

HIDROTERAPIA NA OSTEOARTRITE DE QUADRIL

SOUZA, Barbara Samanta Ramos de.

Discente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT

HANF, Alessandra Garcia.

Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva - FAIT

RESUMO

A osteoartrite (OA) é uma patologia de maior ocorrência do sistema articular, sendo que o crescimento da expectativa de vida da população contribui para o aumento da doença. Esse distúrbio ocorre com idades entre 40 a 50 anos, com ocorrência em todo o mundo com idade ao redor dos 80 anos. A OA é uma doença de caráter degenerativo, que atinge a cartilagem sinovial e as estruturas periarticulares, tendo como sintomas dor, rigidez articular e crepitações. O tratamento fisioterapêutico deve ser através da aplicação da crioterapia, o calor superficial e profundo que irão ajudar a promover a analgesia. A hidroterapia na osteoartrite inclui a promoção da analgesia, aumento da amplitude de movimento, alívio do espasmo muscular, ensino das habilidades da natação e melhora da marcha. O objetivo do presente trabalho visou estudar e relatar a importância no tratamento da hidroterapia através do método Bad-Ragaz em pacientes com osteoartrite de quadril.

Palavras-chave: articulação, degeneração, fisioterapia.

ABSTRACT

Osteoarthritis (OA) is a higher incidence of pathology of the joint, and the growth of the life expectancy of the population contributes to increased disease. This disorder occurs between ages 40 to 50 years, with worldwide occurrence with age around 80 years. OA is a degenerative disease that affects cartilage synovial and periarticular structures, with symptoms such as pain, stiffness and crackles. The physical therapy should be through the application of cryotherapy, superficial and deep heat that will help promote analgesia. Hydrotherapy in osteoarthritis includes the promotion of analgesia, increase range of motion, relieve muscle spasm, teaching swimming skills and improve gait. The aim of this study intended to examine and report on the importance of hydrotherapy treatment using the method-Bad Ragaz in patients with osteoarthritis of the hip.

Key-words: joint, degeneration, physiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é uma patologia de maior ocorrência do sistema articular, sendo que o crescimento da expectativa de vida da população contribui para o aumento da doença. Tal distúrbio é um dos fatores que mais causam ausências relacionadas ao trabalho. Por mais que a OA seja uma doença relacionada com o envelhecimento, não é considerada como uma patologia de caráter degenerativo, pois ocorre um aumento do metabolismo de células compostas na articulação, tendo como fator responsivo o acometimento de agressão à cartilagem (CARVALHO, 2008).

O desenvolvimento dessa doença afeta toda a articulação sinovial e não somente um tecido, afetando assim a sinóvia, os ligamentos e estruturas

neuromusculares de sustentação, o osso subcondral, o disco intra-articular, incluindo a cartilagem (ROSIS, MASSABKI & KAIRALLA, 2010).

Trata-se de uma insuficiência da cartilagem causada por alterações genéticas, mecânicas, ósseas, hormonais e metabólicas. Essas alterações geram uma diminuição no tecido da cartilagem seguida de uma remodelação óssea com uma inflamação sinovial (CARVALHO, 2008).

Essa patologia afeta mais as articulações das mãos, dos pés, joelhos, dos quadris, a coluna cervical e a lombar, sendo sua etiologia de origem primária e secundária. A primária é relatada como causa desconhecida, através do envelhecimento. Já a secundária, é causada por traumatismos na articulação, necrose avascular, infecções articulares, doenças inflamatórias, doenças hemorrágicas e doenças metabólicas (FACCI, MARQUETTI & COELHO, 2007).

Através da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi estimado que 25% das pessoas com mais de 65 anos sofrem dor e dificuldades que estão relacionadas à OA (RICCI & COIMBRA, 2006). A OA atinge mais o sexo feminino, já na idade adulta com prevalência entre a quarta e quinta décadas de vida quando ocorre a menopausa (KONDO & MARQUES, 1998).

