



INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PORTADOR DE ARTRITE REUMATOIDE

VILMAR DA SILVA MARTINS¹
GEOVANE GHISLERE²
LILIAN GARLINI VIANA PINHEIRO³

RESUMO: A artrite reumatoide é uma condição crônica e progressiva, cuja origem ainda não é completamente compreendida, que afeta várias articulações causando inflamação. Embora possa ocorrer em ambos os sexos é mais prevalente em mulheres, especialmente entre trinta e cinquenta anos de idade. Os sintomas visíveis incluem dor, inchaço, perda de peso e rigidez nas articulações o que pode resultar em fraqueza devido à falta de movimento. A fisioterapia por meio de diversas abordagens oferece diversos benefícios, incluindo os efeitos positivos da cinesioterapia combinada com recursos terapêuticos naturais. Com isso foi realizado uma revisão de literatura para identificar as intervenções fisioterapêuticas destinadas a pacientes com artrite reumatoide realizando revisão bibliográfica em pesquisas *on line* nas plataformas de busca *Scientific Electronic Library Online - SCIELO, National Library of Medicine- PUBMED* e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde-*LILACS*, tendo um recorte temporal de 2003 a 2024, podendo, alguns pela sua importância contextual e literária fugir a esta regra de recorte. Foram pesquisados artigos nas bases de dados (*Scielo, LILACS e PubMed*). De acordo com a pesquisa realizada os autores as práticas fisioterapêuticas corroboram com a melhora dos sintomas e o ganho de força após a prática de exercícios fisioterapêuticos. Assim sendo, levando em consideração que a artrite reumatoide é uma condição irreversível, a intervenção fisioterapêutica é recomendada em todas as etapas da doença. Portanto, o programa fisioterapêutico deve ser mantido por tempo indefinido.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Artrite Reumatoide; Complicações Reumáticas.

PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

ABSTRACT: Rheumatoid arthritis is a chronic and progressive condition, the origin of which is not yet fully understood, affecting various joints and causing inflammation. Although it can occur in both sexes, it is more prevalent in women, especially between the ages of thirty and fifty. Visible symptoms include pain, swelling, weight loss, and joint stiffness, which can result in weakness due to lack of movement. Physical therapy, through various approaches, offers several benefits, including the positive effects of kinesiotherapy combined with natural therapeutic resources. With this in mind, a literature review was conducted to identify physical therapy interventions for patients with rheumatoid arthritis, performing a bibliographic review of online research on the platforms *Scientific Electronic Library Online - SCIELO, National Library of Medicine - PUBMED*, and Latin American and Caribbean

¹ Bacharel em Fisioterapia. Curso de Fisioterapia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: vilmar.martinspe@gmail.com.

² Professor Especialista em Osteopatia e Terapia Manual. Curso de Fisioterapia, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço Eletrônico: geovaneghislere@gmail.com.

³ Professora Mestre em Ciências em Saúde. Curso de Fisioterapia Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço Eletrônico: liliangarlini@gmail.com.



Literature in Health Sciences - LILACS, with a temporal cut from 2003 to 2024, allowing for some exceptions due to their contextual and literary importance. Articles were searched in the databases (Scielo, LILACS, and PubMed). According to the research, authors suggest that physical therapy practices contribute to symptom improvement and strength gain after performing therapeutic exercises. Therefore, considering that rheumatoid arthritis is an irreversible condition, physical therapy intervention is recommended at all stages of the disease. Thus, the physical therapy program should be maintained indefinitely.

KEYWORDS: Physiotherapy; Rheumatoid Arthritis; Rheumatic Complications.

1 INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) envolve muitas articulações associadas a inflamação tornando-a um processo degenerativo de início ainda não totalmente desvendado. Conforme o tempo avança os portadores são acometidos com maior força gerando incapacidades de executar as atividades de vida diária – AVD. As implicações articulares e a injúria no fluido sinovial, amplifica no processo inflamatório trazendo as dores, edemas, rigidez articulares, dificultando os movimentos, e com isso a fraqueza pelo desuso (CHIARELLO et al. 2005).

