

Abordagem fisioterapêutica de pacientes com artrite reumatoide: revisão de literatura

Physiotherapeutic conduct in patients with rheumatoid arthritis: literature review

Josilene Souza Conceição¹, Larissa Milani Borgnoli Sinhorim¹, Tamiris Beppler Martins², Felipe Gustavo Schaefer de Araújo²

¹Mestrandas em Fisioterapia na Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC no Centro de Ciências da Saúde e do Esporte-CEFID de Florianópolis-SC.

²Acadêmicos de Fisioterapia na Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC no Centro de Ciências da Saúde e do Esporte-CEFID de Florianópolis-SC.

Resumo

Introdução: Artrite reumatoide é uma doença autoimune que resulta em uma desordem inflamatória, sistêmica e crônica que pode levar à incapacidade funcional. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura, abordando as principais condutas fisioterapêuticas utilizadas em pacientes com artrite reumatoide e os resultados observados nesses estudos. **Material e Métodos:** A pesquisa eletrônica foi realizada por meio dos bancos de dados PubMed, Medline, LILACS, Google Acadêmico e biblioteca eletrônica SciELO. **Resultados:** Não há um tratamento único totalmente eficaz. Intervenções de fisioterapia para pessoas com artrite reumatoide são predominantemente orientadas para amenizar as deficiências resultante de manifestações das doenças articular e periarticular, e fornecer orientações e educação para melhorar a capacidade funcional e qualidade de vida. **Conclusão:** Eletrotermofototerapia e cinesioterapia estão entre algumas das condutas fisioterapêuticas muito utilizadas no tratamento de pacientes com artrite reumatoide, apresentando resultados satisfatórios quanto à redução do quadro algico e ganho de amplitude de movimento.

Descritores: Artrite reumatoide; Fisioterapia; Modalidades de fisioterapia.

Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease that results in a chronic and systemic inflammatory disorder, leading to deformities and disabilities. **Objective:** The purposes of this review are to evaluate the literature related to the main physiotherapeutic conducts used in patients with rheumatoid arthritis, and the results observed in those studies. **Materials and Methods:** We searched the published studies using an initial survey of the PubMed and Medline databases, LILACS, Google Academic, and SciELO electronic library. **Results:** There is not a fully effective treatment. Physiotherapy interventions for patients with rheumatoid arthritis are primarily guided to alleviate the deficiencies resulting from signs and symptoms of articular and periarticular diseases. They also provide patient education and counseling to improve the functional capacity and quality of life. **Conclusion:** Electrothermalphototherapy and kinesiotherapy are among some of the physical therapy procedures widely used in the treatment of patients with rheumatoid arthritis, with satisfactory results on pain relief and improvement of the motion range.

Descriptors: Arthritis, Rheumatoid; Physical therapy specialty; Physical therapy modalities.

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma das doenças inflamatórias sistêmicas, crônica e progressiva mais comumente relatadas⁽¹⁾. Apresenta etiologia desconhecida, sendo sugerida uma conotação multifatorial. Acomete aproximadamente 1% da população mundial, sendo que as mulheres são afetadas três vezes mais do que os homens, na proporção 1:3-4⁽²⁾. O diagnóstico da AR é estabelecido considerando-se achados clínicos e exames complementares, ou seja, nenhum teste isolado, seja laboratorial, de imagem ou histopatológico, confirma o diagnóstico⁽³⁾.

As manifestações clínicas da AR podem ter início em qualquer idade, embora sejam observadas com mais frequência na quarta

e quinta décadas de vida. A AR pode se manifestar de forma bastante variável, desde manifestações mais brandas, de menor duração, até uma poliartrite progressiva e destrutiva, associada a vasculite e outras manifestações extra-articulares, como febre, astenia, fadiga, mialgia e perda ponderal que podem preceder ou acompanhar o início das manifestações articulares⁽⁴⁻⁵⁾.

Diante das inúmeras manifestações da AR, existem relatos de que essa doença está relacionada muito frequentemente às dificuldades na execução das atividades de vida diária, trabalho e lazer⁽⁶⁾, com graus variados quanto à dependência decorrente das limitações nas atividades sociais e profissionais⁽⁷⁾. Um dos

Recebido em 22/09/2014

Aceito em 05/12/2014

Não há conflito de interesse

grandes impactos sociais da AR está associado à alta taxa de desemprego, ocasionada em função das incapacidades físicas geradas por essa doença⁽⁸⁾.

