícolas nas Escolas e Faculdades de Agronomia, Veterinária, Zootecnia e

Engenharia Florestal do Brasil, desde 1969 até 1977 (BERBEL,1995; BORDENAVE E PEREIRA, 1986). *O método do Arco* (fig. 1) é composto por cinco etapas: Observação da realidade, Pontos-Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à realidade.

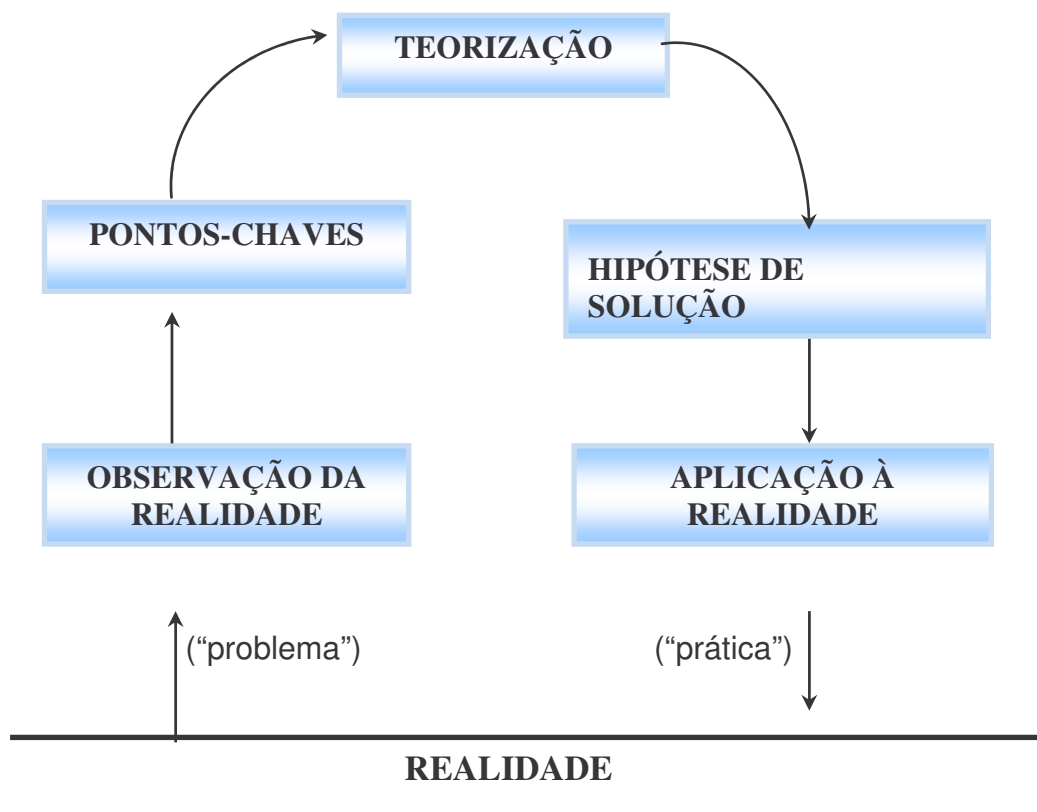


Figura 1. Método do Arco

Fonte: BORDENAVE. J.D. Alguns fatores pedagógicos. In. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor** - área da saúde. Brasília, 1994. p.24.

A figura 1 mostra que o processo de ensino parte de uma situação na qual estão inseridos os alunos e o professor, provocando questionamentos e dando prosseguimento com a reflexão até intervir na realidade. Bordenave e Pereira (1986) descrevem o processo de ensino iniciando pela exposição dos alunos a um problema, partindo da realidade física ou social, ou seja, na passagem pelo sincrético, propiciando uma visão global do assunto a ser ensinado, segue pelo analítico, através do esclarecimento do assunto por meio da contribuição das ciências e culmina no sintético, com a aplicação dos novos conhecimentos à realidade visando à solução do problema.

Para viabilizar a aplicação do Método do Arco, com amplas possibilidades de utilização em todos os âmbitos do meio social, é necessário conhecer as suas etapas e características:

Na primeira etapa, que consiste na Observação da Realidade, o educador conduz os alunos a contemplarem uma situação real ou fictícia, ressaltando as questões a serem estudadas na área de interesse. Neste momento, segundo Bordenave e Pereira (1995), os alunos expressam suas percepções pessoais, realizando assim, uma leitura sincrética ou ingênua da realidade. Ainda, nesta fase, é a ocasião para a construção de possíveis perguntas, a fim de que sejam registrados os fenômenos que estão presentes nessa parcela da realidade social, tendo como foco principal o campo de estudos, porém podendo captar os diferentes aspectos a ela relacionados (BERBEL,1998).

A segunda etapa é denominada de Pontos-Chaves, pois nela, procura-se identificar as possíveis causas e os maiores determinantes sociais do problema que está sendo estudado. Esta etapa consiste em problematizar que Berbel (1998) define como formular o problema [uma questão, uma afirmação ou uma negação] a partir de fatos observados, desde que os observemos como realmente inquietantes, problemáticos, instigantes ou inadequados. Assim, os Pontos-Chaves podem ser expressos através de questões básicas que se apresentam para o estudo; pressupostos fundamentais sobre aspectos do problema; um conjunto de tópicos a serem estudados; princípios a serem considerados no estudo ou ainda outras formas, o que vem a possibilitar criatividade e flexibilidade à condução do problema por parte dos alunos .

A terceira etapa, conhecida como Teorização, implica em construir respostas mais elaboradas para o problema, proporcionando o crescimento mental dos alunos a partir dos questionamentos acerca do que foi observado e fundamentado nos pontos-chaves, definidos na etapa anterior.

Segundo Berbel (1998), a busca por informações pode ocorrer por meio das teorias já existentes, disponíveis nos livros, revistas, relatos de pesquisas, artigos de jornais, entre outras fontes, e ainda na vivência das pessoas envolvidas através de questionários, roteiros de entrevistas, fichas de observação; assim como visitas a órgãos relacionados à administração ou desempenho profissional ligado ao estudo, ou mesmo consultas aos especialistas e usuários.

Ao confrontar a Realidade com a sua Teorização, o aluno se vê motivado a passar para uma quarta etapa do arco que consiste na formulação de Hipóteses de Solução, em que serão

apresentadas alternativas possíveis para a solução do problema em questão. De acordo com Bordenave e Pereira (1986), nessa fase, a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas pelo professor, a fim de que os alunos também despertem para as resoluções ideais do problema e ao mesmo tempo reflitam sobre a sua viabilidade e aplicabilidade à realidade.

Por fim, a quinta etapa é a Aplicação à Realidade. Esta destina-se à prática e atuação dos alunos na realidade social e nas situações concretas, a partir da seleção das hipóteses de solução apresentadas na etapa anterior. Berbel (1998) a define como a fase que possibilita o intervir, o exercitar, o manejar situações associadas à solução do problema; e complementa que com a aplicação à realidade, não apenas se completa o Arco de Maguerez, mas através dos resultados desta aplicação, poderá sugerir o reiniciar de muitos outros arcos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do Estudo:

A presente pesquisa é de natureza qualitativa e do tipo exploratória descritiva. De acordo com Gil (2000), os estudos exploratórios têm como objetivo proporcionar maior aproximação com o problema, de modo a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, aprimorar idéias ou descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

O mesmo autor menciona que os estudos descritivos objetivam a descrição de características de uma determinada população ou fenômeno. Neste grupo, estão incluídas as pesquisas que têm a finalidade de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Entre as suas características mais significativas, está a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados [como questionários, observação sistemática, entre outras]. Assim, as pesquisas descritivas juntamente com as exploratórias são habitualmente utilizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, sendo também mais solicitadas por organizações como empresas comerciais, partidos políticos e instituições educacionais.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa está associada mais freqüentemente com a investigação naturalista que lida com o aspecto da complexidade humana explorando-a diretamente. Assim, os pesquisadores na tradição naturalista evidenciam a complexidade como inerente aos seres humanos, em virtude da sua capacidade de dar forma e criar suas próprias experiências e a idéia de que a verdade é um agregado de realidades. Desse modo, este tipo de investigação enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos, subjetivos, isto é, qualitativos.

4.2 Cenário da Pesquisa:

O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia (CLINESC) na sala da Escola de Posturas, situada no setor do curso de Fisioterapia da UFPB, na cidade de João Pessoa-PB.

A Escola de Posturas consiste em um programa de extensão do Departamento de Fisioterapia da UFPB que presta serviços à comunidade, disponibilizando um tratamento diferenciado para as algias da coluna vertebral. Na Paraíba, a Escola de Posturas foi iniciada

em 1990 pela professora Maria Cláudia Gatto Cardia, tendo posteriormente a adesão dos professores Rogério Moreira de Almeida e Myrna Deirdree Bezerra Duarte. Baseia-se no modelo precursor denominado *Back School* [escola das costas] e no Brasil foi introduzido por Knoplich no Hospital do Servidor Público de São Paulo (CARDIA, ALMEIDA e DUARTE 1998).

“A Escola de Posturas tem como objetivo geral proporcionar à comunidade uma assistência especializada em prevenção e tratamento precoce da coluna vertebral, em particular, procura auxiliar no tratamento reabilitador da coluna e nos casos de dor crônica” (CARDIA, ALMEIDA e DUARTE, 1998, p. 14).

A estrutura física da Escola de Posturas é bastante favorável para a realização de atividades com grupos de até 25 pessoas em média; apresenta recursos materiais para a execução de atividades práticas [colchonetes, bolinhas, bastões, apoios cervicais, equipamentos de som, CD's, entre outros] e recursos didáticos que auxiliam nas aulas expositivas [cadeiras, mesa, retroprojeter e transparências ilustrativas].

O programa da Escola de Posturas visa ainda capacitar alunos do curso de Fisioterapia interessados em projetos de extensão, bem como desenvolver pesquisas, contribuindo para a integração da Universidade às necessidades da comunidade.

A programação pedagógica e terapêutica da Escola de Posturas foi adaptada a fim de melhor se adequar aos propósitos deste estudo [Apêndice A].

4.3 Participantes do Estudo:

Participaram do estudo 10 idosos, sendo 8 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com faixa etária entre 60 e 82 anos, ¹que apresentavam limitações ou queixas referentes às alterações posturais, porém com independência funcional para a locomoção e que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa. Todos os 10 participantes eram alfabetizados, com nível de escolaridade entre ensino médio a superior; 5 trabalhavam fora [sendo 2 autônomos], e os demais eram aposentados e realizavam poucas atividades domiciliares.

¹ Lei Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Art.1.º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

4.4 Procedimento Ético:

Durante o desenvolvimento de todas as etapas da pesquisa foram considerados os aspectos éticos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CCS-UFPB, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos indivíduos idosos participantes do estudo [Apêndice D], foi dado início à Oficina Problematizadora: Educação Postural para Idosos à luz do Método do Arco, momento este em que foram coletados os dados da pesquisa.

4.5 Procedimentos Operacionais

Esta etapa da pesquisa corresponde ao momento do trabalho de campo, desde a seleção dos participantes até a realização da coleta dos dados.

Inicialmente foi feita a divulgação da Oficina por meio de cartazes expostos no setor da Clínica Escola de Fisioterapia e em setores da Universidade Federal da Paraíba, principalmente naqueles onde eram realizadas atividades com a participação de idosos, como também, nas associações para grupos da terceira idade na cidade de João Pessoa, além dos contatos pessoais feitos pela pesquisadora.

Posteriormente, foi realizado um encontro de capacitação dos estagiários, em que foi explanada a metodologia problematizadora, bem como as etapas do Método do Arco, sendo ainda abordado o trabalho em grupo de posturas direcionado às peculiaridades dos indivíduos idosos.

A primeira reunião teve como meta conhecer os membros do grupo que se encontravam em um número de treze pessoas [inicialmente]; apresentar a metodologia que seria utilizada na Oficina, bem como, a equipe do Programa da Escola de Posturas, incluindo a pesquisadora [facilitadora] e os nove estagiários; solicitar dos participantes a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e aplicar um questionário de avaliação física e dos hábitos posturais, elaborado pela professora Maria Cláudia Gatto Cardia (2006), a fim de verificar se os indivíduos estavam aptos a participarem da Oficina,

servindo como triagem e permitindo a identificação das limitações que os mesmos apresentavam.

Realização da Oficina: Educação Postural para Idosos à luz do Método do Arco

A Oficina adaptada da Programação da Escola de Posturas da UFPB foi realizada no período de 24 de março a 16 de maio de 2006, em 14 encontros, com duração de 2 horas cada, perfazendo um total de 28 horas/aula. Fizeram parte desta Oficina dez indivíduos idosos, sendo dois homens e oito mulheres e colaboraram na realização desta nove estagiários da referida Escola, sendo todos estudantes do curso de graduação de fisioterapia da UFPB.

Para melhor compreender as etapas de realização da Oficina, torna-se importante apresentar o plano a seguir:

Objetivos:

Geral:

Propiciar aos idosos cuidados especializados para prevenção e tratamento precoce dos problemas posturais nas atividades da vida diária (AVD);

Específicos:

- Desenvolver a capacidade de auto cuidado postural, por meio da construção do conhecimento e estimulação do desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva acerca das alterações posturais;
- Possibilitar melhor desempenho na prática das Atividades da Vida Diária (AVD).

Conteúdos:

- *Unidade Introdutória*
 - Apresentação dos participantes e da metodologia da Oficina;
 - Avaliação da capacidade funcional;
 - Orientações posturais básicas.
- *Unidade I - Considerações sobre Sistema Respiratório*
 - Vias respiratórias;

- Musculatura principal e acessória da respiração;
- Tipos de respiração;
- Exercícios respiratórios.
- *Unidade II - Considerações sobre Sistema Locomotor – anatomia da coluna vertebral e sistema nervoso*
 - Anatomia e biomecânica da coluna vertebral e suas principais patologias e alterações;
 - Anatomia e funcionamento do sistema nervoso voluntário e autônomo;
 - Exercícios, alongamentos, massagens e relaxamentos associados ao Sistema Locomotor I e II.
- *Unidade III - Considerações sobre envelhecimento bem sucedido e alterações posturais na terceira idade*
 - Envelhecimento e qualidade de vida;
 - Alterações posturais mais freqüentes em idosos;
 - Exercícios, alongamentos e relaxamentos, treino de marcha, coordenação e equilíbrio.
- *Unidade IV – Tema sugerido pelo grupo: Quedas na pessoa Idosa*
 - Efeito na qualidade de vida decorrente das quedas;
 - Aspectos epidemiológicos;
 - Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos;
 - Lesões resultantes de quedas;
 - Utilização de medicamentos;
 - Prevenção.

Estratégias:

As atividades desenvolvidas na Oficina seguiram as etapas do Método do Arco de Bordenave e Pereira (1986), mediante a utilização das seguintes técnicas de ensino: exposições dialogadas, práticas de alongamentos e exercícios terapêuticos, treino de relaxamento e discussões em grupo; fazendo uso dos recursos materiais e didáticos necessários.

Avaliação:

O processo de avaliação foi contínuo e sistemático, mediante a participação do grupo.

Referências:

- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M.; **Estratégias de Ensino e Aprendizagem**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- CARDIA, M. C. G.; DUARTE, M. D. B.; ALMEIDA, R. M. de. **Manual da Escola de Posturas**. 2. ed. João Pessoa: universitária, 1998.
- PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 81-382.
- REICHEL, W. et al. **Assistência ao idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 68-72.
- KISNER, C; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- LIPPERT, Lynn. **Cinesiologia clínica para fisioterapeutas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- OLIVER, J.; MIDDLEDITCH, A. Postura. In: **Anatomia funcional da coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 293-314.

Iniciada a Oficina Problematizadora, do 1º ao 6º encontro foram realizadas atividades que contemplaram as cinco etapas do Arco, envolvendo discussões norteadas por perguntas previamente elaboradas, exposições dialogadas e aulas práticas de exercícios, alongamentos e relaxamentos, em relação aos seguintes temas: avaliação da capacidade funcional, orientações posturais básicas, respiração, anatomia e biomecânica da coluna vertebral e suas principais patologias e alterações [Apêndice A].

Durante as discussões coordenadas pela facilitadora, uma estagiária registrava todas as falas dos participantes em lâmina exposta para o grupo, enquanto que uma outra fazia os mesmos registros no diário de campo à parte; os demais estagiários auxiliavam nas aulas práticas, sendo que alguns, mais veteranos, colaboravam, juntamente com a pesquisadora, nas exposições dialogadas.

Após o desenvolvimento desses seis primeiros encontros correspondentes à Unidade Introdutória, Unidade I e parte da II, foi realizado o Grupo Focal 1 [7º encontro], norteado por um roteiro contendo cinco tópicos que abordaram os temas trabalhados à luz das seguintes etapas do Arco: observação da realidade, pontos-chaves, hipóteses de solução e aplicação à realidade [Apêndice B].

A técnica de grupo focal baseia-se em entrevistas coletivas e semi-estruturadas. Ressalta-se que a entrevista semi-estruturada, segundo Trivinos (1995), valoriza a presença do investigador e oferece ao informante todas as perspectivas possíveis, para que alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo.

Por se tratar de uma proposta para desenvolvimento de uma discussão centrada em um assunto específico, Rubio Tyrrel, Rocha e Siqueira (2001) recomendam a utilização de um roteiro contendo de dois a cinco tópicos, no máximo, associados com as questões de investigação que o projeto procura responder. Esses tópicos devem ser expressos na forma de sugestões e não em forma de questionamentos, como meio de estimular a introdução do assunto que será abordado.

Durante a realização do Grupo Focal 1, na medida em que a pesquisadora atuava como moderadora e conduzia a discussão, as falas dos participantes foram registradas por meio de um gravador, manuseado por um estagiário que o direcionava até o sujeito que estava fazendo o relato, e ao mesmo tempo uma outra estagiária fazia as anotações tanto das falas quanto das observações de gestos e atitudes dos participantes, possibilitando registros mais fidedignos.

De acordo com Carlini-Cotrim (1996), o grupo focal é conduzido por um moderador [mediador] que tem como papel promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. Esse moderador deve ser uma pessoa com treinamento específico para o desenvolvimento de tal técnica e/ou ser membro da equipe responsável pelo estudo.

Nesse enfoque, Moura e Caldas (2002) ressaltam que, além do moderador, é indispensável a presença de um assistente [relator-observador], ao qual caberá observar a conduta do grupo, registrar os debates com gravação ou com anotações das falas, assim como fazer o registro das informações não-verbais dos participantes [desempenho nas atividades práticas, gestos e reações], intervir, se for necessário, na condução da sessão e auxiliar o moderador a analisar os possíveis problemas durante as discussões.

