

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES POSTURAS EM IDOSOS ASSISTIDOS PELO NASF.

Prevalence of postural changes at senior citizens assisted by the nasf.

Carlos Eduardo Alves de Souza¹ Camila Gabriela Seródio Cândido², Ítalo Leonardo de Lima Souza Leão¹, Rayla Sandelle Souza Cruz².

RESUMO

Na terceira idade, o organismo humano passa por diversas mudanças fisiológicas, que resultam em perdas funcionais, desta forma, observa-se uma diminuição de forças musculares e mudança do centro de gravidade, as quais irão contribuir para o mau alinhamento da coluna vertebral, e acarreta em alterações posturais na coluna vertebral. O objetivo deste estudo é descrever a prevalência de problemas posturais em idosos, com 60 anos ou mais, assistidos pelo Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) do município de Cupira-PE. Foi realizado um estudo transversal com 273 idosos. Os participantes foram selecionados por conveniência e examinados por meio de uma avaliação postural, através de simetógrafo, marcação de pontos anatômicos, fita métrica e formulário. Os resultados encontrados corroboram com a hipótese de que, efeitos sistêmicos decorrentes do envelhecimento levam à instalação de alterações posturais na coluna vertebral. As principais alterações encontradas nesta amostra foram: hiperlordose cervical (32.6%), retificação cervical (7.3%), hiperlordose torácica (37.7%), retificação torácica (4.4%), hiperlordose lombar (24.9%) e retificação lombar (33%). Estes achados sugerem a necessidade da atuação fisioterapêutica nestes indivíduos, no sentido de intervir nestas alterações.

Palavras-chave: Postura; Idoso; Saúde Pública.

ABSTRACT

In the third age, the human body undergoes various physiological changes that result in functional loss, thus there is a decrease in muscle strength and change the center of gravity, which will contribute to the misalignment of the spine, and results in postural changes in the spine. The aim of this study is to describe the prevalence of postural problems in the elderly aged 60 years or more assisted by the Support Center for Family Health (NASF) of the municipality of Cupira -PE. A cross-sectional study was conducted with 273 elderly. Participants were selected by convenience and examined by a postural assessment through symmetograph, marking anatomical landmarks, measuring tape and form. The results corroborate the hypothesis that systemic effects of an aging lead to the installation of postural changes in the spine. The primary findings in this study were: cervical lordosis (32.6%), cervical rectification (7.3%), thoracic kyphosis (37.7%), thoracic correction (4.4%), lumbar lordosis (24.9%) grinding and lumbar (33%). These findings suggest the need for physiotherapy performance in these subjects, in order to intervene in these changes.

Keywords: Posture; The elderly; Public Health.

INTRODUÇÃO

O início da velhice pode variar de acordo com o contexto social da população, existem diferenças relacionadas à forma que os indivíduos envelhecem entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Além do avanço da idade, outros elementos norteiam o processo de envelhecimento e estão relacionados às questões sociais, psicológicas e biológicas^{1,2}. No Brasil, as projeções para o ano de 2025, indicam que a população total aumentará cinco vezes em relação a 1950. Segundo dados do Ministério da Saúde³, a população brasileira de idosos, em 1996, era de 7.8 milhões e, entre 1950 e 2020, crescerá 16 vezes.

No decorrer do envelhecimento, a capacidade de gerar força dos músculos esqueléticos é reduzida. Como resultado, estes indivíduos apresentam dificuldades em realizar suas atividades de vida diária⁴, devido ao aparecimento de distúrbios orgânicos associados, com ênfase nas doenças crônico-degenerativas. Essas alterações levam às disfunções em vários órgãos e interferem diretamente nas funções exercidas, tais como: distúrbios na marcha, mobilidade e alterações posturais⁵. Em virtude da diminuição da funcionalidade e integridade, as compensações no alinhamento da coluna vertebral são instaladas.

A má postura desenvolve desequilíbrios osteomusculares que constituem a mais frequente etiologia de dores, doenças, desequilíbrios, quedas e dificuldades nas atividades rotineiras, tornando essas pessoas dependentes⁶. Com o início da terceira idade, a estabilidade osteomioarticular é deficitária, fator relevante para o aumento de quedas e fraturas nesta população. A associação entre alterações posturais em idade avançada e diminuição da densidade mineral óssea causa impacto sobre a função física, e na mudança de posicionamentos, no qual acarretarão em problemas como lesão ou deformidade óssea⁷. A boa postura é fundamental para o desempenho da coluna vertebral, entretanto, trata-se de uma atitude complexa de quantificar, além disso, existem poucos estudos que analisem particularidades inerentes à saúde da coluna vertebral no idoso^{8,9}.