As articulações são afetadas evidenciando um declínio na movimentação e a fisioterapia entra em qualquer estágio da doença, tanto aguda quanto crônica, reorganizando a integridade articular reduzindo o grau de fraqueza e aderências das estruturas (SCHNORNBERGER, 2015). Segundo Mazetto e Navarro (2017) “acomete ambos os sexos com predominância em mulheres de 3 a 4 por 1 homens, com frequência maior em indivíduos entre 30 a 50 anos de idade” com isso em mente, é conhecido que a progressão da moléstia é de causa idiopática, fazendo com que haja um desarranjo articular e desgaste ósseo, evidenciando a incapacidade funcional.

A fisioterapia pode contribuir como forma de tratamento, utilizando-se de técnicas manuais, recursos mecânicos e elétricos, levando em conta todo arcabouço físico, social e mental, além da fluência operacional de atividades de vida diária, delineando a estabilidade das complicações, sendo essas: o alívio de algias, inflamações, aderências e distorções (SCHNORNBERGER, 2017).

O tratamento fisioterapêutico exprime vários benefícios, englobando os efeitos da intervenção, e nesse íterim, destaca-se a cinesioterapia correlacionada aos recursos terapêuticos manuais tendo em vista que a essa vertente tem componente conciliador na terapêutica da patologia (ARTHUR et al. 2012).

Por certo, a prática fisioterapêutica quando aliada a hidroterapia com água aquecida, tem potencial de externar força muscular, ganho funcional e desempenho aeróbico da mesma forma garantindo acréscimo da mobilidade articular, sendo esses os resultados da água aquecida e a desenvoltura dos exercícios (WIBELINGER e BORGES, 2012).

A aplicação da crioterapia, quando na fase mais inicial e aguda, serve como terapia coadjuvante, visando o déficit do processo inflamatório, expondo efeitos positivos com aplicação diretamente na área cometida, diminuindo o desconforto em razão adversa à patologia (CORNELIAN, 2014).

As práticas fisioterapêuticas são de suma relevância tornando-se uma das principais aliadas no tratamento da AR. Um acompanhamento fisioterapêutico ajuda na progressão das deformidades ocasionadas pela doença diminuindo a dor do incômodo que a AR causa,



melhorando a movimentação das articulações agindo no fortalecimento dos músculos (COFFITO, 2014).

A AR é uma doença autoimune de origem ainda não desvendada, tem por característica a poliartrite periférica simétrica. Conseqüentemente, leva à deformação e degeneração das articulações devido à erosão óssea e cartilaginosa e quase sempre resulta em danos funcionais e estruturais (MOTA et al. 2011). Isso significa que grande parte dos pacientes terá comprometimento de sua independência e adoecerá na idade produtiva, limitando as atividades sociais, profissionais, lazer, e os principais indicativos dos pacientes com AR são dores intensas e limitações funcionais (MOTA, 2011).

Vários estudos demonstraram que a fadiga alta em pacientes com AR estava associada à dor, sintomas depressivos, distúrbios do sono, esforço físico elevado, gênero e fatores psicossociais (LAPČEVIĆ et al. 2017).

Insta salientar que AR acomete a qualidade de vida. Mentalizado isso, quais impactos a enfrentar? Não obstante, o fisioterapeuta em sua completude será capaz de contribuir oportunizando uma melhor qualidade de vida? Objetivos Geral: Evidenciar a abordagem fisioterapêutica como tratamento essencial ao portador de Artrite Reumatoide. Específico: Elucidar a fisiopatologia; Ressaltar os acometimentos da moléstia; Expor como a fisioterapia pode corroborar a melhor qualidade de vida em pacientes com Artrite Reumatoide.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doenças Auto Imunes

Os desarranjos autoimunes fazem parte de um aglomerado heterogêneo de moléstias, tal qual as razões não são totalmente conhecidas, compreendendo a interação de várias razões que ajustam importantes vias celulares e moleculares do organismo e sua imunidade que, comprometidas decorrem na imprecisão pelo organismo em manter tolerância às suas próprias moléculas por causa de fatores que integram variantes como a genética, seu padrão hormonal, patógenos, exposição a xenobióticos, alternáveis epigenéticas, panorama da interação dos fatores genéticos com dieta, estresse e fatores ambientais (CECCARELI, 2016, ZAAHUR et al. 2013).

