

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UM INDIVÍDUO COM ARTRITE GOTOSA - RELATO DE CASO¹

Caroline Zanin², Joseelen Basso Candido³, Gabriel Felimberti⁴, Igor Moreira⁵, Lia Mara Wibeling⁶.

¹ Projeto de Pesquisa na área de Prevenção, Avaliação e Reabilitação das Doenças Musculoesqueléticas em Idosos e na área Reumatológica (Realizado na Universidade de Passo Fundo - UPF).

² Bolsista Pibic/CNPq. Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo - Doutora em Geriatria e Gerontologia – PUC/RS.

INTRODUÇÃO

A artrite gotosa, ou gota, é uma artrite inflamatória que está relacionada a grandes concentrações de ácido úrico no sangue, provocada pela cristalização desse ácido no interior das articulações. A mesma é uma patologia reumática reconhecida há séculos e atualmente é estabelecida como a forma de artrite mais recorrente em homens, atingindo 1 a 2% destes em países ocidentais (CRUZ, 2006). Entre as principais manifestações clínicas estão os ataques de artrite inflamatória aguda ou tendinite, formação de tofos, destruição das articulações e artrite gotosa crônica. Os cristais de urato monossódico também podem depositar-se fora das articulações, como nos rins, formando cálculos renais. A hiperuricemia também tem sido associada com a hipertensão, doença renal crônica e doença isquêmica do coração (PALMER, NORDESTGAARD, BENN, 2013) e (HUGHES et al., 2014). Indivíduos portadores de gota relatam dor, deficiências e incapacidade significativa para realizar atividades normais do cotidiano (Prowse RL, 2013).

Na gota o tratamento fisioterapêutico possui extrema importância e busca o alívio dos sintomas, manutenção de amplitude de movimento (ADM) e melhora na QV (SECHI e WIBELINGER, 2011).

A fisioterapia é uma forma de tratamento indispensável para o manejo de indivíduos com sintomas dolorosos. Inúmeros mecanismos revelam que podem ser persuadidos pela fisioterapia auxiliando para o manuseio destes sujeitos (GOSLING, 2013).

METODOLOGIA

Paciente do sexo feminino, aposentada, viúva, 93 anos, sem histórico de doença reumática na família. Apresentava como queixa principal dor no joelho esquerdo, na coluna lombar e quadril, além de formigamento nos pés. Fazia uso, durante a intervenção, de oito fármacos. A mesma ainda possuía outras patologias associadas: osteoartrite, diabetes e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A avaliação coletou dados como: gênero, idade, diagnóstico médico, patologias associadas; aplicação do questionário de qualidade de vida (QV) SF-36, medição da força de preensão palmar, medição da perimetria, aplicação do mapa de dor corporal e escala de Equilíbrio de Berg.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

O indivíduo realizou 5 sessões de fisioterapia, durante três meses, uma vez por semana e cada sessão durou aproximadamente 50min. O programa de tratamento baseou-se na cinesioterapia, sendo constituído de: alongamentos passivos e ativos assistidos de MMSS e MMII, mobilização neural (nervo isquiático), liberação miofascial anterior e liberação diafragmática, massagem terapêutica associada à drenagem linfática nos pés, pompagens na cervical e trapézio, liberação de ponto gatilho em cervical e trapézio, exercícios metabólicos de MMSS e MMII, mobilização passiva oscilatória (MPOC) em ombro esquerdo e direito, mobilização inferior e posterior de ombro esquerdo e direito, tração e mobilização de tornozelo e artelhos de ambos os lados, treino de propriocepção com uso da bola, treino de equilíbrio no balance pad, transferência de peso de MMII com disco, treino de marcha com circuito, exercício de ADM com bastão em flexão, adução e abdução de ombro, exercícios para fortalecimento muscular (isometria de extensores, abdutores, adutores, flexores de quadril e flexores e extensores de joelho), treino de fortalecimento para musculatura abdominal com bola suíça, fortalecimento de dedos com digiflex amarelo, exercícios respiratórios (vibrocompressão, Farley Campos, ciclo respiratório ativo).

A avaliação pós intervenção foi realizada após encerradas as 5 sessões e na mesma ocasião o indivíduo recebeu orientações domiciliares.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os resultados relacionados ao questionário de Qualidade de Vida na pré e pós intervenção.

Tabela 1. Qualidade de Vida.

De forma geral, houve melhora e manutenção da QV após a intervenção de fisioterapia. Os aspectos que mais se destacaram foram limitações por aspectos sociais, seguido pelos aspectos emocionais e limitação por aspectos físicos.