No avanço da atenção primária, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de melhorar a abrangência das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência. Segundo Ragasson¹⁰ e Arruda¹¹, as ações preventivas, promovidas pelo fisioterapeuta, tem relevância na melhora da qualidade de vida de pessoas assistidas por esta estratégia¹².

Levando-se em consideração que o envelhecimento populacional vem aumentando, o idoso é comumente afetado por comprometimentos a nível do sistema locomotor que geram perda da autonomia, e proporcionam transtornos a qualidade de vida do indivíduo¹³. As alterações posturais são particularidades que geram dores e redução da funcionalidade destes indivíduos. Neste contexto, o objetivo deste estudo é descrever as alterações posturais em idosos assistidos pelo NASF de Cupira-PE.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo com delineamento transversal no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Cupira-PE, no período de dezembro de 2011 a janeiro de 2012. A seleção da amostra foi realizada por meio de conveniência, de acordo com os seguintes critérios: idosos com faixa etária de 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram os seguintes critérios: dor aguda na região da coluna vertebral e estruturas anatômicas adjacentes, histórico de quedas no último mês, déficit cognitivo e/ou deficiência física que impossibilitaram o exame físico. Além disso, foram recrutados oito idosos para o estudo piloto, não sendo contabilizados nos resultados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade ASCES. Os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a sua participação. A coleta de dados ocorreu em duas etapas: entrevista ao participante através de questionário e avaliação postural do mesmo. O roteiro de entrevista conteve questões relacionadas às informações sobre o perfil (idade, sexo, Índice de Massa Corpórea - IMC), anamnese (dor e suas características), hábitos pessoais (prática de atividade física e postura ao dormir), ocorrência de alterações posturais e discrepância dos membros inferiores.

Na avaliação postural, os participantes foram posicionados frente a um simétrógrafo da marca Cardiomed®, nas vistas anterior, posterior e lateral, com a finalidade de obter a análise dos mesmos. Para facilitar a visualização das alterações, os pesquisadores marcaram pontos anatômicos através de círculos de Etil Vinil Acetato (EVA) com diâmetro de 23.5mm nas seguintes regiões anatômicas: meatos auditivos externos, acrômios, sétima vértebra cervical, ângulos inferiores da escápulas e processos espinhoso torácico (T3).

Nesta análise, foram avaliadas as seguintes regiões: cervical (lordose, hiperlordose e retificação), torácica (cifose, hipercifose e retificação) e lombar (lordose, hiperlordose e retificação). Para diagnosticar a escoliose toracolombar estrutural, os pesquisadores orientaram aos participantes para realizarem o teste clínico de ADAMS, que consistiu na flexão do tronco com os joelhos em extensão. A escoliose estrutural foi confirmada através do aparecimento de uma gibosidade na região posterior do tórax do paciente. A medida dos membros inferiores foi realizada de acordo com o protocolo de Palmer (2002)¹⁴, o participante foi posicionado em decúbito dorsal e a medida foi realizada, através da utilização da fita métrica Cirúrgica Express®, na Espinha ilíaca ântero superior (EAIS) e maléolo medial da tíbia, e, a distância entre os dois pontos foi mensurada. A discrepância dos membros inferiores foi considerada para indivíduos que apresentassem diferenças acima de 2.0 cm, excluindo as diferenças fisiológicas de comprimento¹⁴.

Os dados foram processados e analisados descritivamente no software Epi-Info 6.04. Foi realizada dupla entrada dos dados dos formulários para a validação (validate), e também foi aplicada uma checagem automática dos dados no momento da digitação, com o uso do recurso CHECK do software utilizado, que permitiu a identificação da inconsistência da digitação. As variáveis contínuas foram apresentadas como médias e porcentagem.

RESULTADOS

Foram avaliados 273 idosos (135 do sexo feminino e 138 do masculino), apresentando as seguintes médias: 69.01 anos, 68.01 kg, 1.57 m e 26.55 Kg/m² (Índice de Massa Corpórea).

