

EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA OSTEOARTRITE NA TERCEIRA IDADE: UM RELATO DE CASO.

Emanuela Tavares Cavalcante de Sousa¹, Etcheverry Silva Leite², Sarah Aline Curioso de Freitas Brito³, Micaele Farias Nascimento⁴, Vitória Regina Quirino de Araújo⁵

1 Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (manufisio15@gmail.com).

2 Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (etcheverry_silva@hotmail.com).

3 Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (sarahalinerbd@hotmail.com).

4 Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (micaele.farias@hotmail.com).

5 Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (vitoriaquirino1@gmail.com).

RESUMO: A Osteoartrite é uma doença crônico-degenerativa, multifatorial e que leva à incapacidade funcional. A conduta fisioterapêutica atua de forma a combater a dor e diminuir os impactos já causados pela patologia, proporcionando analgesia e alívio para o seu quadro algíco, assim como melhora da amplitude do movimento. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar o tratamento fisioterapêutico realizado com uma idosa com diagnóstico clínico de osteopenia, escoliose e osteoartrite e com diagnóstico funcional de limitação da ADM, quadro algíco na região da coluna e ombros, irradiando para o braços, com tensões e ponto-gatilhos na região dorsal. **Metodologia:** Neste estudo de caso, realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, foram avaliados aspectos funcionais a fim de relatar os efeitos do tratamento fisioterapêutico, são eles: aspectos relacionados à dor com a Escala Visual Analógica (EVA), inspeção dinâmica e estática, Escala de Oxford para avaliar o grau de força muscular, avaliação da Amplitude de Movimento e testes específicos. **Resultados:** Observou-se através dos dados obtidos da avaliação antes e após a intervenção fisioterapêutica uma diminuição significativa do quadro algíco, acompanhado por um aumento considerável da Amplitude de Movimento (ADM) e diminuição da tensão muscular na região dorsal. **Conclusão:** Através dos dados colhidos foi possível concluir que o tratamento fisioterapêutico traçado conseguiu diminuir o quadro algíco, as tensões musculares e gerou um aumento significativo da ADM, proporcionando uma melhor qualidade de vida para essa idosa.

Palavras-chave: Osteoartrite; Idoso; Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é uma doença reumática que provoca desintegração da cartilagem articular devido às alterações bioquímicas e metabólicas. Também se pode notar o aparecimento de microfraturas, osteófitos nas bordas articulares além de cistos e esclerose no osso subcondral. Acrescentado a isso, o envelhecimento se torna um forte fator de risco, juntamente com sedentarismo, o grau de estresse na qual essa articulação foi submetida, além da pré-disposição genética que o indivíduo possa apresentar para o aparecimento dessa doença crônico-degenerativa.^{1,2}

A osteoartrite, osteoartrose ou artrose, é um processo degenerativo articular resultante de um processo anormal entre a destruição cartilaginosa e a reparação da mesma.⁶ Os indivíduos portadores de tal comprometimento apresentam sinais e sintomas característicos como dores noturnas, podendo ser referidas ou irradiadas, rigidez articular, diminuição da amplitude de movimento, crepitação durante a mobilização podendo chegar até mesmo na perda da função articular.³ A dor é o principal sintoma da OA e esta piora com o movimento e ao final do dia, porém, no estágio mais avançado da doença, pode desenvolver-se ao repouso e durante a noite.⁸

Pelo menos 10% da população idosa, no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta a OA, ocasionando assim limitação funcional e restrição dos movimentos, sobretudo, os idosos que apresentam essa doença crônico-degenerativa. No Brasil, apesar do aumento da expectativa de vida, ainda não foi possível encontrar nenhum estudo relacionado à prevalência dessa doença nos idosos.⁴

No entanto, devido a prevalência de condições crônicas e incapacidade funcional encontradas na maioria dos idosos, esses indivíduos passam a necessitar de cuidados diferenciados pelas suas condições de saúde e bem-estar, visto que à medida que os indivíduos envelhecem uma grande variedade nos graus de incapacidade pode se instalar, comprometendo a autonomia e independência e as condições gerais de saúde.⁵