Dado prosseguimento à realização da programação da Oficina Problematizadora [Apêndice A], do 8º ao 12º encontro, foram realizadas atividades de discussões a partir de perguntas previamente elaboradas, exposições dialogadas, aulas práticas de vivências de massagens dos pés, mãos, nuca, coluna e expressões faciais, exercícios, alongamentos e relaxamentos, em relação aos seguintes assuntos: anatomia e funcionamento do sistema nervoso voluntário e autônomo; envelhecimento bem sucedido e alterações posturais na terceira idade; marcha, coordenação e equilíbrio; e quedas na pessoa idosa, correspondentes à parte da Unidade II, Unidade III e IV.

Os registros foram feitos conforme descrito nas unidades anteriores, acrescentando as anotações das observações durante as atividades práticas, momento em que eram percebidas modificações no desempenho dos exercícios, ou mesmo, contradições dos relatos com a prática dos participantes.

Ao término das primeiras unidades, o grupo contava com a presença de dez participantes que permaneceram até o final da Oficina, pois, por motivos pessoais, duas integrantes tiveram que se ausentar a partir do 2º encontro, e uma, por problema de saúde, a partir do 5º encontro. O tempo de duração estabelecido para realização de cada encontro da Oficina foi excedido em algumas sessões, pela necessidade de intensificar as discussões.

Na seqüência realizou-se o Grupo Focal 2 [no 13º encontro], conforme os parâmetros de operacionalização e registros dos dados do Grupo Focal 1. Vale ressaltar que o roteiro norteador permitiu contemplar todos os temas trabalhados ao longo da Oficina, incluindo o relato dos participantes sobre a eficácia da mesma no processo de educação postural, [Apêndice C], fornecendo assim, o respaldo necessário para o alcance do objetivo proposto na pesquisa.

A técnica de grupo focal possibilita a coleta de dados de natureza qualitativa, gerando um ambiente propício ao diálogo e ao debate, portanto, durante o desenrolar das discussões dos grupos focais e das demais sessões, procurou-se criar um clima de confiança, descontração e liberdade de expressão, de modo que os participantes do grupo pudessem se sentir à vontade para relatarem suas opiniões, experiências, atitudes, crenças, sentimentos e percepções acerca dos temas abordados.

De acordo com Lara, Acevedo e Berenzo (2004), o grupo focal constitui-se em uma técnica de pesquisa composta por sessões com grupos reduzidos e homogêneos e com características comuns. Apresenta como principais vantagens o baixo custo, o formato

flexível, a facilidade na obtenção dos dados em curto espaço de tempo, além do ambiente em grupo.

No encontro do Grupo Focal 1, compareceram dez participantes e do Grupo Focal 2, compareceram nove, pois uma integrante teve que se ausentar por compromissos profissionais. O tempo de duração dos grupos focais foi de 2 horas no primeiro, e 2 horas e quarenta minutos no segundo, uma vez que a discussão se prolongou mais nesse segundo momento.

Para Westphal, Bógus e Faria (1996), os grupos focais são constituídos de seis a quinze pessoas. Há posicionamentos diferentes quanto ao tempo de duração média da sessão, para Carlini-Cotrim (1996) esse tempo é uma hora e meia, entretanto, para Neto et al. (2001) varia entre uma e duas horas.

Finalizada a programação pedagógica e terapêutica da Oficina Problematizadora, foi realizado o 14º encontro, momento este em que foram esclarecidas dúvidas quanto à prática de alguns exercícios e também foram distribuídos impressos contendo resumos dos temas abordados, além de exercícios e orientações posturais básicas, atendendo assim à solicitação de alguns integrantes do grupo para que pudessem recordar e executar o que foi trabalhado no decorrer dos encontros. Em seguida, houve a confraternização de encerramento com a participação dos integrantes do grupo e toda a equipe da Escola de Posturas.

Em geral, a Oficina (fig.2) se procedeu de maneira bastante satisfatória, tanto devido à boa aceitação do grupo frente a nova metodologia aplicada na Escola de Posturas, quanto à integração e à amizade construída entre os participantes do grupo, a pesquisadora e a equipe de estagiários.

Assim, o material empírico do estudo foi obtido, por meio dos registros das discussões dos grupos focais realizados no 7º e 13º encontros, realizando-se imediatamente após cada grupo focal as transcrições das fitas; sendo também consideradas as discussões ocorridas nos dois primeiros encontros da Oficina, devidamente registradas e organizadas por meio de anotações das etapas de observação da realidade, pontos-chaves, teorização e hipóteses de solução.

No âmbito da Saúde, a técnica do grupo focal tem sido útil, devido à maior possibilidade que as atividades focais oferecem, se comparadas às demais técnicas de pesquisa qualitativa, uma vez que permitem um envolvimento dos participantes nos processos

de mudança dos esquemas referenciais e nas atitudes dos seus componentes, adequando-se à proposta da metodologia problematizadora que incentiva a construção ativa do conhecimento.

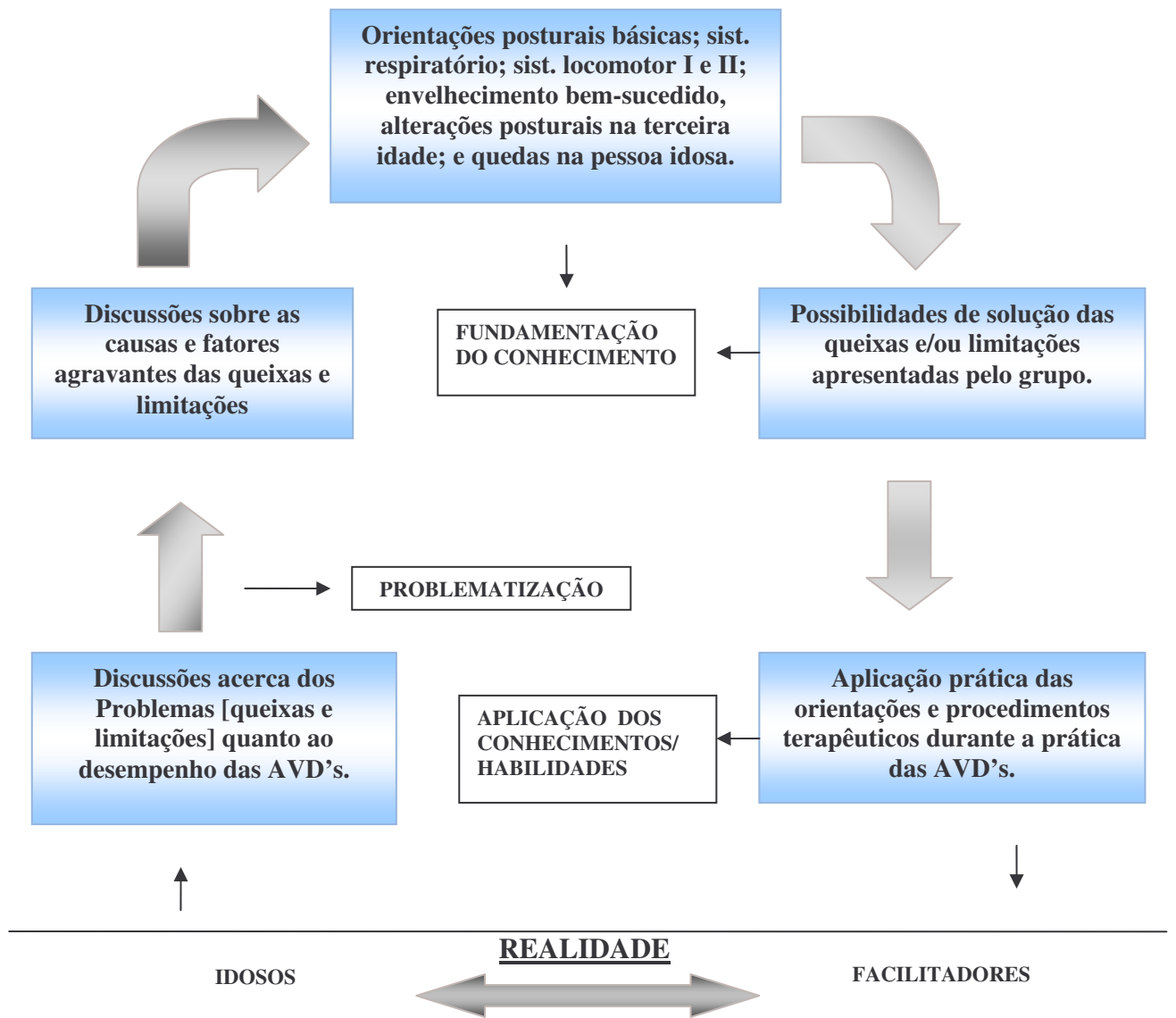


Figura 2 – Esquema do Arco desenvolvido no processo de Educação Postural da Oficina Problematizadora.

4.6 Análise do Material Empírico:

Em consenso com Carlini-Cotrim (1996), na análise dos dados obtidos por meio da técnica de grupo focal, é preciso que o pesquisador tenha acesso aos dados coletados, mediante a leitura de todo o material obtido, seguida da anotação das categorias que sejam evidenciadas a partir desse primeiro contato sistemático com os dados. Desse modo, é necessário que verifique, os dados colhidos, a fim de chegar a um consenso no que deve ser eliminado ou mantido como dado legítimo do material obtido. Adotando-se um processo indutivo, onde as categorias explicativas são elaboradas a partir dos dados, é comum na pesquisa qualitativa refletir e analisar resultados parciais, com o objetivo de melhor adequar os procedimentos de coleta às metas da pesquisa.

Para a análise e interpretação dos dados coletados, utilizou-se a técnica da análise de discurso proposta por Fiorin (1990). Para este autor, a análise de discurso é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos que conduzem a um fazer crer relacionado à totalidade do contexto sócio-histórico.

Segundo Fiorin (1999), os discursos materializam a visão de mundo de uma determinada classe social e sua análise é capaz de identificar por inferência a posição social dos enunciadores, uma vez que os elementos discursivos, temas e figuras, os revelam. Nesse contexto, “Tema” é o elemento semântico que designa um elemento não presente no mundo material, mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis, e “Figura” é o elemento semântico que remete a um elemento do mundo natural.

A identificação do qualitativo, dos trechos discursivos identificados e separados, foi possível mediante a verificação da coerência dos conceitos emitidos pelos participantes das discussões e dos grupos focais sobre a utilização da metodologia da problematização no processo de educação postural.

A recorrência desses conceitos permitiu a visualização de uma série de qualitativos, cujo refinamento, visando ao enxugamento dos temas mais relevantes relacionados ao objeto do estudo, evidenciou **A Eficácia da Metodologia Problematizadora no Processo de Educação Postural como Diferencial na Eficiência do Trabalho Fisioterapêutico**, tomado como categoria empírica do estudo (fig.3).

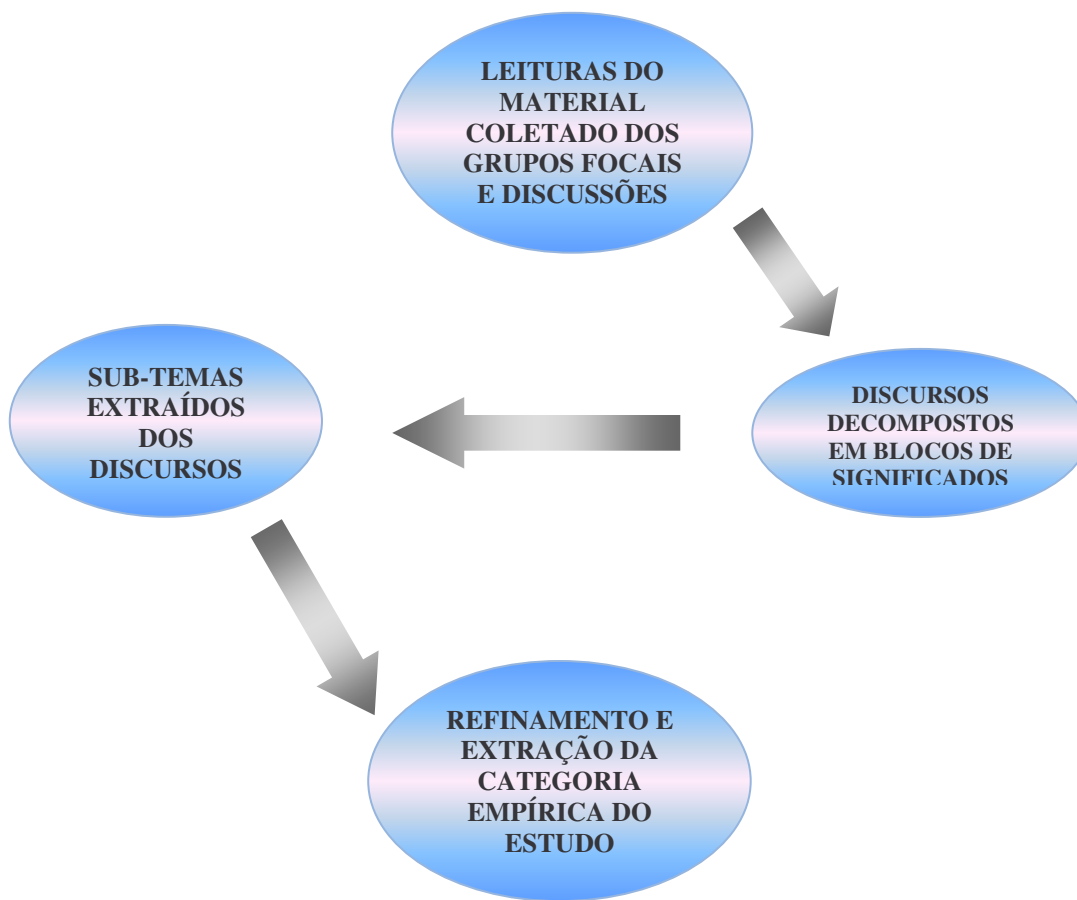


Figura 3 – Esquema de operacionalização da Análise do Material Empírico

5 A Eficácia da Metodologia Problematizadora no Processo de Educação Postural como Diferencial na Eficiência do Trabalho Fisioterapêutico.

A Escola de Posturas é uma técnica bastante difundida desde a sua criação em 1969 na Suécia, na área da educação em saúde, devido aos resultados favoráveis na prevenção e cuidados dos problemas da coluna vertebral. Observa-se que não é comum fazer uso de uma abordagem pedagógica de referência para direcionar as atividades realizadas por meio desta técnica, percebe-se, no entanto, um planejamento quanto aos tipos de procedimentos terapêuticos e conteúdos trabalhados, o número de participantes e de sessões, ficando, porém, uma lacuna em relação à abordagem metodológica.

Nesse sentido, é importante ressaltar a necessidade de fazer uso de uma abordagem que desenvolva a conscientização dos participantes acerca dos conteúdos e práticas trabalhadas ao longo do programa, motivando-os a identificarem quais orientações e/ou procedimentos terapêuticos são necessários adotarem no cotidiano, a fim de beneficiá-los em algum aspecto, sobretudo, naquele que envolve a realização das atividades diárias. Dessa forma, abordagens pedagógicas centradas na práxis libertadora que objetiva uma educação problematizadora e, portanto, conscientizadora, poderão além de instruir e orientar, viabilizar uma prática transformadora capaz de promover uma ação mais eficaz no processo de educação postural.

Com o intuito de articular essas considerações com os termos eficácia e eficiência aos quais a categoria empírica que intitula este capítulo faz alusão, torna-se importante conceituá-los a fim de melhor elucidar a inserção dos mesmos no contexto deste estudo. A eficácia, conforme Ferreira (1989), é definida como tudo aquilo que produz o efeito desejado, traduzindo-se no “ser eficaz”; enquanto que eficiência representa a ação ou virtude de produzir um determinado efeito.

A eficácia tende a ser vista, na maioria das vezes, como realização de objetivos, produtividade, rendimento e desempenho, assim, a emergência de diferentes representações faz sobressair a natureza subjetiva do conceito de eficácia e o seu profundo enraizamento, quer nos valores dos indivíduos e/ou grupos, quer nos contextos em que é abordada. A necessidade de verificar em que medida um sistema realiza a sua missão, ou a realiza melhor do que outros, conduz à uma noção de eficácia que constitui uma questão empírica central (FERNÁNDEZ-RÍOS E SÁNCHEZ, 1997).

Com respaldo em Suárez (2000), a eficácia é a força para poder realizar algo, é dispor de uma capacidade de execução necessária para tal; portanto, se alguém ou uma organização dispõe de recursos para realizar o que se propõe ou necessita, aliado à posse da capacidade de usá-los em função desse propósito, pode-se afirmar ser eficaz. Em relação à eficiência, esta expressa o poder de realizar um efeito, uma consequência, pode ainda ser interpretada como alcançar um propósito; portanto, quando alguém ou uma organização se propõe a conseguir um determinado efeito e chega a alcançá-lo, terá sido eficiente.

Diante do exposto, a categoria empírica que direcionará esta discussão discorrerá sobre o domínio da eficácia ao adotar a abordagem problematizadora do Método do Arco na Escola de Posturas, como diferencial na eficiência da intervenção fisioterapêutica.

Para indicação dos discursos dos participantes deste estudo, convencionou-se utilizar a letra “P”, seguida de numerações correspondentes a cada indivíduo especificamente.

As etapas da pedagogia problematizadora à luz do Método do Arco serão percorridas ao longo desta análise e discussão, de modo a identificar como os participantes conseguiram interagir com a metodologia adotada na construção do conhecimento para a promoção do auto-cuidado postural.

O enfoque inicial foi dado à motivação para que os participantes procurassem a Escola de Posturas, partindo de uma Observação da Realidade inicial em relação à prática das atividades da vida diária [AVD].

