

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

1. INTRODUÇÃO

Desde a época de Hipócrates as doenças reumáticas já faziam parte da história da medicina, a artrite reumatoide (AR) foi inicialmente descrita sobre nome de Gota Astênica por Augustin-Jacob, Landre-Beavais em 1800. (KÜLKAMP, *et al*, 2009).

A AR é uma doença articular inflamatória crônica, autoimune e acomete cerca de 0,5 a 1% da população adulta mundial, com incidência duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens, podendo acometer entre a quarta e a sexta década de vida. (MOREIRA, *et al*, 2009).

O paciente é considerado portador da AR quando apresenta pelo menos quatro dos sete critérios definidos na década de oitenta, pelo Colégio Americano de Reumatologia, sendo estes: rigidez matinal por no mínimo 60 minutos, artrite em pelo menos três articulações diferentes, artrite nas articulações das mãos, artrite simétrica com envolvimento das articulações interfalangeanas proximais, articulação metacarpofalangeanas e articulações metatarsfalangeanas, nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou articulações. (CARVALHO, *et al*, 2008).

O tratamento da AR é individualizado e o uso de analgésico comuns e opióides, pode ser necessário em alguns pacientes. O tratamento medicamentoso age no controle da dor algica, não controlando as lesões articulares e as limitações físicas e secundárias. (MOREIRA, *et al*, 2009).

O tratamento fisioterapêutico contribui para diminuição da dor, atuando na prevenção da atrofia muscular, ganho de amplitude de movimento (ADM), e melhora na qualidade de vida. (CARVALHO, *et al*, 2008).

Este trabalho tem por objetivo confirmar, através de revisão de literatura, a eficiência da atuação fisioterapêutica em pacientes com AR.

2. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi realizado uma revisão bibliográfica nas bases de dados: Lilacs, Pubmed, Scielo e literatura especializada, utilizando descritores: artrite reumatoide, exercícios físicos, fisioterapia, reabilitação. Na língua portuguesa foram encontrados cinco artigos, publicados entre 2004 a 2019. Assim, a pesquisa resultou em um total de cinco artigos, uma monografia e dois livros.

3. DESENVOLVIMENTO

A AR é uma doença inflamatória crônica, de etiologia desconhecida, com prevalência estimada em 0,5 a 1,0% a nível mundial. É definida por uma dor e destruição articular progressiva, perda de função física que resulta na diminuição da qualidade de vida. Trata-se de uma doença com grande impacto não só para o paciente, mas também, para a sociedade, uma vez que o doente vai deparar-se com grandes alterações na sua vida, tanto a nível físico e psicológico, como social e econômico. A nível físico, o paciente encontra-se comprometido na realização de

algumas atividades simples. Já a nível psicológico, o paciente depara-se com uma mudança, uma vez que o seu tempo de vida pode ser diminuído por apresentar esta patologia, alta mortalidade (CRISOSTOMO, 2011).

O diagnóstico da AR é difícil de ser obtido. Em 1940, foi descrito pela primeira vez a presença do fator reumatoide, mas seu diagnóstico pode ser realizado por meio de: exames físicos, exames laboratoriais, em alguns casos, exames complementares. (CRISÓSTOMO, 2011).

No quadro clínico, o paciente apresenta dores fortes matinais ou noturnas nas articulações interfalangeanas proximais das mãos, metacarpo e metatarso falangeanas, nos punhos, nos ombros e nos joelhos. Outros sintomas acompanham o fenômeno doloroso, tais como rigidez articular de pelo menos uma hora (matinal ou após longos períodos de imobilização), há fadiga, o mal-estar, a diminuição da força e da resistência muscular e o descondicionamento físico. (SCHNORNBERGER, *et al*, 2018).