A classificação da osteoartrose é variada e depende de vários fatores como o número de articulações afetadas sendo mono ou poliarticular, o tipo, que poderá ser inflamatória, erosiva, generalizada e, se o acometimento é primário e secundário. As formas primárias são aquelas em que existe degeneração cartilaginosa em articulação aparentemente normal, e, portanto, sem causa evidente. Encontrada em mulheres no período de menopausa, envolve múltiplas articulações,

frequentemente joelhos, mãos e quadril. Na coluna vertebral afeta principalmente as regiões cervicais e lombares.⁷

A literatura aponta o impacto da dor nas atividades diárias e a influência dos altos níveis de incapacidade funcional, maior fragilidade e níveis aumentados de comorbidades nesses pacientes. As ações do fisioterapeuta não se restringem apenas ao ato técnico, mas se expandem por ações que possam mais que desenvolver os aspectos de saúde dos indivíduos. A educação dos pacientes idosos, orientando-os acerca das suas patologias, das suas possibilidades e limitações, têm um sentido mais amplo e grande responsabilidade social. Assim, a fisioterapia, buscando a promoção da saúde, pode contribuir tanto na reabilitação quanto na conscientização da população idosa exercendo seu papel de agente promotor da saúde, colaborando para o envelhecimento saudável.⁹

Associada a conduta educativa, a fisioterapia tem papel importante no que diz respeito à melhora dos sintomas e restauração da função. Este trabalho teve como objetivo evidenciar os efeitos do tratamento fisioterapêutico realizado, buscando a melhora do quadro algico, a amplitude do movimento e a diminuição das tensões musculares.

METODOLOGIA

A conduta fisioterapêutica deste relato de caso ocorreu entre o período de a 26 de julho a 20 de setembro do ano de 2016, totalizando 17 sessões, 2 vezes por semana, onde foi acompanhado a senhora M. G. V. sexo feminino, 69 anos, casada e dona de casa, com nível de escolaridade ensino fundamental incompleto, que apresentava diagnóstico de Osteopenia em grau acentuado, escoliose toraco-lombar e Osteoartrose com presença de osteófitos em vértebras de diversos segmentos, redução dos espaços discais de C3 a C7 e de L3 a S1, artrose interapofisária e anterolistese grau I de L3 sobre L4. O atendimento foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, no setor de reumatologia.

De acordo com levantamento epidemiológico realizado, constatou-se que metade dos pacientes com osteoartrose eram do sexo feminino¹². A grande prevalência do sexo feminino para o desenvolvimento da afecção ainda é controversa. Acredita-se que essa incidência se deve ao grande fator hormonal¹¹.

O protocolo de exercícios foi voltado à: Diminuição do quadro algico e tensional, Alongamento, fortalecimento muscular e exercícios de equilíbrio. Logo após a avaliação inicial, foi elaborado um tratamento fisioterapêutico com base nos aspectos observados. Concluído o protocolo de tratamento foi dividido em três fases:

Fase Inicial

- a) Ondas Curtas com a paciente deitada – Um eletrodo na região lombar e outro se localizou na região paravertebral, por 15 minutos, visando a diminuição da sintomatologia dolorosa;
- b) Agulhamento à seco na região do trapézio para desativação de pontos-gatilho;
- c) Liberação Miofascial na região cervical por 10 min;
- d) Alongamento passivo de membros superiores, bíceps, tríceps e peitoral, (três series de quinze - 3x15);
- e) Alongamento passivo de membros inferiores com paciente em decúbito dorsal, alongar a musculatura posterior (isquiotibiais, gastrocnêmio, glúteo máximo), abdutores e adutores, com três series de quinze (3x15).
- f) Mobilização passiva de membros inferiores com a paciente deitada, três séries de quinze repetições com intervalos de 15 segundos para cada série, realizando abdução, adução, flexão e extensão de quadril, joelho e tornozelo;
- g) Isometria de membros inferiores com seis repetições de dez segundos por contração com intervalos de dez segundos;

Fase Intermediária

- a) Alongamento global para flexão, extensão, abdução e adução com o uso de faixa elástica (paciente em pé), três séries de quinze (3x15);
- b) Mobilização das escápulas;
- c) Exercício para estabilização da coluna do tipo ponte, cinco series de quinze segundos (5x15s);
- d) Exercício de cadeia fechada do tipo agachamento com o uso de bola Suiça (3x10);
- e) Exercício de Fortalecimento dos MMSS e MMII, com uso de caneleiras e halteres, inicialmente foi utilizado 2 kg para MMII com a caneleira e 1 kg para MMSS com os halteres, para exercícios de flexão, extensão, adução e abdução, três series de quinze (3x15);

- f) Treino de equilíbrio de tronco com anteroversão e retroversão do quadril na bola suíça (sentada).

