

---

**A influência da fisioterapia no tratamento da  
osteoartrite de quadril: relato de caso**  
**Physical therapy influence in hip osteoarthritis  
treatment: case study**

---

ALINE DAYANE NERI<sup>1</sup>  
ANDREY ROGÉRIO CAMPOS GOLIAS<sup>2</sup>

**RESUMO:** A partir da terceira década de vida começam a ocorrer modificações estruturais nos tecidos esqueléticos que acarretam alterações da fisiologia dos mesmos. A osteoartrite é uma dessas doenças degenerativas que atinge as articulações sinoviais e caracteriza-se por apresentar alterações na cartilagem articular, dando origem a zonas de fibrilação e fissuração. Este trabalho teve como objetivo verificar a melhora do quadro físico e da qualidade de vida de um paciente com osteoartrite de quadril após ser submetido a um tratamento utilizando técnicas fisioterapêuticas. Foi avaliado, tratado e reavaliado na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade UNINGÁ, Maringá, Paraná, um paciente com diagnóstico clínico de osteoartrite de quadril bilateral. Como resultados, podemos conferir uma melhora subjetiva na marcha e uma melhora objetiva nas amplitudes de movimentos do quadril e na força muscular de membros inferiores. Porém obteve um resultado negativo quando verificado os resultados do questionário auto-administrativo de avaliação do quadril. Através deste estudo pode-se observar que o paciente submetido à fisioterapia obteve melhora do estado geral de saúde o que refletiu na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Osteoartrite. Fisioterapia. Exercícios Físicos.

---

<sup>1</sup>Aluna do Curso de Fisioterapia da UNINGÁ – Maringá-PR

<sup>2</sup>Professor da UNINGÁ – Maringá-PR – Av. Colombo, 9727 Km 130, Cep 87070-810, Maringá-PR, e-mail: andreyfisio@gmail.com

**ABSTRACT:** From the third decade of life start to occur the first structures modifications in skeletal tissue that will cause their own physiological changes. The osteoarthritis is one of many degenerative illnesses which reaches sinovial joints and is recognized for showing alterations in cartilage joint, therefore originate the fissuration and fibrillation zones. This study has as objective to verify the health and quality of life's improve of a hip osteoarthritis patient after he has been submitted by a treatment which physical therapy techniques. It has been assessment, treated and reexamined in the physical therapy School Clinic of UNINGÁ, Maringá, Paraná, a patient who has bilateral hip osteoarthritis. As results, we may confer a subjective improve in the march, an objective improve in the extent body movements of the hip and strengthening of inferior muscles. However, it got a negative result when verified the results of the auto-administrative questionnaire of evaluation of the hip. From this paper, it can be observed that the patient submitted by physical therapy, got improve in his general health condition, which has reflected in his quality of life.

**Key-words:** Osteoarthritis. Physical Therapy. Physical Exercises.

## INTRODUÇÃO

A partir da terceira década de vida começam a ocorrer modificações estruturais nos tecidos esqueléticos que acarretam alterações da fisiologia dos mesmos, resultando no aumento progressivo da frequência de eventos patológicos envolvendo os sistemas osteoarticulares (VELLUTINI, 1997).

A osteoartrose (OA) é uma dessas doenças degenerativas, articular, e, sobretudo, preponderante em pessoas idosas e do sexo feminino. O elemento fundamentalmente lesado é a cartilagem articular, que apresenta uma fragilidade, a qual predispõe ao processo artrósico (RUARO, 2004).

É uma doença reumática que atinge as articulações sinoviais e caracteriza-se por apresentar zonas de fibrilação e fissuração na cartilagem articular. Também são observadas microfraturas, cistos e esclerose no osso subcondral e formação de osteófitos nas bordas articulares. A OA está associada à dor e rigidez articular, deformidade e progressiva perda da função, afetando o indivíduo em múltiplas dimensões, do nível orgânico até o nível social (MARQUES; KONDO, 1998).

Pode ser dividida em dois tipos: *Primária* que resulta de um defeito da capacidade da cartilagem em se manter, e *secundária* que ocorre quando a capacidade da cartilagem para a homeostase foi alterada por fatores inflamatórios, metabólicos, estruturais, ou biomecânicos (WEINSTEIN; BUCKWALTER, 2000).