A OA é uma doença de caráter degenerativo, que atinge a cartilagem sinovial e as estruturas periarticulares, tendo como sintomas dor, rigidez articular e crepitações (VASCONCELOS, DIAS & DIAS, 2008).

O tratamento fisioterapêutico deve ser através da aplicação da crioterapia, o calor superficial e profundo que irão ajudar a promover a analgesia, se utilizados corretamente com suas devidas indicações e contra-indicações. Já a atividade física se praticada regularmente, pode trazer benefícios quanto aos fatores secundários que se analisa nessa doença. Além do que, para se ter uma eficácia maior, o tratamento deve ser efetuado através de medicamentos e na terapia física (SILVA, IMOTO & CROCI, 2007).

Outro meio de tratamento envolvendo a fisioterapia é em relação aos exercícios de fortalecimento muscular, exercício aeróbico para ganho de condicionamento físico e alongamento para ter uma maior flexibilidade aumentando assim a amplitude de movimento (COIMBRA et al., 2002).

A hidroterapia na osteoartrite inclui a promoção da analgesia, aumento da amplitude de movimento, alívio do espasmo muscular, ensino das

habilidades da natação e melhora da marcha. Quando os quadris e joelhos na osteoartrite são acometidos, ocorre uma diminuição do nível de condicionamento e da mobilidade, sendo assim o tratamento deve estabelecer a melhora da mobilidade dos membros superiores e tronco e na melhora da força (TINSLEY, 2000).

O objetivo do presente trabalho visou estudar e relatar a importância no tratamento da hidroterapia através do método Bad-Ragaz em pacientes com osteoartrite de quadril.

2 CONTEÚDO

É relacionada como artrose, gonartrose, quando afeta o joelho, osteoartrite, rizartrose, quando afeta as mãos, coxartrose, quando afeta o quadril, uncoartrose, quando afeta a coluna cervical (WIBELINGER, 2009).

Considera-se a osteoartrite como uma artropatia de caráter degenerativo que está relacionada a um desarranjo de sua cartilagem articular, sobretudo a alterações nas faixas articulares e no osso subjacente (MOTA, 2010).

No acometimento do quadril a dor, rigidez, limitação de movimentos e a debilidade resultam para a manifestação de incapacidade nos indivíduos afetados nessa doença (GRAUP et al., 2009).

Contudo, trata-se de uma doença das articulações diartrodiais, no qual causam ao paciente dor e limitação funcional, e de modo radiográfico por osteófitos e encurtamento das áreas articulares (GOLDMAN & AUSIELLO, 2009).

A osteoartrite pode ser originada como primária e secundária. A forma primária é de etiologia desconhecida, mas fatores hereditários podem estar relacionados acometendo mais as mulheres que estão na fase da menopausa (WIBELINGER, 2009).

A forma secundária ocorre mais devido a fraturas, doenças inflamatórias, traumas, doenças hematológicas, entre outras. A porcentagem de indivíduos que apresentam sinais e sintomas dessa patologia é de cerca de 80% com idade acima de 70 anos (WIBELINGER, 2009).

Por ser uma patologia que afeta a parte socioeconômica trazendo incapacidade ao indivíduo, ela é ponderada como a doença reumatológica de maior interesse (REBELATTO & MORELLI, 2007). Se comparada com a

hipertensão arterial e as patologias vasculares, a osteoartrite se torna uma das mais severas patologias da sociedade (ANTI, 2009).

Através de estudos europeus puderam avaliar que aproximadamente 7 a 25% da raça branca a partir dos 55 anos de idade há manifestação da osteoartrite de quadril (ANTI, 2009). Além disso, puderam constatar que essa patologia que acomete quase 10% da população dos países do ocidente (GRAUP et al., 2009).