Na anamnese, foram avaliadas as características da dor na coluna vertebral e regiões adjacentes, tais como: presença, localização, tempo e momento (Tabela 1). Em relação à presença da dor, 76.9% dos entrevistados afirmaram este sintoma, com maior prevalência na região lombar (65.2%). A duração desta sintomatologia foi observada como crônica, em 63% dos avaliados, e, 81% relataram o desconforto durante a realização de esforço físico.

Tabela 1. Anamnese da coluna vertebral e regiões adjacentes

Presença de dor na coluna vertebral	Sim	210 (76.9%)
	Não	63 (24.0%)
Localização	Cervical	31 (16.6%)
	Lombar	137 (65.2%)
	Torácica	41 (19.6%)
	Sacral	1 (0.4%)
Tempo da dor	Dor aguda	77 (37%)
	(até 3 dias)	
	Dor crônica	133 (63%)
	(maior que 3 dias)	
Momento da dor	Repouso	33 (19%)
	Durante esforço físico	140 (81%)

Durante a coleta de dados, foram questionados os hábitos relacionados aos posicionamentos adotados durante a última noite de sono e a prática de atividade física (Tabela 2). Dentre as posturas avaliadas, o decúbito lateral apresentou maior preferência entre os sujeitos com 58.4%. Com relação à prática de atividade física, foi observado que 38.1% são praticantes e que 61.9% não realizavam.

Tabela 2. Hábitos e características pessoais do total da amostra.

Posicionamento adotado na última noite de sono	Decúbito ventral	10 (3.7%)
	Decúbito dorsal	12 (4.4%)
	Decúbito lateral	163 (58.40%)
	Posições variadas	88 (33.5%)
Prática de atividade física	Sim	104 (38.1%)
	Não	169 (61.9%)

Na análise postural (tabela 3), a coluna cervical dos idosos apresentou as seguintes curvaturas: lordose (60.1%), hiperlordose (32.6%) e retificada (7.3%). A coluna torácica dos avaliados apresentou as seguintes características: cifose (57.9%), hiper cifose (37.7%) e retificada (4.4%). Na coluna lombar, foram apresentadas as seguintes particularidades: lordose (42.1%), hiperlordose (24.9%) e retificada (33%).

Tabela 3. Análise postural

Região cervical	Normal	164 (60.1%)
	Hiperlordose	89 (32.6%)
	Retificada	20 (7.3%)
Região torácica	Normal	158 (57.9%)
	Hiper cifose	103 (37.7%)
	Retificada	12 (4.4%)
Região lombar	Normal	115 (42.1%)
	Hiperlordose	68 (24.9%)
	Retificada	90 (33%)

No decorrer do exame físico, foram observados a discrepância dos membros inferiores e o resultado do teste de ADAMS, estes dados estão mostrados na tabela 4. A diferença de comprimento dos membros inferiores foi observada em 17.2% dos examinados e o teste de Adams foi positivo em 32.2%.

Tabela 4. Exame físico

Comprimento dos membros inferiores	Com discrepância	47 (17.2%)
	Sem discrepância	226 (82.8%)
Teste de Adams	Positivo	88 (32.2%)
	Negativo	185 (67.8%)