“Eu consigo fazer tudo em casa, mas sinto dor na região dorso-lombar quando me esforço mais, ou me exercito; eu tenho uma dor em queimação na cervical e lombar e tenho câimbras nas mãos e também uma forte dor na perna esquerda. Mas eu vim mesmo pra Escola para ter mais conhecimento e preciso de motivação para aplicar esses conhecimentos.” (P1)

“Às vezes sinto dores no ciático e um incômodo na cabeça; eu sinto a dor, mas dá para fazer um pouco de atividade. Na verdade, eu vim pra Escola, por causa de uma depressão que tive e aqui espero melhorar, me distrair e o que precisa ser mudado é que eu quero voltar a me sentir como se eu tivesse 30 anos de idade.” (P2)

“Eu costumo fazer minhas atividades, mas o que me incomoda são as dores na cervical e na lombar e também tenho osteoporose. Eu procurei a Escola para melhorar das dores.” (P3)

“Eu não faço tudo em casa, pois tem quem me ajude, mas eu sinto dores na coluna e sinto um desconforto quando fico muito tempo em pé, eu sinto uma dor cansada nas pernas e tenho dificuldade para andar. Eu resolvi participar da Escola, porque também procuro melhorar das dores e ter mais ânimo.” (P4)

“Eu faço de tudo em casa, mas, às vezes, sinto dor no braço esquerdo por causa da bursite e na região do pescoço, também tenho osteoporose, às vezes, tenho dificuldade para me levantar. Eu quero é aprender mais aqui.” (P5)

“Eu consigo fazer algumas atividades em casa e também trabalho, mas sinto dores na coluna e tenho dificuldade pra me abaixar e também tenho bursite. Eu procurei a Escola para ter conhecimentos para melhorar das dores e preciso de estímulo.” (P6)

“Eu tenho tendinite no ombro direito e hérnia de disco lombar, por isso sinto uma dor agitada e em queimação na lombar e no braço direito. Eu procurei a Escola para ter disposição e voltar a me sentir com 20 anos.” (P7)

“Esse problema de dor na minha coluna é uma coisa diária, constante, que já faz parte da minha vida. Minhas filhas que tomaram conhecimento da Escola e me trouxeram, já pra ver se eu alivio minhas dores.”(P8)

“Eu trabalho andando numa bicicleta e em alguns momentos tenho que empurrar a mesma, a minha maior queixa é a dor nas costas, sinto dor na lombar e na perna esquerda, pois tenho uma escoliose em S. Eu procurei a Escola para ter mais ânimo e disposição.” (P9)

[Este participante trabalha numa bicicleta entregando pão e apresenta uma escoliose em S bastante acentuada]

“... Às vezes no fim do dia fico com dores na cervical. Vim pra Escola com esperança de receber energia dos outros do grupo e o que precisa ser transformado é querer lutar mais pela vida, necessito de estímulo.” (P10)

Nestes relatos, a Observação da Realidade, primeira etapa do Método do Arco, foi evidenciada, na medida em que os participantes expressaram suas percepções individuais ao contemplarem uma situação real do próprio cotidiano, relatando suas principais queixas² e limitações³ para a realização das atividades da vida diária, permitindo, ainda, que tivessem uma visão abrangente de tudo que seria abordado ao longo da Oficina a partir da exposição das suas necessidades, isto é, realizassem uma leitura sincrética ou ingênua da realidade, como define Bordenave e Pereira (1986), ao perceberem a realidade e descreverem situações que os mesmos vivenciavam.

Destaca Berbel (1998) que nesta etapa os sujeitos são levados a observarem a realidade em si, com seus próprios olhos e identificar-lhes as características. A partir de então, os participantes selecionarão um ou mais problemas que serão enfatizados no estudo e cabe ao facilitador [educador] mediar essa escolha que deverá recair sobre os problemas considerados prioritários.

A princípio, os participantes deste estudo identificaram um ou mais fatores que lhes causavam incômodos, sendo a dor em regiões da coluna, o principal deles, alguns como *P4*, *P6*, *P8* e *P9* manifestaram sentir, também, dificuldades para realização de atividades básicas [como andar, levantar e abaixar-se], e *P3*, *P5*, *P6*, *P7*, *P9* mencionaram apresentar patologias [hérnia de disco, bursite, tendinite, escoliose, osteoporose] que podem estar ou não diretamente associadas às dores e/ou às limitações referidas. Em seguida, declararam buscar conhecimento para melhorar das dores, como exemplifica a seguinte afirmação: “*Eu procurei a Escola para ter conhecimentos para melhorar das dores e preciso de estímulo*” *P6* ; além de ânimo, motivação e disposição física que foram outros aspectos mencionados como expectativas iniciais ao fazerem parte da Escola de Posturas

A segunda etapa do Arco, Pontos-Chaves, representa uma das razões mais importantes de superação desta pedagogia sobre as de transmissão de conteúdo que, normalmente, atribuem aos facilitadores/professores a tarefa de repassarem os conhecimentos de forma imediata na maioria dos cursos e programas de educação, abrindo pouco ou nenhum espaço para que os usuários manifestem suas idéias, o que acaba por proporcionar um ensino desarticulado com o meio. No entanto, a superação desta etapa consiste em permitir que ocorra a identificação das possíveis causas e fatores associados ao problema, através dos

² Queixa – Ato ou efeito de queixar-se. Motivo de desprazer, mágoa, ofensa, etc. . Queixume. Reclamação

³ Limitações – Restrição, diminuição, determinar os limites de , ou servir de limite. Ter como limite.

próprios alunos, conduzindo-os à afirmações, questionamentos ou negações, a partir da situação observada.

Assim, os sujeitos separam, dentro do que foi observado, o que é verdadeiramente importante do que é meramente superficial ou contingente, ou seja, as variáveis mais determinantes da situação (BORDENAVE e PEREIRA, 1995).

A seguir, estão expostas as possíveis causas das queixas apresentadas pelos participantes :

“As dores que eu referi que sentia, eu atribuo principalmente à má postura, pois, eu não tinha conhecimento e me posicionava errado, fazia tudo errado.” (P1)

“Acho que é devido à depressão, o reumatismo e um problema na ciática.” (P2)

“A osteoporose é a causa e o fator agravante, eu acho.” (P3)

“Eu acho que é por causa do trabalho, pois eu trabalhava muito, pegava muito peso, subia em árvore e caía, lavava muita roupa e fazia muito movimento errado...” (P4)

“... Acho que minha dor começou quando eu sofri um trauma quando eu era criança na região do pescoço, pois fui carregar uma lata de água na cabeça e girei o pescoço, desde esse dia sinto dor nessa região.” (P5)

“Até os meus trinta e cinco anos de idade eu não sentia nada, mas quando comecei a trabalhar no Hospital, o tanque que eu lavava os instrumentos era muito baixo para mim, daí comecei a sentir dores na coluna, eu acho também que a causa das dores é pegar em peso.” (P6)

“Acho que foi devido à época que eu trabalhava como caminhoneiro que provocou a tendinite e a hérnia de disco. Além disso, desde a idade de oito anos eu trabalhava demais, pois meu pai era muito rígido com a gente, e a gente vivia pra trabalhar e aquilo não parava, não tinha um cessar, trabalhava demais e nada de corrigir as

posturas e hoje eu estou vendo o que eu estou sofrendo por conta do trabalho.” (P7)

“[...] Acho que a queda que eu sofri na infância pode ter contribuído, né? ”(P8)

“Meu problema começou desde os 15 anos de idade, pois as pessoas já chamavam a atenção da minha mãe para a postura que eu tinha, eu carregava a bolsa da escola de um só lado e era muito pesada e naquela época não tinha fisioterapia. Na verdade, não sei o que foi que originou, porque nem meus irmãos, nem meu pai, nem minha mãe nunca tiveram escoliose... Acho que a falta de atividade física pode ser também, mas meus irmãos também nunca praticaram, e nenhum tem defeito na coluna; por isso que a causa deve vir de outras coisas que eu desconheço.” (P9)

“Acho que as causas são: formação genética, a postura que eu adotava quando eu trabalhava de cabeleleira, pois eu passava muito tempo em pé, e o excesso de trabalho.” (10)

Observa-se que todos os participantes manifestaram opinião a respeito daquilo que poderiam ser as causas das queixas por eles apresentadas, sem que tivessem, necessariamente, plena convicção de suas suposições e nem o conhecimento prévio a respeito do assunto; em função disso, esta etapa tem uma importância fundamental, no sentido de despertá-los para tentarem encontrar a origem dos problemas, partindo deles mesmos o questionamento interior e o direcionamento do foco para o fator causal das dores.

A partir de então, constata-se que as causas referidas vão desde a má postura, excesso de trabalho, fatores de ordem psíquica [depressão], até patologias [como osteoporose, reumatismo e escoliose] e traumas associados.

Do mesmo modo, dando continuidade à etapa dos Pontos-Chaves e visando intensificar a reflexão, os participantes foram, também, levados a expressar o que viam como fatores agravantes das queixas apresentadas.

“...O fator agravante é a idade avançada e a falta de exercício físico.” (P1)

“...A má postura quando sentada e deitada agravam. E acho que o que me afeta muito atualmente é quando eu não corrijo muito os exercícios e a parte mental, pois, quando eu estou chateada ou aborrecida afeta logo a cabeça, a ciática...” (P2)

“O movimento de esforço que se agrava ao caminhar, além de problema emocional e da própria idade avançada.” (P4)

“Fazer atividade que exija um esforço maior do braço, como lavar roupa.(P5)”

“Percebi que atividades diárias que exigem que eu curve a coluna agravam as dores.” (P6)

“O que agrava é subir escadas e pegar em peso.” (P7)

“O trabalho em excesso que eu realizo, hoje, piora as dores.” (P9)

“...O que agrava é o meio ambiente, a carência hormonal, e também problemas emocionais.” (P10)

Verifica-se que atividades de maior esforço, alterações relacionadas à idade avançada, problemas emocionais, a má postura e falta de atividades físicas são considerados, pelos participantes, fatores agravantes que contribuem para a manutenção ou intensificação das dores.

Diante dos relatos obtidos, torna-se importante ressaltar que aprender a identificar e controlar as causas e os fatores agravantes das queixas, quer sejam físicas ou psíquicas, faz parte das medidas preventivas de auto-cuidado com a coluna vertebral, uma vez que permite descondicionar posturas e atitudes maléficas para a saúde.

Em consenso com Cardia et al. (2006), o ser humano leva vários anos no processo de seu desenvolvimento neuropsicomotor e da sua personalidade, mas nem sempre o indivíduo chega à terceira idade tendo conseguido elaborar plenamente sua maturidade ou suas potencialidades corporais, com isso, vemos que a idade cronológica não é sinônimo de

desenvolvimento psicomotor e nem de autoconhecimento, assim, nosso corpo é capaz de armazenar todas as informações vividas ao longo dos anos.

A etiologia das dores, em geral, é multifatorial, pois tanto são oriundas de causas físicas como os fatores genéticos, traumas, más posturas, fatores degenerativos decorrentes do processo de envelhecimento; como também, podem ser desencadeadas por causas psíquicas. As algias de coluna podem se manifestar em um ou vários segmentos da coluna vertebral, região cervical, dorsal, lombar ou sacral, e podem ser localizadas ou difusas (CARDIA et al., 2006).

Reichel et al. (2001) enumeram as seguintes causas físicas mais comuns de dor na coluna: má postura [relacionada à maneira de se sentar, de se deitar, de carregar peso], a prática de atividade física excessiva e incorreta, doenças reumáticas [artrite, osteoartrose], processo de degeneração do disco intervertebral [hérnia de disco], patologias compressivas que ocorrem na raiz nervosa do forame intervertebral ou em qualquer ponto do trajeto nervoso, rotação de vértebras, esforço muscular, distensões musculares nas costas ou lesões articulares [luxação, ruptura], doenças do trabalho ocasionadas por aumento de carga, sobreuso e esforço repetitivo que podem causar inflamações [tendinites], patologias traumáticas [fraturas], patologias degenerativas [osteoporose, osteofitose], bem como doenças neurológicas periféricas e centrais que afetam os músculos e alteram a postura [distrofias musculares polineurite, paralisias e acidente vascular cerebral].

Todos os indivíduos apresentam as chamadas curvaturas fisiológicas da coluna que são elas: as lordoses lombar e cervical, a cifose torácica e sacral, entretanto, quando há alteração [aumento ou diminuição] de uma ou mais destas curvaturas, por um espaço de tempo prolongado, ocorrerão complicações que certamente acarretarão a dor, muitas vezes, acompanhada da limitação para a execução de atividades básicas do dia-a-dia. Assim, a má postura é tida como uma das causas mais comuns de agravos da coluna vertebral.

Reichel et al. (2001) também afirmam que é da coluna que provém as inervações periféricas e simpáticas de nosso corpo, desse modo, a má postura pode afetar as raízes nervosas [posteriores, anteriores e raízes simpáticas], bem como as demais estruturas adjacentes às vértebras. Então, ao intensificar a lordose lombar [decorrente, por exemplo, do uso de salto alto, gravidez e excesso de peso] ocasionará dor, pois as facetas articulares posteriores das vértebras são inervadas por ramos da raiz posterior que ficarão pressionados; e se aumentarmos nossa cifose torácica [cabeça baixa, queixo próximo ao peito, retificando ou invertendo a lordose cervical] que segundo Pickles et al.(2000) é esta a postura mais freqüente

entre os idosos, os discos serão projetados contra o ligamento longitudinal posterior, provocando tensão nos músculos cervicais posteriores [como o trapézio], e as projeções disciais decorrentes comprometem as raízes do plexo braquial, ocasionando dor nos ombros, braços, cotovelos, mãos, podendo acarretar até mesmo as bursites, além dos comprometimentos circulatórios das artérias cervicais igualmente responsáveis pelo quadro algico. O aumento da lordose cervical [quando ficamos muito tempo olhando para cima], também ocasiona dor por compressão das facetas vertebrais posteriores.

De acordo com Reichel et al. (2001), a dor na região lombar é o local mais comum de queixa musculoesquelética, e embora ocorra no idoso, grande parte da literatura médica a relaciona mais aos adultos jovens, sendo importante distinguir uma condição aguda de dor lombar [7 dias ou menos] de uma que persiste ou é crônica [3 meses ou mais].

Os autores citados consideram que a osteoartrose e a doença degenerativa do disco intervertebral, são provavelmente as causas mais freqüentes de dor lombar e limitação dos movimentos e, normalmente, as queixas são relacionadas às áreas cervical e/ou lombar. A dor é geralmente insidiosa no início, freqüentemente presente desde a idade mais jovem [30 a 40 anos] e aguda à extrema variação de movimentos, e especificamente na região lombar é agravada por flexão anterior. Já a dor no pescoço que é agravada por extensão e aliviada por flexão sugere osteoartrose nas articulações da coluna cervical, enquanto que rigidez que permanece por muitos minutos após períodos de inatividade é um sinal típico de osteoartrose e/ou doença degenerativa discal.

Casos em que a dor irradia para os membros, significa que uma radiculopatia secundária à compressão da raiz do nervo possa estar presente; as dores do plexo braquial na coluna e a dor ciática secundária ao comprometimento de L4-L5 ou L5-S1 são tipos comuns de síndrome de compressão da raiz espinhal, nos casos de ciatalgias [dor irradiada para a coxa e perna], a causa mais freqüente é a hérnia de disco relacionada a traumatismos que ocorrem durante a vida (REICHEL et al., 2001).

Portanto, os mesmos autores afirmam que aproximadamente 70% dos indivíduos com idade superior a 70 anos apresentam evidência radiológica de doença degenerativa discal, sobretudo entre C5-C6 ou C6-C7, como também na região lombar, afetando cerca de 60% de mulheres e 80% de todos os pacientes idosos. Assim, é necessário investigar se cada sintoma clínico do paciente pode ser devido aos achados radiológicos ou se decorre de um outro processo.

Paniampour et al.(1997) apud Cardia et al.(2006) declaram que muitas lombalgias são atribuídas à postura estática e posturas dinâmicas que requerem um trabalho pesado excessivo com muitos movimentos de flexão anterior do tronco ou velocidade de movimento. Com efeito, a sustentação de cargas pesadas, a adoção de posturas incômodas e com restrição de movimento acarretam lesões musculares por excesso de contração das miofibrilas, ocasionando fadiga muscular e diminuição do aporte sanguíneo, levando à inflamação nos músculos e tendões.

Ressaltam Cardia et al.(2006) que as causas físicas de dor na coluna podem, também, ser oriundas de alterações na estrutura dos membros inferiores, cintura pélvica, cintura escapular e até mesmo por desequilíbrios de mandíbula e articulação temporomandibular [ATM]. Acrescenta que independentemente da gênese dos fatores associados às causas físicas, elas desencadeiam desgaste ou deformação em uma ou mais estruturas da coluna, além dos ossos, ligamentos, cápsulas articulares, discos intervertebrais e também nos músculos.

Os autores citados complementam que algumas dores de coluna estão relacionadas a doenças não relativas ao aparelho locomotor, mas a outros sistemas ou órgãos, como útero, problemas cardíacos, doenças neoplásicas, entre outras, e, nestes casos, o tratamento deverá ser focado na origem real e não na sintomatologia dolorosa da coluna.

Em se tratando das causas psíquicas que têm grande importância no tratamento das algias da coluna vertebral, Cardia et al.(2006) afirmam que nem sempre elas são responsáveis diretas pela dor, mas geralmente desencadeiam ou são vistas como fatores agravantes dos processos dolorosos através das tensões musculares.

Destacam os mesmos autores que os indivíduos normalmente apresentam posturas características de acordo com a personalidade e que são adotadas de maneira inconsciente e ao longo da vida podem resultar em desgaste das estruturas físicas. Nesse sentido, pessoas tímidas ou medrosas freqüentemente adotam posturas cifóticas [gibosidade da coluna dorsal], com protrusão dos ombros [caídos para frente], ao contrário, pessoas com personalidade dominante colocam os ombros muito para trás, projetando o tórax para frente [postura militar]. Em geral, pessoas depressivas, negativas, ansiosas e que têm dificuldades para solucionar problemas, sejam de ordem pessoal ou profissional, estão mais propensas ao desenvolvimento de distúrbios psicossomáticos e tensões musculares que podem desencadear algias da coluna vertebral.

Com apoio nos autores citados, as agressões psíquicas advêm da repetição dos problemas cotidianos ocorridos e não resolvidos, nas relações interpessoais, por perdas afetivas, ou, ainda, por razões de mudanças inesperadas. Todos esses fatores podem contribuir para o surgimento de problemas diversos, quer sejam nos ossos, nos discos, nos músculos, como também podem afetar alguns órgãos e outras partes do corpo, reforça Dychtwald (1984) apud Cardia et al.(2006) ao afirmarem que todas as formas de tensão e bloqueio estão guardadas em algum ponto da coluna, prejudicando a saúde dos órgãos e membros correspondentes.