A abordagem multiprofissional é imprescindível. Profissionais, como reumatologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros, podem estar envolvidos no tratamento de pacientes com AR⁽⁹⁾. Dentro dessa abordagem, destaca-se o profissional fisioterapeuta, que atua desde a avaliação e elaboração de objetivos, até a condução de condutas fisioterapêuticas.

Inúmeros estudos abordam as diferentes atuações fisioterapêuticas em indivíduos com AR. No entanto, desconhece-se a existência de revisões sobre as principais condutas utilizadas pela fisioterapia e quais são realmente eficazes em indivíduos com AR. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura, apresentando as principais abordagens e os resultados alcançados com as condutas fisioterapêuticas no tratamento da AR.

Material e Métodos

A pesquisa caracteriza-se como uma revisão de literatura, realizada em bancos de dados PubMed, Medline, LILACS, Google Acadêmico e biblioteca eletrônica SciELO. Utilizaram-se os seguintes descritores, “artrite reumatoide”, “avaliação fisioterapêutica”, “tratamento fisioterapêutica”, “exercícios”, “treinamento”, e seus respectivos correspondentes em inglês.

Os critérios de inclusão utilizados foram estudos que abordaram as condutas fisioterapêuticas no tratamento de pacientes com AR, incluindo os ensaios clínicos randomizados controlados, estudos de casos, revisões sistemáticas e que foram publicados a partir de 2000; amostragem de indivíduos de qualquer idade e sexo, com diagnóstico de AR independente dos critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia ou diagnóstico confirmado por médico; qualquer medida de resultado e tempo de tratamento. Os estudos não foram elegíveis caso não fizessem parte dos critérios de inclusão, ou que os indivíduos apresentassem histórico de cirurgias prévias nos membros inferiores, bem como distúrbios neurológicos. Estudos que não apresentavam informações suficientes disponíveis (resumo apenas) também foram excluídos. Dois avaliadores independentes selecionaram os estudos após a leitura dos títulos, excluindo aqueles que não estavam relacionados com o objetivo da revisão. Após a seleção dos títulos, os avaliadores analisaram os resumos dos artigos para identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e, na sequência, os estudos elegíveis foram analisados na íntegra para posterior inclusão na revisão de literatura. Esta pesquisa foi realizada no período de fevereiro/2013 a julho/2013.

Os autores solicitaram ao Comitê de Ética e Pesquisa, dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na realização desta pesquisa, por se tratar de uma revisão de literatura.

Resultados e Discussão

Um total de 40.490 estudos foi encontrado nas bases de dados. Destes, 46 artigos foram selecionados a partir do resumo. Após a leitura na íntegra dos artigos, 17 artigos adotaram os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão. As características

principais dos estudos incluídos estão apresentadas na Tabela 1. A AR tem prevalência de aproximadamente 1% na população brasileira, similar à literatura mundial, com predominância no sexo feminino, principalmente entre as idades de 20 e 60 anos e com ocorrência em todos os grupos étnicos⁽¹⁰⁾. O tratamento tende a começar com a educação do paciente sobre a doença, com informações como o risco das lesões articulares, bem como sobre os riscos e benefícios das modalidades de tratamentos existentes. Durante os tratamentos, a abordagem multidisciplinar é muito importante, incluindo o profissional fisioterapeuta⁽⁹⁾.

As antigas estratégias terapêuticas utilizadas para o tratamento das articulações inflamadas favoreciam o repouso e uso somente de medicações. Os estudos, recentemente, demonstram que pacientes incluídos nos programas de exercícios regulares, melhoram a força máxima, o equilíbrio, a flexibilidade, o condicionamento físico e cardiovascular, diminuem a dor e o edema, sem aumentar os sintomas articulares provenientes da artrite⁽¹¹⁻¹³⁾. Nas abordagens fisioterapêuticas dos pacientes com AR é de extrema importância a execução de uma boa avaliação, o que permitirá estabelecer melhores objetivos e condutas condizentes com cada caso. Todas as medidas devem ser tomadas para reduzir a atividade da doença e da dor, prevenir lesões nas articulações e a perda de sua função, preservação do trabalho e das atividades recreativas, promovendo uma qualidade de vida satisfatória⁽¹⁴⁾. A fisioterapia é essencial para o tratamento de doenças inflamatórias reumáticas, assim como a terapia medicamentosa⁽¹⁵⁾.