Estima-se que doenças autoimunes acometem cerca de 3% da população mundial, com incidência alta nos países desenvolvidos, abrangendo imigrantes recém chegados, com maior frequência em mulheres (BOLON, 2012).

São doenças que geralmente passam despercebidas por um longo tempo antes que os sintomas detectáveis apareçam, e no caso da AR, ocorre o dano tecidual que progride até que esse seja afetado e ou completamente destruído. Como não existem testes diagnósticos definitivos para doenças autoimunes e as causas são diversas, a busca por biomarcadores atuais, como tipos dissemelhante de RNA e proteínas tal qual receptores celulares, anticorpos e enzimas, torna-se muito rica e interessante tanto científica quanto popularmente e o perfil bioquímico-ômico expressado por pacientes de mesma doença autoimune (ZAAHUR, 2013).

2.2 Artrite Reumatoide

A AR pode ser definida como uma patologia crônica, autoimune e inflamatória em que o sistema imunológico do corpo aflige os tecidos que contornam as articulações, tendo potencial de levar a progressão de deformidades e entaves nas AVDs. Sua etiologia é bem esclarecida, entretanto, acredita-se que as circunstancias ambientais, genéticos e



infecções virais e bacterianas corroboram para o aparecimento da moléstia. Sua incidência é superior em mulheres do que em homens e intensifica com a idade (GEHLEN et al. 2012)

Segundo Goeldner (2011), a AR, por ser caracterizada como uma doença autoimune de caráter inflamatório crônica multissistêmica, acomete as articulações das mãos e pés e pode evoluir de forma sistêmica para outras partes do corpo. Atinge os tecidos, de forma simétrica, órgãos e as articulações distais gerando dor, rigidez, edema criando um déficit na qualidade de vida.

Para que haja os movimentos do corpo é necessária uma articulação íntegra, pois a partir desta e do desenlace muscular articulando-se nos segmentos ósseos obtém-se o movimento. As articulações do corpo subdividem-se em: sinovial, fibrosa e cartilaginosa, sendo que a AR ataca as articulações como um todo, mas o maior envolvimento é nas articulações sinoviais (PETERMANN et al. 2017).

Por muito tempo, a AR foi classificada como uma doença de caráter benigno, entretanto, estudos evidenciaram que, em razão dos seus efeitos nocivos sobre a mobilidade física, processos inflamatórios, predição funcional, os acometidos por essa moléstia tem sua vida abreviada quando compara com a população geral (SHINOMIYA et al, 2008).

Cerca de 50% dos indivíduos acometidos de AR ficam incapacitados de trabalhar em 10 anos dado início da doença, o que torna um significativo impacto econômico e social. Nesse ínterim, um esclarecimento maior da etiopatogênese da AR, assim como dos progressos no processo terapêutico, torna-se inevitável (CRISCIONE, CLAIR, 2002).

2.3 Fatores de fisiopatogenicidade na AR

O desenvolvimento das doenças autoimune é impulsionado por fatores hormonais, imunológicos e ambientais, que operam conjuntamente incidentemente em indivíduos geneticamente vulneráveis. Estudos, no decorrer do tempo, demonstram que a superposição desses fatores aponta para o desenvolvimento da AR, uma vez que o efeito em separado não causam doença autoimune (KLARESKOG, WEDREN, ALFREDSSON 2009).

Segundo Turesson et al (2006), estima-se que a genética influi em 60% de contribuição para o desenvolvimento da AR. Por assim dizer, os agentes genéticos estão correlacionados à positividade do anticorpo antipeptídeo cíclico citrulinado-anti-CCP e também ao *feedback* do paciente ao tratamento.

No que concerne ao sexo, acredita-se que a AR acomete mais em mulheres do que em homens, e vários estudos correlaciona sua forma mais desenvolvida no sexo feminino, de forma mais seria da doença. Essas atestações, todavia, ainda são contraditórias (VAN VOLLENHOVEN, 2009).