Nesse contexto, Assis (2002) refere-se à síndrome do estresse que pode ser dividida em três fases: a primeira, conhecida como fase de alerta, ocorre quando a pessoa entra em contato com a fonte geradora do estresse, apresentando sensações típicas como sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante, boca seca, entre outras; a segunda fase caracteriza-se como de resistência, situação em que o organismo tenta se recuperar do desequilíbrio ocorrido na fase anterior; caso não haja uma adaptação e o reequilíbrio das forças, o processo de estresse pode chegar à fase de exaustão ou esgotamento, correspondente à terceira fase, na qual os sintomas iniciais intensificam-se, surgindo maior comprometimento físico e doenças, caracterizadas por sintomas típicos como a tensão que, se mantida, pode levar à contratura muscular, provocando dor e danos significativos na postura, no equilíbrio e na coordenação motora do indivíduo, além de outros sintomas associados como insônia, ansiedade, cansaço físico e mental, perda de apetite, dor de cabeça, problemas digestivos, alterações sexuais, dentre outros, o que torna necessário ser feito um diagnóstico médico para distinguir os sintomas do estresse daqueles ligados a uma doença específica.

De acordo com Keiserman e Picarelli (2001), o reumatismo corresponde a uma diversidade de doenças existentes que afetam as articulações, músculos e esqueleto, caracterizado por dor e restrição do movimento. Portanto, o termo não se refere a nenhuma doença específica e sim, a grupo de doenças, o que impede uma definição que abranja adequadamente todas elas, uma vez que os mecanismos causais das patologias e os órgãos atingidos variam bastante.

Os autores supracitados (2001) apresentam as principais doenças reumáticas: artrose/osteoartrose [sendo esta a doença articular mais frequente], artrite reumatóide, espondilite anquilosante, gota, o lupus eritematoso sistêmico [doenças do colágeno], osteoporose, febre reumática, fibromialgia reumática, artrite psoriática, polimialgia, tenossinovite, capsulite e bursite. Enumeram como sintomas mais pertinentes: a dor na

coluna, febre baixa, perda de peso, cansaço, fraqueza muscular, dificuldade para se levantar ou carregar peso, dores e inchaços articulares, formigamento ou sensação de dormência, dor em repouso que melhora com a movimentação, extremidades frias e arrochadas com piora no frio, rigidez ou sensação de movimentos presos.

Reichel et al.(2001) confirmam que as doenças reumáticas são geralmente de origem genética e emocional. Portanto, a prevenção é ter uma boa alimentação, fazer exercícios físicos regularmente e controlar o nível de estresse; sendo assim, caso a doença se manifeste será de uma forma mais leve e de controle mais fácil.

Segundo Randam (2002), a bursite é caracterizada por uma inflamação das bolsas sinoviais que envolvem e lubrificam os movimentos entre os ossos, tendões, ligamentos e/ou músculos, funcionando como amortecedores. Ocorre principalmente nos ombros, cotovelos e joelhos, apresentando os seguintes sintomas: dor local agravada pela mobilidade, edema, inflamação e restrição de movimentos. As causas podem decorrer de traumatismos, infecções, lesões por esforço, uso excessivo das articulações, movimentos repetitivos, gota [depósito de cristais de ácido úrico na articulação] e artrite [inflamação das articulações].

Reichel et al.(2001) definem tendinite como um processo inflamatório que acontece nos tendões, podendo ocorrer em qualquer idade, decorrente de causas mecânicas: uso excessivo [exercício], esforços prolongados e repetitivos, além de sobrecarga ou trauma, como também, causas químicas: a desidratação, quando os músculos e tendões não estão suficientemente drenados, a alimentação incorreta e toxinas no organismo. Pode estar associado à artrite inflamatória generalizada [artrite reumatóide], com a qual, inicialmente, pode ser confundida. A tendinite se manifesta inicialmente com dores e, muitas vezes, com a incapacidade para a realização de certos movimentos, inclusive as dores podem aparecer ao subir ou descer escadas, caminhar, dobrar os joelhos e elevar os braços, entre outras posturas ou movimentos, dependendo da localização da inflamação.

Para os autores mencionados acima, a osteoporose consiste em um transtorno metabólico caracterizado pela diminuição da densidade óssea resultante do excesso de reabsorção em relação à formação óssea, o que ocasiona a fragilidade do osso, deixando-o incapaz de resistir aos impactos que sofre no dia-a-dia, aumentando o risco de fraturas aos mínimos traumas, acarretando conseqüências como as lesões de nervos, deformidades e dor muito acentuada.

A Organização Mundial de Saúde designou os anos de 2000 a 2010 como Década do Osso e da Articulação. Dentre as doenças chamadas de osteo-músculo-esqueléticas ou reumáticas, já se prevê que os tratamentos de fraturas causados pela osteoporose aumentarão nessa década, triplicando os gastos, diretos e indiretos.

Com o aumento na expectativa de vida, a osteoporose vem sendo cada vez mais comum, pois é uma patologia da terceira idade, especialmente das mulheres após a menopausa. Reichel et al (2001) mencionam que as fraturas de coluna estão entre as lesões mais comumente provocadas pela osteoporose e ocorrem em 25% das mulheres brancas por volta dos 65 anos de idade, causando dor, deformidade, diminuição da estatura por compressão dos corpos vertebrais e por achatamento das vértebras e inaptidão. Estima-se que 54% das mulheres com 50 anos de idade apresentarão fraturas relacionadas à osteoporose durante o restante da vida. Geralmente a morbidade, mortalidade e despesas médicas significativas são conseqüências das fraturas associadas à osteoporose.

Para Assis (2002), a osteoporose pode ocorrer como conseqüência de pequenos ou grandes traumas ou quedas. Os diferentes tipos de osteoporose podem ser classificados a partir dos fatores causais, entretanto, destacamos dois exemplos relacionados aos aspectos de envelhecimento: A *Osteoporose pós-menopáusicas ou tipo I* que acomete mulheres nos cinco a dez anos após a menopausa, ocorrendo principalmente em função da baixa do hormônio estrogênio, seguida por um período de perda óssea bem mais lenta, porém nem todas as mulheres têm o mesmo risco de desenvolver uma osteoporose pós-menopáusicas [as mulheres das etnias branca e oriental são mais propensas a esta doença que as mulheres de etnia negra], sem tratamento, algumas mulheres podem perder entre 2% e 4% de massa óssea por ano; e a *Relacionada ao envelhecimento ou tipo II*, pois, ao envelhecer, há uma perda de massa óssea em ambos os sexos, em torno de 0,2 a 0,4% ao ano. O homem começa a ter perda significativa em torno dos 60 a 65 anos, mas a mulher já inicia sua perda após a menopausa. A perda óssea acima de 60 anos é atribuída, dentre outros fatores, à má absorção de cálcio e à diminuição dos níveis de vitamina D que circula em nosso corpo.

De acordo com Reichel et al.(2001), as condições mais freqüentes que resultam na perda de massa óssea consistem em irregularidades menstruais resultando em perda de peso grave ou exercício excessivo, disfunção gonadal em mulheres ou homens, estilo de vida sedentário, déficit de cálcio na dieta, uso de certos medicamentos [como corticosteróides e quantidade excessiva de hormônio tireóideo], tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Assis (2002) relata que o aparecimento da dor e de deformações decorrentes da osteoporose ocorrem quando a redução da densidade óssea é tão importante que os ossos se esmagam ou fraturam. Em geral, a dor nas costas pode ser de dois tipos: uma é aguda, localizada e intensa, levando o paciente à imobilidade relacionada com a fratura em andamento, e, a princípio, pode ser mal localizada, espasmódica e com irradiação anterior ou para bacia e membros inferiores; enquanto que a dor crônica começa de maneira súbita, localiza-se numa zona determinada das costas, normalmente na região dorsal baixa e/ou lombar, também freqüentemente referida nas nádegas e coxa e piora quando se está de pé ou ao andar, podendo aparecer dor ao tato e, habitualmente, a dor desaparece de forma gradual ao fim de umas semanas ou meses, dependendo da gravidade da fratura; a mesma geralmente surge devido ao esmagamento das vértebras que pode levar à deformidades vertebrais, anormalidades posturais e conseqüentes complicações degenerativas em articulações e sobrecargas em músculos, tendões e ligamentos. No caso de haver fratura de várias vértebras, pode produzir-se uma curvatura anormal da coluna vertebral [corcunda], causando distensão muscular e dor.

Reichel et al.(2001) refere que a prevenção da osteoporose é mais eficaz que o seu tratamento e consiste em manter ou aumentar a densidade óssea por meio do consumo de uma quantidade adequada de cálcio, da prática de exercícios nos quais se deve suportar o peso corporal, como fazer caminhadas e subir escadas [pois aumentam a densidade óssea], da exposição ao sol [aumento da síntese de vitamina D], em alguns casos, da administração de medicamentos.

Outra afecção que é causa freqüente de dor na coluna é a escoliose. De modo geral, as causas da escoliose são extremamente variadas, Souchard e Ollier (2001) identificam cinco consideradas como principais e, assim, as definem: *as escolioses de adaptação* – caracterizadas por uma rotação da pelve, um torcicolo, uma perna mais curta, etc. que obrigam a coluna vertebral a colocar-se em uma situação de compensação; *as escolioses congênitas* - uma vértebra cuneiforme, uma artrodese vertebral, entre outros fatores que igualmente levam a coluna a adaptar-se; *as escolioses neuromusculares ou antálgicas* – freqüentemente denominadas falsas escolioses, são devidas à atuação dos mecanismos automáticos de defesa, cujo papel é de esconder a dor, nestes tipos de escoliose, a dor é, na maioria das vezes, de origem lombar ou sacroilíaca; *atitudes escolióticas* - são tradicionalmente redutíveis em decúbito, provocam inclinação lateral das vértebras, porém sem rotação dos processos espinhosos na concavidade e sem causa dolorosa aparente; e, por

fim, as *escolioses essenciais ou idiopáticas* – sem causa imediatamente aparente, apresentam, portanto, o problema de saber se corresponde a uma patologia em si ou a uma sintomatologia, estas têm origem hereditária multifatorial [as formas familiares podem atingir 43%].

O desvio lateral da coluna é uma das alterações mais presentes em idosos, segundo pesquisa realizada por Guedes (2004), e embora seja considerada uma afecção peculiar do crescimento, encontrando nesta fase sua maior incidência, a escoliose pode justapor-se a uma atitude escoliótica na idade adulta e ter a sua intensificação durante a velhice.

Souchard e Ollier (2001) afirmam que uma deformação morfológica predispõe especialmente às lesões articulares, assim, todo sujeito escoliótico é potencialmente acometido pelas dores vertebrais.

Os referidos autores mencionam que exceto as escolioses infantis, que podem ser resolutivas, toda escoliose apresenta um risco evolutivo, sobretudo, as torácicas, toracolumbares e maiores duplas, sendo menor para as lombares. Destacam, ainda, que a idade tem bastante relevância para a evolução da escoliose, pois quanto mais jovem for o indivíduo [pré-pubertário e durante o pico de crescimento da puberdade] maior o risco da escoliose agravar-se; sendo, portanto, indispensável determinar com segurança o começo do pico de crescimento nos escolióticos, a fim de tomar medidas de precaução neste período. Acrescentam, também, a frouxidão ligamentar, desequilíbrios musculares, desnivelamento pélvico, gravidez, posicionamentos antálgicos e inadequados, como fatores que contribuem no agravamento das escolioses.

Prosseguindo com os depoimentos, os participantes deste estudo, que tinham limitações para a execução de determinadas atividades, expressaram sobre o que consideraram ser fatores agravantes dessas limitações.

“Eu tenho dificuldade para andar, acho que é devido ao movimento de esforço e se agrava ao caminhar.” (P4)

“...Sinto dificuldade para me abaixar. O que agrava são as atividades diárias.” (P6)

“...Eu até nesses dias na missa eu tentei me ajoelhar, mas me levantei com muita dificuldade, porque eu também não posso por conta da artrose nos joelhos, então eu tenho essa dificuldade, mas acho que vou melhorar, estou com muita força pra melhorar.” (P8)

“Quando estou trabalhando, devido ao peso da bicicleta e à escoliose, sinto dor na lombar e na perna esquerda, e em alguns momentos tenho que empurrar a mesma e quando eu estou numa postura errada sinto a respiração presa, também percebo que quando eu me estresso, esqueço de respirar profundo.” (P9)

As limitações físicas apresentadas são secundárias ao quadro álgico que, conforme foi explanado anteriormente, pode ter causas diversas, entretanto, mediante os relatos podem estar associadas às atividades de maior esforço, posturas incorretas que sobrecarregam músculos, articulações e demais estruturas circundantes, bem como patologias degenerativas, como artrose que podem acometer diretamente a coluna ou membros e, ainda, patologias que desencadeiam deformidades estruturais, a exemplo da escoliose.

Contudo, pôde ser observado que as possíveis causas e fatores agravantes das queixas e/ou limitações mencionadas pelo grupo, em geral, tiveram concordância com a literatura consultada, demonstrando que a vivência com o problema possibilita ao indivíduo associar fatores causais independentemente de possuir um diagnóstico confirmado ou conhecimento prévio.

Após a etapa dos Pontos-chaves, segue a Teorização descrita por Bordenave e Pereira (1986) como o momento da construção das respostas mais elaboradas para o problema em estudo, ocorrendo a busca do porquê, das incidências, interpretações e das relações sobre o objeto da pesquisa. Os aspectos registrados como pontos-chaves podem orientar essa busca de informações que podem ser obtidas através das mais variadas fontes.

Em consenso com os referidos autores, essa etapa compreende operações analíticas que são extremamente enriquecedoras, permitindo aos alunos passarem de ‘operações concretas’ para as ‘operações abstratas’, proporcionando-lhes poder de generalização e extrapolação, sendo esta outra razão de superação em relação às pedagogias tradicionais.

A etapa de Teorização ocorreu em sete encontros da Oficina (Apêndice A), nos momentos de demonstrações práticas e exposições dialogadas acerca dos assuntos abordados em cada unidade, foram eles: orientações posturais básicas; considerações sobre o sistema respiratório; anatomia e biomecânica da coluna vertebral e suas principais patologias e alterações; anatomia e funcionamento do sistema nervoso voluntário e autônomo, envelhecimento bem-sucedido e alterações posturais na terceira idade e, por fim, quedas na

terceira idade. Durante o aprofundamento destes conteúdos, foi dada atenção especial ao vocabulário utilizado, a fim de mantê-lo ao nível de compreensão do grupo.

De acordo com Tacla (2002), cada assunto discutido na teorização tem como objetivo fundamentar os pontos-chaves definidos na etapa anterior, consistindo, assim, no estudo propriamente dito.

Ao final de cada teorização referente às temáticas citadas, foram realizadas discussões, para que o grupo expressasse o que de significativo havia sido apreendido e pudesse passar para etapa seguinte, elaborando as hipóteses de solução.

Conforme define Berbel (1998), na elaboração das hipóteses de solução são apresentadas as alternativas possíveis para a resolução do problema em foco e considera que todo estudo desenvolvido até esta quarta etapa deve servir de base para a transformação da realidade. Tacla (2002) reforça que estas elaborações voltam-se para a solução propriamente dita ou para o encaminhamento da mesma, na medida em que o indivíduo busca soluções plausíveis que possam ser implementadas.

Assim, Bordenave e Pereira (1986) mencionam que no momento em que o indivíduo é conduzido a formular hipóteses de solução e a verificar se elas são viáveis ao confrontá-las com os condicionamentos e limitações da própria realidade, constata-se outra vantagem desta pedagogia: o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao passo que se prepara para transformá-la.

Diante dos relatos voltados para a elaboração das hipóteses de solução, os participantes selecionaram alternativas mais abrangentes, de modo que as pessoas, em geral, possam adotar, como também alternativas específicas, mais direcionadas aos problemas particulares de cada um.

Apresenta-se, a seguir, a seleção das hipóteses de solução mais gerais para as queixas e limitações elaboradas pelos participantes:

“...Eu estou consciente de que todos os exercícios que foram apresentados e tudo que foi ensinado aqui tiveram muita importância e foram necessários pra gente ter uma melhor qualidade de vida. Agora, na aplicação do dia-a-dia, são aqueles mais simples, como as posturas corretas de sentar e deitar, a respiração, o alongamento e o relaxamento, como também a orientação sobre prevenção de quedas que eu achei muito propício.” (P1)

“Tudo que foi trabalhado nestes encontros foi muito importante, como a respiração, alongamento, a prevenção das quedas, eu acho que fechou com chave de ouro, porque na nossa idade foi muito importante essa última aula sobre quedas.” (P3)

“... Na minha opinião tudo que aprendi foi muito válido, como por exemplo, os alongamentos e as massagens com a bolinha nas costas!” (P6)

“Eu acho que todas essas aulas que nós assistimos aqui, nós temos que colocá-las em prática, porque, a bem da nossa saúde e do nosso estado, nós temos que corrigir todos esses defeitos que nós tínhamos de mal sentar, mal dormir, e eu estou a cada dia praticando... acho que minhas queixas têm solução e hoje estou colocando em prática as orientações justamente pra isso, para melhorar, ficar mais jovem [...] Eu acho muito importante tudo o que aqui foi passado pra gente, foi tudo essencial, porque se a gente colocar isso em prática, a gente vai viver muito mais.” (P7)

“Antes de vir pra cá eu achava que essas dores que eu sentia não tinham mais solução, mas depois que estou aqui, através dos aprendizados é que eu estou vendo que com os cuidados todas as dores podem ser muito amenizadas. Então, tudo foi muito importante, inclusive as orientações posturais, pois eu tenho procurado sempre me sentar da maneira correta, dormir, eu já dormia de lado, na posição correta.” (P8)

“A mudança de hábito. Mudar pra corrigir a postura, fazer alongamento e procurar fazer exercício pra melhorar.” (P9)

Identifica-se nos trechos citados que todos os participantes, diante das orientações e práticas terapêuticas desenvolvidas no decorrer da oficina, já apresentaram um direcionamento à respeito do que deve ser selecionado como possibilidade de solução para as queixas. Entre as soluções sugeridas, destacam-se: as orientações acerca das posturas corretas, prevenção de quedas e alívio de tensão e estresse, assim como práticas de exercícios, respiração, massagens, alongamentos e relaxamentos.

Nos próximos relatos, podem ser percebidas as mesmas possibilidades de soluções já citadas, porém mais voltadas e adequadas às questões individuais, a partir do confronto destas alternativas com a realidade de cada participante.

