

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM OSTEOARTRITE (COXARTROSE) – RELATO DE CASO

MYLENA SCHIAVON DE ALBUQUERQUE¹; PATRICIA SILVEIRA VARGAS²;
ARIELE CUSTODIO ZANATTA³; MAX DOS SANTOS AFONSO⁴

¹Faculdade Anhanguera Educacional de Pelotas – mylenaschiavon@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas – pativargas.vet@gmail.com

³Faculdade Anhanguera Educacional de Pelotas – ariele.custodio@hotmail.com

⁴Faculdade Anhanguera Educacional de Pelotas – max.afonso@anhanguera.com

1. INTRODUÇÃO

A Osteoartrite (OA), também conhecida como osteoartrose, é uma patologia de característica reumática, degenerativa e progressiva que afeta as articulações móveis do corpo (SOUZA E LAAT, 2011). As principais articulações afetadas são as do quadril, joelho e vértebras, quando acometidas recebem respectivamente os nomes, coxartrose, gonartrose e espondilose, elas suportam a maior parte do peso corporal, provocando a degeneração progressiva até gerar perda da cartilagem articular, aumento da densidade óssea subcondral e proeminências ósseas nas bordas articulares (BRASILEIRO, 2000).

A articulação do quadril que é conhecida como coxofemoral suporta grande quantidade de carga e constante movimentação, o que leva a ter uma maior predisposição a doença (XHARDEZ YNES, 2001). Ainda neste sentido o fêmur e o acetábulo articulam-se para formar a articulação do quadril, anatomicamente considerada sinovial e esferóide. Esta articulação apresenta três graus de liberdade: o primeiro, a flexão e a extensão que ocorrem no plano sagital sobre um eixo transversal o segundo, a abdução e a adução que ocorrem no plano frontal sobre um eixo ântero-posterior, e o terceiro, as rotações lateral e medial que ocorrem em um plano transversal sobre um eixo longitudinal. A região pélvica sustenta a coluna e o tronco, além de transferir o peso para os membros inferiores (KONIN, 2006).

A OA corresponde em média de 40 a 60% das doenças degenerativas do sistema músculo-esquelético. Aproximadamente, 15% da população sofre de osteoartrose, sendo que 65% desses apresentam idade igual ou superior a 60 anos (SHARMA & BERENBAUM, 2007). A OA da cintura pélvica e/ou coxartrose apresenta uma prevalência de 2,9%, sendo mais frequente no sexo feminino (EPIREUMAPT, 2015).

O objetivo deste trabalho é relatar a importância do tratamento fisioterapêutico em paciente com patologia degenerativa articular apresentando os recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas, focando na melhora do paciente.

2. METODOLOGIA

Foi atendida na Clínica de Fisioterapia da Faculdade Anhanguera Educacional de Pelotas, paciente do gênero feminino, 63 anos de idade, encaminhada pelo médico clínico geral, queixante de dores na região do quadril. Primeiramente foi realizada a anamnese detalhada para posteriormente estabelecer os objetivos e condutas fisioterapêuticas específicas para o caso.

Na anamnese da paciente M.V. 63 anos, atualmente aposentada, constatou-se que a paciente apresentava quadro álgico na região do quadril no lado direito,

ficando exarcebada ao deambular, havendo desconforto a noite para dormir e não suportando decúbito lateral à direita, motivos pelo qual a paciente aposentou-se.

Para mensurar o nível da dor foi aplicada a escala visual analógica (EVA), resultando em dor nível 7. No exame físico apresentou crista ilíaca do lado esquerdo um pouco mais elevada em relação ao lado contra lateral e ao realizar o teste de Patrick e Fabere o qual, segundo MAGGE (2010) indica se o paciente apresentará, comprometimento da articulação do quadril, espasmo do músculo iliopsoas ou comprometimento da articulação sacroilíaca, no referido caso, a paciente apresentou positividade indicando o comprometimento da articulação coxofemoral.

Os objetivos definidos foram: promover a analgesia, manter e/ou ganhar amplitude de movimento em MID (membro inferior direito), manter e/ou ganhar força em MID, treino de propriocepção e equilíbrio de marcha e orientações à paciente. E as condutas foram baseadas nos objetivos sendo eles as mobilizações passivas de membros inferiores (MMII's), na articulação coxofemoral, alongamentos ativo e ativo-assistidos em musculatura da região do quadril (glúteo, tensor da fáscia lata, abdutores, adutores), exercícios resistidos para fortalecimento da musculatura que envolve a articulação coxofemoral em MMII's, treino de marcha e equilíbrio, exercícios aeróbicos e orientações a paciente quanto a melhores hábitos.

Os atendimentos ocorreram durante um mês, sendo três sessões por semana com duração de 45 minutos cada, durante os atendimentos as condutas foram colocadas em prática e os principais recursos utilizados foram bola suíça, faixa elástica, tatame, cama elástica, cones, garrafas.

