

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO NA OSTEOARTROSE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Oliveira, T. H. S.¹, Nuevo, C. L. R.², Nicolau, R. A.³, Pacheco, M. T. T.⁴

¹⁻⁴ Universidade do Vale do Paraíba (Univap)/ Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento (IP&D), Av. Shishima Hifumi, 2911 - Urbanova - 12244-000 - S. J. dos Campos - SP
tiagosukao@hotmail.com, carolinanuevo@yahoo.com.br, rani@univap.br, mtadeu@univap.br

Resumo- A osteoartrose (OA) é uma doença reumática degenerativa que atinge as articulações sinoviais, podendo culminar em microfraturas, cistos e esclerose no osso subcondral e formação de osteófitos nas bordas articulares. Esta doença causa incapacidade funcional devido a dor e redução de amplitude de movimento. Este trabalho propôs-se a realizar uma revisão da literatura a fim de identificar o papel da fisioterapia junto aos pacientes com osteoartrose. O levantamento bibliográfico refere-se às publicações dos últimos dez anos. Observou-se que pacientes com osteoartrose têm importante diminuição da força muscular, acarretando limitação desta função, interferindo nas atividades da vida diária. A maioria dos estudos faz referência favorável aos exercícios terapêuticos, porém não há consenso quanto ao uso dos demais recursos fisioterápicos, principalmente calor e gelo. O papel da fisioterapia, no pós-operatório de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho, além de um importante papel na reabilitação desses pacientes, auxiliando-os, tanto no alívio dos sintomas, quanto na execução das atividades da vida diária, melhorando a funcionalidade, contribuindo para manter a qualidade de vida.

Palavras-chave: osteoartrose, fisioterapia, reabilitação

Área do Conhecimento: IV - Ciências da Saúde

Introdução

A osteoartrose (OA) é uma doença reumática degenerativa que atinge as articulações sinoviais e caracteriza-se por apresentar alterações na cartilagem articular, dando origem a zonas de fibrilação e fissuração. Também são observadas microfraturas, cistos e esclerose no osso subcondral e formação de osteófitos nas bordas articulares [1-3].

A OA está associada com dor e rigidez articular, deformidade e progressiva perda da função, afetando o indivíduo em múltiplas dimensões: do nível orgânico até o social [3-5].

Sua incidência é muito elevada atualmente, sendo a OA responsável pela incapacidade laborativa de cerca de 15% da população adulta do mundo. No Brasil, ocupa o terceiro lugar na lista dos segurados da Previdência Social que recebem auxílio-doença, ou seja, 65% das causas de incapacidade, estando atrás somente das doenças cardiovasculares e mentais. Ocorre, predominantemente, no sexo feminino, durante a idade adulta: entre a quarta e quinta décadas, no período da menopausa [2].

A etiologia da OA não é bem conhecida, mas está relacionada com cargas excessivas e microtraumas repetitivos associados a tarefas ocupacionais[4], além de fatores hereditários, metabólicos e endócrinos que sugerem a participação do estrógeno na desordem [6].

O tratamento atual detém-se, basicamente, em combater a sintomatologia. A fisioterapia tem

papel importante no que diz respeito à melhora dos sintomas e restauração da função. Com interesse em identificar o papel da fisioterapia junto aos pacientes com OA, este trabalho propôs-se a realizar uma revisão da literatura, no sentido de identificar as informações mais objetivas e acuradas a esse respeito.

Materiais e Métodos

O levantamento bibliográfico, realizado através dos sistemas MEDLINE e LILACS, refere-se às publicações dos últimos dez anos, utilizando-se das palavras-chaves *osteoarthritis*, *physical therapy* e *rehabilitation*. Foram selecionados apenas os artigos que tinham interesse para o objetivo proposto, ou seja, discutir o papel da fisioterapia, os quais foram lidos cuidadosa e criticamente, sendo identificadas quatro categorias, descritas a seguir.