Esse distúrbio ocorre com idades entre 40 a 50 anos, com ocorrência em todo o mundo com idade ao redor dos 80 anos. Na maior parte dos homens antes dos 40 anos está relacionada devido a trauma. Já nas mulheres, observa-se essa doença entre 40 e 70 anos, na qual os homens também se incluem após essa faixa etária (BEERS et al., 2008).

A etiologia da osteoartrite é multifatorial, já que variados fatores podem estar envolvidos para a ocorrência dessa doença, independente da forma ser primária ou secundária, e na extensão do acometimento (MOTA, 2010).

Trata-se de um distúrbio degenerativo onde ocorrem alterações que abrangem os tecidos cartilagosos articulares da membrana sinovial e do osso subcondral. Destacando a forma primária, podemos relatar lesões na cartilagem e uma falência dos tecidos das articulações diartrodiais (REBELATTO & MORELLI, 2007).

Os casos de osteoartrite em muitas vezes ocorre de forma lenta, não é de forma progressiva, porém pode não ser se adequar a situação e ocorrer uma falência das articulações, como sintomas e incapacidade (LEITÃO & LEITÃO, 2006).

Os fatores de risco para essa patologia incluem o sexo, a idade, o grupo étnico, determinadas condições individuais, como os fatores genéticos, a obesidade e o sexo, e os fatores localizados, como a instabilidade dos joelhos, a lesão dos meniscos e a displasia (LEITÃO & LEITÃO, 2006).

É estabelecida como um déficit gradual da cartilagem articular, relacionada a um afinamento do osso subcondral, constituição de osteófitos nas faixas articulares e inflamação crônica da sinóvia, de forma tênue e sem especificidade (MOTA, 2010).

As mudanças nos condrócitos e na matriz cartilaginosa procedem em uma perda da estrutura normal que ocorre na cartilagem articular, e em

tentativas de reparar e remodelar o osso subcondral. Por ocorrer essa reparação e remodelação, a degeneração não é de forma gradual e a relação quanto à degeneração articular alterna entre as articulações e os indivíduos (REBELATTO & MORELLI, 2007).

A osteoartrite nos estágios iniciais é de modo silencioso, sendo assim um alto predomínio quanto aos achados radiográficos e patológicos em pacientes assintomáticos (GOLDMAN & AUSIELLO, 2009).

Geralmente o paciente que apresenta essa doença é de meia-idade ou idoso, queixando de dor e rigidez articular, com sobrepeso, com limitação de função (MOTA, 2010).

Quando a doença está na fase inicial, é mais freqüente afetar somente uma articulação, e após isso outras articulações conseqüentemente se tornam dolorosas (GOLDMAN & AUSIELLO, 2009).

A dor é relatada como um sintoma de maior importância nessa patologia, sendo a intensidade de forma variada. Além disso, ela pode ser relatada na articulação afetada ou em outra região que não foi acometida pela doença, sendo as mulheres as que mais apresentam piora na dor (SILVA, MONTANDON & CABRAL, 2008).

A rigidez permanece por até 30 minutos na parte da manhã, tornando-se pior no repouso. Outro fator é a inflamação que não se encontra muito, mas se estiver pode ocorrer edema, dor e desconforto (WIBELINGER, 2009).

Na perda da mobilidade os tecidos da cartilagem começam a se hipertrofiar (SKARE, 2007). E com a evolução da doença ocorre uma limitação de movimento juntamente relacionada à incongruência entre as estruturas articulares, contratatura da cápsula, espasmo muscular e bloqueio mecânico (MOTA, 2010).

Percebe-se também a presença do edema na articulação, que pode ter ocorrência devido a um derrame sinovial ou a uma elevação do osso e presença de osteófitos. Crepitação e uma amplitude de movimento limitada, umas hipersensibilidades dolorosas com a palpação nas articulações podem estar presentes em pacientes com osteoartrite (GOLDMAN & AUSIELLO, 2009).