Atualmente não há um único tratamento totalmente eficaz. Intervenções de fisioterapia para pessoas com AR são predominantemente orientadas para amenizar as deficiências resultantes de manifestações das doenças articular e periarticular, e fornecer orientações e educação para melhorar a capacidade funcional e qualidade de vida. Por ser uma doença com potencial deformante⁽²⁾, criaram-se diretrizes para a gestão de pacientes com AR. Uma dessas diretrizes estabelece que o acesso a fisioterapeutas deve ser oferecido a todas as pessoas com AR, objetivando avaliar o impacto e tratar as consequências dessa doença. Estabelecem, ainda, que o tratamento deve incluir uma variedade de modalidades como, por exemplo, proteção articular, eletroterapia, dispositivos de apoio, talas, calor, mobilização conjunta, exercício para melhorar a força, a flexibilidade e aumentar a capacidade funcional⁽¹⁶⁾. Porém, para garantir um atendimento seguro e eficaz, é fundamental que os fisioterapeutas sejam capazes de identificar estruturas potencialmente lesionadas, tanto articulares como periarticulares como, por exemplo, instabilidade das vértebras cervicais da coluna vertebral⁽¹⁷⁾, que muitas vezes acomete os pacientes com AR.

Diante da grande variedade de recursos fisioterapêuticos descritos na literatura, encontram-se a termoterapia (calor úmido, gelo, parafina), os agentes eletroterapêuticos (como exemplo, o ultrassom, a estimulação elétrica transcutânea e o laser), a cinesioterapia, a hidroterapia, as terapias manuais (mobilização articular e massagem), as orientações gerais, dentre outras⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Em relação aos agentes físicos como o gelo e o calor, estudo demonstrou que a crioterapia auxilia na redução dos processos algícos quando corretamente indicada e utilizada⁽¹⁸⁾. A eficácia da crioterapia permanece controversa nos pacientes com doen-

