

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

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UM INDIVÍDUO PORTADOR DE DOENÇAS REUMÁTICAS AUTOIMUNES: RELATO DE CASO¹

Julia Dal Pozzo Comin², Matheus Santos Gomes Jorge³.

¹ Projeto de pesquisa realizado no curso de fisioterapia da Universidade de Passo Fundo

² Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo

³ Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo - bolsista Probioc/FAPERGS

Introdução:

A artrite reumatoide (AR) é uma doença reumática autoimune, crônica, idiopática e inflamatória que atinge simetricamente os tecidos, órgãos e, principalmente, as articulações periféricas (mãos e punhos principalmente), ocasionando inflamação sinovial, erosão óssea, edema articular simétrico, destruição cartilaginosa, rigidez matinal, fadiga, mal-estar, deformidades, limitação e dependência funcional, entre outros acometimentos (KULKAMP et al., 2009; MOTA et al., 2011; SUZUKI; YAMAMOTO, 2015; WIBELINGER et al., 2015). Algumas doenças reumáticas autoimunes podem cursar com a AR, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e da síndrome de Sjögren (SS) (SCOTT; WOLFE; HUIZINGA, 2010).

O LES é uma doença inflamatória crônica, autoimune, com períodos de remissão e de exacerbação, caracterizada por manifestações articulares, cutâneas, renais, vasculares, serosas e nervosas, diminuição da mobilidade, da força muscular, do condicionamento físico e da qualidade do sono, aumento da rigidez articular, da dor e da fadiga, quadros de depressão e impacto da qualidade de vida (PERES; TEDDE; LAMARI, 2006; FREIRE; SOUTO; CICONELLI, 2011; PEZZOLE; OSELAME, 2014). Já a SS é uma doença sistêmica autoimune que afeta as glândulas exócrinas (salivares e lacrimais), resultando no ressecamento das mucosas da boca e dos olhos, manifestações musculoesqueléticas como dores osteoarticulares, fadiga e deformidades articulares (GARCIA-CARRASCO et al., 2002; FELBERG; DANTAS, 2006).

A fisioterapia busca avaliar a dor, combater os processos inflamatórios, preservar a amplitude de movimento articular e a atividade muscular, prevenir deformidades, restaurar o quadro cardiopulmonar, promover o bem-estar físico, psíquico e social, assim como melhorar o quadro cardiorrespiratório, equilíbrio postural, marcha, propriocepção e a qualidade de vida dos indivíduos (BÉRTOLO et al., 2009; NOGUEIRA et al., 2009).

Baseado nisto, o presente estudo objetivou verificar os efeitos de um programa de intervenção fisioterapêutico em um indivíduo com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome de Sjögren.

Metodologia:

Trata-se de um estudo longitudinal, intervencionista e do tipo estudo de caso, que faz parte de um projeto guarda-chuva denominado “Efeitos do tratamento fisioterapêutico em pacientes portadores de doenças reumáticas”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Passo Fundo sob protocolo nº 348.381 conforme determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

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

Participou do estudo um indivíduo do gênero feminino, 56 anos de idade, que possui diagnóstico médico de AR e LES à 16 anos e, mais recentemente, SS à 1 ano. Fazia uso de 04 diferentes medicamentos contínuos, não possuía histórico de doença reumática na família e nem comorbidades, tais como, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, diabetes, entre outras. Sua queixa principal era as dores articulares (mãos, punhos, pés, tornozelos, coluna vertebral e joelhos). Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a mesma realizou 25 sessões de fisioterapia, duas sessões por semana (sendo a primeira por meio da cinesioterapia convencional e a segunda por meio da hidrocinesioterapia), entre os meses de agosto à novembro de 2015, com duração de aproximadamente uma hora na Clínica de Fisioterapia da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo/RS.

A avaliação pré- intervenção fisioterapêutica envolveu a coleta de dados gerais (tais como, gênero, idade, histórico da doença atual, entre outros) e mensuração da dor, por meio da escala visual analógica de dor, da amplitude de movimento articular dos punhos, por meio da goniometria, da força de preensão palmar, por meio da dinamometria manual, e equilíbrio postural, por meio da escala de equilíbrio de Berg. Após a avaliação inicial, o indivíduo realizou um protocolo fisioterapêutico baseado em cinesioterapia e hidrocinesioterapia.