2.4 Alterações e complicações

A extenuação muscular instiga a diminuição da força respiratória fazendo dessa moléstia a terceira causa de mortalidade em portadores de AR, devido à imobilidade. O acometido pode expor indícios de desconfortos respiratórios, ainda que não apresenta nenhuma patologia desse seguimento, e vai desde um engajamento maior pleuro pulmonar a ociosidade física em momentos de crise. Assim sendo, induz-se que por ser uma enfermidade de natureza sistêmica cria a fraqueza dos músculos da inspiração e expiração (SHIRATORI, 2014)

Conforme com as comorbidades, a deficiência de equilíbrio está diretamente conectada com o sinergismo do sistema músculo esquelético. Deste modo, lesão articular e a inflamação vêm a ser fator que chama a atenção da saúde pública quanto ao alto índice



de quedas, quebras e internações, decréscimo de controle postural, proprioceptivos e psicológicos, além da senilidade (MENESES, 2012).

Por haver ligação com condições ambientais, a AR corrobora para a deterioração do sistema imunológico, tem relação direta com danos a órgãos e tecidos, principalmente nas articulações sinoviais, causando desconforto por inflamação devido a alterações proteicas. Assim como diversas outras doenças autoimunes, a etiologia da AR é multifatorial. A propensão genética claramente demonstrada em estudos de grupos familiares e de gêmeos idênticos, com 50% do risco de AR atribuível a fatores genéticos. Reputa-se que herdabilidade da AR é estimada em cerca de 60% (CASTRO-SANTOS, DÍAZ-PEÑA 2016).

Rojas-Villarraga et al 2009, expressam que a historicidade familiar é um substancial fator relacionado com o tempo essencial para o aparecimento de erosão articular significativa. Tais autores dizem que pacientes com AR, cuja historicidade familiar seja positiva, dispõe 200% mais de chances de apresentar lesões articulares substanciais em contrapartida as pessoas da mesma faixa etária sem histórico familiar.

2.5 Diagnóstico da artrite reumatoide

O diagnóstico de AR é realizado levando em conta achados clínicos e exames adicionais, aos quais, ponderar o tempo de evolução da AR, a presença de autoanticorpos, tendo sua determinação disponível, a ascendência de provas de atividade inflamatória e as modificações conciliáveis em exames de imagem. Exames isolados, seja de imagem, histológico e laboratorial, não atestam a fidedignidade e diagnóstico. A vista disso, o diagnóstico da Artrite Reumatoide é realizado através de junções de exames laboratoriais, radiográficos e dados clínicos (BRASIL, 2020).

2.6 Exames Complementares

A avaliação de pacientes com AR inclui titulação de autoanticorpos, como o exame de fator reumatoide (FR) (sensibilidade 75%, especificidade 85%) e detecção de anticorpos contra peptídeo citrulinado cíclico, anti-CCP, (sensibilidade 75%, especificidade 95%). Exerce significada importância no diagnóstico e prognóstico. A dosagem do anti-CCP não é um teste obrigatório, mas pode ajudar na incerteza diagnóstica e geralmente é indicada nos casos em que a radiofrequência é negativa (HEIMANS et. al 2013).

2.7 Tratamento da AR

O procedimento para tratar de pacientes com AR, independente do estágio da doença, deve preferencialmente, incluir uma equipe multidisciplinar composta basicamente por um psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta, com apoio de um reumatologista. O paciente deve receber instruções para melhorar seu estilo de vida como, praticar atividade física, parar de fumar, reduzir ou cessar o consumo de álcool e estimular a perda de peso, controlar as doenças preexistentes, se assim a possuir (BRASIL, 2020).

2.8 Tratamento Medicamentoso

As terapias medicamentosas, englobam o uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINH), drogas imunossupressoras, corticosteróides, sintéticas, drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) e biológicas. Sendo essas classificadas em primeira linha que abrange as medicações modificadoras do curso da moléstia sintéticas, segunda linha de drogas modificadoras da doença biológica e terceira linha que, em circunstâncias clínicas, falha ou intolerância às drogas modificadoras, sem resposta ao tratamento introdutivo,



evolução para descaminho da resposta alcançada, poderá realizar a modificação de um agente biológico para outro (MOTA et al. 2013).

O metotrexato em monoterapia deve ser a primeira escolha terapêutica e em casos de intolerância ao medicamento oral, deve-se tentar dividir a administração por via oral ou empregar o metotrexato injetável, medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDbio) - Abatacepte, adalimumabe, certolizumabepegol, etanercepte, golimumabe, infliximabe, rituximabe e o tocilizumabe pode ser utilizado como tratamento medicamentoso de segunda etapa (CONITEC, 2020).