A tabela 2 demonstra os dados referentes à força de preensão palmar medida antes e após as sessões intervencionistas.

Tabela 2. Força de Preensão Palmar.

A força de preensão que mais teve aumento foi do membro esquerdo, seguido pela força do membro direito.

A tabela 3 apresenta as medidas de perimetria realizadas no período pré e pós intervenção.

Tabela 3. Perimetria.

Em relação à perimetria todas as medições diminuíram 2 centímetros após a intervenção fisioterapêutica, com exceção da medida de 10 centímetros acima do olécrano que diminuiu 4 centímetros após a intervenção.

A tabela 4 demonstra as regiões dolorosas referidas pelo paciente quando ao mapa de dor corporal.

Tabela 4. Dor (Mapa de Dor Corporal).

No critério de dor percebe-se que as regiões dolorosas diminuíram de 6 para 4.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

A tabela 5 apresenta os dados referentes à Escala de Equilíbrio de Berg.

Tabela 5. Escala de Equilíbrio de BERG:

Em relação à Escala de Equilíbrio de Berg a paciente apresentou melhora considerável.

DISCUSSÃO

A manipulação e mobilização são terapias manuais utilizadas pela fisioterapia, que atuam para ganho de ADM, reeducação muscular, e também ganho de força muscular dos músculos flexor longo do hálux, plantar e músculos intrínsecos dos pés para proporcionar maior estabilidade. (KUNNASEGARAN, THEVENDRAN 2015).

No processo de dor crônica os sintomas persistem além do período de regeneração dos tecidos lesionados, conseqüentemente há diminuição na QV, bem-estar e na capacidade física e cognitiva. Diferentemente das terapias para dor aguda, - baseadas em fármacos e repouso - o tratamento da dor crônica é constituído, principalmente, por exercícios físicos e intervenção multidisciplinar (SOUZA, 2009). Solidificando essa ideia, ao participar de um programa de intervenção fisioterapêutica, o indivíduo apresentou diminuição das regiões dolorosas, melhora nos padrões de força aferidos e melhora geral na QV.

Um estudo relacionou dor e QV em indivíduos que apresentavam a dor como queixa principal, os resultados demonstraram que a QV é negativamente relacionada com a dor (CAPELA et al., 2009). Tais achados vão ao encontro do nosso estudo, pois ao mesmo tempo que as regiões de dor referidas pela paciente diminuíram a QV como um todo aumentou após a intervenção.

Segundo Borges (2006), a atividade física é capaz de ampliar as relações sociais e diminui a chance do aparecimento de doenças psicossociais, como a depressão. Em nosso estudo foi possível observar que as limitações por aspectos sociais tiveram considerável diminuição após o protocolo de intervenção, o que corrobora com os achados de Borges.

Um estudo demonstrou melhora no equilíbrio de mulheres com OA de joelho após intervenções com exercícios terapêuticos (SILVA, 2011). Consentindo com a nossa análise, pois através da avaliação pelo protocolo de Berg, a paciente apresentou evolução importante no equilíbrio.

De acordo com Wibeling (2015), exercícios de cadeia cinesioterapêutica são de grande valia para manter a funcionalidade do paciente acometido pela artrite gotosa. Tendo como base tais procedimentos, o objetivo torna-se eficaz para os devidos fins mencionados neste estudo: QV, equilíbrio, dor e capacidade funcional.

Nossos resultados concordam com um programa de tratamento fisioterapêutico, no qual foi baseado principalmente no treino de fortalecimento de quadríceps, com duração de oito semanas, sendo efetivo na melhora da dor e capacidade funcional em indivíduos com OA do joelho (OLIVEIRA et al., 2012).

Segundo Hootman e colaboradores (2006), artrite ou reumatismo representam, na população norte-americana, a principal causa de incapacidade, além disso, sua prevalência aumenta com o envelhecimento da população. Silva e colaboradores (2007) salientam que a OA também pode causar incapacidade física resultante de um conjunto de fatores, tais como o agravamento da doença, dor, comorbidades associadas, fatores psicológicos e sociais, diminuição do trabalho aeróbico e fraqueza muscular dos membros inferiores. Esses achados corroboram com o nosso estudo, pois mesmo após a intervenção o indivíduo não apresentou aumento de sua capacidade

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

funcional de acordo com o questionário de qualidade de vida. Visto ainda que a OA gera comprometimento funcional e isso interfere de forma negativa na QV dos indivíduos, principalmente se forem idosos e do sexo feminino (MURAKI et al., 2010).