As sessões de cinesioterapia consistiram em exercícios em solo, que seguiram a seguinte ordem: fortalecimento de flexores de ombro com bastão sem carga (2x10); fortalecimento dos membros superiores por meio das diagonais do método Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva com faixa elástica verde (2x10); fortalecimento de bíceps braquial com halter de 1kg (2x10); fortalecimento de músculos rotadores internos e externos de ombro com faixa elástica rosa (3x10); fortalecimento dos músculos dorsiflexores e platiflexores de tornozelo com faixa elástica verde (2x10); fortalecimento de músculos adutores de coxa com bola (2x10); fortalecimento dos flexores e extensores de joelho com caneleira 1kg (2x10); fortalecimento de punhos com halter 500g (2x10); fortalecimento de dedos com digiflex amarelo e fortalecedor de dedos (1x10); mobilizações articulares passivas de tornozelos, punhos, metacarpos, metatarsos e falanges; exercícios de equilíbrio, propriocepção e transferência de peso no balance pad e cama elástica; pompagens das regiões cervical, escapular, peitoral e sacral; desativação de tender points na região escapular e espinhal; Alongamentos ativos globais no final da sessão dos principais grupos musculares dos membros superiores e inferiores e de tronco (15 segundos cada grupo muscular).

As sessões de hidrocinesioterapia foram feitas em uma piscina com água aquecida de 32°C à 35°C. Os exercícios consistiram em: marcha estacionária (3 minutos); fortalecimento de músculos flexores, extensores, adutores e abdutores de quadril, flexores e extensores de joelhos, flexores, extensores, adutores e abdutores de ombro com flutuadores (2x10); miniagachamentos, progredindo para miniagachamentos associado a fortalecimento de músculos adutores de coxa com uma bola de voleibol entre as coxas (2x10); bicicleta estacionária em decúbito dorsal com flutuadores na região escapular (5 minutos); saltos alternados (2x10); exercício de “sky cross-country” (2 minutos), que são movimentos de flexão e extensão dos membros superiores e inferiores contralaterais, alternadamente; caminhada em torno da piscina de frente e de costas (2 voltas ao redor da piscina); alongamentos finais dos principais grupos musculares dos membros superiores e inferiores e de tronco, de modo ativo assistido (15 segundos cada grupo muscular).

O indivíduo foi orientado a expirar durante a contração muscular, a fim de obter maior recrutamento de fibras muscular, o que otimiza a performance do exercício. Adotou-se um intervalo

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

de 30 segundos a 1 minuto entre as séries, mas poderia interromper a atividade para descanso quando sentissem necessidade. Após as 25 sessões de intervenção fisioterapêutica todos os parâmetros foram reavaliados.

Resultados e discussão:

A tabela 1 apresenta os resultados referentes a dor do indivíduo estudado.

(Tabela 1)

Observa-se que houve diminuição do quadro algico no pós intervenção.

A tabela 2 apresenta os resultados referentes à amplitude de movimento articular dos punhos do indivíduo estudado.

(Tabela 2)

Observa-se que o indivíduo estudado apresentou aumento na amplitude de movimento articular em 6 dos 8 movimentos de punhos aqui avaliados por meio da goniometria, enquanto os outros dois mantiveram seu valor inicial. Além de todos os movimentos do punho esquerdo apresentaram aumento da amplitude de movimento articular no pós intervenção, os movimentos de flexão e extensão do punho esquerdo foram os que apresentaram maiores resultados, sendo a diferença de 32° e 30° entre o pré e o pós intervenção, respectivamente.

A tabela 3 apresenta os resultados referentes a média da força de preensão palmar do indivíduo estudado.

(Tabela 3)

É possível observar que o indivíduo aqui estudado, apresentou aumento da força de preensão palmar média em ambas as mãos, sendo que a mão esquerda foi a que obteve maior ganho de força no pós intervenção. A diferença entre o pré e o pós intervenção no indivíduo foi de 1,56kgf e 1,06kgf nos membros esquerdo e direito, respectivamente.

A tabela 4 apresenta dos resultados referentes ao equilíbrio postural do indivíduo estudado.

(Tabela 4)

Observa-se que houve melhora indivíduo nos índices de equilíbrio postural no pós intervenção.

Os relatos de dor entre os indivíduos com AR, LES ou SS parecem ser uma das queixas principais de indivíduos portadores destas doenças (FELBERG; DANTAS, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011; WIBELINGER et al., 2015). Desta forma, imagina-se que a dor seja uma das principais causas para interferir em aspectos funcionais destes indivíduos como a amplitude de movimento articular, a força de preensão palmar e o equilíbrio postural. Neste estudo, a queixa principal do indivíduo (cujo mesmo apresentava associação das três doenças) era as dores articulares em mãos, punhos, pés, tornozelos, coluna vertebral e joelhos, o que permite-se considerar o combate a dor como uma estratégia na restauração dos déficits da amplitude de movimento articular, da força de preensão palmar e do equilíbrio postural apresentados no pré intervenção.

