

Intervenção fisioterapêutica em paciente portador de artrite reumatóide: um estudo de caso

La terapia física en un paciente con artritis reumatoide: un estudio de caso
Physical therapy intervention in a patient with rheumatoid arthritis: A case study

*Acadêmico de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo – Bolsista Probic/FAPERGS

**Acadêmica de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo – Bolsista Pibic/CNPQ

***Acadêmica de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo

****Docente do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo
Doutora em Geriatria e Gerontologia – PUC/RS
(Brasil)

Vinicius Dal Molin*
Rafaela Simon Myra**
Verônica Possebom***
Gabriela Vieira***
Lia Mara Wibeling****
vini.fisiobr@gmail.com

Resumo

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença reumática, inflamatória, sistêmica, crônica, de etiologia desconhecida, que atinge primariamente os tecidos sinoviais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo longitudinal e intervencionista no qual abordamos o caso de um indivíduo portador de AR submetido a tratamento fisioterapêutico no serviço de Fisioterapia Reumatológica da Universidade de Passo Fundo na qual enfatizamos resultados referentes à dor, amplitude de movimento e qualidade de vida. **Resultados:** Houve melhora importante do quadro algico, aumento da amplitude de movimento e melhora da maioria dos quesitos da qualidade de vida. **Conclusão:** A fisioterapia foi capaz de incrementar a amplitude de movimento das articulações acometidas pela patologia, o que juntamente com a melhora do quadro algico, resultou em melhora da qualidade de vida do paciente.

Unitermos: Fisioterapia. Qualidade de vida. Dor. Amplitude de movimento. Artrite reumatóide

Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a rheumatic disease, inflammatory, systemic, chronic, of unknown etiology that affects primarily the synovial tissues. **Methodology:** This is a longitudinal and interventional study in which we dealt with a case of an individual with RA undergoing physical therapy in Rheumatology service of the University of Passo Fundo, was emphasized results regarding pain, range of motion and quality of life. **Results:** There was significant improvement in pain symptoms, range of motion increase's and improve in most of the items in quality of life. **Conclusion:** Physical therapy was able to increase the range of motion of joints affected by the pathology, which together with the reduction of pain symptoms resulted in improvement of the patient's quality of life.

Keywords: Physical therapy specialty. Quality of life. Pain. Arthritis. Rheumatoid.

Recepção: 25/05/2015 - Aceitação: 02/09/2015

EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 20, Nº 209, Octubre de 2015. <http://www.efdeportes.com/>

1 / 1

Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença reumática, inflamatória, sistêmica, crônica, de etiologia desconhecida, que atinge primariamente os tecidos sinoviais. Em geral, acomete grandes e pequenas articulações, onde pode causar lesão condral e óssea, incapacidade e apresentar manifestações sistêmicas, como rigidez matinal, fadiga e perda de peso (Ciconelli, 2010).

Sua prevalência é estimada em 0,5% a 1,0% da população adulta e as mulheres são duas a três vezes mais acometidas que os homens, sendo que o início geralmente ocorre entre os 30 e 50 anos (Mota et al., 2013).

O quadro clínico da doença é caracterizado por rigidez matinal com duração de ao menos uma hora, fadiga, mal-estar, edema de tecidos moles em áreas articulares, edemas simétricos, nódulos reumatóides, presença de fator reumatóide diagnosticado por exame clínico, erosões radiográficas e/ou osteopenia periarticular nas articulações da mão e punho (Kulkamp et al. 2009).

Também, cabe ressaltar que a AR leva à diminuição dos níveis de atividade física devido à dor, rigidez e fadiga, sendo assim, torna-se uma doença com significativo impacto social devido à sua elevada morbimortalidade. A maioria dos pacientes terá sua independência afetada em graus variáveis, incluindo limitações nas atividades sociais, de lazer e profissionais (Mota et al. 2010).

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível. Neste contexto, a fisioterapia é fundamental em toda fase da doença e objetiva a preservação e restauração da habilidade funcional geral, melhorando a mobilidade articular, força muscular, resistência e capacidade aeróbia (Van Den Ende et al., 1998).