É mais comum em certas articulações como quadril, joelhos e coluna. Além disso, articulações isoladas são afetadas com frequência diferente em homens e mulheres e em diferentes grupos étnicos (APLEY; SOLOMON, 1998).

A OA é a forma mais comum de doença do quadril, e pode ser uni ou bilateral. Incide em pacientes de ambos os sexos, em geral depois dos 50 anos de idade, podendo envolver todas as constituições físicas do corpo. Contudo, o quadril está sujeito a grandes forças mecânicas e mesmo a presença de anomalia ou incongruências leves na face articular podem predispor a alterações degenerativas subseqüentes (CORRIGAN; MAITLAND, 2000).

Para a avaliação da osteoartrose do quadril pode-se usar o questionário auto-administrativo para avaliação do quadril no qual existem perguntas sobre as atividades de vida diárias e funcionais, sendo pontuadas. O escore máximo é de 100 pontos, referente ao melhor estado de saúde e o escore mínimo é de 16 pontos, referente ao pior estado de saúde (MAGEE, 2005).

A OA, apesar de sua importância como freqüente e incapacitante enfermidade degenerativa e ter diagnóstico geralmente fácil, tem sido um desafio para os que se dedicam ao seu tratamento (FERNANDEZ et al., 1997).

O tratamento objetiva conciliar informações e condutas referentes ao tratamento. O tratamento conservador é dividido em fase aguda que consta de repouso, eventual imobilização, antiinflamatórios, infiltrações de corticóides e fisioterapia de ação analgésica e antiinflamatória; E em fase crônica que consta de orientações para evitar atividades de esforços da região acometida, controle de peso promovendo assim alívio na área exposta a sobrecarga mecânica e fisioterapia para melhorar a função muscular e ganho de movimento. Existe ainda o tratamento cirúrgico que pode ser o debridamento cirúrgico, osteotomia, artrodese ou artroplastia (RUARO, 2004).

A fisioterapia exerce um papel importante no alívio da sintomatologia através de alongamento muscular, massagem e orientações para conscientização corporal. O tratamento interdisciplinar é

indispensável, e cada aspecto do paciente deve ser individualizado com o objetivo de fazer um adequado planejamento terapêutico (DIAS et al., 2003).

Vários estudos mostram que os tipos de exercícios terapêuticos usados pela fisioterapia como mobilizações passivas e ativas, alongamentos, exercícios isométricos, isotônicos e outros ajudam a melhorar e manter a força muscular, a mobilidade articular, a *endurance*, a funcionalidade e mais, aumentam a densidade óssea e diminuem a dor, pois melhoram a biomecânica (MARQUES; KONDO, 1998).

Este trabalho teve como objetivo verificar a evolução do quadro e da qualidade de vida de um paciente com osteoartrose de quadril sendo submetido a um tratamento utilizando técnicas fisioterapêuticas.

### **PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS**

Foi avaliado na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade UNINGÁ, Maringá, Paraná, um paciente do sexo feminino, 51 anos, do lar, com diagnóstico clínico de osteoartrose de quadril bilateral com predomínio em quadril direito. Seu diagnóstico fisioterapêutico se apresenta com dor e rigidez na articulação coxofemoral bilateral, dificuldade na marcha, fraqueza muscular e diminuição nas amplitudes de movimentos de membros inferiores (MMII). Para a realização deste estudo partiu-se de uma ficha de avaliação do setor de ortopedia e traumatologia onde incluía dados de identificação, anamnese e exame físico. Este último continha, dentre outros itens, análise da mobilidade articular e da força muscular. Foi utilizado também o questionário auto-administrativo de avaliação do quadril.

Foram realizadas no total seis sessões de fisioterapia tendo como objetivos gerais: Melhorar função, retardar a progressão da doença, melhorando atividades de vida diárias e melhorar assim a qualidade de vida; E tendo como objetivos específicos: Promover analgesia, melhorar mobilidade articular, ganhar força muscular, promover decoaptação da articulação coxofemoral, melhorar a marcha e orientar quanto aos esforços.