Autor	Amostra (n)	Objetivo	Intervenção	Variáveis	Resultados
Brorsson S et al	n=40 mulheres com AR. Divididos em 2 grupos: Pacientes com AR (n=20) e Pacientes saudáveis (n=20)	Avaliar os efeitos de exercícios na mão em pacientes com AR, e comparar os resultados com controles saudáveis.	Programa de exercícios para a mão, 5 vezes/semana durante 12 semanas. Repetição de 10 vezes de cada tarefa. 50 minutos cada sessão.	Força muscular=flexor e extensor dos dedos. Teste de habilidade do Aperto Questionários=Deficiência/incapacidade do braço, ombro e mão e Short Form-36. Ultrassom no extensor digital comum	Melhora da força muscular de extensão e flexão em ambos os grupos após 6 semanas, da deficiência/incapacidade do braço, ombro e mão e de habilidade do aperto ambos os grupos e aumento da área da secção transversal no extensor digital comum em ambos os grupos.
Lee et al	n=21 pacientes com AR alocados em 2 grupos: I (exercício do programa <i>Tai Chi</i> ; II (exercício do programa <i>Tai Chi</i> + acupuntura auricular.	Avaliar a eficácia do exercício <i>Tai Chi</i> em pessoas com AR. Determinar se o <i>Tai Chi</i> e acupuntura auricular apresentam efeito no controle da dor. Avaliar a aceitabilidade.	Programa <i>Tai Chi</i> e acupuntura 2 vezes/semana durante 12 semanas.	Sintomas físicos e funcionais Dor (EVA) Qualidade de vida Auto eficácia.	Ambos os grupos conseguiram melhorias estatisticamente significativas no equilíbrio, força de preensão, força de pinça, tempo de caminhada 50 pés, diminuição da dor auto relatada, do edema nas articulações, Não houve evidência da acupuntura auricular nos efeitos da intervenção <i>Tai Chi</i> .
Eversden L et al.	n=115 pacientes com AR	Comparar os efeitos da hidroterapia com os exercícios em terra.	Os pacientes receberam 1 sessão/semanal de 30 minutos de hidroterapia ou exercícios em terra durante 6 semanas.	Escores funcionais de qualidade de vida Escore EuroQol (EQ-5D) Dor (EVA) Tempo de caminhada de 10 metros	Pacientes tratados com hidroterapia apresentaram melhores parâmetros quanto as variáveis investigadas do que os tratados com o exercício da terra.
Engel JM	Relato de casos	Abordar a importância do cuidado multidisciplinar no tratamento da AR.	Diversas evidências sobre reumatologia abordados no relato de casos.		Cuidados por uma equipe multidisciplinar, incluindo a fisioterapia e terapia ocupacional são indispensáveis.
Briggs AM et al	n=1 pacientes com AR Relato de Caso	Fornecer diretrizes clínicas para que os fisioterapeutas possam utilizar as melhores evidências na avaliação e tratamento de pacientes com AR quanto a bandeiras vermelhas.	Exercícios isométricos de estabilização cervical, alongamento dos tecidos moles, orientações sobre a amplitude de movimento rotacional ativa e exercícios de flexão lateral.	Exame físico e radiológico da coluna cervical	Pacientes com AR podem apresentar perda da lordose cervical normal. Amplitude de movimento cervical limitado e associado com crepitação, e amplitude final com dor. Atenção a presença da luxação atlanto-axial (bandeira vermelha).
Jastrzabek et al	n=40 pacientes com AR ativa divididos em 2 grupos: I (vapor de nitrogênio a -160 °C) e II (fluxo de ar frio a -30 °C).	Estimar a influência de 10 dias de crioterapia local, utilizando diferentes temperaturas nos níveis sistêmicos de TNF-a, IL-6, DAS 28, e qualidade de vida do paciente com base na dor e alguns parâmetros funcionais do questionário HAQ.	10 dias de tratamento abrangendo diferentes crioterapias locais.	TNF-a IL-6 DAS 28 Variáveis funcionais HAQ	TNF-a= redução em ambos os grupos IL-6= nenhuma mudança Escores DAS 28 e variáveis funcionais= melhora significante do DAS28, gravidade clínica da dor, duração da rigidez matinal, grau de fadiga auto relatada e saúde por meio do questionário HAQ.
Al-Qubaesisy	Revisão sistemática: 197 estudos.	Avaliar a eficácia da hidroterapia no tratamento de pacientes com AR.	Revisão sistemática	Dor, avaliação global, atividade de vida diária, função física e qualidade de vida	A maioria dos estudos evidenciaram resultados favoráveis para a intervenção de hidroterapia.
Flint-Wagner HG et al	n= 24 pacientes com AR, 2 grupos: treinamento de força= 16 e controle= 8.	Avaliar os efeitos de um programa de treinamento de força sobre a força muscular, dor e função em pacientes com AR.	Programa supervisionado de exercícios/treinamento de força, durante 3 vezes/semana	Força muscular, dor, desempenho funcional: caminhada de 50 pés, <i>Disability Index Health Assessment</i> .	Para o GT: força muscular aumentou 4 vezes maior do que os valores iniciais, aumentou força de preensão da mão, reduziu a dor em 53% e diferença clinicamente importante.
Vlieland TPV e Patison D	Revisão de literatura	Resumir as evidências disponíveis sobre a eficácia das modalidades não-farmacológicas na AR precoce.	Bancos de dados diversos	Resumo de evidências= modalidades não farmacológicas na AR precoce, incluindo hidroterapia passiva.	Estudos apoiam a eficácia do exercício dinâmico e intervenções cognitivo comportamentais e necessitam de uma equipe multidisciplinar.
Muller T	n=5 estudos do TENS na AR e o uso da estimulação elétrica.	Avaliar as evidências das correntes analgésicas e anti-inflamatórias em reumatologia.	Aplicação da TENS, eletroestimulação e corrente galvânica	Dor Força e função da mão	Efeito do TENS foi analgésico e eletroestimulação demonstrou um benefício em força e função muscular da mão.