Com isto, estudos têm demonstrado que o tratamento desta patologia engloba diversas modalidades terapêuticas, entre as quais: terapias manuais (mobilização/tração articular, pompagem e massagem), agentes eletroterapia (diatermia, ultrassom, estimulação elétrica transcutânea, laser), termoterapia (calor, gelo, parafina) e exercícios supervisionados (Fransen, 2004).

Desta forma, visto o impacto social e físico da doença em questão, bem como a importância da intervenção do profissional de fisioterapia, o objetivo deste estudo foi acompanhar o caso de um paciente portador de artrite reumatóide atendido no serviço de Fisioterapia Reumatológica da Universidade de Passo Fundo.

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal e intervencionista no qual abordamos o caso de um indivíduo portador de AR submetido a tratamento fisioterapêutico no serviço de Fisioterapia Reumatológica da Universidade de Passo Fundo.

Foram realizados, no total, 16 atendimentos, sendo que o primeiro e o último constaram de avaliação e reavaliação físico-funcional. As sessões tiveram duração de 50 minutos cada e ocorreram duas vezes por semana compreendendo o período de setembro a dezembro de 2014.

A avaliação e reavaliação foram compostas por anamnese, colhendo-se o histórico do paciente; bem como avaliação físico-funcional da qual salientamos neste estudo: qualidade de vida (QV), dor e amplitude de movimento (ADM).

A QV foi avaliada através do questionário SF-36. Esta ferramenta avalia componentes físicos e mentais pontuando-os de 0 a 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida.

A dor foi avaliada através da Escala Visual Analógica (EVA). Esta é uma escala de graduação de dor na qual o indivíduo atribui valores de 0 a 10, sendo zero ausência de dor e dez, dor insuportável.

Já a ADM foi mensurada através da goniometria, sendo que a avaliação e a reavaliação foram realizadas pelo mesmo pesquisador, a fim de evitar casuais diferenças na técnica aplicada.

Quanto ao tratamento, este abordou uso de ultrassom como agente analgésico e anti-inflamatório; terapias manuais, do tipo mobilização e tração articular a fim de aumentar a nutrição e a lubrificação articular, bem como aumentar, manter ou evitar perda de amplitude de movimento; alongamento, para facilitar os movimentos e/ou minimizar lesões; cinesioterapia com exercícios orientados, visando movimentos funcionais e evitando posições antálgicas, assim como, visando o fortalecimento muscular. Também foram realizadas aplicações de gelo ao final das sessões, com o objetivo de reduzir a dor e a exacerbação da cadeia inflamatória.

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado "Efeitos do Tratamento Fisioterapêutico em Pacientes Portadores de Doenças Reumáticas", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob inscrição número 348.381, conforme determina a resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda, declara-se que foi colhida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados referentes às avaliações pré e pós intervenção do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

encontram-se na Tabela 1 e demonstram a pontuação atribuída a cada domínio pontuado pelo questionário.

Tabela 1. Avaliações pré e pós intervenção - SF-36

Domínio	Pré Intervenção	Pós Intervenção
Capacidade Funcional	50	80
Aspecto Físico	50	100
Dor	100	84
Estado Geral de Saúde	100	100
Vitalidade	100	70
Aspectos Sociais	100	100
Aspecto Emocional	100	100
Saúde Mental	64	84

Passo Fundo/Rio Grande do Sul - 2014

A Tabela 2 mostra os resultados das avaliações da dor pela EVA, nas quais o avaliado pontuou a intensidade da mesma. Cabe ressaltar que os locais da dor são a terceira e a quarta articulações metatarsofalangeanas do pé direito.

Tabela 2. Avaliações da dor através da Escala Visual Analógica

	EVA
Pré Intervenção	9
Pós Intervenção	1

Passo Fundo/Rio Grande do Sul – 2014

A avaliação da amplitude de movimento compreende as Tabelas 3 e 4 nas quais demonstramos os valores atribuídos ao membro direito e membro esquerdo respectivamente.