“Quanto aos problemas que eu mencionei, acredito que tem solução, pois, ajuda a melhorar das dores, como por exemplo: o tanque que eu lavava roupa, eu me inclinava muito, talvez a minha lavanderia não tenha sido feita adequadamente pra minha altura. E também, às vezes, eu trabalhava excessivamente, sem ter nenhum período de relaxamento, de descanso, e agora eu sei que eu tenho que trabalhar, mas tenho que parar um pouco pra relaxar, pra fazer um alongamento e isso vai me beneficiar. Eu não posso voltar o tempo, mas posso me adequar a essa idade, procurando fazer as coisas de acordo com as minhas limitações.” (P1)

“Pra tudo tem solução, não total, depende muito da pessoa, também ter o ensinamento pra poder solucionar. Para mim, tem servido muito as orientações quanto à postura, o relaxamento e a respiração, pois quando eu tenho qualquer contrariedade ou estou depressiva, aí eu relaxo mais com os exercícios, os alongamentos, que é pra poder aprimorar o cérebro também, e todo o organismo.” (P2)

“Pra o meu problema que, é a osteoporose, eu sei que não tem solução tão fácil, mas eu procuro fazer o máximo pra minimizar as dores, pra evitar que o quadro se evolua muito, eu procuro fazer exercícios, alongamento, eu procuro melhorar a minha alimentação e faço hidroginástica pra minimizar, mas graças à Deus, depois dessas aulas daqui eu estou com mais atenção, fazendo os alongamentos com mais cuidado, a respiração, só a massagem que precisa dos outros que fica mais difícil, mas o restante dá pra gente fazer, e estou bem melhor.” (P3)

“...Toda vez que a dor quer chegar, eu faço um alongamento em casa mesmo, dou uma massagem e pronto ,estou me sentindo muito melhor. Eu sigo sempre a orientação pra postura de sentar e de deitar, o relaxamento e quando fiz a massagem com a bolinha e com o bastão, eu estava com a perna meio ruim ,e depois caminhei tão bem com a sandália de saltinho, gostei demais!” (P5)

“Pra amenizar essas dores que eu sinto na coluna eu sempre procuro fazer o relaxamento e peço pra minha filha dar uma massagem nas minhas costas, também com o alongamento que eu faço, estou me sentindo muito bem”. (P6)

“... Eu tenho melhorado a minha postura, a maneira de dormir, venho tendo mais cuidado pra não cair e venho fazendo uns exercícios com as pernas, como o do joelho (demonstra o alongamento) e quando eu me sento pra ver televisão eu me sento de frente e coloco mais uma almofada nas costas. Outra coisa importante é saber suportar as

coisas com paciência; achei todos os exercícios fáceis, gostei muito das massagens também, aliás, todas as aulas foram muito boas.” (P4)

“... Pra mim, tirei mais proveito, eu acho que foram dos alongamentos, da parte respiratória que eu já melhorei bastante, e de algumas massagens que a gente possa fazer na gente mesmo, como a dos pés, temos que criar o hábito e tirar o proveito.” (P8)

“Pra mim, mais importante é o alongamento, a respiração, o relaxamento, inclusive aquele que diz assim: “eu estou calmo”, aí eu me relaxo, fico calmo, aí eu fico repetindo em casa, e me alongo e me relaxo no chão; a auto-massagem com bastão também, até quando eu saí daqui, eu pedalei melhor a bicicleta, e eu fiz em casa também; e, ainda, a auto-massagem com a bolinha.” (P9)

Assis (2002) comenta que a atividade física regular e orientada é reconhecida como fator geral na preservação da saúde e na prevenção e controle de doenças de grande expressão na atualidade. Destaca, contudo, que a manutenção do movimento do corpo é fundamental na busca de preservação da autonomia na idade avançada, em face das perdas fisiológicas próprias do envelhecimento, sendo também relevante a atenção para a consciência corporal e a adoção de certos cuidados posturais na prevenção e controle dos desgastes articulares comuns na velhice.

Reichel et al.(2001) afirmam que a atividade física contínua representa uma das barreiras mais eficazes para a fragilidade, mesmo quando os programas de exercícios são iniciados na idade muito avançada, contribuem para melhorar a capacidade funcional, o estado de ânimo e também para a redução da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares, sobretudo quando são cuidadosamente iniciados e supervisionados. Os autores citados reforçam que a atividade durante toda a vida, seja ela física, social ou cognitiva, é de tamanha importância para a saúde e o bem-estar durante o processo de envelhecimento.

Além disso, Assis (2002) complementa que os exercícios físicos são importantes para manter o idoso ativo e aumentar sua disposição para as atividades do dia-a-dia e que a prática regular de atividade física oferece como principais benefícios: manutenção da força; equilíbrio e flexibilidade dos músculos; integridade das articulações e preservação da amplitude de movimento; aumento da massa muscular e diminuição da gordura corporal; auxilia na prevenção de quedas; favorece a auto-estima; melhora o sono; contribui para a

diminuição da ansiedade e o controle da depressão; melhora a circulação local e a nutrição dos músculos; influencia na redução da perda óssea; melhora a capacidade cardiopulmonar; melhora as dores articulares relacionadas à má postura e fazem com que o idoso aprenda a conhecer melhor o seu corpo e suas funções.

Segundo Kisner e Colby (1998), para desempenhar a maioria das tarefas cotidianas funcionais, como também atividades ocupacionais e recreativas, é importante apresentar uma amplitude de movimento sem restrições e sem dor, além de uma boa flexibilidade dos tecidos moles que circundam a articulação, ou seja, músculos, tecido conectivo e pele. Sendo assim, o alongamento é uma atividade física bastante indicada na manutenção da mobilidade e flexibilidade dos tecidos moles, sendo definido pelos autores como qualquer manobra terapêutica elaborada para aumentar o comprimento de estruturas de tecidos moles que se encontram encurtadas, contribuindo para aumentar a amplitude de movimentos.

Assim, Carneiro (2002) afirma que o alongamento consiste em uma prática fundamental para o bom funcionamento do corpo, proporcionando maior agilidade e elasticidade, relaxamento do corpo e da mente, além de prevenir lesões. Ressalta, além disso, que é essencial para o aquecimento e relaxamento dos músculos, podendo ser uma atividade incorporada ao exercício físico, mas também pode ser praticado isoladamente, sem qualquer restrição associada à idade ou à flexibilidade. Se executados de maneira adequada, os alongamentos trazem os seguintes benefícios: reduzem as tensões musculares, relaxam o corpo, proporcionam maior consciência corporal, deixam os movimentos mais soltos e leves, previnem lesões, preparam o corpo para atividades físicas e ativam a circulação.

Assis (2002) orienta que antes de iniciar um programa de atividade física, é fundamental que o idoso passe por uma avaliação médica para conhecer melhor sua condição de saúde e os eventuais limites a ela relacionados.

A autora anterior acrescenta que nem todo o movimento que fazemos diariamente com o corpo pode trazer os benefícios potenciais da atividade física regular, pois, muitas tarefas domésticas e/ou relativas a outras ocupações, apesar de atuarem contra a inatividade, podem prejudicar as articulações e os músculos quando feitas sem a observação e o cuidado postural adequados, já que uma boa postura evita a sobrecarga dos músculos das costas e, conseqüentemente, alivia a dor provocada por esta razão. A autora ainda complementa que, especificamente em casos de artrose como tratamento e prevenção, além da atividade física regular, deve-se poupar ao máximo as articulações que suportam peso, para tanto, o controle do peso corporal e os cuidados com a postura são fundamentais.

Portanto, é indispensável que todos aprendam a perceber melhor o seu corpo e suas funções em relação ao movimento e à posição estática, procurando evitar, por exemplo, posturas flexoras, torções e levantar peso de forma incorreta, pois poderão ocasionar agressões na coluna e nos discos intervertebrais ao sobrecarregar a musculatura e, sabendo disto, o idoso estará orientado a sempre corrigir sua postura, prevenindo a ocorrência de lesões na coluna vertebral.

Conforme enfatiza Assis (2002), no caso das pessoas mais velhas, somam-se as perdas sucessivas, a preocupação com os filhos, a solidão, a desinformação e o medo de doenças e incapacidades. Então, saber o que é o estresse, de modo a reconhecer situações que o provoquem e os possíveis recursos para enfrentá-lo, envolve questões essenciais na busca de uma vida mais tranqüila e menos sujeita às doenças.

Em geral, são inúmeras as situações estressantes no cotidiano que são difíceis de mudar e que geralmente levam a um grande sentimento de impotência. Entretanto, a referida autora adverte que para uma vida com menos tensão é preciso, primeiramente, que cada um tome consciência dos fatores que agem como estressores e procure eliminá-los, quando possível. Na presença desses fatores, deve-se exercitar formas de lidar com eles de maneira menos desgastante, para tanto, menciona algumas orientações, como: procurar formas de lazer, exercícios físicos e respiratórios ou caminhadas; aprender e exercitar técnicas de consciência corporal e de relaxamento; saber expressar adequadamente sentimentos positivos e negativos; procurar despreocupar-se quanto ao futuro e desapegar-se do passado; compartilhar os problemas; perceber e respeitar seus próprios limites, poder e saber dizer não. Afinal, somente uma personalidade equilibrada, dotada de auto-estima e autoconfiança, poderá fazer frente às demandas e barreiras impostas pelo mundo moderno com sua competitividade e individualismo crescentes, geradores de estresse.

Arnold-Taylor (1999) complementa que na vida moderna é importante compreender as causas do estresse para diferenciá-lo entre o nocivo e o bom. Aliado a isso, a massagem contribui para o seu gerenciamento, havendo, antes, a necessidade de identificar qual tipo de massagem será mais apropriado utilizar em cada caso. O autor menciona que, em geral, a maior parte do estresse físico ou da tensão é manifestado no dorso, nos ombros e pescoço, associado às mãos e aos braços, dependendo das atividades profissionais realizadas [trabalhadores de escritório ou operadores de dispositivos mecânicos].

Kisner e Colby (1998) afirmam que a massagem, especialmente a profunda, pode ser usada para aumentar a circulação local ou geral e contribuir na diminuição do espasmo e

rigidez muscular. Os efeitos fisiológicos da massagem sobre o organismo podem ser resumidos basicamente em três: calmante, estimulante e desintoxicante.

De acordo com Cardia et al.(2006), a auto-massagem da coluna com o auxílio da bolinha desenvolvida pela referida autora baseia-se nos princípios da anti-ginástica de Bérthèrat e consiste em fazer uso da bolinha com o intuito de realizar uma pressão e fricção nas inserções musculares dos processos espinhosos transversos, produzindo um efeito de relaxamento muscular.

Em consenso com Assis (2002), as técnicas de relaxamento são instrumentos valiosos que também permitem o alívio das tensões, o gerenciamento do estresse e contribuem para desenvolver no indivíduo a capacidade de usufruir a vida com equilíbrio e espontaneidade.

As técnicas de relaxamento dirigido que utilizamos no decorrer da oficina foram progressivas, ou seja, levaram o indivíduo a liberar gradualmente as suas tensões físicas e psíquicas, atingindo as construções simbólicas inconscientes, liberando a energia concentrada responsável pela manutenção do estresse e das tensões correspondentes. Geralmente estas técnicas são indicadas para pessoas com dificuldades de relaxar e de manter contato consigo mesmas, além dos casos de insônia, perda de concentração e tensões emocionais.

Após serem analisadas as possíveis alternativas de solução relatadas pelos participantes, segue-se a Aplicação à Realidade, correspondente à quinta e última etapa do Método do Arco que consiste em aplicar e transferir o que foi aprendido. Tacla (2002) enfatiza que através desta fase a realidade será transformada em algum grau com a finalidade de resolver o problema identificado na primeira etapa de Observação da Realidade.

Conforme afirma Bordenave (1994), nesta etapa os sujeitos aprenderão a generalizar o que foi aprendido para utilização em diferentes situações, identificando em quais circunstâncias é ou não conveniente a sua aplicação.

É importante ressaltar que a etapa da Aplicação à Realidade foi vivenciada tanto durante os encontros da Oficina, no momento de realização das práticas dos procedimentos terapêuticos, quanto no cotidiano dos participantes, ao seguirem as orientações sugeridas e ao executarem os exercícios indicados para o bom desempenho das atividades da vida diária.

Na análise dos seguintes depoimentos dos participantes enfatizam-se, primeiramente, as orientações adotadas e, na seqüência, os procedimentos terapêuticos que foram aplicados pelo grupo.

Observa-se que foram seguidas as orientações sobre as posturas adequadas para realização das atividades básicas do dia-a-dia, prevenção de quedas e sobre como lidar e controlar o estresse da vida diária. Destacam-se as falas de P1,P2,P3,P4, P5 e P6, por não apenas citarem as orientações adotadas, mas explicarem as razões pelas quais algumas foram colocadas em prática, como forma de aconselhamento por ter partido da experiência particular.

“Eu tenho, na medida do possível, tentado aplicar as coisas que tenho aprendido aqui, desde a postura correta de sentar, como me deitar, me levantar, a maneira como pegar um peso, a postura de pendurar roupa no varal eu também sei, mas só ainda não providenciei, mas me lembro, e sei quando estou fazendo errado. Sigo a orientação sobre prevenção de quedas e sobre a aula de sistema nervoso, tenho procurado recordar e praticar sempre que estou em casa, no sentido do estresse, já que eu sou muito estressada, tenho procurado me tranquilizar mais, ser mais calma, porque não adianta mesmo a gente estar se preocupando com as coisas que ainda vão acontecer, não é? Então, vamos ver a realidade, buscando de Deus essa ajuda e também de pessoas que convivem conosco, do que foi ensinado, sempre temos muito que aprender uns com os outros, e assim, vou tentando minimizar os meus problemas tanto com o que eu já sabia quanto com o que aprendi aqui. E procurar ter uma vida melhor, com maior qualidade em todos os sentidos... psicológico, físico... é assim.” (P1)

“Eu tenho cumprido as orientações quanto à postura, à respiração, ando sempre com a cabeça erguida, olhando para os obstáculos; e na hora de deitar apoio os braços. E tenho o maior cuidado com as quedas! E eu estou prestando atenção na caminhada, estou prestando atenção para não extravasar o sistema nervoso, porque, o nosso dia-a-dia é muito cansativo e o que mais concorre pra abalar a gente é a depressão, a ansiedade; a gente tem sempre que relevar muitas coisas, mas tem vezes que a gente não pode relevar, pois isso também traumatiza o organismo, tudo que a gente absorve de ruim, sempre causa prejuízo mais à frente; enfim, venho procurando sempre corrigir os defeitos que venho apresentando, gosto de todas as aulas...” (P2)

[a participante respondeu às perguntas sentada em posição de lótus⁴, mostrando estar com uma boa flexibilidade]

⁴ Posição adotada, comumente, para meditação em que o pé esquerdo é apoiado sobre a coxa direita, e o pé direito é apoiado sobre a coxa esquerda.

“Eu tenho colocado em prática as orientações sobre postura e venho tendo mais cuidado quanto aos problemas de quedas, achei aquela explanação da queda muito importante, porque a gente, na terceira idade, tem desgaste no organismo, nos nervos, na coluna, então a gente fica mais propensa à queda, e uma queda na velhice é fatal.” (P3)

“Eu venho seguindo as orientações de botar o travesseiro entre as pernas na hora de dormir, pois eu durmo de lado e me ajeto. Venho me sentindo bem. Eu sei que o sistema nervoso depende muito da pessoa, porque, às vezes, a pessoa está tranqüila e se você chegar com uma notícia, pode ser o que for, você treme todas as “juntas”, toma aquele impacto, aí torna-se ruim, mas se você controlar, aí aquilo ali vai passando e de repente, você se sente normal, eu sou assim! E assim, vou levando até hoje. Eu venho tendo mais cuidado com as quedas, eu não tinha tanto, agora tenho mais atenção na hora do banho e o restante está tudo normal, graças a Deus!” (P4)

“Antes eu me deitava de todo jeito, agora eu sei como devo me deitar e me deito tão bem! Eu venho melhorando a posição na hora de dormir, a maneira de andar, de sentar que eu também sentava de todo jeito para ver televisão, agora sento correto, agora eu estou melhor, aí eu digo: Ah meu Deus, aquela aula foi uma bênção pra mim. Eu estou me achando muito melhor depois que eu estou adotando essas posturas e esses ensinamentos.” (P5)

“Eu estou procurando me corrigir no jeito de apanhar um objeto depois destas aulas; na hora de sentar, de me deitar e levantar eu tenho procurado meu jeito que eu não tinha; eu era muito relaxada pra essas coisas, mas depois dessas aulas, graças a Deus, eu curei tudo isso. E meu sistema nervoso, graças a Deus, eu também estou melhor, pois eu era assim [treme as mãos], mas graças a Deus, hoje eu estou muito bem!” (P6)

Em se tratando da aplicação prática dos procedimentos terapêuticos, o grupo destacou os exercícios, alongamentos, caminhadas, auto-massagem com a bolinha, reeducação da respiração mista [diafragmática e torácica], além dos relaxamentos. Observa-se que, por meio dos relatos dos participantes, os procedimentos terapêuticos foram colocados em prática a partir dos seguintes critérios: disponibilidade tanto física quanto de tempo, necessidade individual, capacidade de assimilação, facilidade de aplicação e grau de relevância, mediante a eficácia dos procedimentos terapêuticos utilizados.

“Eu tenho posto em prática os exercícios mais simples, que não exigem um tempo extra e depende só da gente mesmo, e que a gente tem como se auto-aplicar, porque quando depende de outros, como as massagens, aí fica mais complicado; como por exemplo, eu tenho feito a respiração, pois, às vezes, eu estou caminhando e eu faço aquela respiração mais profunda; o alongamento e o relaxamento que antes eu não tinha reservado um tempo pra fazer, hoje eu sei que tenho que parar um pouco pra relaxar, pra fazer um alongamento e isso vai me beneficiar”. (P1)

“Gosto de todas as aulas e gostei muito de todos esses exercícios ensinados, foram ótimos e de boa serventia, mas um dos que mais gostei foi o exercício da bolinha, pois eu senti um estiramento dos nervos que eu tenho problema de ciática e me relaxou muito; e também intercalo sempre os exercícios com a respiração, que assim me sinto melhor.”(P2)

“...Eu não procurava saber como respirar melhor, depois que eu aprendi aqui, eu venho colocando mais em prática, como também o alongamento e a caminhada.” (P3)

“Toda vez que a dor quer chegar, eu faço um alongamento em casa mesmo, dou uma massagem e pronto. Agora, o que eu achei mais fácil foi a orientação pra postura de sentar e de deitar. Eu gostei tanto do relaxamento e da massagem com a bolinha e com o bastão, pois, eu estava com a perna meio ruim, depois caminhei tão bem com a sandália de saltinho, gostei demais!” (P5)

“...Eu tenho feito o exercício respiratório e o relaxamento mais do pescoço e da coluna. Quanto aos alongamentos, eu venho fazendo quando não estou com crise de coluna, faço alguns com as pernas quando eu consigo. Eu sou meio devagar pra aplicar as coisas, mas estou aproveitando muito na prática todos os ensinamentos.” (P8)

“O que eu tenho posto em prática é a respiração, pois tenho procurado respirar melhor e também faço o alongamento, eu procuro me alongar quando vou me deitar, eu puxo uma perna e depois puxo a outra, e quando me acordo também; e também faço alongamento antes de sair na bicicleta, para ter mais condições de pedalar a bicicleta, né? Eu procuro fazer alguns exercícios, senti um pouco de dificuldade na última aula da massagem com a bolinha, pois fui fazer em casa e acho que não assimilei bem não, fui fazer com um limão atrás das costas e o limão estourou! Eu também tenho feito aquele na posição de gato e todos os alongamentos que eu me lembro [demonstrou como os fazia].” (P9)

“O que eu tenho mais necessidade, no momento, é fazer os exercícios respiratórios, pois, quando eu vou dormir, sinto cansaço e fico entupida completamente, então, tenho feito muito os exercícios respiratórios, pois ajuda nas dores que eu sinto no pulmão; e também me alongo na cama.” (P10)

Segundo Tacla (2002), é fundamental estimular o indivíduo a estabelecer relações, a administrar seu tempo e seu espaço, a criticar e interferir na realidade de modo reflexivo e criativo, a adotar estratégias de solução de problemas, a lutar por valores eleitos como direcionadores das relações ente os homens na vida política e social. A Metodologia Problematizadora é uma das alternativas viáveis para nortear esses propósitos.