Resultados

Após análise criteriosa das referências bibliográficas, foram identificadas quatro categorias: 1) Diminuição da força muscular e limites nas atividades de vida diária; 2) O papel dos exercícios e outros recursos fisioterápicos; 3) A fisioterapia nas artroplastias totais de joelho; 4) Aspectos socioeconômicos.

Discussão

1) *Diminuição da força muscular e limites nas atividades de vida diária*

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 [7].

Vários autores [8-15] referem-se à diminuição da força em todos os grupos musculares que envolvem a articulação osteoartrítica como tendo grande importância, pois causa progressiva perda de função, podendo levar o paciente a incapacidade grave. Isso ocorre, principalmente, se as articulações acometidas forem as que suportam o peso do corpo, podendo resultar em maior progressão da doença, pois são os músculos os importantes absorvedores de choques que ajudam a estabilizar a articulação [16].

A diminuição da força muscular e a ocorrência da dor são as principais características dos doentes com osteoartrose, perpetuando, um círculo vicioso no qual a limitação funcional conduz à incapacidade e, por sua vez, estas levam a limites nas atividades de vida diária e, por sua vez, à piora da qualidade de vida. A fisioterapia com seus recursos e técnicas pode auxiliar na quebra desse círculo vicioso, contribuindo dessa forma para a melhora do quadro clínico e funcional.

2) *Papel dos exercícios e outros recursos fisioterápicos*

Vários trabalhos entram em contradição sobre os exercícios terapêuticos, onde estes apresentam os exercícios como inapropriados para os pacientes com artrites inflamatórias, pois poderiam causar estresse e esforço indevido na articulação lesada e, assim, piorar a inflamação. Porém, vários estudos encontraram diminuição da força e *endurance* muscular e, conseqüentemente, perda da capacidade funcional desses pacientes com OA, além de diminuição da capacidade aeróbica. Já outros trabalhos citam que vários estudos fazem referência favorável aos exercícios, acreditando que estes melhoram e mantêm a força muscular, a mobilidade articular, a *endurance*, a funcionalidade e, mais, aumentam a densidade óssea e diminuem a dor, pois melhoram a biomecânica [8-10,12,17].

Existem vários tipos de exercícios terapêuticos usados pela fisioterapia: mobilização passiva e ativa, alongamentos, exercícios isométricos, isotônicos e outros.

Os exercícios de fortalecimento muscular têm sua importância, pois a fraqueza dos músculos que envolvem a articulação osteoartrítica contribui para a incapacidade do paciente. Os exercícios

isométricos são recomendados inicialmente, por ser bem tolerados pelos pacientes e por ser mínima a probabilidade de causarem inflamação, principalmente se realizados em ângulos articulares que causam menos dor. Além disso, a elevação da pressão intra-articular, através desse tipo de exercício, é pequena e a destruição do osso subcondral também é mínima em relação a outros tipos de exercícios.

Os exercícios terapêuticos em si sós, além de melhorar a função muscular, melhoram também a capacidade aeróbica em pacientes com OA.

Tanto o paciente quanto o terapeuta devem estar atentos aos sinais e sintomas de exercício excessivo para não causar maiores danos à articulação. Geralmente, incluem como indicador de excesso de exercício o aumento de edema, dor após exercício que dura mais de duas horas e aumento da fadiga [16,17].

Alguns preconceitos acabam prejudicando a pesquisa e o tratamento dos pacientes com OA. Um deles é o "desejo de curar". Muitos estudos que consideram os exercícios terapêuticos tendem a excluir os pacientes com artrite "incontrolável". No entanto, os exercícios não são a cura. Para reconhecer a necessidade da reabilitação, é preciso aceitar a incapacidade da cura. Existe, ainda, o preconceito em relação ao próprio exercício, pois alguns médicos preferem, como medida inicial, o repouso exagerado; além disso, as indústrias farmacêuticas, as grandes financiadoras de pesquisa e *marketing*, favorecem as drogas. [17]

Além da terapia medicamentosa e de exercícios terapêuticos, vários outros recursos também podem ser utilizados de forma associada no tratamento de pacientes com OA. Os recursos de calor, frio e eletroterapia são amplamente utilizados, mas existem poucos estudos a respeito de sua eficiência na osteoartrose [1,17].

