



Abordagem às deformidades posturais na infância e adolescência: um novo paradigma

Luís Coelho

Fisioterapeuta

A maioria dos profissionais de saúde envolvidos em tarefas de avaliação da saúde juvenil sabe que as raquialgias compreendem uma manifestação clínica cada vez mais comum nas crianças e adolescentes. A prevalência das dores da coluna vertebral é extremamente elevada em Portugal, sendo que o recente estudo de Coelho, Almeida e Oliveira, publicado em 2005 pela *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, chegou ao valor de 39,4% de prevalência anual de lombalgia em adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos¹. Segundo este estudo, as lombalgias tendem a dispor de um carácter fundamentalmente inespecífico e pouco expressivo em termos de agravamento sintomático.

O estatuto de dor inespecífica, termo dominante nos estudos nacionais e internacionais sobre dores lombares em crianças e adolescentes²⁻⁵, tende a ser denegado pelo profissional médico, enquanto que o profissional de saúde não médico tende a aceitar acriticamente tal termo ou conceito. Existe obviamente uma certa lógica nesta diferenciação conceptual, visto que o médico interessa-se primorosamente pelo estabelecimento de um diagnóstico, enquanto que o profissional não médico se interessa fundamentalmente pelo quadro funcional das manifestações clínicas do doente.

Não tem de haver, contudo, inerente a essa alternância conceptual, um necessário conflito de interesses de base mais ou menos teórica. O mesmo quadro clínico pode ser considerado específico por um profissional e inespecífico por outro profissional. Por exemplo, uma dor lombar pode ter múltiplas origens, e, comumente, o fisioterapeuta consciente tende a ver neste tipo de manifestação o resultado de uma complexa súpula de factores biomorfológicos e psicossociais. Por outro lado, a presença de uma alteração postural significativa, como uma hiperlordose lombar, tende a ser vista como a causa específica da dor do doente pelo médico. Talvez seja relevante argumentar que uma alteração postural é também um fenómeno inespecífico *per se*, visto que pode resultar de um emaranhado de factores ósteo-articulares, musculares, neuro-motores e psiconeurológicos.

Mas, se nos critérios de avaliação das raquialgias, a separação

entre médicos e terapeutas tende a ser bastante expressiva, no modelo de intervenção terapêutica a citada diferenciação não é assim tão relevante. Isto acontece porque, infelizmente, tanto na classe médica como na classe dos terapeutas labora um conjunto elevadíssimo de mitos relativos à forma como devem ser manipulados os estados de dor e as idiosincrasias posturais mais singulares.

Se estabelecermos a “postura” como a verdadeira “personalidade” do corpo, então, devemos ter em conta a necessidade de realização de um trabalho de reeducação postural com ordem a reequilibrar o estado de um *corpus* desorganizado; pois, é certo que as alterações posturais são reequilibráveis, mesmo que as deformidades vigentes sejam do tipo estrutural.

É pena que tantos médicos e terapeutas desconheçam a teoria das “cadeias musculares”⁶, segundo a qual o corpo aparece desenhado com um conjunto elevado de músculos posturais com uma tendência hipertónica insofismável. O corpo é constituído, portanto, por conjuntos de músculos com tendência para o encurtamento, os quais devem ser globalmente alongados, mas nunca fortalecidos.

Assim sendo, pergunto-me quando chegará o dia em que os diversos profissionais de saúde vão perceber que a maioria das hipercurvas dorsais são, nada mais nada menos, que a consequência das lordoses da cadeia posterior, e, eventualmente, da retracção do diafragma, músculo que tem inserções sobretudo a nível lombar^{7...}

Neste sentido, é importante fazer os profissionais entenderem que o treino de força da musculatura extensora jamais poderá ajudar no trabalho de reeducação postural. As lordoses e as escolioses são, por excelência, o resultado dessas retracções posteriores. Como tal, o tradicional fortalecimento da musculatura lombar é um erro de tratamento insuportavelmente prescrito pelos mais variados médicos e praticado pelos mais variados terapeutas, quando, no fundo, só os métodos baseados no alongamento da musculatura tónica – método Mézières^{6,8,9}, Reeducação Postural Global^{10,11} e *Stretching* Global Activo^{12,13} – e no fortalecimento da musculatura abdo-

Recebido: 23.10.2006
Aceite: 21.12.2006

Correspondência:

Luís Coelho
Consultório e Clínica de Reabilitação, Lda., Lisboa
E-mail: coelholewis@hotmail.com

minal profunda (o método Pilates é o mais paradigmático) poderão ajudar na reeducação da postura e alívio sintomático a longo prazo. Acrescido a isto, não podemos deixar de valorizar o papel da posturologia, da sofrologia e da psicomotricidade.

O trabalho de fortalecimento da musculatura extensora ao nível dorsal em doentes com hipercifoses a este nível só poderá resultar em duas coisas: em nada de relevante, pois é impossível lutar contra uma retracção dominante com outra retracção oponente^{12,13}, ou num novo desequilíbrio.

O que é de certeza errado realizar, e que é efectivamente efectuado compulsivamente pela classe médica, é encaminhar os jovens para desportos como a natação. Este desporto pode ajudar a aliviar os sintomas, mas jamais poderá constituir uma fonte fiável de reeducação da postura, pois, para além de estar ausente a gravidade e de ser impossível a realização dos alongamentos, a natação é devida na criação de diafragmas bloqueados em inspiração (o ponto de partida para as grandes deformidades posturais)¹³.

Infelizmente, muitas outras actividades, como o Yoga, são também contra-indicadas para o trabalho postural, pelo excesso de posturas em extensão¹⁴. Por outro lado, desportos como a musculação ou outros de activação muscular assimétrica podem ser considerados como a porta de entrada para a criação de uma série de desequilíbrios posturais; leia-se a obra “O homem é um animal assimétrico” do ortopedista Leandro Massada¹⁵.

Porém, começa a surgir uma luz ao fundo do túnel, pois já são vários os sítios onde se realiza trabalho de alongamento e Pilates adaptado às crianças e adolescentes com alterações posturais. Só falta mesmo consciencializar os profissionais de primeiro contacto para este facto.

Referências

1. Coelho L, Almeida V, Oliveira R. Lombalgia nos adolescentes: identificação de factores de risco psicossociais. Estudo epidemiológico na região da grande Lisboa. *Rev Port Saúde Pública* 2005;23:81-90.
2. Fairbank JC, Pynsent PB, Van Poortvliet JA, Phillips H. Influence of anthropometric factors and joint laxity in the incidence of adolescent low back pain. *Spine* 1984;9:461-4.
3. Balagué F, Nordin M, Skovron ML, Dutoit G, Yee A, Waldburger M. Non-specific low back pain among schoolchildren: a field survey with analysis of some associated factors. *J Spinal Disord* 1994;5:374-9.
4. Balagué F, Troussier B, Salminen J. Non-specific low back pain in children and adolescents: risk factors. *Eur Spine J* 1999;8:429-38.
5. Goldberg M, Scott S, Mayo N. A review of the association between cigarette smoking and the development of non-specific back pain and related outcomes. *Spine* 2000;25:995-1014.
6. Mézières F. *Révolution en gymnastique orthopédique – Causes et traitement des déviations vertébrales et algies d'origine musculaire*. 1965, Paris.
7. Souchard Ph-E. *Le diaphragme*. 1980, Essai, Paris.
8. Bertherat T. *Le corps a ses raisons*. 1976. Éditions du Seuil, Paris.
9. Denys-Struyf G. *Le manual du méziériste*. 1995, Éditions Frison-Roche, Paris.
10. Souchard Ph-E. *Le champs clos – Bases de la Rééducation Posturale Globale*. 1998, Essai, Paris.
11. Souchard Ph-E. *Les scolioses – Traitement kinésithérapique et orthopédique*. 2001, Masson, Paris.
12. Souchard Ph-E. *Le stretching global actif*. 1996, Éditions Désiris, Paris.
13. Grau N. *Le stretching global actif au service du geste sportif*. 2002, Le Pousoë, Paris.
14. Myers TW. *Anatomy trains – Myofascial meridians for manual and movement therapists*. 2001, Elsevier Health Sciences, England.
15. Massada L. *O homem é um animal assimétrico. Especulação sobre um estudo antropométrico efectuado em jovens atletas*. 2006, Editorial Caminho, Lisboa.