DISCUSSÃO

No idoso são frequentes as dores resultantes de doenças do aparelho locomotor por artropatias, deformidades, desvios posturais ou síndromes dolorosas miofasciais¹⁵. O desconforto crônico, avaliado em nosso estudo (63%), apresentou proximidade quando comparada ao estudo de coorte realizado por Magni,¹⁶ durante o período de 8 anos, com 2.870 idosos residentes nos Estados Unidos, a pesquisa apresentou presença de dor em 72.4% dos indivíduos. Vale salientar que o relato do sintoma na nossa pesquisa foi registrado em um único momento, o que difere da metodologia proposta no estudo de coorte citado anteriormente. Em um estudo de corte transversal, Dellaboza et al.¹⁷ avaliou a dor em 172 idosos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Londrina (PR); 107 (62.21%) dos sujeitos relataram este sintoma. Em relação à localização, Celich¹⁸ realizou um estudo transversal em 48 idosos residentes no município de Cruzaltense-RS, as regiões anatômicas mais prevalentes foram: coluna lombar e cervical, pernas, joelho e membros superiores. Este resultado é semelhante ao encontrado neste estudo, pois a dor na região lombar (65.2%) foi a mais prevalente entre as regiões analisadas, porém, o formulário utilizado apresentava questões relacionadas à coluna vertebral e regiões anatômicas adjacentes. Diferentemente dos nossos resultados, outros pesquisadores demonstraram, através de uma análise global, que as dores mais prevalentes no idoso foram referidas nos membros inferiores^{18, 19}. A incapacidade funcional pode ser decorrente de processos dolorosos, que prejudicam a autonomia e a independência do idoso para as atividades diárias ou físicas, diminuindo sua funcionalidade, e, conseqüentemente prejudicando sua qualidade de vida²⁰. O processo de envelhecimento, gradativamente, gera modificações estruturais e funcionais no organismo, favorecendo o aparecimento de doenças cardiovasculares, ósseas e metabólicas, assim como de alterações sensoriais, que são fatores interligados ao controle postural, e, que podem interferir no alinhamento da coluna vertebral. Tourpet et al.²¹ mensurou a inclinação espontânea em diferentes faixas etárias (40 e 80 anos) e observaram que a inclinação postural aumenta a cada década de vida. Em nosso estudo, os desvios posturais mais frequentes apresentados foram: hiper cifose torácica (37.7%), retificação lombar (33%) e hiperlordose cervical (32.6%).

Bonder et al.²² caracterizaram os seguintes desvios posturais: hiper cifose torácica, anteriorização da cabeça, diminuição da curvatura lombar e aumento do ângulo de flexão de joelhos. Os resultados relacionados as colunas torácica e lombar são apresentados em proximidade com o presente estudo, onde 33% dos idosos não apresentaram a curvatura lombar fisiológica, e, 37.7% apresentaram aumento da curvatura torácica. Aikawa²³ avaliou 16 idosos de ambos os gêneros, onde foram divididos em grupos segundo a faixa etária: de 60 a 70 anos e de 71 a 80 anos de idade; este observou que a retificação da coluna lombar ocorre devido a uma necessidade de compensar outras mudanças posturais, e, pode ser decorrente do processo de envelhecimento. Nessa posição, os músculos flexores da região lombar ficam em uma posição encurtada. Em contrapartida, a saliência abdominal e o encurtamento do peitoral maior são fatores desencadeantes da hiper cifose torácica²⁴, desvio encontrado em nossa análise. Fon et. al²⁵ confirmam que a cifose torácica se acentua com o passar dos anos, principalmente, em mulheres. Alterações da curvatura cifótica podem estar associadas a fatores ambientais e ocupacionais. A ausência da força de tensão dos ligamentos e a frouxidão ligamentar também podem ser comumente observadas no idoso, o que contribui para a instalação de uma postura toracolombar flexionada²⁴.

A retificação lombar pode ser decorrente da má postura sentada, onde ocorre um aumento da lordose lombar, principalmente, entre idosos de 60 a 70 anos de idade. Considerando outras regiões anatômicas, as alterações cervicais podem restringir a movimentação na coluna cervical e torácica, além de contribuir para a anteriorização da cabeça em idosos, com redução da estabilidade postural e a flexibilidade²⁴.

Em nosso estudo, 61.9% dos participantes não praticavam atividade física, entretanto, as particularidades relacionadas a esta prática como a regularidade, modo e intensidade não foram investigadas pelo nosso estudo.

Os resultados desse estudo corroboram com o levantamento bibliográfico realizado, afirmando que vários efeitos sistêmicos decorrentes do envelhecimento levam à instalação de alterações morfológicas na coluna vertebral, principalmente, na região torácica e lombar, com a possibilidade de deformidades que trazem graves incapacidades funcionais ao indivíduo²³. Vale ressaltar que há uma interação entre a predisposição genética e os fatores ambientais que influenciam nos transtornos na coluna no idoso que não foram avaliados pelo nosso estudo²⁴.