2.9 Tratamento não Medicamentoso

O tratamento da AR envolve a instrução do paciente e da família, apoio psicossocial fisioterapia, terapia ocupacional e condutas cirúrgicas. Os exercícios resistidos são seguros e eficazes para a AR e podem melhorar a força muscular e tempo de locomoção. O exercício aeróbico parece melhorar ligeiramente estabilização da qualidade de vida, capacidade funcional e dor em pacientes com essa moléstia. A fisioterapia pode trazer benefícios, embora ainda haja uma diversidade considerável nas abordagens existentes. (BRASIL, 2020).

2.10 Fisioterapia

Quando se fala em AR, em se tratando de uma doença degenerativa tendo como lastro a progressão do estado, a fisioterapia inicia-se desde a fase aguda a tardia crônica, oferecendo suas especificidades e necessidades ao paciente, atenuando o estado expandindo o tempo de intermitências do quadro. Fornece conscientização e informações sobre riscos e benefícios da modalidade de tratamento valendo-se de recursos terapêuticos como a termoterapia que abrange gelo, calor úmido e parafina, os recursos eletroterapêuticos, como o laser, a estimulação elétrica transcutânea, ultrassom terapêutico, hidroterapia, a cinesioterapia, as terapias manuais tais como a mobilização das articulações e liberações (CONCEIÇÃO, 2015).

É de grande relevância uma avaliação detalhada das perdas e das capacidades observando por meio da fraqueza e força muscular, flexibilidade ou bloqueio das articulações, equilíbrio e qualidade de vida. Por isso, a necessidade de tratamento após o diagnóstico é de suma importância para sua funcionalidade. Um dos braços da fisioterapia atua no campo da biomecânica dos movimentos, dado isso, vale realçar que se pode utilizar programas de exercícios funcionais para assegurar o estágio da doença (FRANÇA et. al, 2012).

2.11 Cinesiologia

Durante muito tempo, as orientações recomendavam que os programas de exercícios para pacientes com AR fossem conservadores, focando em exercícios suaves e concêntricos para melhorar a amplitude de movimento (CHADWICK A, 2004).

A suposição era de que exercícios intensos com resistência poderiam aumentar ou prolongar a inflamação nas articulações, potencialmente aumentando o risco de danos à cartilagem e ossos, assim como o desenvolvimento de deformidades. Entretanto, nos últimos anos, vários estudos demonstraram que programas intensivos, que incluem exercícios dinâmicos e de fortalecimento dos membros superiores e inferiores, são bem tolerados e seguros para pacientes com AR, não exacerbando a atividade da doença ou causando danos radiológicos nas mãos e pés, por exemplo (DE JZ et. al 2005).

Ademais, esses programas parecem ser mais eficazes em melhorar a força muscular geral, a mobilidade articular e a capacidade funcional, em comparação com programas de



baixa intensidade. Todavia, há poucos estudos que investigaram diretamente os efeitos dos exercícios manuais em pacientes com AR (Rønningen A, Kjekken I. 2008).

Uma proposta de cinesioterapia pode incluir alongamento global usando técnicas ativo-passivas, fortalecimento muscular dos flexores, extensores e abdutores do braço, flexores e extensores do cotovelo, fortalecimento dos músculos que realiza plantiflexão, dorsiflexão, e os músculos inversores e eversores do tornozelo, fortalecimento dos dedos (usando digiflex e aumentando progressivamente a carga), descarga de peso, exercícios de equilíbrio e propriocepção, mobilização articular do punho, tornozelo e articulações dos dedos e massoterapia na região dorsal e liberação miofascial cervical (MYRA, 2015).

2.12 Hidroterapia

A hidroterapia é uma prática antiga na fisioterapia, que envolve o uso terapêutico da água sendo amplamente empregada na reabilitação é, especialmente, valiosa para pacientes com AR, por ter propriedades físicas e efeitos fisiológicos únicos, é recomendada com frequência para pessoas com artrite, pois essa abordagem oferece uma série de vantagens incluindo a redução de edemas, analgesia e diminuição da carga sobre as articulações afetadas, contribuindo significativamente para o processo de recuperação (FERREIRA et al, 2008).