Para a avaliação da patologia observa-se: a duração da rigidez matinal; a intensidade de a dor articular, podendo ser avaliada pela escala analógica; avaliação global, realizada pelo paciente, da atividade da doença. (LAURINDO, *et al*, 2004)

Para avaliação da dor é utilizada a escala visual analógica EVA (Figura 1), que classifica a sensação dolorosa de 0 a 10, sendo zero sem nenhuma dor e 10 dor intensa. (MOREIRA, *et al*; 2009)



Fonte: MOREIRA, *et al*; 2009

O exame físico da AR faz-se por meio da avaliação do número de articulações edemaciadas; número de articulações dolorosas; intensidade do edema e dor articular e se há o aparecimento de nódulos subcutâneos, episclerite, neuropatia sensorial, serosite, vasculite, síndrome de *felty*, neuropatia motora, doença intersticial pulmonar. (CARVALHO, *et al*, 2008).

No tratamento farmacológico utilizam-se drogas anti-inflamatórias esteroides, não esteroides e também drogas antirreumáticas modificadoras da doença sintéticas ou naturais. Mesmo tendo uma variedade de fármacos, nem todas as degenerações são reduzidas pelos fármacos. (MOREIRA, *et al*, 2009)

O tratamento fisioterapêutico colabora com a manutenção das habilidades e atividades funcionais, na função cardiorrespiratória, na força muscular e flexibilidade. A cinesioterapia contribui para preservar a mobilidade articular, a força muscular e resistência. Observa-se que, os exercícios de mobilização passiva e os exercícios isométricos diminuem o quadro álgico e os processos inflamatórios.

(CARVALHO. *et al*, 2008)

O fisioterapeuta tem um papel importante no tratamento da AR e podem intervir de diferentes formas. O quadro 1 apresenta as principais intervenções fisioterapêuticas que podem ser realizadas nas doenças reumáticas.

Quadro 1 – Intervenções Fisioterapêuticas para pacientes reumáticos.

Exercícios isométricos
Exercícios isotônicos
Exercícios iso cinéticos
Treinamento resistido progressivo
Educação
Adaptações
Proteção articular
Conservação de energia
Orientações sobre atividade de vida diária
Orientação sobre atividade de vida pratica
Órteses
Bengalas
Palmilhas
Coletes
Talas
Treinamento de condicionamento aeróbico

Fonte: MOREIRA, *et al*; 2009.

A hidroterapia proporciona reações divergentes das terapias realizadas em solo, favorecendo a circulação periférica, auxiliando o retorno venoso, e relaxamento muscular, promovendo o ganho de força muscular. (FERREIRA, *et al*, 2008). O quadro 2, traz fatores de mau e bom prognóstico na evolução da AR

Quadro 2 – Fatores de mau e bom prognóstico na evolução da Artrite reumatoide.

Fatores de mau prognostico	Fatores do bom prognostico
Presença de fadiga e perda rápida da capacidade funcional.	Rigidez matinal inferior a 15 minutos
Fibromialgia associada	Ausência de fadiga
Proliferação sinovial de início rápido.	Ausência de dor articular
Nódulos subcutâneos.	Ausência de dor à mobilização articular
Envolvimento visceral (ocular, cardíaco etc.)	Ausência de edema articular e das bainhas tendinosas.
Vasculite	
Alterações radiográficas ósseas precoces.	

Fator reumatoide em títulos autos	
Hemossedimentação e PCR persistentemente altas.	
Líquido sinovial com mais de 50.000 células/mm ³	

Fonte: CARVALHO, *et al.*; 2009.

4. DISCUSSÃO

A AR é uma doença inflamatória sistêmica, de causa desconhecida, com prevalência de 0,5 a 1,0 % a nível mundial. Caracterizada por dor e destruição articular progressiva, perda de função física que resulta na redução da qualidade de vida. É doença com grande impacto para o paciente (CRISOSTOMO, 2011).

A AR acomete várias estruturas e têm como características envolvimento articular por infiltrado inflamatório, provocando sinovite crônica, com presença de edema, calor e rubor, presença de deformidade articular por ação de absorção óssea, frouxidão ligamentar e desvio.

Os estudos pesquisados revelam que os exercícios físicos beneficiam o paciente com artrite reumatoide, com ganho de força muscular, capacidade aeróbica, com diminuição da dor e a inflamação, proporcionando melhora na qualidade de vida do paciente. (FERREIRA, *et al*, 2008).

Os exercícios físicos com duração superior a vinte minutos, sendo realizado aproximadamente 2 vezes por semana, pode beneficiar o paciente, proporcionando uma melhora significativa no quadro algico. (SCHNORNBERGER, *et al*, 2018).