CONCLUSÃO

De forma geral, a fisioterapia baseada na cinesioterapia é eficaz na diminuição da dor, na melhora da força muscular, força de preensão palmar, equilíbrio e QV em portadores de gota. Cabe ressaltar que cada indivíduo é acometido de forma diferente, assim, a intervenção deve ser feita de forma individualizada.

PALAVRAS CHAVE

Gota; Osteoartrite; Fisioterapia; Dor; Qualidade de Vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, G.F. Nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade do sono em idosas. Dissertação (Mestrado) - UFSC. Florianópolis, 2006.

CAPELA, C. et al. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. Fisioter e Pesq. v 16. n3. p 263-268. 2009.

CRUZ, B.A. Gota. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo, v. 46, n. 6, p. 419-422, Dec. 2006 .

GOSLING, A.P. Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. Rev Dor. v. 13, n. 1. Pag. 65-70, 2013.

HOOTMAN, J. et al. Prevalence of doctor diagnosed arthritis and arthritis- attributable activity limitation – United States, 2003- 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report, v. 55, p. 1089-92. 2006.

HUGHES, K. et al. Mendelian randomization analysis associates increased serum urate, due to genetic variation in uric acid transporters, with improved renal function. Kidney Int. v. 85, pag. 344–351, 2014.

KUNNASEGARAN. R.; THEVENDRAN, G. Hallux Rigidus: Nonoperative Treatment and Orthotics Foot Ankle Clin. v. 20, n. 3, pag .401-12, 2015.

MURAKI, S. et al. Association of radiographic and symptomatic knee osteoarthritis with health-related quality of life in a population-based cohort study in Japan: the ROAD study. Osteoarthritis Cartil. v. 18, n. 9, pag. 1227-34, 2010.

OLIVEIRA A.M.I, Impacto dos exercícios na capacidade funcional e dor em pacientes com osteoartrite de joelhos: ensaio clínico randomizado. Rev. Bras. Reumatol. v. 52 n. 6. 2012.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

PALMER, T.M.; NORDESTGAARD, B.G.; BENN, M. Association of plasma uric acid with ischaemic heart disease and blood pressure: mendelian randomisation analysis of two large cohorts. BMJ. 347:4262, 2013.

SECHI, B.J.; WIBELINGER, L.M. Intervenções fisioterapêuticas no Idoso portador de Gota. Rev. Cont. e Saúde. v 10. n 20. pag 1061-1064, 2011.

SILVA, A.L.; 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. [online]. v .15, n. 4. pag. 204-209, 2007.

SILVA, A. et al. Efeito de exercícios terapêuticos no equilíbrio de mulheres com osteoartrite de joelho: uma revisão sistemática. Rev. bras. fisioter., v. 16, n. 1, p. 1-9, 2012 .

SOUZA, J.B. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? Rev Bras Med Esporte, v. 15, n. 2. 2009.

WIBELINGER, L.M. Fisioterapia em Reumatologia. Editora Revinter. v. 2. Rio de Janeiro, 2015.

DOMÍNIO	PRÉ INTERVENÇÃO	PÓS INTERVENÇÃO
Capacidade funcional	15	15
Limitação por aspectos físicos	75	100
Dor	30	40
Estado geral de saúde	60	62
Vitalidade	30	30
Aspectos sociais	25	75
Limitação por aspectos emocionais	66,6	100
Saúde mental	68	80

Tabela 1. Qualidade de Vida.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

MEMBRO	PRÉ INTERVENÇÃO	PÓS INTERVENÇÃO
Direito	0,83	1,1
Esquerdo	0,7	1,7

Tabela 2. Força de Preensão Palmar.

MEMBRO	PRÉ INTERVENÇÃO	PÓS INTERVENÇÃO
DIREITO	10 cm olecrano: 34	10 cm olecrano: 30
	15 cm olecrano: 36	15 cm olecrano: 32
ESQUERDO	10 cm olecrano: 34	10 cm olecrano: 32
	15 cm olecrano: 37	15 cm olecrano: 35

Tabela 3. Perimetria.

PRÉ INTERVENÇÃO	PÓS INTERVENÇÃO
Ombro esquerdo	Ombro esquerdo
Joelho esquerdo	Tornozelo D e E
Tornozelo D e E	Lombar
Cervical	Planta pé D e E
Sacroiliaca	
Fossa poplíteia	

Tabela 4. Dor (Mapa de Dor Corporal).

PRÉ INTERVENÇÃO:	ESCORE TOTAL = 8.
PÓS INTERVENÇÃO:	ESCORE TOTAL = 49.

Tabela 5. Escala de Equilíbrio de BERG:



Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica