

# VELHICE, CAPACIDADE FUNCIONAL E OSTEOARTROSE: um espaço da Fisioterapia

Matheus Silva d'Alencar

## **INTRODUÇÃO**

Apenas nos últimos trinta anos o Brasil despertou para uma das mais sérias situações sociais deste início de século, para a qual ainda não estava devidamente preparado; trata-se de um processo irreversível, que tende a se acentuar: o crescimento da população idosa. Vários fatores podem interferir no processo de envelhecimento (como hábitos de vida, fatores genéticos, estados emocionais, alimentação, ambiente, dentre outros) e definir os níveis de comprometimento ou não da capacidade funcional dos indivíduos.

O homem, como qualquer outro ser vivo, envelhece; sérias e profundas modificações fazem parte do seu tempo de vida e, com isso, é importante conhecer não só as tendências demográficas, mas o processo de envelhecimento e seu impacto sobre os indivíduos e sobre a sociedade. Além da sensibilidade social para esse fenômeno, que tem merecido preocupação de povos e governos através de políticas de ordem social e eco-

nômica, esse conhecimento contribui para a elevação do quantitativo de pessoas envelhecendo de modo saudável, além de minimizar o sofrimento daqueles que perdem a autonomia e passam a ser dependentes física e emocionalmente.

Embora o conhecimento tenha avançado e muitos equívocos já tenham sido corrigidos, ainda predomina no imaginário social a idéia reducionista de que o envelhecimento, processo comum a todos os seres vivos, é apenas um processo de perdas. No entanto, não se pode minimizar o fato de que, em função do próprio envelhecimento biológico e do estilo de vida que levam em etapas anteriores, algumas pessoas envelhecem com redução das habilidades físicas e mentais, necessitando de auxílio para realizar determinadas atividades. Ramos (1999) constata, em estudo que desenvolveu, que cerca de 40% das pessoas idosas que realizam tarefas como fazer compras, preparar refeições e cuidar do ambiente doméstico precisam de algum tipo de ajuda para realizar, pelo menos, uma delas, enquanto 10% requerem ajuda até mesmo para tarefas básicas como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, mesmo, sentar e levantar de cadeira e cama.

Essa semi-dependência, ou dependência total, pode ser uma decorrência tanto de um histórico biológico quanto de cuidados inadequados ou inexistentes em fase anterior da vida, posturas incorretas, aspectos nutricionais, ex-

“  
Não apenas os  
fatores anatômicos  
e fisiológicos que  
envolvem o próprio  
indivíduo idoso são  
importantes, mas  
também o estilo  
de vida e todo o  
ambiente do entorno

cesso de peso, ou processos  
outros que podem torná-los  
vulneráveis, antecipando ou fa-  
cilitando as doenças crônicas  
não transmissíveis, dentre as  
quais a osteoartrose.

Essa constatação denota a  
necessidade de um conheci-  
mento mais próximo dos indi-  
víduos idosos e da sua ambiên-  
cia, de modo que a contribuição  
da área da saúde, em especial  
da Fisioterapia, seja mais di-  
reta e eficaz. Isto significa que  
não apenas os fatores anatô-

”

micos e fisiológicos que envolvem o próprio in-  
divíduo idoso são importantes, mas também  
o estilo de vida e todo o ambiente do entor-  
no, desde as condições materiais sob as quais  
vive até mesmo os relacionamentos que con-  
segue estabelecer. Esse conhecimento per-  
mite a predição de comprometimentos, atual  
e futuro, da capacidade funcional do sujeito  
em processo de envelhecimento e determina  
as possibilidades e o tratamento adequado a  
cada pessoa.

A população idosa requer cuidados espe-  
ciais, principalmente pela redução gradati-  
va das funções corporais que podem originar  
fragilidade e graus variáveis de incapacida-  
de. Papaléo Netto (1996) considera que as  
doenças do sistema cardiovascular, neu-

“  
O declínio da  
capacidade  
funcional não é  
inerente a todos  
os idosos

”

rológico ou músculo-esquelético são as que mais frequentemente acometem os idosos e se constituem nas principais causas de incapacidade nessa população. Como um agravante a mais, Porto (2001, p. 179) afirma que "o número de idosos com algum grau de incapacidade aumenta com a idade, e cerca de 50% daqueles com mais de 85 anos apresentam limitações em suas atividades diárias". Isto significa que a maioria das doenças crônicas não transmissíveis que acomete a população idosa tem, na própria idade, um fator de risco primordial.