De fato, conforme ressalta a referida autora, a Metodologia Problematizadora parte da realidade e para ela retorna, visando à transformação através da resolução, mesmo que parcial, do problema em foco, possibilitando também a transformação dos indivíduos que participam desse processo educativo.

Nesse contexto, por meio dos relatos dos participantes da Oficina, faremos um retorno à Observação da Realidade, após ter sido percorrido todo o Arco, de modo a identificar as possíveis mudanças ocorridas ao longo deste percurso voltado para um enfoque crítico-reflexivo acerca dos problemas posturais.

No que se refere às queixas e aos hábitos apresentados pelos participantes, ressaltam-se quais foram as modificações constatadas.

“Uma dor cansada que eu relatei sentir na coluna dorso-lombar, quando eu fazia serviços prolongados, eu não tenho mais sentido, também não sei se é porque eu não venho mais fazendo os serviços de lavar roupa, naquela posição errada que eu fazia, mas eu não tenho mais sentido essa dor cansada. Tudo que estou aprendendo aqui estou praticando e pretendo melhorar mais e mais.”(P1)

“... Senti muita melhora da dor da ciática e melhorei das cãimbras com os exercícios e estou me sentindo muito bem. E também o que mais prejudica a gente é a pressa, a falta de postura adequada, a respiração errada, pois se a pessoa não tiver uma respiração adequada, prejudica também. Mas eu sempre tiro proveito dos exercícios que aprendi aqui.” (P2)

“A dor que eu sentia que era demais até, melhorei, pois, agora levo as pernas pra cima, não quero nem saber e pronto. O que mais aproveitei foi que eu já sou calma e aprendi a ser mais calma, ter compreensão, pois em casa eu sou como um freio de mão, seja o que for eu vou procurar solucionar. Eu tenho procurado melhorar a minha postura, a maneira de dormir, venho tendo mais cuidado pra não cair... e, finalmente, foi tudo válido, muito, muito...”(P4)

“Graças a Deus eu estou melhor, estou me sentindo bem mesmo, bem confortável, faço as coisas, trabalho direitinho e não tenho sentido queixa não; quer dizer que é alguma coisa boa que eu já estou adquirindo, né? Quando vou fazer alguma coisa errada eu já me lembro logo daqui da Escola.” (P5)

“Eu aproveitei muito o tempo que estive aqui. No meu trabalho, procuro sempre fazer os exercícios direito pra não contrair mais a musculatura e sempre faço um alongamento nos braços, pois meu trabalho é pesado e se eu não fizer esse alongamento nos braços, eu não consigo, aí sempre eu faço.” (P6)

“Eu tinha uma mania de me levantar, às vezes, na carreira, da cama eu saía, me levantava e não prestava atenção, hoje já corriji minha postura, quando vou me levantar, coloco o braço e vou levantando aos poucos, não saio mais naquela pressa que eu tinha; então sobre a respiração e sobre todas as orientações, eu tenho procurado cada dia melhorar, ficar mais jovem [risos].” (P7)

“...Atualmente, com a continuidade dos exercícios eu estou melhorando do problema da coluna e da artrose no joelho. Eu tenho modificado alguns hábitos, às vezes, eu faço algum movimento no joelho, trabalho a respiração, quando vou lavar os pratos no balcão, tem uma parte elevada e eu apoio os pés, uso traveseiro entre as pernas que é uma posição antiga minha. ... Quando estou lavando prato, apóio uma perna mais alta pra descansar e alterno com a outra; e faço mais exercícios pra o pescoço; em relação a dor que eu tinha muito grande na coluna, também está diminuindo, quando eu estou sentindo a dor, faço o alongamento, eu devia fazer todo dia, mas faço quando estou com a dor.”(P8)

“Me alivia mais da dor com a respiração, os exercícios e as orientações. Procuro corrigir a postura pra me sentar, pra me deitar e levantar também; eu faço alongamento deitado, antes de me levantar, e quando vou me deitar também; eu venho procurando respirar melhor, até quando eu estou na bicicleta, eu procuro me

levantar, me esticar mais, respirando e eu fico com mais estabilidade. Em geral, me sinto melhor, principalmente com a respiração.” (P9)

“...Quanto à respiração eu tenho seguido as orientações e acho que melhora realmente e na hora que as dores aumentam se parar é pior, tem que levantar, fazer exercícios, esticar, dançar, fazer seja lá o que for, que eu acho que realmente oxigena mais. A coluna dói também, mas eu faço todos os exercícios e quando eu alongo mais a coluna no lugar da espondiloartrose eu melhora.” (P10)

Nos fragmentos a seguir, os participantes que apresentavam limitações expressaram as modificações por eles percebidas.

“...Eu tive melhora, porque eu não podia nem levantar [estender] o joelho, agora já dou até salto solto e cambalhota [risos]...estou melhor mesmo, eu estou andando mais, já vim pra cá muitas vezes andando, eu não conseguia estender o joelho, agora eu estendo, o joelho era duro, estalava, mas melhorou muito com os exercícios.” (P4)

“... Agora costumo flexionar o joelho quando vou apanhar alguma coisa no chão, pois eu não curvava por conta da dor nos joelhos, mas eu estou vendo que flexionando e com os alongamentos as dores estão diminuindo.”(P8)

“Eu me sinto melhor da respiração, pois quando estou caminhando eu procuro respirar bem, soltando o ar e faz com que canse menos, eu não fazia isso antes.”(P9)

Pôde-se observar que em todos os depoimentos foram expressas mudanças quanto às queixas e às limitações a partir das orientações seguidas, práticas de exercícios, alongamentos e modificações dos hábitos posturais adaptados ao cotidiano do grupo.

Entre as queixas manifestadas no início da Oficina, a dor foi a mais citada pelo seu caráter agravante e limitante, porém ao finalizar o Arco, permitindo realizar uma segunda Observação da Realidade, evidenciam-se, através dos relatos, a ausência ou diminuição significativa da mesma, como também melhora da capacidade funcional daqueles participantes que apresentavam limitação de algum movimento ou função. Aliados aos benefícios alcançados, relatos de sensação de bem-estar e satisfação também foram frequentes.

Dessa forma, ao percorrer todas as etapas do Método do Arco, observou-se que todos os participantes desta pesquisa, apontaram conquistas, adotaram novos hábitos e, desse modo, transformaram, mesmo que parcialmente, a realidade na qual estão inseridos.

Portanto, para consolidar o alcance do objetivo proposto para este estudo, é imprescindível associar ao que já foi exposto, a visão do grupo, a respeito da abordagem metodológica que norteou os caminhos no decorrer desta Oficina, com o intuito de possibilitar a análise da sua eficácia no processo de educação postural na terceira idade. Neste sentido, os participantes realizaram as seguintes considerações:

“Na minha opinião foi eficaz demais, foi excelente, se tivesse sido diferente não teria atendido as nossas necessidades, então foi plena; e é claro que a gente, eu pelo menos adquiri novos conhecimentos, a questão da teoria também foi muito importante, até essa troca de informações de um para o outro nos auxiliou demais, então tudo aqui foi maravilhoso, a equipe está de parabéns! Agora a questão de praticar depende do querer de cada um e do propósito de cada um de melhorar a sua qualidade de vida. [...] O curso foi muito além das minhas expectativas!” (P1)

“Foi tudo ótimo! Quanto a essa metodologia, eu achei muito legal, foi muito proveitosa, sempre apresentando mais interesse da parte de vocês e nossa também. Enfim, o curso conseguiu atingir minhas expectativas, pois aqui eu melhorei, o encontro aqui foi ótimo, gosto da turma toda e aqui a gente se sente melhor.” (P2)

“A metodologia foi muito eficaz, porque se a gente colocar em prática o que foi visto, vai ter uma qualidade de vida muito melhor; além de possibilitar que nós conhecêssemos melhor o nosso corpo pra sabermos lidar melhor com as tensões, com os estresses e a prática foi maravilhosa. Minhas expectativas foram correspondidas, aprendi muita coisa e vou colocar em prática!” (P3)

“Eu estou achando ótimo a gente aprender, eu pelo menos aprendi muita coisa que eu não sabia e estou me sentindo bem mesmo e tudo está correndo às mil maravilhas. As minhas expectativas foram correspondidas de uma maneira ótima, pena que já terminou; eu não faltei um dia durante o período que durou esse curso.. Eu adorei, adorei todos que ajudaram a gente. A metodologia foi eficaz até demais!” (P4)

“Foi eficaz até demais! Muito importante, graças a Deus, aprendi muito, fiz amizade... esse curso com certeza correspondeu às minhas expectativas, pois vou sair daqui com a certeza de que eu aprendi muito, sabe? Graças à Deus, era o que eu estava precisando me levantou muito!” (P5)

“Foi muito eficaz e foi tudo muito bom e ainda está sendo, e se eu não tivesse conhecido essas criaturas maravilhosas, a professora Bianca e os estagiários, eu não saberia de nada, então vocês todos estão de parabéns. Foi muito bom! Olhe, tudo pra mim foi proveitoso, eu cresci muito, pois eu era muito pra baixo, cresci muito e agradeço a vocês, e eu estou muito grata por ter participado.” (P6)

“Eu quero parabenizar a Universidade por proporcionar esse curso, mas principalmente à doutora Bianca com o seu saber e a sua meiguice, com tudo que é de bondade em proporcionar esse curso pra gente, porque isso foi muito importante na vida da gente, muito obrigada!” (P7)

“Achei o método muito eficaz, porque nós tomamos conhecimento prático e teórico, então foi muito importante e daí, cabe a cada um tirar proveito de tudo o que aprendeu. Minhas expectativas foram correspondidas, só estou com pena porque já terminou, se durasse mais tempo eu ainda achava melhor, mas vamos ver as outras oportunidades que vão surgir pra gente não parar, temos que continuar, né? Obrigada!” (P8)

“ Foi demais, foi ótimo mesmo, demais! Tudo nota 10! Olhe se fosse possível eu gostaria que tivesse uma manchete de todas as aulas, para colocar naquele vidro ali [mural], porque eu achei importante demais a metodologia,! As minhas expectativas foram correspondidas, e se tiver outro grupo de Escola de Posturas eu vou querer participar pra fixar ainda mais os exercícios, a aula prática, sabe? Foi ótimo demais!” (P9)

Em geral, as considerações evidenciaram aspectos como satisfação, autonomia, superação desta Oficina sobre outros cursos e atuação mais participativa do grupo no processo de construção do conhecimento que convergiram para a demonstração da eficácia desta Metodologia.

A satisfação manifestada pelos participantes foi reforçada através da afirmação unânime de que a Escola de Posturas conseguiu corresponder às suas expectativas e mesmo

não conhecendo de forma aprofundada os pressupostos que norteiam a Metodologia Problematizadora, eles a vivenciaram, de modo que as mudanças favoráveis que ocorreram, no aspecto físico e/ou psíquico da vida de cada um, sugerem uma aprendizagem a partir da reflexão pessoal, que foram imprescindíveis para a confirmação da eficácia desta alternativa Metodológica.

Verifica-se, também, que a Metodologia Problematizadora à luz do Método do Arco possibilitou a aquisição de conhecimentos/habilidades ao proporcionar certa autonomia para os participantes, expressa pelo anseio em divulgar o que foi aprendido, isto confere aos mesmos a segurança e a convicção da capacidade de compartilhar o conhecimento, na medida em que realmente foi estabelecido o processo de aprendizagem. Identificaremos essa afirmação nos próximos fragmentos.

“... Conhecimento foi dado aqui, foram noções básicas que a gente adquiriu pra ter uma melhoria de vida, então, cabe a cada um ter um propósito e realizar o que aprendeu aqui e com certeza vai ser muito beneficiado, sem contar que a gente pode, também, passar para outras pessoas e ajudar outras pessoas que não tiveram essa oportunidade que nós tivemos.” (P1)

“...Eu aprendi demais, até massagem eu estou dando e vou continuar, pois quem chegar lá em casa com dor eu digo: chegue pra junto de mim! E eu achei muito, muito, muito eficaz!” (P4)

“...Foi muito bom tudo o que a gente aprendeu aqui e brevemente eu quero ser professor junto com vocês aqui!” (P7)

Conforme Assis (2002), no sentido de fortalecimento da autonomia de indivíduos e grupos sociais, não basta apenas informar. A reflexão e o debate crítico sobre a saúde são fatores fundamentais, a partir daí se faz necessária a desconstrução da polarização entre aquele que ensina e aquele que aprende, uma vez que ambos aprendem e ensinam, se enriquecem mutuamente com as experiências de vida e se fortalecem na mobilização pela promoção da qualidade de vida no envelhecer.

Santos, Portela e Vieira (2004) ratificam que a educação gerontológica, enquanto promoção da saúde, deve preocupar-se com o resgate da autonomia e com o exercício da

cidadania, a fim de suplantando o paradigma da velhice associado à inatividade e à improdutividade, oferecendo a capacidade aos indivíduos idosos de mostrarem à sociedade que além de já terem produzido muito, podem, ainda, continuar contribuindo para melhorarem as condições do meio em que vivem.

Os autores anteriormente referidos acrescentam que uma educação voltada para a terceira idade se identifica com o processo educacional pautado nos pressupostos de Paulo Freire, em que os valores e os saberes do indivíduo idoso são respeitados, na construção de uma aprendizagem para o autocuidado, para a promoção da vida, auto-ajuda e ajuda mútua.

A ênfase referente à aquisição do conhecimento associada à superação desta oficina sobre outros cursos foi dada nos relatos dos participantes que haviam integrado grupos semelhantes, oferecendo condição de traçarem um paralelo entre a experiência vivenciada através desta metodologia e as demais.

“Foi tudo ótimo! Dessa vez foi melhor, porque eu adquiri mais conhecimento do que das outras vezes que eu já tinha frequentado outros cursos, e a teoria e a prática resplandeceram mais a gente, então foi tudo essencial, tudo muito bom. Achei que os exercícios foram mais novos e achei a turma sempre legal e espero que continue e que divulguem outros cursos.” (P2)

“... Gostei mais desse curso do que do outro que eu já fiz aqui, porque o outro só tinha prática, e esse a teoria foi muito boa, foi ótima!” (P3)

“... Eu estou me sentindo tão maravilhosa aqui, porque lá [no Internacional] a minha física é somente na prática, não tem nada de teoria, de aprendizagem, e aqui eu estou aprendendo muitas coisas... pois vou sair daqui com a certeza de que eu aprendi muito, sabe?!” (P5)

Outro aspecto bastante evidenciado pelo grupo e viabilizado pela metodologia adotada foram os momentos de discussões que possibilitaram haver a troca de experiências, acréscimo de novas informações, interação entre os participantes, além de permitir uma atuação mais participativa e consciente da responsabilidade de contribuir no processo de ensino e aprendizagem.

“...E essa discussão aqui, eu acho fundamental, porque qualquer aspecto de sua vida pra você melhorar, você tem que conhecer, você tem que conhecer a causa; e as experiências relatadas aqui vão adicionando as que a gente já tem, não é? E a gente vai descobrindo as causas, a maneira de corrigir, então, pra mim foi ótimo, excelente!” (P1)

“...Pra mim foi tudo muito importante, nas explicações, nós tínhamos dúvidas, fazíamos perguntas e as respostas foram muito precisas, como também a gente ouvia do grupo opiniões, queixas que serviam também de orientações pra gente.” (P3)

“Quanto às discussões, eu achei maravilhosas e acho que são necessárias, todo curso precisa, né? Assim, a gente está se interagindo, acho ótimo, parabéns! Eu estou muito agradecida porque eu estou aprendendo de pouquinho depois de velhinha, mas estou conseguindo e aprendi aqui com vocês, com essas aulas de postura que eu amei!” (P5)

“... As discussões são boas, ajudam a evitar que o problema aumente. Seria bom que esse sistema aqui fosse adotado nas escolas, para as crianças na faixa de 10 anos ou menos; e até nas igrejas [...] mas, principalmente nas escolas, pois, se no meu tempo as escolas tivessem isso, eu não estaria desse jeito, né?” (P9)

Assis (2002) concorda que as práticas educativas devem abrir espaço ao diálogo efetivo sobre saúde, no qual seja valorizada a forma como as pessoas lidam com a saúde/doença no cotidiano, as dificuldades que enfrentam e as alternativas que utilizam para melhor se adequarem ao contexto de vida individual. Afinal, são nos momentos de discussões que o saber técnico-científico pode ser compartilhado, permitindo a interação respeitosa com a cultura popular e ampliando as visões de ambos os lados, em um processo de construção compartilhada do conhecimento.

A estimulação à participação ativa dos membros do grupo no processo de construção do conhecimento é visto como um dos principais pressupostos da Metodologia Problematizadora, representando um diferencial significativo em relação aos métodos tradicionais de ensino.

De acordo com Elliot e Filipecki (1995), ensinar a pensar criticamente exige condições pedagógicas adversas das tradicionalmente utilizadas e para ser alcançado este objetivo é necessário envolver o indivíduo em uma aprendizagem ativa, em situações nas quais ele

mesmo seja o responsável por encontrar soluções e tomar decisões, levando-o efetivamente a agir sobre o meio real e transformá-lo positivamente.