Fase Final

- a) Exercício resistido para os músculos flexores e extensores do ombro com o uso do bastão (3x15);
- b) Alongamento ativo global: membros inferiores, paciente em decúbito dorsal, alongar da musculatura posterior (isquiotibiais, gastrocnêmio, glúteo máximo), abdutores e adutores, e em decúbito lateral alongar quadríceps; membros superiores, bíceps, tríceps e peitoral (paciente sentada);
- c) Exercício de fortalecimento para os músculos flexores e extensores do quadril com o uso de caneleira de 3 kg, agora com um aumento do peso em relação a fase intermediária, (3x10);
- d) Exercício isométrico para os músculos abdutores e adutores com o uso de bola *smile*, três series de dez segundos (3x10s)
- e) Exercício de estabilização da coluna do tipo ponte cruzada, cinco series de 10 segundos (5x10s);
- f) Liberação muscular na região lombar por 7 minutos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao iniciar a conduta fisioterapêutica e ao final, foi realizada uma avaliação como forma de identificar as vertentes que levam a queixa do paciente, considerando as atividades exercidas no seu cotidiano. Essa avaliação incluiu a identificação do grau de dor, através da Escala Visual Analógica (EVA), a Força Muscular através da escala de Oxford e a Amplitude do Movimento com uso do goniômetro.

Foram realizados também no exame físico, a inspeção e palpação da articulação que segundo a paciente mais a incomodava, que no caso foi à região cervical e torácica. Os testes especiais realizados foram: Teste de Compressão, Teste de Compressão em flexão, Teste de Compressão em extensão, Teste de Tração, Teste de Valsava e o Teste de Adam.

O exame físico da coluna vertebral foi dividido em estático e dinâmico com a inspeção e palpação. Na inspeção estática da coluna a paciente apresentava curvaturas patológicas, devido escoliose, a posição anatômica da cabeça anteriorizada, ombro e escápulas assimétricos, sendo o ombro direito mais elevado. Na inspeção dinâmica, foi observada a Amplitude de Movimento

normais para flexão, extensão, rotação para direita, e anormais a rotação para a esquerda, inclinação lateral direita e esquerda, isso ocorreu devido a presença de dor, provocando assim, limitação do movimento. Na palpação, os processos espinhosos estavam alinhados, o músculo esternocleidomastoideo se encontrava tenso e doloroso assim como o músculo trapézio e os músculos paravertebrais somente dolorosos.

Com relação aos testes especiais realizados, no teste de Compressão a paciente foi orientada a ficar sentada com o tronco reto e o olhar fixo no horizonte, este tipo de teste serve para evidenciar a presença de uma possível compressão radicular por hérnia discal. Na paciente avaliada o resultado deu negativo para contração sem movimentos, negativo ao fazer a extensão e positivo ao fazer a flexão, o que significa que pode haver alguma compressão radicular na região cervical. No teste de Tração, verifica-se a compressão das estruturas interdisciais. O teste é positivo se o paciente referir dor, neste estudo o resultado foi negativo. No teste de Valsava pede-se ao paciente para que prenda o ar e como se fizesse força para evacuar. O teste é positivo quando o paciente referir dor local, irradiada ou no dermatomo correspondente. A paciente não referiu dor, o que indicou um resultado negativo. Para avaliar a região torácica foi realizado, o Teste de Adams, que é a base para o diagnóstico de escoliose, onde a paciente realizou uma flexão do tronco para frente com os pés juntos, sem dobrar os joelhos e com as mãos unidas, o examinador observa se há algum desequilíbrio, retração ou diferença de altura, neste teste o resultado foi positivo

TESTES ESPECIAIS	RESULTADOS
Teste de Compressão	Negativo
Teste de Compressão à Flexão	Positivo
Teste de Compressão à Extensão	Negativo
Teste de Tração	Negativo
Teste de Adams	Positivo
Teste de Valsava	Negativo

Tabela 1 – Testes especiais

Para avaliar força muscular, foi utilizada a escala de Oxford que avalia a capacidade do músculo ou grupamento muscular em desenvolver tensão contra uma resistência. Deve se levar em consideração fatores anatômicos, como o posicionamento do paciente e a estabilização dos segmentos a serem avaliados. É importante também que o mesmo terapeuta realize as avaliações e reavaliações para evitar diferenças na aplicação de forças. Os resultados do teste se baseiam em uma escala de cinco graus para classificar o grau de força muscular obtida. Em todos os movimentos de flexão e extensão de membros superiores a paciente apresentou um grau de força 5, demonstrando assim que a força muscular se encontra preservada.