No entanto, é importante salientar que o declínio da capacidade funcional não é inerente a todos os idosos. Na inexistência de alguma enfermidade, as modificações que acontecem durante o processo de envelhecimento não são suficientes para gerar sintomas ou limitações importantes na execução de atividades da vida diária. Se há pessoas de idade avançada que passam por problemas de saúde e que procuram realizar medidas adaptativas para manter seu estilo de vida e suas atividades habituais, também há pessoas com idade avançada bastante saudáveis, que levam normalmente suas rotinas diárias e que vivem vidas muito similares às que sempre

levaram.

### **A OSTEOARTROSE E A VELHICE**

Durante o processo de envelhecimento biológico, as estruturas do aparelho locomotor são atingidas, ocorrendo alterações na estrutura óssea, nos tendões, nas articulações e nos músculos de várias regiões do organismo. Dentre as afecções do aparelho locomotor mais freqüentes na população idosa, uma merece destaque especial: a osteoartrose, também conhecida como artrose, osteoartrite, doença

articular degenerativa, artrite senil ou artrite degenerativa; é uma das principais e mais freqüentes patologias existentes na terceira idade. Caracteriza-se como um processo desgastante e crônico que atinge articulações importantes, acarretando comprometimento da função, diminuição do nível de autonomia e dos movimentos, levando a quedas.

Embora muito freqüente, a Osteoartrose é uma doença ainda pouco conhecida. Acredita-se que 15% da população adulta do mundo sejam acometidas

pela patologia. Lianza (1995) afirma a prevalência significativa da Osteoartrose na popu-

“  
Dentre as afecções  
do aparelho  
locomotor mais  
freqüentes na  
população idosa,  
uma merece  
destaque especial:  
a osteoartrose

”

lação, que afeta aproximadamente 15 milhões de pessoas no Brasil, ocupando o terceiro lugar na lista dos segurados da Previdência Social que recebem auxílio-doença. Isto significa

**“ A osteoartrose representa 65% das causas de incapacidade**

“

**representa 65% das causas de incapacidade**

”

que a osteoartrose representa 65% das causas de incapacidade, sendo apenas superada pelas doenças mentais e cardiovasculares (BRASIL, 2003). É caracterizada como uma enfermidade que acomete ambos os sexos, raças e áreas geográficas, embora a maior frequência esteja entre indivíduos do

sexo feminino e, segundo dados do Ministério da Saúde, atinja cerca de 80% das pessoas acima dos 70 anos de idade. Para Salter (2001, p. 304), “[...] depois dos 60 anos, 25% das mulheres e 15% dos homens apresentam sintomas relacionados com a doença articular degenerativa. Após 75 anos de idade, mais de 80% das mulheres e homens são afetados”.

Aproximadamente 1/3 dos indivíduos com mais de 35 anos de idade apresentam alguma evidência radiográfica de Osteoartrose, branda ou relativamente assintomática; a doença é uma das causas de incapacidades em pessoas com mais de 60 anos de idade. De acordo com os estudos de Wagenhauer (apud PASTOR, 2001), “a partir dos 30 a 35 anos, aproximadamente 50% das pessoas adultas apresentam alterações articulares

degenerativas compatíveis com osteoartrose, e após a quinta década praticamente toda a população dessa faixa etária”. Contudo, apenas parte dessa população apresenta queixa clínica, podendo diferenciar entre a “artrose muda”<sup>1</sup> e a “artrose doença”<sup>2</sup>, a que exige tratamento.

“  
A sintomatologia da Osteoartrose caracteriza-se por dor, edema, limitação de movimento e crepitação  
”

A sintomatologia da Osteoartrose caracteriza-se predominantemente por dor, edema, limitação de movimento e crepitação. Alguns sinais são característicos, como sensibilidade exagerada na articulação, derrame intra-articular, instabilidade articular, atrofia muscular periarticular, pontos dolorosos nas margens e enrijecimento da arti-

---

<sup>1</sup> A artrose muda foi denominada assim porque, apesar da presença de degeneração cartilaginosa física ou morfológica das superfícies articulares, é clinicamente assintomático, observando-se quando muito crepitação articular eventual e/ou ligeira limitação de mobilidade (...).