Como ainda não há medicamentos que possam prevenir, evitar ou reverter o processo de lesões da cartilagem em humanos, o objetivo é quanto à diminuição da dor e da incapacidade funcional (SANTOS et al., 2011).

Alguns tratamentos envolvendo a fisioterapia são bem-vindos para pacientes com osteoartrite, tendo como objetivo o controle da dor, minimizar a progressão das lesões, aumentar a qualidade de vida dos pacientes e melhorar e prevenir limitações e deformidades (WIBELINGER, 2009).

O uso de compressas frias e aplicações de calor têm o intuito de promover a analgesia e o relaxamento muscular. Podemos utilizar a termoterapia superficial com compressas quentes, luz ultravioleta, banho bem quente ou do forno de Bier (SKARE, 2007).

Já, a eletroterapia é realizada na fase subaguda para atuar no controle da inflamação e da dor (BIASOLI & IZOLA, 2003). Nas aplicações de calor profundo podemos buscar recurso através do ultra-som, microondas e ondas curtas. Pode-se aplicar o uso do calor quanto do frio antes dos exercícios, pois irá facilitar a execução do mesmo (WIBELINGER, 2009).

Os exercícios para aumentar a amplitude de movimento, fortalecimento, exercícios isométricos, isotônicos, isocinéticos e posturais promovem a manutenção da cartilagem e a amplitude de movimentos. Também faz com que haja uma diminuição na execução do movimento articular nos tendões e músculos (BEERS et al., 2008). No entanto, exercícios isométricos têm mais preferência do que os isotônicos por oferecer menos impacto na articulação acometida (GOLDMAN & AUSIELLO, 2009).

A hidroterapia na osteoartrite consiste em um tratamento efetivo, pois pode ser realizada sem que ocorra uma sobrecarga na articulação (BIASOLI & IZOLA, 2003). Ela traz efeitos quanto a analgesia, ao alívio dos espasmos musculares, aumento ou manutenção da amplitude de movimento, fortalecimento muscular, reeducação dos músculos paralisados, na melhora da circulação, na melhora do equilíbrio, coordenação, postura e na reeducação da marcha (CAMPION, 2000; TINSLEY, 2000).

Em se tratando do método Bad-Ragaz, ele é consistido em um tratamento de forma horizontal, onde há anéis de flutuação que são envoltos em torno do pescoço, na região da pelve e embaixo dos joelhos e tornozelos do paciente. Seu objetivo é quanto ao fortalecimento, relaxamento, reeducação

muscular, tração/alongamento espinhal e inibição do tônus na água (GARRETT, 2000). Os movimentos na diagonal e tridimensional são realizados no método Bad-Ragaz (ACCACIO & SACCHELLI, 2007).

3 CONCLUSÃO

Conclui que a fisioterapia é indispensável na osteoartrite em relação aos exercícios de fortalecimento muscular, exercício aeróbio para ganho de condicionamento físico e alongamento para ter uma maior flexibilidade aumentando assim a amplitude de movimento. Além disso, a hidroterapia na osteoartrite inclui a promoção da analgesia, aumento da amplitude de movimento, alívio do espasmo muscular, ensino das habilidades da natação e melhora da marcha.

4 REFERÊNCIAS

SEDA, H.; FULLER, R. Osteoartrite. In: CARVALHO, M. A. P.; LANNA, C. C. D.; BÉRTOLO, M. B. **Reumatologia: diagnóstico e tratamento**. 3 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008, cap.18, p.245-262.

RICCI, N. A.; COIMBRA, I. B. Exercício físico como tratamento na osteoartrite de quadril : uma revisão de ensaios clínicos aleatórios controlados. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.46, n.4, p.273-280, jul/ago.2006.

KONDO, A.; MARQUES, A. P. A. Fisioterapia na osteoartrose : uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.38, n.2, p.83-90, mar/abr.1998.