“...Eu esperava que quando chegasse aqui, seria só a professora ali na frente dando a aula e a gente fazendo os exercícios, mas, na realidade o método é muito melhor, porque está fazendo um levantamento do que sente cada pessoa, como pode fazer pra melhorar e o porquê de estar sentindo estas dores, então achei muito mais proveitoso o curso.” (P8)

Este comentário demonstra que a participante reconheceu uma das características fundamentais da Metodologia Problematizadora que consiste na construção ativa do conhecimento estimulado por meio dos questionamentos e atividades práticas adotadas. Identificou, ainda, que o implemento dessa abordagem não se restringe à simples transmissão de informações e orientações, como é comumente observado nos demais espaços nos quais se promovem atividades voltadas para educação em saúde ou mesmo nas instituições de ensino.

Constata-se que através dos conhecimentos construídos e transformações ocorridas em algum aspecto da vida dos participantes, foi efetivado um processo de ensino-aprendizagem com base na estimulação do desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo. Pensamento este definido por Miller e Malcolm (1990) como a combinação de atitudes de questionamentos, sustentada através dos conhecimentos e reforçado por uma habilidade em aplicação.

Em tudo que se refere à educação, segundo Tacla (2002) não há uma regra ou modelo pré-estabelecido para avaliar pensamento crítico, nem como orientar profissionais a desenvolverem essas habilidades entre alunos.

Porém, Osowski (1995) ressalta que todos os profissionais envolvidos na construção desse saber devem estar comprometidos em buscar seus próprios caminhos e encontrarem as melhores soluções para desenvolverem práticas avaliativas. Acrescenta que não basta ensinar conteúdos, mas também tem que procurar desenvolver atitudes nos alunos que os levem a investigar, debater, respeitar divergências, organizar-se e tomar decisões coletivamente; além disso, é também responsabilidade dos educadores comprometidos com mudanças, incentivar desafios e rupturas associados aos processos de desconstrução/construção, colaborando, assim, para a superação e instauração do novo.

Vale ressaltar que são inúmeras as possibilidades que a Metodologia Problematizadora oferece e que a sua forma de aplicação pode ser modificada e adaptada conforme os objetivos norteadores dos vários tipos de atividades relacionadas ao ensino-aprendizagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto atual do ensino, todas as possibilidades de potencializar a educação nos mais diversos âmbitos aos quais a sua prática se destina merecem ser consideradas. A utilização de abordagens pedagógicas que priorizem inovações, como superações da abordagem tradicional de ensino que apenas reproduz e reforça ideologias e relações dominantes da sociedade, tem sido razão de intensas reflexões e discussões, diante da preocupação em melhor atender às exigências sociais referentes ao processo de ensino-aprendizagem.

Esta pesquisa viabilizou a utilização da abordagem problematizadora ao percorrer as cinco etapas do Método do Arco de Bordenave e Pereira (1986), a fim de estimular o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo dos participantes da Escola de Posturas da UFPB, para capacitá-los a realizarem o autocuidado postural no desempenho das atividades da vida diária.

Ao ser sugerida uma primeira Observação da Realidade, o grupo foi estimulado a identificar as motivações para a busca do conhecimento, as queixas e limitações, consistindo em uma descrição simples de algo próximo e peculiar a cada um deles, isto é, a dor e/ou limitação com a qual conviviam, tornando fácil o confronto inicial com o real que, posteriormente, estaria sendo modificado em algum aspecto.

Na etapa dos Pontos-Chaves os participantes foram instigados a atribuírem causas e possíveis fatores agravantes aos problemas mencionados, entretanto, sem nenhuma restrição, cada um deles manifestou sua opinião. Constatou-se, através das consultas às literaturas pertinentes que grande parte do grupo atribuiu causas e fatores agravantes que realmente tinham relação direta ou indireta com as queixas e/ou limitações relatadas, o que propiciou uma maior aproximação com o problema, na medida em que se conscientizaram que, conhecendo a causa ou fator agravante, torna-se possível chegar à solução, não apenas voltando-se para o problema em si, mas para todos os elementos que influenciam na existência e manutenção do mesmo.

Durante a etapa da Teorização, por meio das exposições dialogadas dirigidas pela facilitadora e pelos estagiários, todos os pontos levantados pelo grupo na etapa anterior foram abordados à luz da literatura específica, a fim de aprofundar e fundamentar os conhecimentos, utilizando uma linguagem acessível ao grupo. De fato, no desenvolvimento desta etapa os

participantes tiveram a oportunidade de esclarecerem dúvidas, exporem opiniões, complementarem e deduzirem idéias, desenvolverem conceitos e proposições e repensarem a realidade.

Na etapa Hipóteses de Solução, ao elaborarem possibilidades de soluções para as queixas e/ou limitações, os participantes, mais uma vez, tiveram que se confrontar com a realidade e adequar as orientações sugeridas, conhecimentos pré-existentes e adquiridos às necessidades, capacidade e disponibilidade individuais. Como afirmam Elliot e Filipecki (1995, p.265): “Para ser efetiva, a aprendizagem deve ser um processo pessoal de construção ativa de significados em que o indivíduo se torne responsável pela escolha do percurso a seguir, assim como das estratégias, procedimentos, decisão”. Este foi o momento da metodologia que possibilitou despertá-los para a construção das alternativas mais viáveis, interferindo na realidade de maneira criativa e reflexiva, a fim de direcioná-los para uma ação resolutiva.

Ao identificarem os problemas e conhecerem as suas causas e seus fatores agravantes confirmados através da fundamentação, os participantes puderam estabelecer alternativas de solução e, finalmente, tiveram condição de aplicarem, de forma consciente, todos os ensinamentos, articulando-os ao contexto da prática das atividades da vida diária.

Conforme observamos, ao relatarmos como se procedeu a etapa de Aplicação à Realidade, os participantes não se restringiram em citar que orientações vinham sendo utilizadas, como também justificaram a razão de adotá-las no cotidiano, demonstrando a capacidade de não somente aplicar, mas de conhecer o benefício real do que estava sendo colocado em prática. Isto requer saber correlacionar a teoria e a prática, através da reflexão e conhecimento, aliado à habilidade e motivação para agir.

No tocante à realização da Oficina Problematizadora, todos os participantes vivenciaram oportunidades semelhantes, à medida que todas as atividades práticas e orientações foram realizadas coletivamente. Neste processo, a facilitadora teve o papel de incentivar, constantemente, por meio das discussões, a troca de experiências entre os sujeitos do grupo. Outro aspecto a ressaltar é que os participantes experienciaram desde tarefas simples às mais complexas, evoluindo ao avançarem na vivência das cinco etapas do Método do Arco que exigiam, crescentemente, habilidades mentais mais superiores.

A eficácia da Metodologia Problematizadora no processo de educação postural foi constatada diante da ação transformadora na prática das atividades da vida diária dos

participantes, retratada por meio da ausência ou diminuição considerável das dores, melhora da capacidade funcional e sensação de bem-estar físico e mental. Associado a todos esses benefícios, a maior confirmação da sua eficácia consistiu na aquisição do conhecimento construído ativamente entre os sujeitos. Essa construção estimulou o despertar de uma consciência crítica e reflexiva, identificada através do aproveitamento e do domínio dos assuntos/habilidades trabalhados, percebida não apenas pela assimilação destes, mas pela capacidade de selecioná-los e aplicá-los de acordo com a real necessidade de cada indivíduo.

Diante do exposto, torna-se evidente que a adoção da abordagem problematizadora no processo de educação postural na terceira idade potencializou a intervenção terapêutica e pedagógica aplicada na Escola de Posturas, podendo ser vista como um diferencial na eficiência do trabalho fisioterapêutico realizado.

Desse modo, a aplicação da metodologia problematizadora que norteou esta pesquisa demonstrou uma possibilidade de atuação inovadora, como alternativa para um ensino transformador e conscientizador, o que pode vir a estimular e a incentivar outros profissionais a adotarem práticas mais aperfeiçoadas e diferenciadas das tradicionais, sobretudo no meio universitário de onde é originada a força de trabalho, numa perspectiva de formar profissionais mais comprometidos com a realidade social.

Nesse sentido, torna-se necessário repensar sobre a atuação desses profissionais na prestação de serviços destinados à promoção e educação em saúde, focalizando os usuários, especialmente os idosos, que também necessitam vivenciar práticas educativas transformadoras que ofereçam efetivamente condições para fomentarem habilidades e competências, a fim de que se tornem sujeitos atuantes na manutenção da própria saúde e da qualidade de vida.

Contudo, esperamos que as considerações e reflexões aqui realizadas possam contribuir como mais um indicador de que prioridades devem ser estabelecidas no amplo universo da educação, de modo a efetivá-la com qualidade e a torná-la igualmente acessível a todas as camadas sociais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. C. de.; ARAÚJO, A. G. R. de.; VILAR, M. J. P. Escola de Coluna: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. **Rev. Bras. Reumat**, São Paulo, v.45, n.4, Jul./Ago. 2005.

ASSIS, M. de. **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2002. Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos. Disponível em:<<http://www.unati.uerj.br>>. Acesso em: 19 ago.2006.

ARNOLD-TAYLOR, W. **Princípios e prática de fisioterapia**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ci. Soc/Hum.**, Londrina, v. 16, n.2, out. 1995. Edição Especial.

BERBEL, N. A. N. (org.). **Metodologia da problematização**: experiências com questões de ensino superior. Londrina:UEL, 1998.

BERTHERAT, T. e BERNSTEIN, C. **O corpo tem suas razões. Antiginástica e consciência de si**. 13. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino e Aprendizagem**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. Pedagogia problematizadora na formação à distância em enfermagem. **Tecnologia Educacional**, v. 22, n. 123, p.124, mar./jun. 1995.

BORDENAVE, J.D. Alguns fatores pedagógicos. In. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor** - área da saúde. Brasília, DF, 1994. p.24.

BRASIL, .Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 237-E, p. 20-24, 13 dez., 1999. seção 1.

BRANDÃO, Z. (org.). **A crise dos paradigmas e a educação**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem**. 2. ed. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. **Resolução n.º196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRICOT, B. Postura Normal e postura patológica. In: _____. **Posturologia**. 2.ed. São Paulo: Ícone, 2001.

BRIEGUEL, G. e MULLER, **Eutonia e relaxamento**. São Paulo: Manole, 1987.

COSTA NETO, M. M.; SILVESTRE, J. A. **Atenção à Saúde do Idoso Instabilidade Postural e Queda**. Brasília, DF: MS/SPS, 1999.

CARDIA, M.C.G.; DUARTE, M.D.B. e ALMEIDA, R.M.de. **Manual da Escola de Posturas**. 2. ed. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 1998.

CARDIA, M.C.G. et al. **Manual da Escola de Posturas**. 3. ed. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2006.

CARNEIRO, B.J. Importância dos alongamentos. **Revista Saúde é Vital. Estique a sua saúde**. Jun./2002. Disponível em: <<http://intermega.com.br>>. Acesso em: 19 ago.2006.

CARLINI- COTRIM. B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev de Saúde Pública**. v.30, n.3, p.3-15, 1996.

CASAROTTO, R; MURAKAMI, S. C. Grupo de coluna e Back School. **Revista de Fisioterapia da USP**, v.2, n.2, p.65-71, 1995.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO – RS (CEI-RS). Considerações finais. In:_____. **Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida: Relatório de Pesquisa**, Porto Alegre, 1997. 71p.

DI FABIO, R. Efficacy of Comprehensive Rehabilitation Programs and Back School For patients with low Back pain: A meta-analysis. **Rev. Physio Therapy**, v. 75, p. 865-878, 1995.

DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatrics Prática**. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

ELLIOT, L. G.; FILIPECKI, A. T. Ensinando e avaliando o pensamento crítico. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v.3, n.8, p. 263-272, jul./set. 1995.

EPSTEIN, G. **Imagens que curam**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Xenon, 1990.

FERNÁNDEZ-RÍOS; SÁNCHEZ, M. **Eficacia Organizacional – Concepto, Desarrollo y Evaluación**. Madrid: Diaz de Santos, 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2.ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6.ed. São Paulo: Ática, 1998.

FIORIN, J. L. **Elementos de Análise do Discurso**. 4ª ed. São Paulo, Contexto/ Edusp, 1990.

FIORIN, J. L.; SAVIOLI, F. P. **Para entender o texto: leitura e redação**. 15. ed. São Paulo: Atica, 1999.

FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

GADOTTI, M. **Pedagogia da práxis**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 2.ed. São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1983.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

GUEDES, B.N. **Avaliação postural em idosos submetidos a um programa especial da Escola de Posturas da UFPB**. 2004. 81f. Monografia (Curso de Especialização em

Gerontologia, 2) Núcleo de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000. **PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio)** Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE.

KISNER, C; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.

KOES, B. W. et al. The efficacy of back School: a review of randomized clinical trails. **Journal of Clinical Epidemiol.**, v. 47, n. 8, p. 851-862, 1994.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1989.

KEISERMAN, M. W; PICARELLI, M.M. **Reumatismo e Osteoporose.** 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?36>>. Acesso em: 10 ago.2006.

LAPIERRE, A. **A reeducação Física.** 6. ed. São Paulo: Manole, 1982. v.2.

LARA, M. A.; ACEVEDO, M.; BERENZO, S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. **Cad. de Saúde Pública**, v. 20, n.3, p.818-828, 2004.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. de O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. de Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1079-1087, 2004.

LINTON, S. J.; KANWENDO, K. Low Back School: a critical review, **Physical therapy**, v. 67, n. 9, p.1375-1383, september, 1987.

LIPPERT, L. **Cinesiologia clínica para fisioterapeutas.** 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

LEHMKUHL, L. D.; SMITH, L. K. **Cinesiologia Clínica de Brunnstrom.** 4. ed. São Paulo: Manole, 1989.

MAEDA, C.; MARTINEZ, J. E.; NEDER, M. Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.46, n.1, Jan./Feb. 2006.

MASSON, S. **O Relaxamento**. São Paulo: Manole, 1986.

MARX, K. Teses contra Feuerbach. *In:_____*. **Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1974. Coleção: Os pensadores, 35.

MILLER, M. A.; MALCOLM, N. S. Critical thinking in nursing curriculum. **Nursing & Health care**, v. 11, n.2, p. 67-73, feb.1990.

MOURA, J. F. de P. de; CALDAS, N. P. Relacionamento: A fronteira entre os auxiliares de enfermagem da unidade central de materiais esterilizados e os das unidades de internação cirúrgica. **Rev. de Enf. da UERJ**, v. 10, n.1, p.9-12, 2002.

NERI, A.L. **Desenvolvimento e Envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.

NETO, O.C.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M; MARINS, R.S.**Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: DCS/ENSP (mimeo), 2001.

OLIVER, J.; MIDDLEDITCH, A. Postura. *In: _____*. **Anatomia funcional da coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 293-314.

OSOWSKI, C. Avaliação e poder: disciplinar e/ou transformar. **Revista de educação – AEC**, Brasília, DF, v. 24, n. 94, p. 41- 48, jan./mar.1995.

PAVIANI, J. **Problemas de filosofia da educação**: o cultural, o político, o ético na escola, o pedagógico, o epistemológico no ensino. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. 382 p.

POLIT, D.F.; BECK, e HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, L. R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v.8, p.313-323, 1993.

RANDAM, J. Bursite. **Saúde em movimento**. 2002. Disponível em:<<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em:10 ago. 2006.

RAVAGNI, E. Sintoma, o mito da idade. **Revista do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**, Recife, ano2, n.5, p.10-12, Nov./Dez. 2004.

REICHEL, W. et al. **Assistência ao idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RUBIO TYRRELL, M. A.; ROCHA, C. R. da; SIQUEIRA, P. R. A. de. O cotidiano da assistência ao recém-nascido: propostas governamentais e bases operacionais. **Rev. de Enf da Esc. Ana Nery**. v.5, n.3, p.315 –324, 2001.

SANDOR, P. **Técnicas de relaxamento**, 4. ed., São Paulo: Vetor, 1982.

SANTOS, H.H. **Análise ergonômica do trabalho dos borracheiros de João Pessoa: relação entre o estresse postural e a existência muscular na região lombar**. 2002, 190f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção)-Centro de tecnologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SANTOS, V. dos.; PORTELLA, M. R.; VIEIRA, F. A educação gerontológica: uma reflexão a partir da ótica Freireana. **Rev. Téc.-cient. de Enfermagem**. v. 2, n.9, p.174-177, 2004.

SOUCHARD, P.; OLLIER, M. **As escolioses: seu tratamento fisioterapêutico e ortopédico**. São Paulo: Editora é realizações, 2001.

SUÁREZ, A.B. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficacia eficiencia y efectividad en el sector salud. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v.26 n.1 ene.-jun. 2000.

TACLA, M.T.G.M. **Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de enfermagem**. Goiânia: AB, 2002.

THOMAS, K. **Exercícios de treinamento autógeno de Schultz**, 21. ed., São Paulo: Manole, 1989.

TRIVINOS A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

TURA, M.L. Escola, homogeneidade e diversidade cultural. In: GONÇALVES, M.A.R. (org.). **Educação e cultura: pensando em cidadania**. Rio de Janeiro: Quartet, 1999.

VERAS, R.P. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. de M. Grupos focais: Experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, v.120, n.6, p. 472-482, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A

PROGRAMAÇÃO

OFICINA: Educação Postural para idosos à luz do Método do Arco

1ª SESSÃO – 24/03/06

- **Observando a realidade**

- Formar grande grupo para discussão a partir das seguintes perguntas:

- a) Como vocês se sentem em relação à capacidade funcional para realização das Atividades da Vida Diária (AVD's)?
- b) Caso sinta dor ou outro tipo de limitação durante a prática de atividades, caracterize-as.
- c) De que modo estas queixas interferem no desempenho das AVD's?
- d) Qual a sua expectativa ao ingressar neste grupo de Escola de Posturas? O que precisa ser transformado na sua conduta de vida para melhorar a sua capacidade funcional?

- **Identificando os Pontos-chaves**

- a) Na sua opinião, quais as possíveis causas que contribuem para a ocorrência destes problemas (queixas e limitações) apresentados?
 - b) Quais os fatores que intensificam estes problemas ?
- Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).
 - Treino de relaxamento: reconhecimento corporal (ressaltando a etapa de observação da realidade).

2ª SESSÃO – 28/03/06

- **Observando a realidade**

- Resgate da sessão anterior através dos registros feitos em lâminas, mediante a participação de 3 membros do grupo, os demais membros também podem participar.

- a) Qual a posição mais confortável ao realizar uma atividade em pé, sentado e ao dormir? Você considera essa postura correta? Por quê?
- b) Existem algumas posturas adotadas por vocês que provocam dor ou incômodo? Quais?