<sup>2</sup> (...) A transição da artrose muda para a forma ativa ou para artrose doença pode resultar da interação da sobrecarga articular (excesso de peso corporal, defeitos posturais, sobrecarga mecânica pela prática inadequada de certos esportes, etc.) ou de outros fatores adicionais, que Otte denomina de fatores irritativos (lesões traumáticas, infecções focais articulares, influencia hormonal e/ou vascular, stress ou hipersensibilidade às condições metabólicas, etc.) (PASTOR, 2001)

culação. Essa sintomatologia normalmente é lenta, tendo a dor como principal sintoma, que pode ser leve ou intensa. Essa dor tende a piorar se a articulação afetada for utilizada em excesso e, em casos mais avançados, até mesmo quando em repouso.

A limitação de movimentos é observada em grande parte dos idosos acometidos por Osteoartrose, devido à rigidez articular, o que dá a impressão de que a articulação está “presa”, desaparecendo com o aumento da amplitude de movimento. A restrição de movimentos ocorre com a evolução da doença sendo, freqüentemente, acompanhada de dor com tendências a piorar no final da amplitude do movimento realizado (PASTOR, 2001).

O diagnóstico não é difícil e é realizado, principalmente, através de exames físico e radiológico. Trata-se de doença que se caracteriza pela:

diminuição do espaço articular (secundário à perda de cartilagem), esclerose do osso subcondral, presença de osteófitos, cistos, corpos livres intra-articulares, desalinhamento e deformidades articulares e erosões. Nos casos iniciais estes achados podem estar ausentes. Como grande parte da população certamente apresenta estas alterações radiológicas, este exame complementar se faz importante para excluir doenças tumorais, infecciosas e outras [...] (LIANZA 1995, p. 207).

Antes, a ausência de parâmetros para anali-



sar e documentar o estado funcional do doente dificultava uma avaliação do desempenho funcional assim como critérios objetivos de melhora. Atualmente, com os avanços dos estudos, já é possível medir e quantificar, de forma objetiva, o grau de incapacidade funcional oriundo de doenças nas diversas atividades do indivíduo. Nos doentes acometidos por Osteoartrose, a observação inclui a avaliação da dor, da amplitude de movimento, da força muscular e da locomoção, tudo inserido nas atividades da vida diária. Essa observação deve englobar a avaliação das diversas posturas do doente para sentar-se, deitar-se, manter-se em posição ortostática, deambular, subir escadas, agachar-se, dentre outras.

Tomando-se como base a sintomatologia, a Osteoartrose, muitas vezes, incapacita o indivíduo, deixando-o dependente e receoso de realizar suas atividades. O tratamento visa basicamente o alívio, o controle e a redução dos sintomas característicos. Esse tratamento envolve a utilização de medicamentos antiinflamatórios (minimização da dor e do edema), tratamento reabilitacional, educacional (uso da medicação, orientações quanto à evolução da doença e medidas domiciliares que o indivíduo pode realizar) e, num estágio mais avançado, o tratamento cirúrgico.

## **A FISIOTERAPIA GERIÁTRICA NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE**

A fisioterapia tem uma preocupação central com a restauração e/ou manutenção da capacidade funcional do indivíduo. O conhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento é fundamental

“  
O aumento de incapacidades (principalmente as motoras) é causa freqüente de institucionalização precoce de idosos  
”

para a compreensão dos processos patológicos que afetam o indivíduo idoso, além de influenciar de forma significativa nas manifestações clínicas, bem como na terapêutica instituída. Por isso, a avaliação criteriosa das perdas funcionais identifica a instalação destas afecções, o que permite a formulação de propostas e tratamentos mais adequados.

Essas propostas devem preconizar o desenvolvimento da mais alta capacidade física, psíquica, social e educacional do indivíduo, considerando suas limitações, quaisquer que sejam elas, de caráter fisiológico, anatômico ou ambiental, o que garante uma compreensão global por parte do profissional.

A atenção à saúde não se fundamenta apenas na detecção de doenças mas, também, na identificação de incapacidades funcionais e suas causas, nem sempre linearmente rela-

cionadas às doenças presentes. Esta preocupação se torna relevante na medida em que a perda gradativa das funções leva à limitação nas atividades da vida diária (AVDs), o que afeta diretamente a qualidade de vida da pessoa idosa. O aumento de incapacidades (principalmente as motoras) é causa freqüente de institucionalização precoce de idosos. Vale a pena lembrar que uma das metas da Organização Mundial da Saúde, já em 1982, era a de criar as condições para que a maioria dos idosos pudesse viver na comunidade e grupo familiar durante a maior parte de suas vidas, integrados com dignidade e qualidade de vida. Além de beneficiar os indivíduos na velhice, também a preocupação era com o sistema de saúde, cujo risco é de sobrecarga, especialmente porque o tratamento de um idoso em regime de internação hospitalar requer tempo maior e, por conseqüência, maior custo.

