

Proposta de Adaptação de Protocolo de Avaliação Postural Aplicada para Diagnóstico Precoce da Escoliose na Idade Escolar no Município de Volta Redonda/RJ

Proposal of Protocol Adaptation for Postural Evaluation Applied for Precocious Diagnosis of Scoliosis in School Age in Volta Redonda City, Rio de Janeiro State

Juliana Vilela Borges de Miranda ¹

Cátia Lacerda Sodré ²

Marcelo da Silva Genestra ²

Resumo

O objetivo deste trabalho é propor um protocolo de adaptação de uma ficha de avaliação postural para realizar o diagnóstico precoce da escoliose na idade escolar e inserir no conteúdo de algumas disciplinas dos cursos de graduação de Fisioterapia, Medicina e Educação Física. Sabe-se que, durante o período do estirão de crescimento, a escoliose tem sua evolução mais rápida, por isso é preciso compenetrar-se do fato da escoliose ser sempre uma deformidade do crescimento que se instala durante os estirões e também porque, neste momento, na maioria das vezes, ainda não se tem a escoliose instalada, mas sim uma pré-escoliose. A partir deste diagnóstico, deve-se encaminhar estas crianças para o profissional adequado, para uma avaliação mais profunda, ou acompanhá-la durante o período necessário. Os resultados das avaliações direcionarão essas crianças para o tratamento correto. Se a criança for encaminhada para tratamento reeducativo, este deve ser bem conduzido e iniciado precocemente, podendo assim evitar a evolução e instalação da escoliose.

Pavavras-chave: Adaptação, Postura, Escoliose, Escola e Ensino.

Abstract

The objective of this work was to propose an adaptation of a postural evaluation file to achieve the precocious diagnosis of scoliosis in school age children and to insert it in the content of some subjects in the graduation courses of Physiotherapy, Medicine and Physical Education. It is known that during the adolescence growth period the scoliosis has its faster evolution, that is why it is necessary to be concentrated about the fact that scoliosis is a growth deformity and that, in almost of time, it hasn't been installed yet, but a pre-scoliosis has. From this diagnosis on, these children must be sent to an adequate professional for a deeper evaluation or to help him/her for a necessary following period. The results of these evaluations will give to these children the right treatment. If the children are sent to a postural reeducation treatment, well led and precociously initiated, it can prevent scoliosis' evolution and installation.

Keywords: Adaptation, Posture, Scoliosis, School, Teaching

¹ Mestranda - Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente – UniFOA

² Doutores - Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente – UniFOA

1. INTRODUÇÃO

A infância representa um período da vida do ser humano em que ocorrem alterações psicológicas, sociais, afetivas e físicas (Gracioli, *apud* DETSCH e CANDOTTI, 2001). As mudanças físicas estão relacionadas ao peso corporal e a estatura, podendo ocasionar modificações posturais devido ao crescimento acelerado e por vivências corporais que cada um experimenta nas diferentes fases da vida, além da influência da hereditariedade, culturas, hábitos e traumatismos. Segundo Gracioli (*apud* Moffay e Vickery, 2002), a postura não é um fator determinado, sofrendo variações conforme as atividades realizadas durante o dia. Em um exercício, por exemplo, ocorrem variações da postura por diversas vezes.

Segundo Gracioli (*apud* CALVETE, 2004), durante a infância, a postura encontra-se em processo de desenvolvimento, sendo que neste período, a adoção de uma postura incorreta poderá ter repercussão negativa no futuro. Rosa e Neto citado por Bertollini e Gomes (1997), relatam que dos 7 aos 12 anos, a postura sofre grandes transformações na busca do equilíbrio, compatível com as novas proporções do corpo. Nessa idade, em que sua mobilidade é extensa, a postura se adapta a atividade que ele, o corpo, está desenvolvendo.

No período escolar, as chances de se desenvolverem alterações posturais são maiores, principalmente na fase em que estão ingressando na quinta série (sexto ano escolar) do ensino fundamental. Essas alterações são devidas às mudanças que estão acontecendo no desenvolvimento do corpo e a grande quantidade de material escolar que necessitam transportar para a escola. Além disso, a forma como o material é transportado e o excesso de tempo na posição sentada (na escola, em casa, em outros cursos) pode contribuir para ampliar os desvios posturais. (GRACIOLI, 2004)

1.1 ESCOLIOSE

A escoliose é uma afecção do crescimento. Ela atinge mais de 20% da população infantil. Atualmente, nenhum tratamento pode curar uma escoliose instalada, mas em 75% dos casos, com um tratamento reeducativo bem conduzido, iniciado precocemente, pode ser evitada (BIENFAIT, 1995).