Em todas as condutas era avaliado o grau de dor da paciente através da Escala Visual Analógica (EVA) que servia como base para avaliar se a paciente estava com dor e se havia melhorado após a conduta. A Escala visual analógica (EVA) proporciona uma medição simples e eficiente da intensidade da dor. Tem sido utilizada largamente na clínica e em laboratórios de investigação, quando se necessita um índice rápido da dor e ao qual se pode assinalar um valor numérico.¹⁰

No início, a paciente relatou apresentar uma dor grau 10 na EVA, isso era dado como prioridade, então eram aplicados recursos que promoviam a analgesia como o agulhamento à seco e ondas curtas, que eram os mais utilizados e que apresentavam bons resultados. O ombro era região mais dolorosa e tensionada, então nesse início de tratamento o foco foi trata-lo.

Inicialmente ao avaliar a senhora M.G.V, o primeiro objetivo traçado foi diminuir o quadro algico e normalizar o quadro tensional que a mesma apresentava. Então foram aplicados recursos que pudessem promover tal alívio, através dos recursos eletrotermofototerapêuticos como ondas curtas, agulhamento à seco, com vistas à desativação de pontos-gatilhos e a liberação miofascial para a minimização da tensão muscular. Após a conduta para dor, o outro objetivo foi otimizar a ADM através de alongamentos com o uso de faixa elástica e de bastão. E. por fim, eram realizados exercícios de fortalecimento muscular através de exercícios ativo-livre de cadeia cinética fechada e aberta, exercícios como o de ponte para fortalecer os estabilizadores da coluna, o uso de halteres e caneleira.

Ao longo das condutas, a limitação para os exercícios era algo notável, o que buscava ser melhorado logo após o uso do recurso analgésico utilizado, assim como o alívio das tensões e ponto- gatilhos que irradiavam para os MMSS, comprometendo a funcionalidade. À medida que a

paciente foi conseguindo aumentar a amplitude de movimento do ombro e o quadro algico foi reduzido, foi iniciado a conduta terapêutica e funcional para o ombro e coluna, exercícios de ponte buscando fortalecer os estabilizadores da coluna, o uso de faixa elástica e uso do bastão para a mobilização da coluna. Depois de um curto período, a paciente já começou apresentar bons resultados e redução da dor evidenciada pela EVA. Com o decorrer das sessões e minimização da sintomatologia dolorosa foram iniciadas as atividades utilizando carga, com base na limitação que a paciente apresentava. Os treinos de fortalecimento realizados com caneleiras e halteres tinham como objetivo ganhar resistência, para isso aumentou-se o número de repetições.

A fisioterapia tem papel importante no que diz respeito à melhora dos sintomas e restauração da função (MARQUES, A. P.; KONDO, A, 1998)¹². Um programa terapêutico adequado irá promover melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida, dentro das possibilidades do paciente, tanto do ponto de vista funcional como emocional.

Segundo Kisner (2005), o alongamento refere-se a manobras que buscam aumentar a mobilidade dos tecidos moles, favorecendo assim melhora da Amplitude de Movimento (ADM) por meio do aumento de comprimento de estruturas que tiveram encurtamento adaptativo e se tornaram pouco móveis com o tempo, na maioria dos casos a inflamação e a dor, assim como imobilização prolongada resultam nesse tipo de alteração que é o encurtamento. Ainda segundo Kisner (2005), outro fator essencial do programa de reabilitação para quem deseja promover ou manter a saúde seria os exercícios ativos-resistidos, que promove potencialmente o desempenho de habilidades motoras e previne a ocorrência de lesões¹³.