Um estudo envolveu oito mulheres com AR que foram submetidas a 10 sessões de hidrocinesioterapia, que consistiu em aquecimento (caminhada na piscina), condicionamento físico e fortalecimento muscular (movimentação de punhos, pés e tornozelos, “sky cross-country” com flutuadores, bicicleta aeróbica com flutuadores e exercícios de propriocepção para membros inferiores e superiores) e alongamentos globais. Observou-se, ao fim das sessões, melhora da qualidade do sono, da qualidade de vida, da dor e da rigidez articular (FERREIRA et al., 2008). O que vai ao encontro com o nosso estudo em que o indivíduo apresentava queixas de dores

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

articulares em diversos pontos do corpo, realizou sessões de hidrocinestoterapia semelhantes ao do estudo supracitado, e apresentou redução do quadro algico em 2,11 pontos em média no pós intervenção.

Aproximadamente, 90% dos portadores de LES apresentam artrite, com dor intensa e um maior acometimento das mãos, punhos, joelhos e pés (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011). Já indivíduos portadores de AR, apresentam valores de força de preensão palmar máximos diminuídos em relação a indivíduos não portadores da doença, bem como relação direta entre a força de preensão palmar máxima e o nível de atividade da patologia mensurado por meio dos níveis de Proteína C-Reativa (IOP et al., 2015). O que pode ser observado no indivíduo estudado, portador de LES, AR e SS, pois o mesmo relatou presença de quadro algico em mãos e punhos e outras articulações, bem como comprometimentos da amplitude de movimento articular de punhos e da força de preensão palmar no pré intervenção.

Um estudo de caso com um indivíduo do sexo feminino portador de AR e LES, submeteu o mesmo a 15 sessões de fisioterapia baseado em alongamentos globais, mobilizações articulares dos punhos e dedos, exercícios de fortalecimento para as mãos com digiflex, bolinhas proprioceptivas, fortalecedor de mãos e dedos, massa de modelar e oponência dos dedos, além de fortalecimento de punhos com faixas elásticas e halteres de 1kg. Após o plano de tratamento, o estudo demonstrou melhora da funcionalidade das mãos, aumento da amplitude de movimento articular e da força de preensão palmar, com conseqüente progresso na qualidade de vida do indivíduo (MYRA et al., 2015). O que concorda com nosso estudo, visto que nosso indivíduo, que possuía AR e LES associados, além de SS, e que realizou exercícios para as mãos utilizando os mesmos princípios baseados em cinesioterapia e recursos semelhantes, apresentou melhora da amplitude de movimento articular e da força de preensão palmar após 25 sessões de fisioterapia.

Estudo de caso com um indivíduo do sexo feminino portadora de LES realizou uma abordagem de diversas técnicas fisioterapêuticas, como cinesioterapia geral e respiratória, eletroterapia, hidroterapia, drenagem linfática e exercícios de coordenação, marcha e equilíbrio. Após 18 sessões de fisioterapia, constatou-se melhora da amplitude de movimento articular de quadril, joelho e tornozelo, na qualidade de vida e diminuição do quadro de dor (ALVES et al., 2012). Apesar de nosso estudo ter abordado somente a cinesioterapia geral (que também incluiu exercícios de equilíbrio e coordenação) e respiratória em concomitância com a hidrocinestoterapia, também foram encontrados bons resultados com relação à diminuição da dor e à melhora da amplitude de movimento articular do indivíduo estudado, que além de LES, também apresentava AR e SS, doenças que causam dor e manifestações osteomioarticulares importantes.

Sabendo-se que o equilíbrio postural depende de fatores como o controle postural, a estabilidade nos movimentos voluntários, as reações às perturbações externas e a propriocepção, um estudo com 24 indivíduos com AR submetidos a escala de equilíbrio de Berg ao teste “Timed Up and Go”, evidenciou que o nível de atividade da doença pode influenciar na realização destes testes, o que sugere aumento no risco de quedas e até restrição das atividades de vida diárias. Em suma, os indivíduos com AR apresentaram dificuldade na manutenção do controle postural, podendo prejudicar o seu desempenho nas atividades de vida diária (KOERICH et al., 2013). Quando a AR associa-se ao LES e a SS, alterações na capacidade física são implicadas, em virtude da presença de dor, diminuição da força muscular e da propriocepção, bem como a perda da estabilidade mecânica, agravando o quadro de déficit do equilíbrio postural (BILBERG; AHLMEN; MANNERKORPI,

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

2005). Em nosso estudo, o indivíduo apresentou déficit no equilíbrio postural de acordo com a escala de equilíbrio de Berg e após a intervenção fisioterapêutica proposta (cinesioterapia e hidroterapia) apresentou restauração completa do equilíbrio postural.

Conclusão:

O plano fisioterapêutico proposto foi eficaz na melhora dos aspectos dor, amplitude de movimento articular dos punhos, força de preensão palmar bilateral e equilíbrio postural em um indivíduo portador de artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome de Sjögren.