Segundo Bienfait (1995), quando a escoliose está instalada, o que se tem a fazer é o endireitamento ortopédico e a fixação cirúrgica. Se for indicado o colete, este deve ser acompanhado de um tratamento de reeducação postural.

As causas da escoliose podem ser: conhecidas, que

inclui as causas paralíticas entre outras, que se dividem em não evolutivas (mal formativas, etc.) e evolutivas (miopatias, etc.) e as desconhecidas chamadas de idiopáticas.

De acordo com a classificação utilizada por Bienfait, a escoliose se divide em: postura escoliótica ou pré-escoliose; escoliose de primeiro grau, que só aparece na posição em pé; escoliose de segundo grau, que só desaparece sob tração e escoliose de terceiro grau, que não desaparece mais, podendo ser rígida ou flexível. A pré-escoliose é o estágio de evolução de uma verdadeira escoliose e é nesse estágio que se deve evitá-la. Em radiografias da tarde, não se distingue nenhuma curva patológica, mas no exame estático observam-se anomalias importantes.

A escoliose de primeiro grau é o estágio seguinte de evolução, em que as retrações se firmam e as deformidades escolióticas estão em seu primeiro grau de fixação. É o período em que pode-se esperar a cura da escoliose.

A escoliose de segundo grau, geralmente, é um período curto e difícil de ser diagnosticado. É um rápido período de evolução.

As escolioses de terceiro grau são as definitivas. As deformidades não desaparecem mais, mesmo sob tração. Quando se atenuam na posição deitada ou sob tração são chamadas de flexíveis, mas quando são estáveis em todas as posições são chamadas de rígidas.

1.2 DIAGNÓSTICO PRECOCE DA ESCOLIOSE

O diagnóstico precoce dos desvios da coluna vertebral é fundamental. Todas as crianças deveriam ser examinadas periodicamente, e com maior atenção na fase do crescimento rápido. Segundo os relatos de Bienfait (1995), o diagnóstico precoce da escoliose na idade escolar e o encaminhamento para o tratamento adequado diminui muito sua evolução. A medicina só se interessa pelas escolioses graves e negligencia o curso inicial da doença. A gravidade da escoliose, em geral, não está em sua causa inicial, mas em seu grau de evolução. É preciso compenetrar-se do fato da escoliose ser sempre uma deformidade de crescimento, ou seja, em graus diversos, ela se instala sempre durante os estírios de crescimento.

As deformidades vertebrais na escoliose estão intimamente relacionadas com a sua patogênese, que permanece desconhecida, especialmente a escoliose idiopática, que representa mais de 80% de todas as escolioses. Fregonesi (*apud* STOKES, 1988) ressalta que a deformidade na escoliose idiopática do adolescente envolve o tronco, em geral, as costelas, os órgãos internos e a aparência da superfície da coluna. O risco evolutivo da escoliose idiopática do adolescente está diretamente relacionado ao período de crescimento, com o grau de inclinação lateral da

curva escoliótica e com a rotação axial da vértebra ápice da curva (Fregonesi *apud* GRAM, 1999). Há, ainda, uma maior prevalência no sexo feminino em relação o sexo masculino de 3,6:1 (Fregonesi *apud* BARROS, 1997).

Geralmente, as escolioses só são diagnosticadas no período de aumento da deformidade (PEDRIOLLE, 2006). Com o desenvolvimento de um protocolo de avaliação criado por Santos (2001) apontando sinais que podem estar relacionados à escoliose pode-se fazer um rastreamento de crianças que apresentam este tipo de problema e direcioná-las ao profissional adequado ao momento, para uma avaliação mais profunda e tratamento adequado.

2. METODOLOGIA PROPOSTA

A pesquisa seguirá o padrão de um estudo primário, quantitativo e qualitativo, descritivo, longitudinal e prospectivo. Todos os pais dos participantes deste estudo deverão assinar um Termo de Consentimento com as informações necessárias sobre a metodologia do projeto para o início do trabalho. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Volta Redonda.

Participarão do estudo crianças na idade escolar de 6 a 12 anos; duas turmas de uma escola da rede pública de Pinheiral, durante o segundo semestre de 2008, que ainda serão definidas após avaliação pelo Comitê de Ética institucional. Serão excluídas as crianças que apresentarem qualquer alteração neurológica que possa interferir no aparelho músculoesquelético e distúrbios mentais.