Gradativamente a paciente relatou melhora, no entanto, a médio prazo, os sintomas dolorosos passaram a irradiar para a coluna lombar e membros inferiores. Na realização do teste de compressão do nervo ciático o resultado foi positivo, então o foco foi direcionado agora para a coluna lombar com ênfase nos MMII. Para o controle da dor foi acrescentada a liberação miofascial na região da lombar, o que trazia grande benefícios para a paciente, que a longo prazo, passou a relatar ausência de dor e melhora satisfatória da amplitude de movimento.

A liberação miofascial baseia-se na manipulação dos tecidos moles do corpo, o objetivo principal é a produção de efeitos sobre o sistema vascular, nervoso e muscular. A medida que ela é executada, os receptores sensoriais são estimulados, gerando bem-estar e sensação de prazer, assim como reduz a tensões e retrações musculares.^{14,15,16}

A Osteoartrite nas pessoas idosas se caracteriza por seu grau de desgaste articular, comprometendo gradativamente a funcionalidade. Ao longo da conduta fisioterapêutica os sintomas da Osteoartrite associados aos demais comprometimentos apresentados pela paciente foram sendo minimizados. Aliadas as orientações sobre as atividades básicas da vida diária, foi incentivada a prática dos exercícios aprendidos com o intuito de prevenir recidivas do quadro doloroso e de tensão muscular. A adoção dos recursos fisioterapêuticos para a minimização dos sintomas álgicos, aliada à prática de exercícios de alongamentos e de fortalecimento muscular se constitui como alternativa benéfica para as regiões acometidas e para o estado geral de saúde da idosa.

CONCLUSÃO

A atuação da fisioterapia é de extrema importância para evitar que o impacto da osteoartrite cause danos e que estes levem a limitação funcional, provocando incapacidade e declínios na saúde qualidade de vida. O papel e a importância da fisioterapia junto às doenças reumáticas são hoje objeto de vários estudos, como foi visto neste estudo de caso. O Fisioterapeuta tem um importante papel no tratamento, mas ele nunca deve se esquecer do quanto é significativa sua atuação de forma preventiva. Um programa de exercícios bem estabelecido pode evitar perda da força muscular e, com isso, evitar limites nas atividades de vida diária; o uso de recursos terapêuticos adequados possibilita controle do processo doloroso e previne a perda da amplitude articular; orientação de ações que evitem o estabelecimento de deformidades, sendo esse o principal foco deste tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Tamegushi AS et al. Capacidade Funcional de Idosos com osteoartrite de joelho e quadril. Revista Espaço para a Saúde. 2008; 2: p.08-16.
2. Marques AP et al. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão de literatura. Rev. bras. reumatol. 1998; 38(2).
3. Felice JC et al. Elementos Básicos no diagnóstico da osteoartrose. Temas de Reumatologia Clínica. 2002; 3: 68-81.
4. Matos DR et al. Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre a osteoartrose. Psicol. estud. 2009; 14(3).

5. Alves LC et al. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Cad. saúde pública. 2008; 24(3).
6. FILHO, Blair. Doença Articular Degenerativa – Osteoartrose, 2004. www.fisioweb.com.br. Consultado em 13 /10/2017.
7. Chadwick, A.Osteoartrite. in David, Carol; Lloyd, Jill. Reumatologia para Fisioterapeutas. SP, Premier, 2001. 94-108.
8. COIMBRA, F.X.; SAMARA,A.M.; COIMBRA,I.B. Estudo da associação entre o índice de massa corpórea e osteoartrose de mãos. Revista Brasileira de Reumatologia. V.44, n.3,2004.
9. Sampaio, F. V. S. Fisioterapia como estratégia de promoção da saúde em idosos.Fisioweb.Nov. 2010. Atualização Científica, Rio de Janeiro, n. 61, p. 7-10,set./out. 2003.
10. Sousa FAEF, Hortense P. Mensuração da dor. In: Chaves LD, Leão ER, orgs. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. cap.7. p.75-84
11. Souza, J. M. G; Junior, A. G.P.; Clínica ortopédica :atualização em osteoatroses. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2005. V.6.
12. MARQUES, A.P.; KONDO, A. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura /Physical therapy in osteoarthritis: a review . Revista brasileira de reumatologia; 1998.
13. KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.
14. Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2005;51(4):339-346.
15. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005;51(1):67-77.
16. Robertson V, et al. Eletroterapia Explicada: Princípios e Prática. São Paulo: Editora Elsevier; 2006. p.149-187;309-348.