Brosseau et al	Revisão sistemática= Ensaio randomizados controlados; 1998-2005.	Avaliar a eficácia do nível baixo da laserterapia no tratamento da AR	222 pacientes foram incluídos nos cinco ensaios controlados com placebo, com 130 randomizados para terapia a laser.	Dor, rigidez matinal, flexibilidade, avaliação funcional, amplitude de movimento e edema.	A laserterapia reduziu a dor, a duração da rigidez matinal e aumento da flexibilidade.
Iversen MD e Brandens-tein JS	n=8 ensaios clínicos de 575 adultos com AR	Investigar se o reforço dinâmico e exercício de capacidade aeróbica reduzem a dor e melhora os resultados funcionais e a força em pessoas com AR.	Exercício dinâmico, amplitude de movimento, exercício isométrico ou fisioterapia, Em 50% dos estudos houve supervisão do fisioterapeuta.	Dor, habilidade funcional, capacidade aeróbica, força muscular, dano radiológico e atividade da doença.	Treinamento a curto prazo: melhorias significativas na habilidade funcional e efeito do exercício aeróbico; evidência de extensão isométrica limitada. Treinamento de longo prazo: capacidade funcional evidências conflituosas e capacidade aeróbica moderado efeito; aumento força muscular (aumento positivo em 2 estudos); dano radiológico (1 estudo sugeriu aumento no dano articular).
Kiefer J, Biskupek H, Neukirch CV.	n=1 paciente com AR Estudo de caso.	Abordar a utilização segura da terapia manual na AR, tendo como exemplo o tratamento da mão. Discutir os limites da terapia manual e contraindicações.	Técnicas manuais (trações, mobilizações).	Dor Mobilidade articular	Dor=diminuiu no paciente abordado Mobilidade articular = melhora.
Macfarlane et al	n=11 estudos abrangendo 7 tratamentos (acupuntura, meditação, relaxamento muscular progressivo, <i>tai chi</i> , magnetismo estático, terapia de cura e treinamento autogênico).	Analisar as evidências da efetividade dos tratamentos /terapias complementares em pacientes com AR.	Utilizaram-se os ensaios clínicos randomizados publicados em inglês até maio de 2011	Dor (EVA) Avaliação Global do paciente Tempo de caminhada Força de Preensão	Dor=Não observou diferença entre os grupos (placebo x acupuntura; nem para a técnica <i>tai chi</i>). Avaliação Global do paciente = efeitos positivos na maioria das terapias. Tempo de caminhada e Força de Preensão= igual entre os grupos para o relaxamento muscular progressivo
Vlieland TPV e Ende CH	n=12 estudos, revisão de comentários publicados em revisões sistemáticas, estudos guarda-chuva, estudos individuais e conjuntos de diretrizes e recomendações.	Sumarizar as evidências disponíveis sobre a eficácia das terapias não-farmacológicas na AR precoce.	12 estudos publicados de 1994 à 2002.	-	Os resultados indicam a necessidade de mais investigações sobre as estratégias clínicas eficazes e de baixo custo para o tratamento não farmacológico da AR.
Ward et al	n=17 estudos envolvendo 1.626 participantes (dor lombar, osteoartrite, AR, cifose ou fibromialgia).	Investigar a eficácia da ioga nos resultados preliminares de capacidade funcional, dor e resultados psicossociais em condições musculoesqueléticas.	Ioga, com foco nas posturas do yoga, trabalho da respiração, relaxamento e/ou meditação prática. Duração (1-24 semanas), aulas de 40-120 minutos, 1-7 vezes/semana).	Dor Medidas de resultados funcionais Medidas de resultados psicossociais	Intervenção por meio do ioga resulta em uma melhora clinicamente significativa na dor na AR. Meta-análise de estudos de boa qualidade mostrou um efeito do tratamento moderado para ioga de -0,61 (IC 95% 0,97 a 0,26) para os desfechos de dor.
Carvalho MGR, Noordhoek J e Silva MCO.	n=250 indivíduos Projeto de Extensão "Orientação a Indivíduos Acometidos por Doenças Reumáticas". Voltado à educação e suporte a esses indivíduos.	Possibilitar por meio dos atendimentos em grupo, a educação, socialização, desenvolvimento de habilidades pessoais, novas possibilidades de enfrentamento da doença e melhor desempenho de papéis ocupacionais, contribuindo para o incremento da qualidade de vida dos participantes.	Atendimentos realizados em grupo, 1 vez/semana, com duração de uma hora e trinta minutos. Exercícios terapêuticos de relaxamento e alongamento; atividades de socialização e lazer; palestras interativas incluindo fisioterapeutas.	Estudo qualitativo	Crescente interesse pelos atendimentos, diminuição da dor, maior senso de competência, maior capacidade de enfrentamento da doença, aumento da socialização e incremento na percepção da qualidade de vida

ças reumáticas⁽²¹⁻²²⁾. Em um estudo que abordou duas diferentes técnicas de aplicação da crioterapia em pacientes com AR (vapor de azoto a -160 °C e fluxo de ar frio a -30°C), demonstrou-se que após o tratamento, ambos os grupos apresentaram melhorias semelhantes, com redução significativa dos níveis de fator de necrose tumoral (TNF- α), diminuição da gravidade clínica da dor, do tempo de duração da rigidez matinal, do grau de fadiga relatado pelo paciente, além de resultados satisfatórios obtidos pela avaliação por meio de um questionário de saúde⁽¹⁸⁾. O gelo age diretamente no fuso muscular e no órgão tendinoso de Golgi, produzindo alívio da dor e relaxamento muscular pela elevação da temperatura subcutânea, porém, é contraindicado em pacientes com déficit circulatório, alteração de sensibilidade e casos de câncer.