Os exercícios terapêuticos constituem o principal recurso utilizado pela fisioterapia para recuperar a força muscular. A grande variedade de exercícios possibilita manter a mobilidade articular, alongamento, melhorar contraturas e, quando utilizados em conjunto com outros recursos fisioterápicos (ondas curtas, ultra-som, laser, gelo, etc.), podem também promover grande alívio na dor. Alguns recursos menos utilizados, entre eles a eletroterapia, também são objetos de estudo de vários autores e todos são unânimes em salientar a importância da fisioterapia na recuperação dos pacientes com osteoartrose.

3) *A fisioterapia nas artroplastias totais de joelhos*

As artroplastias totais, tanto de joelho quanto de quadril, vêm melhorando a qualidade de vida de pacientes reumáticos e podem oferecer grande benefício aos pacientes com OA grave, quando

outros métodos conservadores (como a terapia medicamentosa e a fisioterapia) não foram capazes de reduzir a dor e há progressiva limitação funcional nas atividades da vida diária [18].

A fisioterapia vai atuar na reabilitação pós-operatória desses pacientes submetidos à artroplastia, visando o retorno precoce da função que está associada com a amplitude de movimento da articulação [19].

As artroplastias vieram para melhorar a funcionalidade e a dor dos pacientes reumáticos, promovendo melhora importante em sua qualidade de vida. A fisioterapia tem um papel decisivo tanto no pré quanto no pós-operatório, apressando a recuperação e ensinando os pacientes a utilizarem adequadamente a melhora da função que a artroplastia promove [19,20].

4) Aspectos socioeconômicos

É necessário ressaltar que, além dos problemas físicos como a dor, rigidez, incapacidade para realizar as atividades da vida diária, os pacientes com OA têm também problemas econômicos, sociais e emocionais. [21].

Verificou-se que há grande número de problemas familiares e sociais. A dor e a rigidez levam a falta de mobilidade, com resultante perda da independência, e acabam causando frustração e raiva ao paciente; esse fato influencia na relação familiar e profissional. As desordens músculo-esqueléticas causam efeitos adversos no potencial de trabalho e o desemprego aumenta o estresse geral tanto do paciente quanto da família. Desse modo, a OA, por afetar o indivíduo em múltiplos aspectos, deve ser abordada de forma multidisciplinar. [22].

Os problemas socioeconômicos surgem marcadamente na vida dos doentes com osteoartrose, sendo hoje um dos principais grupos que constam da lista de segurados da Previdência Social. É de esperar que os problemas sociais e familiares estejam presentes e cabe à equipe multidisciplinar traçar metas para auxiliar esses pacientes a adquirirem o bem-estar necessário para enfrentar os limites impostos pela doença. [21,22].

Conclusão

Concluimos que cuidados médicos apropriados e a atuação da fisioterapia no tempo oportuno podem evitar que o impacto da osteoartrose cause danos e que estes levem a limitação funcional, provocando incapacidade. A prevenção primária, secundária ou terciária é um componente crítico de toda intervenção terapêutica em cada etapa. O papel e a importância da fisioterapia junto às doenças

reumáticas são hoje objetos de inúmeros estudos, como foi visto nesta revisão da literatura. Porém, pouco se fala sobre sua atuação preventiva, havendo ênfase na fase curativa. 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 é hoje a principal meta dos profissionais que atuam com esses pacientes.

Assim, um trabalho de fisioterapia corretamente proposto pode vir a auxiliar os pacientes com OA a aliviar a dor, aumentar a capacidade funcional das articulações acometidas e a independência nas atividades da vida diária e, em última análise, a melhorar sua qualidade de vida.