Embora parcela relevante da população idosa tenha comprometimentos físicos para os afazeres cotidianos, muitos idosos, ao contrário do que se pensa, possuem plasticidade, poder de reversibilidade e capacidade de modificação do processo que os afeta. O desempenho de um indivíduo, em qualquer atividade, pode ser melhorado independente da idade e com relativamente poucos recursos; nesse sentido, a Fisioterapia vem ganhando espaço cada vez maior e reconhecida importância.

O fisioterapeuta trabalha com pessoas idosas em diversas situações, desde indivíduos idosos saudáveis, em programas que visam a promoção da saúde e a prevenção das deficiências, trata de idosos já com comprometimentos, internados, asilados ou em serviços de ambulatório, além de domicílios ou instituições comunitárias. Seu trabalho abrange a avaliação, o tratamento, a orientação, a ação educativa e a assistência.

O aspecto preventivo é de grande importância, principalmente naqueles idosos em que a condição geral patológica tem alterado de forma significativa a sua independência. Nesse sentido, é importante levar em conta a promoção de atitudes que possibilitem o retardo do envelhecimento patológico, que evitem fatores capazes de estimular a perda da capacidade ou independência, além de promover a autonomia do idoso. É importante salientar que sempre existe um exercício ou atividade física capaz de beneficiar o paciente idoso, dependendo, porém, das condições físicas do próprio indivíduo e do seu grau de resistência à fadiga, cabendo ao fisioterapeuta saber adequar e escolher as melhores técnicas, dando ênfase às atividades que mimetizem as AVDs.

Como a Osteoartrose é uma enfermidade que restringe o desempenho funcional e dificulta a realização de atividades no cotidiano dos portadores, em especial dos idosos, devido à dor e à rigidez articular, preconiza-

“  
A abordagem  
fisioterápica reduz  
a prevalência de  
incapacidades ou  
dependência entre  
os idosos

”

se como medidas preventivas: a boa alimentação, associada à redução de peso, a realização, desde cedo, de exercícios ou até mesmo de atividades simples, mas que promovam a constante mobilização do indivíduo, além da manutenção de uma postura adequada. A hidroterapia e a utilização de calçados adequados também previnem possíveis surgimentos de sinais e sintomas carac-

terísticos da doença (BRASIL, 2001).

Um dos importantes aspectos a ser considerado é a atuação da fisioterapia na reabilitação. Tem-se constatado que a abordagem fisioterápica, quando disponível em hospitais gerais, reduz a prevalência de incapacidades ou dependência entre os idosos ao final da hospitalização, em comparação com aqueles internados em hospitais que não contam com esse profissional. Também são fundamentais os aspectos psicológicos ligados a esse paciente, que muitas vezes podem dificultar a evolução da reabilitação, o que em algumas circunstâncias são determinantes da disfunção e incapacidade.

Ainda não é conhecido tratamento algum que promova a recuperação total da Osteoartrose já instalada. Exatamente por isso, a meta é reduzir os efeitos da rigidez e da dor

devido à inatividade e sobrecarga, prevenir deformidades, melhorar a amplitude de movimento e condicionamento físico do paciente, elevando a sua qualidade de vida.

O tratamento inclui medidas medicamentosas, reabilitacionais, educacionais e cirúrgicas e deve basear-se em avaliação detalhada das condições articulares dos indivíduos, mas também de outras questões como hipertensão arterial e osteoporose. A utilização de medicamentos antiinflamatórios não hormonais reduz a dor e o edema, e a fisioterapia tem papel crucial nesse tratamento. Consegue-se reduzir os efeitos da Osteoartrose através de técnicas baseadas no calor (termoterapia), no frio (crioterapia), na corrente elétrica (eletroterapia) e, principalmente, no movimento (cinesioterapia). Utiliza-se recursos como o T.E.N.S., o ultrassom, ondas curtas, *laser*, infra-vermelho, além de atividades em bicicleta estacionária, escada, barras paralelas, que promovam movimentos de flexão - extensão, abdução-adução, pronação-supinação, rotação interna-externa, com ou sem carga, além de alongamentos e técnicas manuais, como tração, deslizamento, decooptação, pompagem, mobilização intra-articular, dentre outros. Kisner (1998, p. 504) propõe um plano de assistência fisioterapêutica baseado nos seguintes pontos:

orientação ao paciente, amplitude de movimento ativa e técnicas de mobilização intra-articular; equipamento de suporte e/ou assistência para minimizar a sobrecarga ou corrigir uma biomecânica prejudicial, aumentar a força nos músculos de suporte, alternando atividades com períodos de repouso; técnicas de alongamento seletivo próprio para restrições em músculos, articulações ou tecidos moles; colocação de splints; exercícios aeróbicos sem impacto ou de baixo impacto.