O local utilizado para a coleta de dados será um consultório localizado no Centro Integrado de Fisioterapia do UniFOA onde acontecerão as avaliações. Os resultados obtidos serão armazenados em computador. Para a realização da avaliação postural, será utilizado um protocolo que contém sinais/características que podem estar relacionados à escoliose, montado por Santos (2002).

Esse protocolo será realizado com as crianças na posição ortostática e será constituído de análise da: 1- gibosidade, observando o alinhamento horizontal pélvico e inclinação anterior (se for necessário será utilizado alguns calços feitos de cortiça e com tamanhos diferentes para posicionar na planta dos pés das crianças e eliminar a diferença dos membros inferiores); 2- perfil da cintura no plano frontal; 3- inclinação das clavículas e cabeça no plano frontal; 4- joelhos (utilização de gráfico com definições das alterações do joelho no plano frontal, valgismo e varismo) e 5- pés, com o uso de tinta guache para pintar a sola do pé das crianças e definir o apoio plantar (também será utilizado outro gráfico para análise do apoio normal, e descobrir o índice do arco plantar de cada um).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com os grandes avanços da fisioterapia no tratamento de crianças com escoliose nos últimos anos, o diagnóstico precoce ainda é a melhor intervenção a ser feita. A medicina só se interessa pelas escolioses graves e negligencia o seu início, que é o momento certo de diagnosticar e intervir. Atualmente, nenhum tratamento pode curar uma escoliose instalada, mas um tratamento bem conduzido na hora certa tem muitas chances de ter sucesso. Os ortopedistas e cirurgiões, na maioria das vezes, já recebem o paciente com a escoliose confirmada, tendo a fazer somente o endireitamento ortopédico e a fixação cirúrgica, que é uma conseqüência lógica. Antes deste estágio, a escoliose é apenas uma postura. O fisioterapeuta só enxerga os exercícios para tentar resolver a escoliose, sem pensar muitas vezes no perigo e na rapidez da evolução, sendo que a partir de um certo estágio, o tratamento não mais o concerne. Os coletes atrofiam, mas muitos ortopedistas só o indicam como forma de tratamento, sem saber que este deve vir acompanhado de um tratamento que minimize seus efeitos e que ele sozinho não terá resultado positivo. Como a escoliose se instala sempre durante os períodos de estirão de crescimento, este protocolo de avaliação deveria ser utilizado antes que esta fase chegue.

Sendo assim, deve-se ressaltar a importância de se criar um programa de prevenção dentro das escolas, pois é o lugar mais freqüentado pelas crianças nesta faixa etária e ideal para colocar em prática esse tipo de trabalho.

4. REFERÊNCIAS

SANTOS A. **Diagnóstico clínico postural: um guia prático**. 3. ed. São Paulo: Summus, 2001.

BIENFAIT M. **Os desequilíbrios estáticos: fisiologia, patologia e tratamento fisioterápico**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1995.

PEDRIOLLE, R. **A escoliose: um estudo tridimensional**. [trad. Ângela Santos]. São Paulo: Summus, 2006.

FREGONESI C. *et al.* **Um ano de evolução da escoliose com RPG**. Fisioterapia Brasil, 8(2):140-142, 2007.

GRACIOLI, A.; GATTI, V.L. A influência do peso do material escolar sobre os desvios posturais em escolares de 09 a 17 anos na cidade de Porto Alegre. 2005. Monografia (Especialização em Reestruturação Postural Global). Universidade Gama Filho. Porto Alegre.

SANTOS, A. Diagnóstico postural precoce. **IX Congresso Paranaense De Pediatria e I Congresso Paranaense de Fisioterapia Pediátrica**, 2003.

STAHEDI LT. Chew D. D., Corbett M. **The longitudinal Arch**. J. Bone and Jint Surg 1987; 69:426-428.

TACHDIJAN MO. **Pediatric Orthopedics** . 2. ed. Filadélfia, Saunders, vol. IV, 1990.

SANTOSA. O Conceito Fisioterapia Estática no Tratamento da Escoliose. **I Congresso Brasileiro de Fisioterapia da Escoliose**. Rio de Janeiro, 2002.

SANTOS A. Diagnóstico Clínico Postural das Escolioses. **XXIX Congresso Internacional de GKTS**. São Paulo, 2001.

SOUCHARD P; OLIVER M. **As Escolioses: seu tratamento fisioterapêutico e ortopédico**. São Paulo: É Realizações, 2001.

Endereço para Correspondência:

Juliana Vilela Borges de Miranda
juliana.borges@foa.org.br
Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da
Saúde e do Meio Ambiente

Centro Universitário de Volta Redonda
Campus Três Poços
Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325,
Três Poços - Volta Redonda / RJ
CEP: 27240-560