A proposta de tratamento se constitui de aplicação de eletroterapia como corrente *Interferencial* ou *Tens* e termoterapia como ondas curtas e cinesioterapia específica como exercícios de fortalecimento de MMII, de abdominais superiores e de paravertebrais como exercícios de ponte, exercícios de elevar a bola com os pés em decúbito dorsal,

exercícios de fortalecimento de abdominais inferiores com uma bola suíça e outros.

Foram também realizados exercícios pendulares de MMII com o paciente em pé sobre uma escada, utilizando-se de tornozeleira de dois quilogramas por dez minutos para decoaptação da articulação coxofemoral e como consequência, promover alívio da dor e nutrição das estruturas articulares.

O alongamento passivo também foi muito utilizado para relaxar a musculatura envolvente, melhorar as amplitudes de movimento e a mobilidade tecidual geral.

Ao final das seis sessões de fisioterapia foi realizada novamente uma avaliação da paciente como a anterior e aplicado novamente o questionário auto-administrativo de avaliação do quadril. Em seguida, comparado os resultados obtidos ao final do tratamento (final) com os resultados de antes do início do tratamento (inicial) através do programa *Microsoft Word 2000*®.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados verificamos uma melhora subjetiva na marcha do paciente onde observou-se uma diminuição da claudicação existente devido ao breve apoio no membro inferior direito. Isso porque a articulação do quadril é uma das maiores e mais estáveis articulações do corpo. Quando lesada ou apresenta alguma patologia, a lesão é geralmente perceptível durante a marcha (MAGEE, 2005).

Verificamos também uma pequena melhora nas amplitudes de movimentos articulares (goniometria) do paciente. Tais resultados podem ser conferidos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados referentes às amplitudes de movimentos articulares (goniometria).

Movimentos do quadril	Inicial		Final	
	D	E	D	E
Flexão com joelho flexionado	70°	100°	70°	110°
Extensão	4°	10°	8°	10°
Abdução	20°	50°	30°	50°
Adução	24°	40°	24°	40°
Rotação interna	10°	30°	20°	30°
Rotação externa	20°	28°	20°	30°

Fonte: Ficha de avaliação do setor de ortopedia e traumatologia da UNINGÁ do paciente em questão.

Esta melhora pode ter acontecido porque foi trabalhado durante a terapia o alongamento passivo que é muito importante para os pacientes com osteoartrose, pois a perda de amplitude de movimento causa encurtamento, contração em músculos e estruturas capsulares podendo dificultar a funcionalidade. Porém a força do alongamento deve ser controlada em casos de inflamação, pois esta diminui a força tensional do músculo em 50% (MARQUES; KONDO, 1998).

Quando avaliamos a força muscular através dos graus de força muscular descritos no Kendall, McCreary e Provance (1995), antes e após o tratamento, podemos verificar uma melhora importante na força em alguns dos grupos musculares testados, porém o movimento é limitado pela dor. Os resultados dessa melhora podem ser conferidos na tabela 2:

Tabela 2. Dados referentes a avaliação da força muscular.

Grupos musculares do quadril	Inicial		Final	
	D	E	D	E
Flexores	3	4	4	5
Extensores	3	3	4	4
Abdutores	3	4	3	4
Adutores	4	4	4	4
Rotadores internos	3	4	4	5
Rotadores externos	4	4	4	5

Fonte: Ficha de avaliação do setor de ortopedia e traumatologia da UNINGÁ.

Estas melhoras aconteceram porque os exercícios isométricos e isotônicos progressivos para a musculatura são mais eficazes para o fortalecimento muscular e melhora da funcionalidade do que os exercícios globais de fisioterapia que incluem treinos funcionais. Esses exercícios são importantes, pois a fraqueza dos músculos que envolvem a articulação osteoartrosica contribui para a incapacidade do paciente. Tanto o paciente quanto o terapeuta devem estar atentos aos sinais e sintomas de exercícios excessivos para não causarem maiores danos (MARQUES; KONDO, 1998).