Em relação à eletroterapia, estudo que avaliou o uso das correntes anti-inflamatórias e analgésicas em pacientes reumáticos, comprovou efeito analgésico satisfatório com a utilização da estimulação nervosa elétrica transcutânea. A eletroestimulação proporcionou benefício em relação a força e função muscular⁽²³⁾. Outra modalidade terapêutica muito utilizada é a laserterapia. O laser tem sido estudado mediante experimentos em animais, com resultados favoráveis quanto a diminuição do processo inflamatório no uso do laser 904nm (Arsenieto de Gálio)⁽²⁴⁾. A laserterapia demonstra ser um recurso terapêutico eficaz em pacientes com AR, apresentando bons resultados quanto ao alívio da dor e rigidez matinal, quando aplicada por duas a três vezes por semana, durante quatro semanas⁽²⁵⁾.

Além das medidas supramencionadas, destaca-se como uma importante abordagem fisioterapêutica a tais pacientes a cinesioterapia. Flint et al⁽²⁰⁾ demonstraram que, o treinamento de força de alta intensidade em pacientes com AR, com diferentes níveis de atividade da doença e dano articular, apresentou um efeito significativo na força muscular, e levou à melhorias na dor e função. Em relação ao exercício dinâmico, estudo demonstrou que proporciona redução da dor, melhora os resultados funcionais e bem-estar de indivíduos com AR⁽²⁶⁾.

A inflamação crônica presente na AR de longa instalação, enfraquece a cápsula articular e as estruturas ligamentares de suporte, alterando a estrutura e a função articular. O tecido de granulação que se forma na AR, tende a resultar em aderências, fibrose ou anquilose óssea articular. Em virtude desses fatores, pode ocorrer a ruptura de tendões, o que produz uma tração muscular desequilibrada nas articulações acometidas, resultando em deformidades musculoesqueléticas, observadas na AR avançada⁽²⁷⁾.

A terapia manual pode ser analisada como benéfica a tais pacientes, já que se refere a uma forma de tratamento que faz uso de técnicas de manipulação, mobilização, bem como algumas técnicas em tecidos moles como, por exemplo, músculos, fáscia e ligamentos. No caso de doenças reumáticas, a terapia manual pode vir a ser um substituto eficaz de medicamentos anti-inflamatórios, muito utilizados nas doenças reumáticas. Devem ser evitadas as manipulações e as técnicas de mobilização articular que provocam dor ao paciente, sendo realizadas de forma suave, rítmica e com movimentos repetitivos, proporcionando relaxamento dos tecidos moles⁽²⁸⁾. Atenção especial por parte dos fisioterapeutas deve ocorrer em pacientes com suspeita de

instabilidade na parte superior das vértebras cervicais, decorrentes riscos inerentes durante a avaliação e uso das técnicas de tratamentos manuais para esses pacientes⁽²⁹⁾.

A técnica de deslizamento dos tendões consiste em uma das abordagens de terapia manual muito utilizada, já que as bainhas tendíneas dos pacientes com reumatismo são muito propensas à formação de aderências. Assim, a terapia manual na sua ampla diversidade pode ser utilizada de forma eficaz, mesmo nas doenças reumáticas inflamatórias, mediante diagnóstico adequado e cuidadoso, contribuindo para o alívio da dor, melhora da mobilidade articular e redução do uso de medicações. É importante ressaltar que as medidas de fisioterapia manual estejam adequadas ao quadro inflamatório do paciente^(28,30). Simples exercícios fisioterapêuticos para as mãos de pacientes com AR proporcionam melhora significativa da força manual dos flexores e de extensores e da função da mão, mesmo com apenas 6 semanas de tratamento⁽¹¹⁾.

Outra modalidade terapêutica muito utilizada em pacientes com AR é a hidroterapia. Segundo alguns estudos, a água quente promove alívio da dor, induz ao relaxamento muscular e promove um exercício mais eficaz^(13,31). A hidroterapia promove a melhora da qualidade de vida, da força muscular e do condicionamento aeróbico⁽³²⁾. Em uma revisão sistemática que abordou a efetividade da hidroterapia em pacientes com AR, demonstrou-se que dos seis estudos que preencheram os critérios de inclusão, a maioria mostrou que a hidroterapia tem um papel positivo na redução da dor e na melhora do estado de saúde de pacientes com AR, em comparação com outras intervenções. No entanto, o benefício a longo prazo ainda é desconhecido⁽¹⁹⁾. Com a imersão, obtêm-se diminuição do edema, melhora do retorno venoso, indução da bradicardia e centralização do fluxo sanguíneo periférico⁽³³⁾. Diante dos estudos acima mencionados, observa-se que são inúmeros os objetivos do exercício aquático nos pacientes com AR.