Uma das contribuições da fisioterapia na terceira idade é a promoção de saúde através da educação, que são ações planejadas especificamente para orientar as pessoas sobre a saúde, de modo que elas possam adotar mudanças voluntárias em seus comportamentos, optando por hábitos de vida mais saudáveis. Izzo (apud PAPALÉO NETTO, 1996) afirma que a fisioterapia procura promover a valorização da auto-estima do idoso, através de objetivos como

retardar ao máximo a imobilidade, melhorar a flexibilidade dos movimentos, melhorar a capacidade cardiorrespiratória, melhorar a percepção do próprio corpo, orientar os aspectos posturais, permitir melhor sociabilização, promover o lazer, melhorar a criatividade e melhorar a espontaneidade.

Devido ao caráter crônico a osteoartrose, muitos doentes abandonam o tratamento

quando este não se mostra efetivo ou é muito prolongado. Para que o tratamento e o trabalho de Fisioterapia consigam resultados satisfatórios, é necessário, além da boa atuação dos profissionais de saúde, cada um na sua competência, a participação ativa e a boa colaboração por parte do idoso. É de fundamental importância que o indivíduo mantenha uma boa saúde, elimine os fatores de risco, preserve uma boa força muscular e, principalmente, tenha responsabilidade no controle do tratamento.

É importante realçar que os resultados do tratamento dependem da precocidade do seu início dentro da história natural das doenças reumáticas, da aderência do paciente ao mesmo e do respeito ao caráter multiprofissional, que exige o envolvimento dos diversos profissionais de saúde que tratam das afecções do aparelho locomotor (PAPALÉO NETTO, 1996).

As manifestações da doença e a resposta diante do tratamento são, muitas vezes, diferentes nas pessoas idosas, em decorrência das alterações biológicas e fisiológicas de caráter degenerativo que nelas se instalaram ligadas à idade e história de vida. À medida que o indivíduo envelhece, esses problemas passam a ser devido mais às doenças crônicas, aquelas com as quais o indivíduo já convive, do que às afecções agudas, aquelas que, ocorrendo a menos tempo, são sentidas com maior intensidade de dor. Além disso,



os problemas das pessoas idosas costumam ser múltiplos em vez de isolados. Essas situações exigem um elevado grau de coordenação das medidas de Fisioterapia com numerosos outros serviços das áreas sociais e de saúde.

O trabalho da Fisioterapia com as pessoas idosas confronta, às vezes, o profissional da Fisioterapia com uma série de desafios que ele não encontra em outras especialidades de sua profissão. Os casos variam muito: pacientes com afecções osteo-musculares, neurológicas e cardiovasculares podem estar representadas no seu grupo de casos e num mesmo paciente. A combinação e interligação de problemas médicos, psicológicos, reabilitativos, econômicos e sociais, que requerem de todos a atenção do fisioterapeuta, não são exceção e sim regra. Acrescenta-se a isso as diferenças em relação às manifestações da doença, à forma única pela qual o envelhecimento se processa em cada um e à variedade das reações dos indivíduos na velhice, e a complexidade do desafio se torna maior.

Para a maioria dos fisioterapeutas que gosta de atuar na área geriátrica, o desafio é que torna este trabalho cada dia mais gratificante e prazeroso. Nesse contexto, a Fisioterapia, cujo objeto de estudo é principalmente o movimento humano, vem colaborar com a velhice e o envelhecimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saú-

de, lançando mão de conhecimentos e recursos fisioterapêuticos com o intuito de melhor compreender e interferir nos fatores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade de vida e bem estar nos idosos.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do Idoso**, 1999.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. **Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: editora Manole, 1998.

LIANZA, Sérgio. **Medicina de Reabilitação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASTOR, Elda Hirose. **Doença Articular Degenerativa – Osteoartrose**. In: Disponível em: [www.usp.br/medicina/departamento](http://www.usp.br/medicina/departamento). São Paulo, 2001.

PORTO, Celmo C. **Semiologia Médica**. 4 ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.

SALTER, Robert B. **Distúrbios e Lesões do Sistema Musculoesquelético**. 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora, 2001.