Tabela 3. Avaliação da ADM (membro direito)

Articulação	Movimento	Pré intervenção	Pós intervenção
Tornozelo	Planti Flexão	75°	75°
	Dorsi Flexão	15°	15°
3º Metatarsofalangeana	Flexão	30°	30°
	Extensão	10°	10°
4º Metatarsofalangeana	Flexão	30°	30°
	Extensão	10°	10°

Passo Fundo/Rio Grande do Sul – 2014

Tabela 4. Avaliação da ADM (membro esquerdo)

Articulação	Movimento	Pré intervenção	Pós intervenção
Tornozelo	Planti Flexão	45°	60°
	Dorsi Flexão	15°	20°
3º Metatarsofalangeana	Flexão	5°	25°
	Extensão	0°	5°
4º Metatarsofalangeana	Flexão	5°	25°
	Extensão	0°	5°

Passo Fundo/Rio Grande do Sul – 2014

Discussão

Mota et al. (2012) relataram, em uma revisão de literatura, que houve melhora significativa na qualidade de vida de pacientes portadores de artrite reumatóide que realizaram exercícios dinâmicos no lugar de um programa de reabilitação articular convencional que não apresentava esta característica. Neste contexto, nosso estudo também

indicou aumento ou manutenção da maioria dos quesitos da qualidade de vida, o que pode ser explicado pelo fato de termos usado diferentes técnicas de reabilitação, incluindo os exercícios ativos.

No estudo comparativo realizado por Seixedo e Mestre (2008) com 30 voluntários portadores de AR, houve melhora significativa do quadro algíco com a utilização de diferentes modalidades terapêuticas, como agentes eletrofísicos e térmicos, terapia manual e tratamentos realizados em meio aquático.

Assim como referido por Epps et al. (2005) ao afirmarem que as diferentes técnicas utilizadas na hidroterapia possibilitam o aumento da amplitude articular sem exacerbar a dor das respectivas articulações. Do mesmo modo, nosso estudo mostrou uma significativa melhora da dor, sendo que utilizamos, além da terapia manual, o ultrassom pulsado e o gelo, uma vez que, de acordo com diversos autores, os agentes físicos podem ser utilizados como adjuvantes no controle da dor, da contratatura muscular e da rigidez articular (Robinson et al., 2002; Brosseau et al., 2002; Brosseau et al., 2003; Brosseau et al., 2005; Meireles et al., 2010).

Ainda, segundo Laurindo et al. (2004), o condicionamento físico envolvendo atividade aeróbia, exercícios resistidos, alongamento e relaxamento devem ser estimulados por meio da fisioterapia, observando os critérios de tolerância ao exercício e à fadiga apresentados pelo paciente com AR.

Gaber et al. (2011), também indicam o exercício físico como modalidade de tratamento em pacientes com AR, podendo incluir exercícios passivos, nas fases iniciais, e exercícios ativos, isométricos e/ou isotônicos em fases mais avançadas. A finalidade desses programas de exercícios é garantir a manutenção, restauração ou ganho da amplitude de movimento articular, fortalecimento e alongamento muscular, capacidade aeróbia e desempenho para habilidades específicas.

Por outro lado, de acordo com Silva et al. (2007), o tratamento utilizando somente a cinesioterapia não foi benéfico na variável dor, porém apresentou resultados positivos na melhora da qualidade funcional, ganho de amplitude de movimento e ganho de força muscular. Sugerindo que os pacientes com condições reumáticas que participam de programas de exercícios regulares melhoram a flexibilidade, a força máxima, o estado cardiovascular e o funcionamento físico sem exacerbar a artrite ou aumentar os sintomas articulares.

Desta forma, mesmo a atividade aeróbica não sendo, por nós utilizada, apoiamos nossas condutas na cinesioterapia com exercícios ativos resistidos, isométricos, alongamentos, todos estes associados ao uso de terapia ultrasônica e gelo. Esta variedade de técnicas no tratamento podem ter contribuído para a melhoria da dor e da amplitude de movimento, o que por sua vez, pode explicar a melhoria na qualidade de vida.

Conclusão

Após análise dos resultados concluímos que o uso concomitante de diversas condutas fisioterapêuticas, desde cinesioterapia até agentes eletrofísicos, foi eficiente no manejo de um paciente portador de artrite reumatóide.