Considerando que o processo degenerativo natural da AR se agrava ainda mais com o repouso, a indicação da prática de atividade física orientada é de fundamental importância para esses pacientes. O condicionamento físico realizado por atividades aeróbicas, exercícios resistidos, alongamento e de relaxamento, promove a melhora da força muscular e do bem-estar, potencializando a funcionalidade do indivíduo^(9, 34-36).

Terapias complementares como, por exemplo, ioga, pilates e método *tai chi chuan* são muito indicados e, atualmente, já apresentam evidências científicas de seus benefícios. O *tai chi chuan* apresenta benefícios, em virtude do potencial para melhorias físicas (equilíbrio, força de preensão, força de pinça, caminhada, diminuição da dor nas articulações, contagem de articulações inchadas) e psicológicas⁽¹²⁾. Em um estudo demonstrou-se que a ioga é uma intervenção aceitável e segura, o que pode resultar em melhorias clinicamente significativas na dor e nos resultados funcionais associadas a uma variedade de condições musculoesqueléticas⁽³⁷⁾.

Além de todas as abordagens fisioterapêuticas supramencionadas para o paciente portador de AR, outros profissionais como, por exemplo, terapeutas ocupacionais, devem integrar o trabalho multiprofissional, já que estudos incluindo tais profissionais

também mostram uma abordagem psicossocial e educacional fundamental, obtendo-se assim, um tratamento eficiente na melhora dos aspectos psicofísicos e, principalmente, da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por doenças reumáticas⁽³⁸⁾. A abordagem multiprofissional, incluindo o profissional fisioterapeuta, torna-se indispensável no tratamento de pacientes com AR.

Conclusão

Diversas condutas fisioterapêuticas têm sido demonstradas no tratamento de pacientes com artrite reumatoide. Dentre tais abordagens, a hidroterapia, a cinesioterapia, a terapia manual e a eletrotermofototerapia tem sido indicadas como tratamentos que apresentam resultados muito satisfatórios. Tais condutas foram eficazes na diminuição da dor e da rigidez matinal, melhora da mobilidade articular, redução quanto ao uso de medicamentos, retardo do aparecimento das deformidades, manutenção e ganho da força muscular, amplitude de movimento, condicionamento cardiovascular, melhora da postura e da qualidade de vida do indivíduo. Porém, não há um único tratamento totalmente eficaz na AR, reforçando assim, a necessidade da interação de uma equipe multiprofissional nos cuidados ao portador da doença. Outras pesquisas são necessárias para avaliar os reais efeitos de curto e de longo prazo dos diferentes métodos fisioterapêuticos, e também a mudança que proporcionam nos hábitos de vida desse tipo de paciente, a fim e torná-lo um agente ativo na sociedade na qual está inserido.