VASCONCELOS, K. S. S.; DIAS, J. M. D.; DIAS, R. C. Impacto de grau de obesidade nos sintomas e na capacidade funcional de mulheres com osteoartrite de joelho. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.15, n.2, p.125-130, abr/jun.2008.

SILVA, A. L. P.; IMOTO, D. M.; CROCI, A. T. Estudo comparativo entre a aplicação de crioterapia, cinesioterapia e ondas curtas no tratamento da osteoartrite de joelho. **Acta Ortop. Bras.**, São Paulo, v.15, n.4, p.204-209, [S.I.] 2007.

COIMBRA, I. B. et al., Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite (artrose). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.42, n.6, p.371-374, nov/dez.2002.

FACCI, L. M.; MARQUETTI, R.; COELHO, K. C. Fisioterapia aquática no tratamento da osteoartrite de joelho : série de casos. **Fisioterapia em Movimento**, v.20, n.1, p.17-27, jan/mar.2007

ROSIS, R. G.; MASSABKI, P. S.; KAIRALLA, M. Osteoartrite : avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v.8, n.2, p.101-108, mar/abr.2010.

TINSLEY, L. M. Doenças reumáticas. In: CAMPION, M. R. **Hidroterapia : princípios e prática**. 1 ed. Barueri : Manole, 2000, p.250-264.

WIBELINGER, L. M. Osteoartrose. In: _____. **Fisioterapia em reumatologia**. 1ed. Rio de Janeiro : Revinter, 2009, cap.5, p.61-83.

MOTA, L. M. H. M. Osteoartrite. In: SHINJO, S. K. **Reumatologia**. 1ed. São Paulo : Atheneu, 2010, cap.8, p.73-90.

APLEY, A. G.; SOLOMON, L. Artrites degenerativas. In: _____. **Ortopedia e fraturas em medicina e reabilitação**. 6ed. São Paulo : Atheneu, 2002, cap.5, p.53-66.

GRAUP, S. et al. Características da marcha de um paciente com osteoartrose de quadril com e sem auxílio de bengala. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.4, p.357-362, out/dez.2009.

GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. Osteoartrite. In: _____. **Cecil medicina**. 23ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2009, cap.283, p.2293-2298.

LEITÃO, R. E. A.; LEITÃO, A. V. A. Reabilitação em algumas especialidades médicas. In: _____. **Medicina em reabilitação**: manual prático. 1ed. Rio de Janeiro : Revinter, 2006, cap.5, p.193-224.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. Fisioterapia aplicada aos idosos portadores de doenças reumáticas. In: _____. **Fisioterapia geriátrica**. 2ed. Barueri : Manole, 2007, cap.8, p.271-317.

BEERS, M. H. et al. Distúrbios articulares. In: _____. **Manual merck**: diagnóstico e tratamento. 18ed. São Paulo : Roca, 2008, cap.34, p.304-321.

SKARE, T. L. Osteoartrite. In: _____. **Reumatologia**: princípios e prática. 2ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2007, cap.36, p.253-259.

SILVA, N. A.; MONTANDON SILVA, A. C. O.; CABRAL, M. V. S. P. Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas. **Einstein**, São Paulo, v.6, n.1, S21-S28, [S.I.], 2008.

ANTI, S. M. A. Quadril. In: MOREIRA, C.; PINHEIRO, G. R. C.; NETO, J. F. M. **Reumatologia essencial**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2009, cap.16, p.160-169.

SANTOS, F. C. et al. Tratamento da dor associada à osteoartrose de joelho em idosos: um ensaio clínico aleatório e duplamente encoberto com o cloxinato de lisina. **Rev. Dor.**, São Paulo, v.12, n.1, p.6-14, jan/mar.2011.

CAMPION, M. R. Os efeitos fisiológicos, terapêuticos e psicológicos da atividade aquática. In: _____. **Hidroterapia** : princípios e prática. 1 ed. Barueri : Manole, 2000, cap.1, p.3-4.