A terapia aquática induz reações distintas daquelas observadas em solo, melhorando a circulação periférica e favorecendo o retorno venoso. Além disso, oferece um efeito massageador e relaxante, abordando assim as principais queixas de pacientes com artrite reumatoide. Os exercícios realizados na água são geralmente bem tolerados, especialmente em um ambiente aquecido, onde o calor auxilia na redução da dor e dos espasmos musculares (BIASOLI, 2006).

2.13 Eletroterapia

A AR é a variante mais prevalente de artrite autoimune inflamatória, e muitos pacientes sofrem com reduções significativas na massa muscular esquelética. Essas reduções são caracterizadas pela diminuição de proteínas e pelo acúmulo de gordura no músculo. Esse déficit muscular contribui para a fraqueza muscular, como a do quadríceps, e para limitações funcionais que podem impactar negativamente a qualidade de vida. Portanto, é crucial abordar a atrofia e a fraqueza muscular em pacientes com AR para enfrentar essas limitações funcionais e promover uma melhoria na qualidade de vida dessa população (WALSMITH, 2002).

O tratamento eletroterapêutico consiste na aplicação de estimulação elétrica, adaptando-se de acordo com os objetivos específicos a serem alcançados. Pode ser utilizado desde a fase aguda, proporcionando alívio da dor para cuidados e reabilitação de movimentos. A eletroterapia, focada principalmente na analgesia, quando combinada com outras terapias, resulta em melhorias rápidas e significativas. (OLIVEIRA, 2015).

A Eletroestimulação neuromuscular (EENM) é uma intervenção comumente empregada para reverter ou prevenir a atrofia muscular e aumentar a força muscular. Ela envolve a aplicação externa de corrente elétrica, que estimula os nervos e induz a contração muscular involuntária. Esta técnica tem se mostrado segura e eficaz na melhoria da massa muscular do quadríceps em diversas populações, inclusive em indivíduos com AR. (GEROVASIL V et.al, 2009).

O ultrassom terapêutico (UST) é um dos recursos mais comuns na prática da fisioterapia, produzindo efeitos térmicos e mecânicos nos tecidos irradiados. Os efeitos térmicos, principalmente na forma de onda contínua, surgem da absorção das ondas mecânicas pelos tecidos orgânicos. Esse processo gradualmente converte energia em



calor, promovendo aumento do fluxo sanguíneo, diminuição do edema e algias, ampliando a permeabilidade da membrana celular e maior distensibilidade das fibras colágenas. (NEVES et al., 1999; LEÓN et al., 1998).

Conforme Lins et al. (2010) os lasers de baixa potência têm demonstrado um efeito terapêutico significativo, especialmente no alívio da dor crônica associada a diversas condições. A interação desses lasers com os tecidos ocorre por meio da emissão de luz, que estimula a atividade de células como linfócitos e mastócitos. Além disso, observa-se um aumento na produção de adenosina trifosfato (ATP) mitocondrial e a proliferação de diferentes tipos celulares. Esses resultados sugerem um potencial anti-inflamatório desses lasers, contribuindo para o manejo da dor crônica em diversas etiologias.

A terapia com laser é utilizada para promover a resolução de processos inflamatórios, reduzir a dor, prevenir o edema e preservar os tecidos e nervos próximos à área lesionada. Tais efeitos podem ser alcançados com comprimentos de onda entre 600 e 1000 nm e potências de 1 mW a 5 W/cm². Estudos destacam que potências reduzidas (2,5 W/cm²) ou muito altas (25 W/cm²) podem provocar efeitos adversos. (ANDRADE, et.al 2014).

2.14 Terapia Manual

A terapia manual emerge como uma abordagem benéfica para pacientes, pois envolve técnicas de manipulação e mobilização, incluindo intervenções nos tecidos moles, como músculos, fáscia e ligamentos. Em casos de doenças reumáticas, a terapia manual pode ser considerada como uma alternativa eficaz aos medicamentos anti-inflamatórios comumente prescritos. É importante evitar manipulações e mobilizações articulares que causem desconforto ao paciente, optando por técnicas suaves, ritmadas e repetitivas, que promovam o relaxamento dos tecidos moles, conforme observado por (KIEFER, 2011).

A técnica de mobilização articular tem por característica movimentos passivos e oscilatórios nas articulações sinoviais, conduzidos pelo fisioterapeuta, em colaboração com o paciente, que mantém controle total sobre esses movimentos (BANKS; HENGEVELD, 2012).