Palavras-chave:

Artrite Reumatoide; Lúpus Eritematoso Sistêmico; Síndrome de Sjögren; Fisioterapia; Hidroterapia.

Referências:

- ALVES, C. T. et al. Abordagem fisioterapêutica ao portador de lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2012.
- BÉRTOLO, M. B. et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. *Temas de Reumatologia Clínica*, v. 1, n. 10, p. 6-14, 2009.
- BILBERG, A.; AHLMEN, M.; MANNERKORPI, K. Moderately intensive exercise in a temperate pool for patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. *Rheumatology*, v. 44, n. 4, p. 502-508, 2005.
- FELBERG, S.; DANTAS, P. E. C. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 69, n. 6, p. 959-963, 2006.
- FERREIRA, L. R. F. et al. Efeitos da reabilitação aquática na sintomatologia e qualidade de vida de portadoras de artrite reumatoide. *Fisioterapia & Pesquisa*, v. 15, n. 2, p. 136-141, 2008.
- FREIRE, M. A. E.; SOUTO, M. L.; CICONELLI, M. R. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 51, n. 1, p. 70-80, 2011.
- GARCIA-CARRASCO, M. et al. Primary Sjogren's syndrome: clinical and immunologic disease patterns in a cohort of 400 patients. *Medicine (Baltimore)*, v. 81, p. 270-280, 2002.
- IOP, R. R. et al. Capacidade de produção de força de preensão isométrica máxima em mulheres com artrite reumatoide: um estudo piloto. *Fisioterapia & Pesquisa*, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2015.
- KOERICH, J. et al. Avaliação do equilíbrio corporal de pacientes com artrite reumatoide. *Fisioterapia & Pesquisa*, v. 20, n. 4, p. 336-342, 2013.
- KULKAMP, W. et al. Artrite reumatoide e exercício físico: resgate histórico e cenário atual. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 14, n. 1, p. 55-64, 2009.
- MOTA, L. M. et al. Consensus of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and early assessment of rheumatoid arthritis *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 51, n. 3, p. 199-219, 2011.
- MYRA, R. S. et al. Força de preensão palmar em um indivíduo portador de lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide: um estudo de caso. *EFDeportes*, v. 20, n. 209, p. 1, 2015.
- NOGUEIRA, C. F. et al. Influência da cinesioterapia na qualidade de vida de portadores de lúpus eritematoso sistêmico. *ConScientiae Saúde*, v. 8, n. 1, p. 11-17, 2009.
- PERES, C. M. J.; TEDDE, B. R. P.; LAMARI, M. N. Fadiga nos portadores de lúpus eritematoso sistêmico sob intervenção fisioterapêutica. *Mundo saúde*, v. 30, n. 1, p. 141-145, 2006.
- PEZZOLE, E. R.; OSELAME, G. B. Fatores de risco para o lúpus eritematoso sistêmico: revisão da literatura. *Revista UNIANDRADE, Curitiba*, v. 15, n. 1, p. 65-77, 2014.

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

SCOTT, D. L; WOLFE, F.; HUIZINGA, T. W. Rheumatoid arthritis. Lancet, v. 376, n. 9746, p. 1094-1108, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA . Cartilha Lúpus, 2011. p. 1-21

SUZUKI, A.; YAMAMOTO, K. From genetics to functional insights into rheumatoid arthritis. Clinical and Experimental Rheumatology, v. 33, n. 4, p. 40-43, 2015.

WIBELINGER L. M. et al. Perfil de uma população portadora de artrite reumatoide em um município do interior do Rio Grande do Sul. EFDeportes, v. 19, n. 202, p. 1, 2015.

Tabela 1: Dor, de acordo com a Escala Visual Analógica, pré e pós intervenção fisioterapêutica.

	Pré intervenção	Pós intervenção
Intensidade da dor	6,33	4,22

Tabela 1

Tabela 2: Amplitude de movimento articular dos punhos, de acordo com o a goniometria, pré e pós intervenção fisioterapêutica.

		Pré intervenção	Pós intervenção
Punho direito	Flexão	50°	60°
	Extensão	30°	30°
	Desvio ulnar	30°	44°
	Desvio radial	20°	20°
Punho esquerdo	Flexão	40°	72°
	Extensão	30°	60°
	Desvio ulnar	20°	32°
	Desvio radial	20°	22°

Tabela 2

Tabela 3: Força de preensão palmar média, de acordo com o a dinamometria manual, pré e pós intervenção fisioterapêutica.

	Pré intervenção	Pós intervenção
Força de preensão palmar da mão direita	0,5kgf	1,56kgf
Força de preensão palmar da mão esquerda	0,4kgf	1,96kgf

Tabela 3