CONCLUSÃO

Os principais desvios posturais encontrados nestes indivíduos foram: hiper cifose torácica, retificação da coluna lombar e hiperlordose cervical. De acordos com os nossos resultados, a inserção do profissional de fisioterapia nos serviços de atenção primária a saúde é necessária, levando em consideração o fato de que este profissional conhece os fatores que podem atuar na instalação e progressão dos desvios posturais. Além disso, a avaliação funcional dos idosos torna-se essencial, para estabelecer o diagnóstico e prognóstico adequados que subsidiarão as decisões em relação à assistência necessária aos idosos. Sugerem-se uma melhor investigação de análise postural e hábitos posturais por métodos de avaliação fotogramétrica, e, análise da eficácia de intervenções preventivas nestes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Ramos L. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. São Paulo: Manole; 2005. 1-7.
2. Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Minas Gerais: Rev Med; 2010. 20(1): 67-73.
3. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192.
4. Milano D, Pettenon R, Bittencourt DC, Scheneider R. Adaptação funcional do aparelho respiratório e da postura no idoso. Brasil: Rev Bras de Cienc do Envelh Human; 2008. 5(2): 64-77.
5. Maciel ACC, Guerra RO. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. Brasil: Revista Brasileira de Fisioterapia; 2005. v.9, n.1, p.17-23.
6. Guimarães JMN, Farinatt PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. Brasil: Rev Bras Med Esporte; 2005. Vol. 11, Nº 5.
7. Falcão CRC, Marinho APS, Sá KN. Correlação dos desvios posturais com dores musculoesqueléticas. Salvador: Rev. Ci. méd. biol.; 2007. v. 6, n. 1, p. 54-62.
8. Contri, DE. Petrucelli, A. Nogueira, MP. Bianchini DC. Incidência de desvios posturais em escolares do 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental. Consciência em Saúde; 2009; 8 (2): 219-224.
9. Espósito SB Desordens do equilíbrio postural balance disorders. Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba: 2011; 13 (4): 1 -3.
10. Ragasson CAP, Almeida DCS, Comparin K, Mischiati MF, Gomes JT. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Brasil: Rev Olho Mágico; 2006. 13(2): 1-8.
11. Arruda, AD, Guedes BN, Lima FR, Ribeiro KSQS, Cavalcanti RLL. A importância da inclusão da fisioterapia no programa saúde da família. [Internet] 2007. [Acesso 2 out. 2009]. Available from: [cce://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/cces/fisioterapia.pdf002](http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/cces/fisioterapia.pdf002).
12. Silva. DJ, Daros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Palhoça, SC: Ver. Ciência & saúde coletiva; 2007. 12 (6):1663-168.
13. Nakatani AYK, Costa EFA, Teles SA, Silva LB, Rêgo MAB, Silva e Souza AC. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia. Goiás: Rev. Soc. Bras. Clin. Méd; 2003. 1(5):131-6.
14. Palmer LM, Epler ME. Fundamentos das técnicas de avaliação músculo-esquelética. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000. p.42-62., pp. 195-212.
15. Pedrinelli, A. Garcez-leme, LE, Nobre, RSA; O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. Rev Bras Ortop. 2009;44(2):96-101.
16. Magni G, Marchetti M, Moreschi C et al. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination: I. Epidemiologic follow-up study. Pain 1993; 53: 163-168.
17. Dellaroza MSG, Pimenta CA, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Editora: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: V.23,n.5,p.1151-1160.Mai. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 20 de julho de 2008.
18. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.; 2009;12(3):345-59.
19. Andrade, FA, Pereira, LV, Sousa, FA, Emm, F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Rev. Latino-Am.: Enfermagem. Vol. 14, Nº2; 2006.
20. Lacerda PF, Godoy LF, Cobianchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Rev. Elet. de Enfermagem. [periódico online]. 2005 [capturado 2008 jul 20];7(1):Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>>.
21. Toupet M, Gagey PM, Heuschen S. Vestibular patients and aging subjects lose use of visual input and expend more energy in static postural control. In:Shumway-Cook A, Woollacott M. Controle motor: teorias e aplicações práticas. São Paulo: Manole; 2003. p.562.
22. Bonder BR, Wagner MB. Functional performance in older adults. Philadelphia: Davis Company; 2001.
23. Aikawa AC, Braccialli LMP, Padula RS. Efeitos das alterações posturais e de equilíbrio estático nas quedas de idosos institucionalizados. Ver. Ciênc. Méd. Campinas, maio/jun. 15(3): 189-196, 2006.
24. Milano D, Pettenon R, Bittencourt DC, Scheneider R. Adaptação funcional do aparelho respiratório e da postura no idoso. Rev Bras de Cienc do Envelh. Human 2008, 5(2):64-77.
25. Fon G, Pitt M, Thies A. Thoracic kyphosis: range in normal subjects. AJR 1980;134: 979-83.