Referências

- [1] Greve JMD, Plapler PG, Seguchi HH, Pastor EH, Baptistella LR: Tratamento fisiátrico da dor na osteoartrose. **Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo** 47: 185-189, 1992.
- [2] Pastor EH: Doença articular degenerativa. Osteoartrose. In Cossermelli W: Apostila de Reumatologia aos Alunos do Quarto Ano, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1994.
- [3] Roimisher S: Conceito, etiopatogenia e patologia da artrose. In CruzFilho A (ed): Clínica Reumatológica, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 486-490, 1980.
- [4] Guccione AA: Arthritis and the process of disablement. **Phys Ther** 74: 39-45, 1994.
- [5] Threkeld AJ, Currier DP: Osteoarthritis: effects on synovial joints tissues. **Phys Ther** 68: 364-370, 1988.
- [6] Sack KE: Osteoarthritis – A continuing challenge. **West J Med** 163: 579- 586, 1995.
- [7] Michet CJ: Osteoarthritis. **Prim Care** 20: 815-826, 1993.
- [8] Fisher NM, Pendergast DR, Gresham GE, Calkins E: Muscle rehabilitation: its effect on muscular and functional performance of patients with knee osteoarthritis. **Arch Phys Med Rehabil** 72: 367-374, 1991.
- [9] Fisher NM, Gresham GE, Abrams M, Hicks J, Horrigan D, Pendergast DR: Quantitative effects of

physical therapy on muscular and functional performance in subjects with osteoarthritis of the knees. **Arch Phys Med Rehabil** 74: 840-847, 1993.

[10] Fisher NM, Pendergast DR: Effects of a muscle exercise program on exercise capacity in subjects with osteoarthritis. **Arch Phys Med Rehabil** 75: 792-797, 1994.

[11] Fisher NM, Kame VD, Rouse L, Pendergast DR: Quantitative evaluation of a home exercise program on muscle and functional capacity of patients with osteoarthritis. **Am J Phys Med Rehabil** 73: 413-420, 1994.

[12] Gogia PP, Sabbahi MA: Electromyographic analysis of neck muscle fatigue in patients with osteoarthritis of the cervical spine. **Spine** 19: 502-506, 1994.

[13] Pai YC, Chang HJ, Chang RW, Sinacore JM, Lewis JL: Alteration in multijoint dynamics in patients with bilateral knee osteoarthritis. **Arthritis Rheum** 37: 1297-1304, 1994.

[14] Semble EL, Loeser RF, Wise CM: Therapeutic exercise for rheumatoid arthritis and osteoarthritis. **Semin Arthritis Rheum** 20: 32-40, 1990.

[15] Tan J, Balci N, Sepici V, Gener FA: Isokinetic and isometric strength in osteoarthritis of the knee. **Am J Phys Med Rehabil** 74: 364-369, 1995.

[16] Schnitzer TJ: Osteoarthritis treatment update – Minimizing pain while limiting patient risk. **Postgrad Med** 93: 89-95, 1993.

[17] Bunning RD, Materson RS: A rational program of exercise for patients with osteoarthritis. **Semin Arthritis Rheum** 21: 33-43, 1991.

[18] Johnson DP, Eastwood DM: Bone beneficial effects of continuous passive motion after total condylar knee arthroplasty. **Ann R Coll Surg Engl** 74: 412-416, 1992.

[19] Ryu J, Saito S, Yamamoto K, Sano S: Factors influencing the postoperative range of motion in total knee arthroplasty. **Bull Hosp Jt Dis** 53:35-40, 1993.

[20] McInnes J, Larson MG, Daltroy LH et al: A controlled evaluation of continuous passive motion in patients undergoing total knee arthroplasty. **JAMA** 268: 1423-1428, 1992.

[21] Brown GMM, Dare CM, Smith PR, Meyers OL: Important problems identified by patients with chronic arthritis. **S Afr Med J** 72: 126-128, 1987.

[22] Muncie HL: Medical aspects of the multidisciplinary assessment and management of osteoarthritis. **Clin Ther** 9: 4-13, 1986.