

AVALIAÇÃO POSTURAL EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).

Rita de Cássia Oliveira dos Santos¹, Fernanda Warken Rosa Camelier²

1. Graduanda em Fisioterapia pela Universidade do Estado da Bahia - UNEB; *rita.oliveira_ba@hotmail.com

2. Orientadora e Professora do Depto.de Ciências da Vida, DCV II, UNEB, Salvador/BA

Palavras Chave: *postura, avaliação, DPOC*

Introdução

O alinhamento corporal favorece uma boa postura em ortostase e contribui para a manutenção do equilíbrio. Ele é ideal quando músculos, articulações e suas estruturas se encontram em estado de equilíbrio dinâmico, gerando uma quantidade mínima de esforço e sobrecarga¹. Qualquer posição que aumente o estresse sobre as articulações, denomina-se postura defeituosa². A insuficiência respiratória causada pela DPOC acarreta danos à mecânica pulmonar e musculatura periférica, pois o diafragma torna-se responsável por desencadear desvios posturais por suas inserções³. O objetivo do presente estudo foi avaliar a postura estática em ortostase dos pacientes portadores de DPOC.

Resultados e Discussão

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado com pessoas com DPOC. Os pacientes foram avaliados utilizando-se uma ficha de avaliação postural subjetiva modificada de Magge e pela realização de fotografias para análise no *Software* de avaliação postural (SAPO).



Figura 1. Marcação dos pontos anatômicos (protocolo SAPO) e os materiais utilizados para avaliação postural.

Foram avaliados 18 pacientes, 14 (77,8%) do sexo masculino, com média de idade (64,8±7,4 anos) e 16 (88,6%) deles com obstrução de moderada a muito grave. Quanto à avaliação postural subjetiva em ortostase nos planos sagital e frontal foram identificadas as seguintes alterações: oito (44,4%) apresentavam rotação E da cabeça, nove (50,0%) protusão de ombros, 13 (72,2%) elevação do ombro E, anteriorização da cabeça e joelhos generecurvatum, sendo que onze (64,7%) apresentaram pés planos. Utilizando-se o SAPO, observou-se desvios posturais nos mesmos planos avaliados anteriormente. Nove (50,0%) estavam com a cabeça inclinada para o lado E e acrómio E mais elevado, 15 (83,3%) possuíam assimetria escapular e o ângulo entre acrómio/EIAS maior a E. 12 (66,7%) apresentaram diferença no comprimento em MMII e rotação da cabeça para esquerda. Entre eles 14 (77,8%) eram genu valgum a esquerda. É sabido que a atitude postural do tórax hiperinsuflado pode levar a uma série de comprometimentos na coluna torácica, cintura escapular e pélvica³. O diafragma desempenha um papel decisivo no controle da postura, suas inserções nas costelas, esterno e coluna dorsolumbar comprometem

tanto a biomecânica da caixa torácica quanto a organização da coluna vertebral⁴. Portanto, as alterações encontradas envolvendo cabeça, tronco e cinturas pélvica e escapular demonstram uma disfunção na dinâmica toracoabdominal. Provocando a diminuição da mobilidade do tórax e dos músculos abdominais repercutindo diretamente na percepção aumentada da dispneia, pois ela pode ser originada pelo desequilíbrio entre a força gerada pelos músculos respiratórios e seu comprimento⁵.

Tabela 1. Alterações posturais encontradas pela avaliação postural subjetiva e computadorizada - SAPO dos pacientes portadores de DPOC, Salvador, BA, 2015.

Vistas anterior, lateral e posterior					
Avaliação subjetiva			Avaliação pelo SAPO		
Variáveis	n=18	%	Variáveis	n=18	%
Rotação da cabeça para E	8	44,4	Rotação da cabeça para E	12	66,7
Elevação do ombro E	13	72,2	Acrómio E elevado	9	50,0
Cabeça projetada para frente	13	72,2	Cabeça inclinada para E	9	50,0
Ombros protusos	9	50,0	Ângulo E maior entre acrómio e EIAS	15	83,3
Joelhos recurvatum	13	72,2	Assimetria escapular	15	83,3
Pés planos	11	64,7	Assimetria em MMII	12	66,7

Conclusões

Os portadores de DPOC apresentam alterações posturais diversas observadas de maneira estática e em ortostase. Esses achados podem estar associados a fatores como hiperinsuflação pulmonar, progressão da doença e dos sintomas, como a dispneia. Tais marcadores provocam o uso excessivo da musculatura respiratória, interferindo também em músculos adjacentes pelas suas origens e inserções. Desta forma, geram adaptações e remodelação dos músculos contribuindo para as compensações na estrutura corporal global.

Agradecimentos

À Deus, à Prof^a Fernanda Warken Rosa Camelier pela orientação recebida, às Fisioterapeutas Ioná da Costa Barreto Nascimento e Caroline Guerreiro, ao CNPq pela concessão da bolsa e demais integrantes da pesquisa.

1. KENDALL, F. P. et al. Músculos: provas e funções. Com postura e dor. 5ª edição, São Paulo: Editora Manole, 2007. 2. MAGEE, D. J. Avaliação musculoesquelética. 5ª edição, São Paulo: Editora Manole, 2010. 3. PACHIONI, C. A. S.; FERRANTE, J.A.; PANISSA, T.S.D. et al. Avaliação postural em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Rev. Fisioter. Pesqui. n.18(4), p.341-345. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502011000400008>. Acesso em: 14 jan 2014. 4. DONALDSON, G. C; MULLEROVA, H. et al. Factors associated with change in exacerbation frequency in COPD. Respiratory Research. 2013. 5. PRIORI, R; ALIVERTI, A. et al. The effect of posture on asynchronous chest wall movement in COPD. J Appl Physiol. 114: 1066-1075, 2013. Disponível em: <http://doi:10.1152/jappphysiol.00414.2012>. Acesso em: 04 jun 2015.