Ainda, sobre o quesito dor, podemos dizer que a prática de exercícios prescritos e supervisionado por um fisioterapeuta, além de melhorar significativamente o quadro algíco, não interfere para um agravamento da condição clínica do paciente.

Por fim, percebemos que a fisioterapia foi capaz de incrementar a amplitude de movimento das articulações acometidas pela patologia, o que juntamente com a diminuição das queixas algícas, resultou na melhora da qualidade de vida do paciente.

Bibliografia

- Brosseau L.U., Robinson, V., Wells, G., Debie, R., Gam, A., Harman, K. et al. (2005). Low level laser therapy

(Classes I, II and III) for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* (4), CD002049.

- Brosseau, L.U., Judd, M.G., Marchand, S., Robinson, V.A., Tugwell, P., Wells, G. et al. (2003). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand. *Cochrane Database Syst Rev.* (3), CD004377.
- Brosseau, L.U., Pelland, L.U., Casimiro, L.Y., Robinson, V.I., Tugwell, P.E., e Wells, G.E. (2002). Electrical stimulation for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* (2), CD003687.
- Ciconelli, R. M. (2010). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: reumatologia.* São Paulo: Manole. p. 404.
- Epps, H., Ginnelly, L., Utley, M., Southwood, T., Gallivan, S., Sculpher, M. et al. (2005). Is hydrotherapy cost-effective? A randomised controlled trial of combined hydrotherapy programmes compared with physiotherapy land techniques in children with juvenile idiopathic arthritis. *Health Technology Assessment.* 9(39), 1-73.
- Fransen, M., (2004) When is physiotherapy appropriate? *Best Practice and Research Clinical Rheumatology.* 18(4), 477-489.
- Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes, M.R., Franklin, B.A., Lamonte, M.J., Lee, I.M. (2011). American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise.* 43(7), 1334-1359.
- Kulkamp, W., Dario, A.B., Gevaerd, M.S. e Domenech, S.C. (2009). Artrite reumatóide e exercício físico: resgate histórico e cenário atual. *Rev. bras. ativ. fís. Saúde.* 14(1), 55-64.
- Laurindo, I.M.M., Ximenes, A.C., Lima, F.A.C., Pinheiro, G.R.C., Batistella, L.R., Bertolo, M.B., Alencar, P. et al. (2004). Artrite Reumatóide: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 44(6), 435-42.
- Meireles, S.M., Jones, A., Jennings, F., Suda, A.L., Parizotto, N.A., Natour, J. (2010). Assessment of the effectiveness of low-level laser therapy on the hands of patients with rheumatoid arthritis: a randomized doubleblind controlled trial. *Clin Rheumatol.* 29(5), 501-9.
- Mota, L.M., Cruza, B.A., Brenol, C.V., Pereira, I.A., Rezende-Fronza, L.S., Bertolo, M.B. et al. (2013). Diretrizes para diagnóstico da artrite reumatóide. *Rev. bras. reumatol.* 53(2), 141-157.
- Mota, L.M.H., Cruz, B.A., Brenol, C.V., Pereira, I.A., Rezende-Fronza, L.S., Bertolo, M.B. (2012) Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 52(2), 135-174.
- Mota, L.M.H., Laurindo, I.M., Neto, L.L.S. (2010). Artrite Reumatóide Inicial- conceitos. *Revista Associação Médica Brasileira.* 2(56), 227-229.
- Robinson, V., Brosseau, L., Casimiro, L., Judd, M., Shea, B., Wells, G. et al. (2002). Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* (2), CD002826.
- Seixedo, L., Mestre, F. S. (2008). Efeito de duas intervenções de fisioterapia no alívio de dor e aumento da amplitude articular em doentes com artrite reumatóide: estudo comparativo. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde.* (5), 56-68.
- Silva, A.L.P., Imoto, D.M., Croci, A.T. (2007) Estudo comparativo entre a aplicação de crioterapia e ondas

curtas no tratamento da osteoartrite de joelho. Acta Ortopédica Brasileira. (15), 204-209.

- Van Den Ende, C.H.M., Vliet Vlieland, T.P.M., Munneke, M., Hazes, J.M.V. (1998). Dynamic exercise therapy for treating rheumatoid arthritis: a systematic review. Br J Rheumatol. 37, 677-87.