- **Identificando os Pontos-chaves**
 - a) Qual a causa que contribui para o surgimento das queixas nas posturas adotadas no dia-a-dia?
 - b) Na sua opinião existe uma predisposição ou um fator que contribui para a manutenção da queixa? Qual?
- **Teorizando e Aplicando à realidade**
 - Demonstração sobre Orientações Posturais articulada às limitações citadas pelo grupo.
- **Elaborando hipóteses de solução**
 - a) Na sua opinião, quais as alternativas mais viáveis para amenizarem as queixas provocadas pelas posturas inadequadas?
 - b) Entre essas alternativas quais são as mais fáceis de serem aplicadas no seu cotidiano?
 - c) O que tem feito ou já fez por você mesmo para minimizar as queixas ou prevenir problemas relacionados à postura?
 - Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).
 - Treino de relaxamento: Autógeno

3ª SESSÃO – 31/03/06

- **Observando a realidade**
 - Resgate das sessões anteriores, feito pela facilitadora. (Pode ser questionado quem colocou em prática as orientações dadas na sessão anterior e como se sentiram).
 - a) Diante das queixas apresentadas e das possíveis causas mencionadas pelo grupo, é possível observar ainda que ao desempenharem atividades adotando posturas inadequadas, há alteração na maneira como respiram?
 - b) Vocês se cansam facilmente?
 - c) Como cada um de vocês descreveria a sua respiração durante a prática de atividades?
- **Identificando os pontos-chaves**
 - a) Quais seriam as causas para as queixas apresentadas?
 - b) Existe algum fator agravante que contribui para o surgimento desta queixa?
- **Teorizando**
 - Exposição dialogada sobre respiração: vias respiratórias, musculatura principal e acessória da respiração e tipos de respiração.
- **Elaborando hipóteses de solução**
 - a) Quais as possíveis alternativas para melhorar a respiração durante a realização das atividades?

- Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).

- **Aplicando à realidade**

- Prática de exercícios respiratórios associados aos exercícios para pescoço e braços.

4ª SESSÃO – 04/04/06

- **Observando a realidade**

- Resgate das sessões anteriores (a facilitadora retoma as lâminas e juntamente com o grupo relembra por meio de um resumo tudo que já foi abordado nas sessões anteriores).

a) Vocês acham que normalmente adotam uma boa postura?

b) Vocês percebem algum tipo de alteração na coluna, seja quanto ao alinhamento, dor ou limitação que dificulte a realização de alguma atividade?

- **Levantando os pontos-chaves**

a) Na visão de vocês, quais seriam as causas para que ocorram desvios, algias e limitações na coluna vertebral?

- **Teorizando**

- Exposição dialogada referente ao Sistema Locomotor I: anatomia e biomecânica da coluna vertebral e suas principais patologias e alterações.

- **Elaborando hipóteses de solução**

a) De que maneira poderia prevenir ou minimizar as algias e alterações da coluna vertebral?

b) Quais as alternativas de exercícios ou posicionamentos vocês adotariam para a realização de atividades de modo a não prejudicar a coluna?

- Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).

- Realização do relaxamento: A vida é um livro

5ª SESSÃO – 07/04/06

- **Observando a realidade, identificando os pontos-chaves, elaborando hipóteses de solução**

- Resgate das sessões anteriores utilizando as lâminas, solicitando a participação do grupo (a facilitadora faz um breve resumo articulando os encontros realizados, com ênfase no encontro anterior).

a) O que observam quando desempenham as AVD's ao adotarem as orientações dadas?

b) Ao retomar as possíveis causas e soluções para os problemas referentes à coluna vertebral, gostariam de sugerir novas alternativas de soluções ou atribuir novas causas ao problema em questão?

- Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).

- **Aplicando à realidade**

- Atividade prática através de exercícios para a coluna lombar e fortalecimento abdominal

- Realização do relaxamento: Jardim de acácias.

6ª SESSÃO – 11/04/06

- **Observando a realidade, identificando os pontos-chaves, elaborando hipóteses de solução**

- Resgate das sessões anteriores. Solicita a participação de 3 membros para a apresentação das informações.

- **Aplicando à realidade**

- Prática de exercícios para a cintura pélvica e alongamento da coluna (durante a prática dos exercícios é permitido que os membros do grupo façam comentários e esclareçam possíveis dúvidas referentes à prática realizada).

- Treino de relaxamento: Auto-massagem com a bolinha.

7ª SESSÃO – 18/04/06

- **Aplicando à realidade**

- Atividade prática de alongamento para a coluna.

- **GRUPO FOCAL 1**

- Através de um roteiro previamente elaborado, percorrendo todas as etapas do Arco durante a discussão com o grupo, é feito o resgate de todas as sessões já realizadas: Orientações Posturais básicas, Respiração e Sistema Locomotor I.

- O registro é realizado por meio de um gravador e anotações feitas pelos estagiários.

- Solicitação da escolha do tema de interesse do grupo.

8ª SESSÃO – 25/04/06

- **Observando a realidade**

- Resgate das sessões anteriores, realizado pela facilitadora.

- a) Como vocês se auto-definem em relação à maneira de lidarem com os problemas no dia-a-dia? (são tranquilos, pacientes ou nervosos e constantemente preocupados?)
- b) Como classificaria o seu nível de estresse diário?
- c) Costuma sentir dor na região cervical? Qual a frequência do surgimento dessa dor? (Essa dor costuma aparecer após situações de estresse e preocupações?)
- d) Você se considera uma pessoa que costuma guardar ou que expõe suas emoções e preocupações?
- **Identificando os pontos-chaves**
 - a) Ao que você atribui essa maneira de lidar com os problemas e preocupações?
 - b) Quais os fatores que contribuem para o surgimento da dor ou outra limitação?
- **Teorizando**
 - Exposição dialogada sobre o Sistema Locomotor II: - Anatomia e funcionamento do sistema nervoso voluntário e autônomo.
- **Elaborando hipóteses de solução**
 - a) O que fazer para melhor lidar com as preocupações e estresse do cotidiano? (sem interferir na condição física)
 - b) Qual a solução mais viável para amenizar a dor e queixas apresentadas?
 - Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).
 - Treino de relaxamento: Jardim de acácias

9ª SESSÃO – 28/04/06

- **Observando a realidade, identificando os pontos-chaves, elaborando hipóteses de solução**
 - Resgate da sessão anterior: solicita a participação de 3 membros do grupo para recapitular a aula passada.
- **Aplicando à realidade**
 - Vivência: massagem dos pés, mãos, nuca e coluna e vivência de expressões faciais e exercícios respiratórios, associados ao alongamento para coluna.
 - Realização do relaxamento: Massagem facial

10ª SESSÃO – 02/05/06

- Resgate: Como vocês se sentiram com a vivência realizada na sessão passada?

Qual foi o momento da vivência mais importante para vocês?

Em relação ao que foi visto, o que está sendo colocado em prática no seu cotidiano?

- **Observando a realidade**
 - a) O que representa envelhecimento ou terceira idade para o grupo?
 - b) Quais as alterações posturais ou modificações no corpo mais evidentes que ocorrem com o passar dos anos? (observe você mesmo, um colega, lembre de um parente ou conhecido)
- **Identificando os pontos-chaves**
 - a) Na opinião do grupo, porque essas alterações posturais ocorrem nesta fase?
 - b) Existem fatores que contribuem para o surgimento dessas mudanças no corpo? Quais são eles? (cite pelo menos três)
- **Teorizando**
 - Exposição dialogada sobre Envelhecimento Bem Sucedido e Alterações Posturais na Terceira Idade.
- **Elaborando hipóteses de solução**
 - a) Quais as alternativas para prevenir ou minimizar essas alterações posturais que ocorrem com o avançar da idade?
 - b) O cuidado com a postura deve ser precoce ou apenas dele necessita quando as modificações começam a surgir?
 - c) Quais os fatores que contribuem para um envelhecimento bem sucedido?
(Procure criar alternativas viáveis, baseando-se na experiência individual)
 - Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).
 - Realização do relaxamento: Autógeno

11ª SESSÃO – 05/05/06

- **Observando a realidade**
 - Resgate: Solicita que o grupo relembre a aula anterior destacando os pontos que consideraram importantes, a facilitadora também auxilia na apresentação das informações.
 - a) Como está o seu equilíbrio e a sua coordenação na realização dos movimentos? Sente alguma dificuldade? Qual?
 - b) Como você caracterizaria a sua marcha? Sente dor em determinada parte do corpo quando anda?
- **Identificando os pontos-chaves**
 - a) Qual causa você atribui para essas dificuldades ou incômodos?
- **Elaborando hipóteses de solução**
 - a) Diante do que foi exposto, o que pode ser feito como medida de solução para amenizar essas queixas apresentadas pelo grupo?

- Registro em lâmina (papel-madeira) de todas as respostas dadas pelo grupo às perguntas circulares nas etapas anteriores (colaboração dos estagiários).
- **Aplicando à realidade / Teorizando**
 - Prática de treino de marcha, coordenação e equilíbrio.

12ª SESSÃO – 09/05/06

- **Observando a realidade**
 - Resgate da sessão anterior: Utilizam-se as lâminas para lembrar a aula passada. A facilitadora recorda as informações solicitando a participação do grupo.
 - a) Porque o grupo escolheu estes assuntos para serem trabalhados? Qual a importância em aprofundar essas temáticas?
 - b) Você já sofreu algum episódio de queda nos últimos anos ou meses?
 - c) Caso a resposta anterior seja positiva, ocorreu algum tipo de limitação física ou psicológica após a queda?
- **Identificando os pontos-chaves**
 - a) Qual seria a possível causa para a ocorrência de quedas na pessoa idosa?
- **Teorizando**
 - Exposição dialogada acerca do tema escolhido pelo grupo
- **Elaborando hipóteses de solução**
 - a) Quais as possibilidades de solução para a prevenção das quedas que o grupo acrescentaria ou ressaltaria entre as orientações já vistas?
- **Aplicando à realidade**

(Não associada diretamente à temática em questão)

 - Massagem: Coluna cervical, dorsal e lombar (em duplas) e massagem dos pés com o auxílio dos bastões ou bolinha.
 - Treino de relaxamento: A vida é um livro

13ª SESSÃO – 12/05/06

- Resgate da sessão anterior: solicita a participação voluntária de 3 membros do grupo para realizar o repasse das informações.
- Realizado alongamento para a coluna cervical.
- **GRUPO FOCAL 2**
 - Através de um roteiro previamente elaborado, percorrendo todas as etapas do Arco durante a discussão com o grupo, é feito o resgate das sessões já realizadas, com ênfase para as abordagens sobre Sistema Locomotor II, Envelhecimento bem sucedido, Alterações posturais na terceira idade e quedas na pessoa idosa.

- Também é feito esclarecimento de dúvidas e tem-se o relato individual de cada participante sobre o aproveitamento da oficina.
- O registro é realizado por meio de um gravador e anotações feitas pelos estagiários.

14ª SESSÃO – 16/05/06

- CONFRATERNIZAÇÃO DO GRUPO

APÊNDICE B

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 1

Questões norteadoras:

Diante de todas as atividades realizadas ao longo das primeiras sessões (da 1ª a 6ª) da Oficina: Educação Postural para idosos à luz do Método do Arco (unidade introdutória, unidade I, e parte da unidade II), em que foram abordados temas referentes às orientações posturais, respiração, anatomia e patologias da coluna vertebral, associando exposições dialogadas, discussões e aulas práticas, comentem:

- 1) Se já foi possível observar, com o decorrer da Oficina, alguma mudança em relação às suas queixas e limitações.(Observação da Realidade)
- 2) Em relação às causas e aos fatores agravantes responsáveis pelas queixas/limitações citadas pelo grupo [podem ser lembradas através das lâminas expostas], o grupo permaneceria com a opinião já citada, modificaria ou acrescentaria novas causas para as queixas apresentadas. (Pontos-chaves)
- 3) Sobre as orientações dadas e as atividades práticas [exercícios, alongamentos e relaxamentos] realizadas, quais vêm sendo mais importantes e/ou eficazes para o seu problema. (Hipóteses de solução)
- 4) Como o grupo vem aplicando, no cotidiano, as orientações e/ou os exercícios trabalhados. (Aplicação à Realidade / Observação da Realidade)
- 5) Se a expectativa em relação à Escola de Posturas vem sendo correspondida até a presente sessão e o que o grupo vem achando da metodologia adotada.

APÊNDICE C

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 2

Questões norteadoras:

Foram realizadas ao longo destas últimas sessões [da 8ª a 12ª] da Oficina: Educação Postural para idosos à luz do Método do Arco, atividades que abordaram os seguintes temas: anatomia e funcionamento do sistema nervoso voluntário e autônomo, envelhecimento bem sucedido, alterações posturais na terceira idade, equilíbrio, marcha e coordenação e quedas na pessoa idosa; compreendendo parte da unidade II, unidade III e IV da oficina; fazendo uso de exposições dialogadas, discussões e aulas práticas.

- 1) Comentem se é possível identificar alguma mudança nos seus hábitos ou na prática das atividades básicas do dia-a-dia no que se refere aos aspectos posturais. (Observação da Realidade)
- 2) Relatem, entre as possíveis causas citadas pelo grupo para as queixas apresentadas, quais seriam as mais facilmente solucionáveis, ou seja, você mesmo poderia contribuir para eliminá-la (s) ou minimizá-la (s). [As causas e queixas citadas pelo grupo podem ser lembradas através das lâminas] (Pontos-chave / Hipóteses de solução)
- 3) Diante de todos os conhecimentos construídos e compartilhados entre os facilitadores e participantes da oficina, bem como das atividades práticas realizadas (exercícios, alongamentos, relaxamentos e vivências), relatem quais foram mais importantes e eficazes de acordo com a necessidade individual. (Hipóteses de solução)
- 4) Falem como vêm sendo colocadas em prática, no cotidiano, as orientações recebidas e atividades práticas desenvolvidas. (Aplicação à Realidade / Observação da Realidade).
- 5) Comentem se a metodologia adotada [o método do arco] foi eficaz no processo de educação postural e se os conhecimentos aqui construídos serão úteis para modificar e/ou melhorar em algum aspecto a prática das atividades da vida diária.
- 6) Relatem se suas expectativas quanto à Escola de Posturas foram correspondidas. [relembrar as expectativas citadas pelo grupo através das lâminas]

APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: A Metodologia da Problematização no Processo de Educação Postural na Terceira Idade

INVESTIGADORES ENVOLVIDOS:

Bianca Nunes Guedes (pesquisadora)

Maria Iracema Tabosa da Silva (orientadora)

Programa de pós-graduação em enfermagem

Campus I – João Pessoa/ PB / Brasil

Fone: 3216-7109

Nome do voluntário: _____

Data: _____ / _____ / _____

PROPÓSITO:

O propósito deste estudo é descrever o processo de educação postural, destinada às habilidades de adaptação das atividades da vida diária e conseqüente melhoria na qualidade de vida em idosos à luz do Método do Arco, bem como, analisar a eficácia da alternativa metodológica problematizadora do método no processo de educação postural na ótica dos idosos.

Para tanto, foi desenvolvida uma programação pedagógica e terapêutica destinada aos idosos participantes da Escola de Posturas da UFPB, localizada na Clínica Escola de Fisioterapia no ano de 2006.

Com o intuito do cumprimento deste propósito, será realizada a Oficina: Educação Postural para idosos à luz do Método do Arco, através de encontros teórico-práticos. A coleta de dados será realizada durante a atividade em grupo na Clínica Escola de Fisioterapia

(CLINESC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); os registros serão feitos por meio das gravações das discussões dos grupos focais e anotações das discussões durante as sessões e das observações das atividades práticas.

Não existe nenhum risco adicional envolvendo sua participação neste estudo, sob qualquer condição. Os riscos serão os mesmos para qualquer indivíduo que está em tratamento fisioterapêutico em grupo.

Sua participação neste estudo é estritamente voluntária. Portanto, o participante não será reembolsado ou compensado financeiramente de nenhuma maneira. Então, ainda que não haja benefícios diretos para o participante deste estudo, poderá, certamente, ter orgulho em saber que em virtude de sua participação, indiretamente, terá ajudado o progresso da ciência. Os resultados das discussões das primeiras sessões e dos grupos focais estarão disponíveis para o(a) senhor(a) no final deste estudo.

Os resultados desta pesquisa deverão ser publicados para a informação e benefício de todos os profissionais envolvidos com a Fisioterapia e com área de saúde, além de outros cientistas, embora sua identidade permaneça anônima. Seu nome não será publicado ou usado sem o seu consentimento, a não ser que requerido por lei.

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PESQUISA, PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E OFERECIMENTO PARA RESPONDER AS QUESTÕES:

O(a) senhor(a) ficará ciente de qualquer informação nova ou mudança na natureza deste estudo ou nos procedimentos que devam afetar sua boa vontade para continuar nesta pesquisa. Sua recusa em participar não vai de maneira nenhuma envolver penalidade ou perda de benefício. Sua participação é estritamente voluntária e o(a) senhor(a) pode retirar-se desta pesquisa a qualquer hora. Se tiver qualquer questão, agora ou depois, por favor pergunte-nos.

Será entregue ao(a) senhor(a) uma cópia deste formulário. Se em qualquer momento sentir que houve infração dos seus direitos, o(a) senhor(a) deve entrar em contato com a Comissão de Bioética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), para respostas sobre qualquer questão da pesquisa e de seus direitos.

DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA E RESPONSABILIDADE FINANCEIRA:

Neste evento, a probabilidade é mínima de que o(a) senhor(a) precise de um tratamento médico, como resultado de um dano físico surgido durante sua participação neste estudo, já que o(a) senhor(a) está sendo assistido por profissionais credenciados na forma da lei. Se for necessário, os primeiros socorros ou qualquer outro tipo de atendimento serão prestados pelos próprios profissionais pesquisadores no respectivo estabelecimento de saúde (CLINESC).

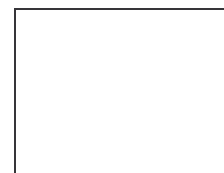
CONSENTIMENTO DO INDIVÍDUO:

Eu admito que revisei totalmente e entendi o conteúdo deste formulário de consentimento, estando participando deste estudo de livre e espontânea vontade, não tendo sido forçado ou coagido na minha participação. Recebi, ainda, uma cópia deste formulário.

Assinatura: _____

Testemunha: _____

Data: _____ / _____ / _____



DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR E DATA:

Eu certifico que revisei o conteúdo deste formulário com a pessoa que assinou acima, que na minha opinião entendeu a explanação. Eu expliquei os riscos e benefícios conhecidos desta pesquisa.

Ass. Dos Investigadores: _____ Data: _____

_____ Data: _____

OBS: É entendido que este formulário de consentimento não será usado por pessoas que não entendam a língua portuguesa.

ANEXO A

CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO CCS/UFPB