O tratamento fisioterapêutico colabora para a manutenção das habilidades e atividades funcionais, na função cardiorrespiratória, na força muscular e flexibilidade. Já a cinesioterapia, contribui para a preservação da mobilidade articular, da força muscular e da resistência. Observa-se que os exercícios de mobilização passiva e os exercícios isométricos diminuem o quadro algico e os processos inflamatórios. (CARVALHO, *et al*, 2008).

Em um estudo no qual o grupo G1 foi composto por 07 indivíduos que realizaram 10 sessões de cinesioterapia, duas vezes por semana durante cinco semanas, com duração de 50 minutos. O grupo G2 foi composto por 10 indivíduos que realizaram 15 sessões de hidrocinesioterapia duas vezes por semana, durante sete semanas e um dia, com duração de 50 minutos. Os dois grupos apresentaram diminuição da dor de acordo a escala analógica, sendo que o grupo G2 demonstrou melhora significativa, o fato de este grupo ter realizado mais sessões pode ter contribuído para melhora. (PAVAN, *et al*, 2019).

Outro estudo com 05 mulheres, que apresentavam dor crônica nas mãos e deformidades articulares, elas realizaram 10 sessões de fisioterapia em grupo, duas vezes por semana com duração de 50 minutos, no total foram 12 sessões. Duas pacientes apresentaram melhora total dos domínios da qualidade de vida, duas pacientes apresentaram melhora dos domínios, exceto a capacidade funcional, e uma paciente apresentou melhora da qualidade de vida em três domínios. Nos domínios dor e vitalidade todas as participantes relataram melhora. (SCHNORNBERGER, *et al*, 2018)

Baseando nos relatos da revisão de bibliográfica pesquisadas de 2004 a 2019, observa-se que houve mudanças significativas na prevenção e tratamento

da AR. Os exercícios foram realizados de forma global, com alongamentos e fortalecimentos, tanto para membro superior e inferior, promovendo alívio da dor e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

5. CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos na revisão bibliográfica observou-se que o fisioterapeuta pode contribuir na prevenção e na melhora da qualidade de vida dos pacientes com artrite reumatoide. Nota-se que não há relatos de efeitos adversos. Os exercícios são realizados de forma segura promovendo alívio da dor e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

6. REFERÊNCIAS

CARVALHO, Marco Antônio P. *Et al.* **Reumatologia: Diagnóstico e tratamento**. 5ª Edição, Editora: Guanabara, Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2008.

CRISÓSTOMO, Andreia Delgado. **Artrite reumatoide – Diagnóstico e tratamento**. Monografia. II Mestrado em Análises Clínicas, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa. Portugal, 2011.

FERREIRA, Luis Roberto Fernandes. *Et al.* **Efeitos da reabilitação aquática na sintomatologia e qualidade de vida de portadores de artrite reumatoide**. Revista Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo-SP, Brasil, Volume 15 Nº 2, páginas 136 – 141, Junho/2008.

KÜLKAMP, Wladimir. *Et al.* **Artrite Reumatoide e exercício físico: resgate histórico e cenário atual**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Florianópolis-SC, Brasil, Volume 14 Nº1, páginas 55 – 64, Junho/2009.

LAURINDO, Ieda Maria Magalhães, *Et al.* **Artrite reumatoide: diagnóstico e tratamento**. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo-SP, Brasil, Volume 44 Nº6, páginas 435 – 442, Dezembro/2004.

MOREIRA, Caio. **Reumatologia Essencial**, 1ª Edição. Editora: Guanabara. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2009.

PAVAN, Bruna da Silva. *Et al.* **Análise dos efeitos da cinesioterapia e da hidrocinesioterapia em indivíduos com artrite reumatoide: ensaio clínico randomizado**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, Passo Fundo-RS, Brasil, Volume 26, páginas 2 – 10, 2019.

SCHNORNBERGER, Caroline de Macedo. *Et al.* **Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide**. Revista Dor. São Paulo-SP, Brasil, Volume 18 Nº4, páginas 365 – 369, Dezembro/2018.