Em relação ao questionário auto-administrativo de avaliação do quadril que continha perguntas sobre atividades de vida diárias, podemos observar que a pontuação teve uma pequena queda se comparado com as avaliações de antes de iniciar o tratamento. No início do tratamento, o paciente obteve 65 pontos no questionário e após o tratamento o paciente obteve uma pontuação de 60 pontos. Isto pode ter acontecido porque as perguntas eram pontuadas com valores diferentes. A questão número 1

perguntava como o paciente se sentia em relação à patologia. Era a que tinha pontuação de maior valor, e quando feita essa pergunta no início do tratamento, a paciente respondeu que se sentia bem, porém essa resposta não pareceu muito real quando observado as respostas das questões subseqüentes. Já ao final do tratamento, quando foi realizada a mesma pergunta, ele respondeu com mais clareza que se sentia regular em relação à patologia. Este foi o resultado negativo do estudo, porém as perguntas subseqüentes tiveram pontuações maiores do que as iniciais, demonstrando melhora. Com isso podemos considerar que os resultados foram bons, mesmo a pontuação do questionário no total sendo ruim.

Doenças crônicas necessitam de uma boa participação do paciente para mudar seus hábitos de vida (DIAS et al., 2003). Além disso, alguns preconceitos acabam prejudicando o tratamento dos pacientes com OA. Um deles é o desejo de curar-se. No entanto os exercícios não curam. Para reconhecer a necessidade da reabilitação, é preciso aceitar a incapacidade de cura.

A paciente avaliada para este estudo relata que faz dezesseis anos que sente dor no quadril, há sete anos atrás procurou um médico. Foi quando descobriu a patologia, porém só depois de cinco anos da descoberta da artrose que começou tratamento com a hidroterapia por indicação de outro médico. Essa demora para procurar a fisioterapia pode ter acontecido porque existe ainda, o preconceito em relação ao próprio exercício, pois alguns médicos preferem como medida inicial, o repouso exagerado (MARQUES; KONDO, 1998).

## CONCLUSÃO

Através deste estudo podemos observar que o paciente submetido à fisioterapia obteve melhora do estado geral de saúde, o que refletiu positivamente na qualidade de vida.

Sendo assim, concluímos que o programa de exercícios terapêuticos usados na fisioterapia como mobilização passiva e ativa, alongamentos, exercícios isométricos, isotônicos e outros é um bom recurso no tratamento de doenças crônicas degenerativas como a osteoartrose e conseqüentemente ajudam a melhorar a qualidade de vida. Porém é indispensável um trabalho interdisciplinar envolvendo médicos, fisioterapeutas, psicólogos para trabalhar o paciente como um todo já que para o tratamento é extremamente necessário o entendimento do paciente

sobre a patologia para que o tratamento tenha os melhores resultados possíveis.

## REFERÊNCIAS

- APLEY, A.G.; SOLOMON, L. **Ortopedia e fraturas em medicina e reabilitação**. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
- CORRIGAN, B.; MAITLAND, G.D. **Prática clínica ortopedia e reumatologia: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Premier, 2000.
- DIAS, K.S.G. et al. Melhora da qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos tratados com hidroterapia. **Fisioter Brás**, v.4, n.5, p.320-5, 2003.
- FERNANDEZ, R.N. et al. Perspectivas terapêuticas para osteoartrose. **Rev Brás Reumatol**, v.37, n.2, p.97-102, 1997.
- KENDALL, F.P.; MCCREARY, E.K.; PROVANCE, P.G. **Músculos provas e funções**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1995.
- MAGEE, D.J. **Avaliação musculoesquelética**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.
- MARQUES, A.P.; KONDO, A. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão da literatura. **Rev Bras Reumatol**, v.38, n.2, p.83-90, 1998.
- RUARO, A.F. **Ortopedia e traumatologia: temas, fundamentos e a reabilitação**. Umuarama: Elenco, 2004.
- VELLUTINI, W.C. Envelhecimento e degeneração da cartilagem articular. **Acta Ortopédica Brasileira**, v.5, n.1, p.1-4, 1997.
- WEINSTEIN, S.L.; BUCKWALTER, J.A. **Ortopedia de Turek: princípios e sua aplicação**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2000.

Enviado em: abril de 2008.

Revisado e Aceito: maio de 2008.