Em cada sessão a paciente foi submetida a mobilizações e alongamentos (no tatame), posteriormente exercícios resistidos (com faixa elástica, bola), logo treino de marcha (em linha reta, com obstáculos), finalizando com exercícios aeróbicos de baixa intensidade (subir e descer degraus). Ao final do tratamento a paciente apresentou melhora do quadro clínico, referiu diminuição do nível de dor para 5, melhor mobilidade na sua rotina diária.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No exame físico constatou-se o comprometimento da articulação do quadril (coxofemoral) através da anamnese e teste realizado dessa forma foram aplicadas as condutas fisioterapêuticas como alongamentos, exercícios resistidos, que teve como resultado melhora do desempenho muscular, a propriocepção e portanto a melhora da biomecânica. Segundo SACHETTI, et al. (2010), na OA os movimentos articulares já não são mais simétricos relacionados a uma série de sinais como rangidos, chiados e estalos que são percebidos pelo paciente ao longo do percurso da doença, assim como, a rigidez articular. A articulação acometida perde cada vez mais o movimento de forma que a rigidez acompanha a dor.

Posto isso, observou-se uma pequena discrepância entre as cristas ilíacas decorrente da compensação pela dor na articulação afetada. A coxofemoral é uma das articulações do membro inferior que tem a função de sustentar e locomover o corpo humano. Esta articulação é classificada como sinovial, esferoidal que permite movimento nos três planos (frontal, sagital e transversal) sendo este movimento limitado pelas estruturas ósseas, capsulares e mioligamentares (HALL, 2000).

No início do tratamento a principal queixa da paciente foi a dor e o desconforto, acarretando na modificação da capacidade funcional, ao decorrer das sessões sobreveio o alívio da dor. Segundo ESPANHA (2013), a dor é a principal sintomatologia clínica desta patologia, podendo ser intermitente na fase inicial e ao

desenvolver da doença se acentuar, tornando-se constante, o que leva o indivíduo a recorrer a tratamentos.

Além dos exercícios aplicados foram dadas orientações à paciente quanto a melhores hábitos, sendo importante a continuidade do tratamento para um melhor resultado do mesmo. Os objetivos da reabilitação envolvem o controle dos sintomas da OA como controlar as dores, prevenir as incapacidades e aprimorar os movimentos. São essenciais as orientações e informações dadas ao paciente para que a recuperação seja colaborativa e ativa (REZENDE et al., 2013). Em pacientes com coxartrose aguda, o fisioterapeuta trata os comprometimentos, as limitações nas atividades e as restrições funcionais que são resultantes dessa doença (KISNER, 2013).

Pacientes com OA em estágios avançados (crônica), que não apresentaram resultado promissor no tratamento fisioterápico, que apresentam dificuldades de locomoção exacerbadas e têm seus hábitos de vida diários alterados devem ser encaminhados para o médico ortopedista que indicará o tratamento cirúrgico (COIMBRA, 2002).

4. CONCLUSÕES

O tratamento fisioterapêutico planejado foi concluído de forma efetiva através do correto uso das técnicas e recursos utilizados, dessa forma, o objetivo primordial da melhora da paciente foi realizado. Desta forma, mostra-se a importância do fisioterapeuta no tratamento de doenças degenerativas, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SACHETTI, A.; VIDMAR, M.F.; VENANCIO, G.; TOMBINI, D.K.; SORDI, S.; PILLA, S.; SILVEIRA, M.M.; WIBELINGER, L.M.; Perfil epidemiológico de idosos com osteoartrose. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, R. Ci. méd. biol.; 9(3):212-215, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c930/ac518788e6823807c89f8e9946c14bef3e8c.pdf> Acessado em: 10 de setembro de 2019.

BRASILEIRO, **Fundamentos de Ortopedia e Traumatologia**, 2000. Ed: 1º. São Paulo, ed: Atheneu. 432 p.

COIMBRA, I.B.; PASTOR, E.D.; GREVE, J.M.D.; PUCINELLI, M.L.C.; FULLER, R.; CAVALCANTI, F.S.; MACIEL, F.M.B.; HONDA, E. Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite (artrose). **Rev Bras Reumatol**, v.42, n.6, 2002. Disponível em: <<http://www.cidmed.com.br/pdf/osteoartrite.pdf>>. Acessado em: 09 de setembro as 21:00.

EPIREUMAPT, **O retrato das doenças reumáticas em Portugal**. Lisboa: MedicoNews. 2015.

ESPANHA, M. **Dor e Exercício na Osteoartrose**. Dor, v.21, n. 2, p.5-14, 2013.

HALL, J. **A Biomecânica Básica**, Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2000.

KISNER, C.; COLBY, A.L. **Exercícios terapêuticos: Fundamentos e Técnicas**. ed. 6º. Barueri, SP: Manole, 2016.

KONIN, J. G. **Cinesiologia Prática para Fisioterapeutas**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2006.

MAGEE, D.J. **Avaliação musculoesquelética**. ed. 5º. Barueri, SP: Manole, 2010. 1.228 p.

REZENDE Márcia Uchôa de, CAMPOS Gustavo Constantino de, PAILO Alexandre Felício. **Conceitos atuais em osteoartrite**. Acta Ortop Bras. V.21, n.2, p.120-122, 2013.

SOUZA, A. Z.; LAAT, E. F. Osteoartrite: tipologia e tratamento. **EFDeportes**. com, v.16, n.156, 2011.

SHARMA, L., BERENBAUM, F. Osteoarthritis. **Elsevier Health Sciences**. Ed: 1º, 296 p., 2007.

XHADREZ, Y. **Vade-mécum de Cinesioterapia**. 4 ed. Andrei. São Paulo, 2001. 2.600 p.