Referências

- Bértolo MB, Brenol CV, Schainberg CG, Neubarth F. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. *Temas Reumatol Clín*. 2009;10(1):6-14.
- Goeldner I, Skare TL, Reason ITM, Utiyama SRR. Artrite reumatoide: uma visão atual. *J Bras Patol Med Lab*. 2011;47(5):495-503.
- Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(3):207-19.
- Klippel J, Stone J, Crofford L, White P, Tehlirian C, Bathon J. *Primer on the rheumatic diseases*. New York: Springer; 2008.
- Wolf AD. How to assess musculoskeletal conditions: history and physical examination. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003;17(3):381-402.
- Noordhoek J, Loschiavo FQ. Adaptação visando melhora do desempenho funcional em atividade da vida diária para adolescente com artrite reumatóide juvenil. *Rev Bras Reumatol*. 2004;44(5):362-3.
- Mota LMH, Laurindo IM, Santos Neto LL. Artrite reumatoide inicial: conceitos. *Rev. Assoc Med Bras*. 2010;56(3):227-9.
- Rodriguez CR, Bó SD, Teixeira RM. Diagnóstico precoce da artrite reumatoide. *SBAC Soc Bras Anal Clín*. 2005;37(4):201-4.
- American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. *Arthritis Rheum*. 2002;46(2):328-46.
- Brenol CV, Monticiflo OA, Xavier RM, Brenol JCT. Artrite reumatoide e aterosclerose. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(5):465-70.
- Brorsson S, Hilliges M, Sollerman C, Nilsson A. A six-week hand exercise programme improves strength and hand function in patients with rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2009;41(5):338-42.
- Lee HY, Hale CA, Hemingway B, Woolridge MW. Tai chi exercise and auricular acupressure for people with rheumatoid arthritis: an evaluation study. *J Clin Nurs*. 2012;21(19-20):2812-22.
- Eversden L, Maggs F, Nightingale P, Jobanputra P. A pragmatic randomised controlled trial of hydrotherapy and land exercises on overall well being and quality of life in rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8(23):1-7.
- Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010;376(9746):1094-108.
- Engel JM. Physiotherapy and ergotherapy are indispensable: concrete prescription of remedies - without recourse. *Z Rheumatol*. 2012;71(5):369-80.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London: Royal College of Physicians; 2009.
- Briggs AM, Fary RE, Slater H, Ranelli S, Chan M. Physiotherapy co-management of rheumatoid arthritis: identification of red flags, significance to clinical practice and management pathways. *Man Ther*. 2013;18(6):583-7.
- Jastrzabek R, Straburzynska-Lupa A, Rutkowski R, Romanowski W. Effects of different local cryotherapies on systemic levels of TNF-alpha, IL-6, and clinical parameters in active rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2013;33(8):2053-60.
- Al-Qubaeissy KY, Fatoye FA, Goodwin PC, Yohannes AM. The effectiveness of hydrotherapy in the management of rheumatoid arthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2013;11(1):3-18.
- Flint-Wagner HG, Lisse J, Lohman TG, Going SB, Guido T, Cussler E, et al. Assessment of a sixteen-week training program on strength, pain, and function in rheumatoid arthritis patients. *J Clin Rheumatol*. 2009;15(4):165-71.
- Robinson PC, Taylor WJ. Time to treatment in rheumatoid arthritis: factors associated with time to treatment initiation and urgent triage assessment of general practitioner referrals. *J Clin Rheumatol*. 2010;16(6):267-73.
- Vlieland TPV, Pattison D. Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009;23(1):103-16.
- Muller T. Anti-inflammatory and analgesic electrotherapy: evidence in rheumatology?. *Z Rheumatol*. 2009;68(7):530-3.
- Morsoleto MJM, Bonfim F, Oliveira Júnior LA, Milano TA. Artrite Reumatóide induzida: laser, sulfato de condroitina/sulfato de glicosamina, associados no tratamento de modelos experimentais. *Rev Fisioter Bras*. 2008;9(5).
- Brosseau L, Welch V, Wells G, Debie R, Gam A, Harman K, et al. Low level laser therapy (classes I, II and III) in the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;19(4):2049.

26. Iversen MD, Brandenstein JS. Do dynamic strengthening and aerobic capacity exercises reduce pain and improve functional outcomes and strength in people with established rheumatoid arthritis? *Phys Ther.* 2012;92(10):1251-7.
27. Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the rheumatic diseases.* Atlanta: Arthritis Foundation; 1997.
28. Kiefer J, Biskupek H, Neukirch CV. Manuelle therapie bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Man Med.* 2011;49(5):317-23.
29. Slater H, Briggs AM, Fary RE, Chan M. Upper cervical instability associated with rheumatoid arthritis: what to 'know' and what to 'do'. *Man Ther.* 2013;18(6):615-9.
30. Macfarlane GJ, Paudyal P, Doherty M, Ernst E, Lewith G, MacPherson H, et al. A systematic review of evidence for the effectiveness of practitioner-based complementary and alternative therapies in the management of rheumatic diseases: rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51(9):1707-13.
31. Hall SJ, Hickling P. Failure of etanercept to control extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2007;13(1):54.
32. Hart FD. Rheumatoid nodules. *Ann Rheum Dis.* 1994;53(1):83.
33. Bueno VC, Lombardi Júnior I, Medeiros WM, Azevedo MMA, Len CA, Terreri MTRA, et al. Reabilitação em artrite idiopática juvenil. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47(3):197-203.
34. Hurkmans E, Giesen FJ, Vlieland TPV, Schoones J, Ende EC. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;7(4):6853.
35. Ende CH, Vlieland TPV, Munneke M, Hazes JM. Withdrawn: dynamic exercise therapy for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;23(1):322.
36. Vlieland TPV, Ende CH. Nonpharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2011;23(3):259-64.
37. Ward L, Stebbings S, Cherkin D, Baxter GD. Yoga for functional ability, pain and psychosocial outcomes in musculoskeletal conditions: a systematic review and meta-analysis. *Musculoskeletal Care.* 2013;11(4):203-17.
38. Carvalho MGR, Noordhoek J, Silva MCO. Grupo de orientação a indivíduos acometidos por doenças reumáticas: espaço educativo e terapêutico. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(2):134-6.

Endereço para correspondência: Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC. Avenida Madre Benvenuta, 2007-Santa Mônica, Florianópolis-SC, CEP-88035-901 *E-mail:* josilenesouzaconceicao@gmail.com