As primeiras descrições sobre a diferença entre a mobilização articular passiva e a manipulação datam de 1961, pelo fisioterapeuta australiano *Geoffrey Maitland*. O conceito de *Maitland* preconiza que as articulações só podem ser mobilizadas ou manipuladas na direção do seu movimento funcional. Além disso, requer uma avaliação analítica que orienta a seleção do posicionamento, amplitude e velocidade do tratamento de acordo com o objetivo pretendido. Para isso, *Maitland* desenvolveu uma classificação dos graus de mobilização: I, II, III, IV, V (LEDERMAN, 2001, BANKS, 2012).

3 METODOLOGIA

Trabalho realizado por revisão bibliográfica em pesquisas *on line* nas plataformas de busca *Scientific Electronic Library Online - SCIELO*, *National Library of Medicine- PUBMED* e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde-*LILACS*, tendo um recorte temporal de 2003 a 2024, podendo, alguns pela sua importância contextual e literária, fugir a esta regra de recorte. As pesquisas se deram pelas palavras chave: Doenças autoimune, Artrite Reumatoide, degeneração articular, fisioterapia na Artrite Reumatoide, métodos fisioterapêuticos na abordagem da Artrite Reumatoide. O trabalho iniciou-se em agosto de 2023 e finalizará em novembro de 2024.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia é fundamental no tratamento da artrite reumatoide, visando melhorar a função muscular e articular, além de aumentar a força e flexibilidade. Para isso, são prescritos exercícios personalizados e específicos. Durante o tratamento, a mobilização articular passiva é essencial em todas as articulações afetadas pela doença (COFFITO, 2014).

Diversas condutas fisioterapêuticas têm sido empregadas no tratamento de pacientes com AR entre essas abordagens, destacam-se a hidroterapia, a cinesioterapia, a terapia manual e a eletrotermofototerapia, que têm mostrado resultados bastante satisfatórios.

Essas condutas são eficazes para reduzir a dor e a rigidez matinal, melhorar a mobilidade das articulações, diminuir a necessidade de medicamentos, retardar o surgimento de deformidades, manter e aumentar a força muscular, melhorar a amplitude de movimento, condicionamento cardiovascular, corrigir a postura e aumentar a QV dos pacientes.

No entanto, nenhum tratamento isolado é completamente eficaz para a AR, destacando a importância da colaboração de uma equipe multiprofissional no cuidado aos pacientes. É essencial conduzir mais pesquisas para avaliar os efeitos reais, tanto a curto quanto a longo prazo, dos diversos métodos fisioterapêuticos, além de investigar as mudanças que esses tratamentos promovem nos hábitos de vida dos pacientes, visando torná-los participantes ativos na sociedade em que vivem.

Em razão da pluralidade de acometimentos induzidos pela moléstia e à singularidade apresentada pelas atividades de cada paciente, o passo inicial para implementar uma intervenção terapêutica eficaz é obter informações importante sobre o estado da moléstia e sua repercussão na AVD do paciente. O processo avaliativo deve ser contínuo permitindo o acompanhamento do tratamento e mediações necessárias, assim como a alteração dessas no decorrer dos períodos de exacerbação e recuo da patologia (ALMEIDA et al. 2015).

É fundamental lembrar que o tratamento da AR não depende de um único método muito embora os medicamentos anti-inflamatórios disponíveis no mercado ajudem a controlar a progressão da doença e a melhorar a condição dos pacientes, eles podem causar muitos efeitos colaterais.

O propósito do tratamento da AR é assegurar a qualidade de vida dos pacientes a longo prazo, mantendo sua funcionalidade, integração social, capacidade de trabalho e participação ativa na sociedade. Para melhorar o tratamento e a evolução da doença, é crucial que os pacientes sejam bem informados sobre sua condição e incentivados a adotar um papel ativo no próprio tratamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE FSSD, Clark RMO, Ferreira ML. Efeitos da laserterapia de baixa potência na cicatrização de feridas cutâneas. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2014;41(2). Disponível em URL: [http:// www.scielo.br/rcbc](http://www.scielo.br/rcbc).

ARTHUR, Katleen et al. Effects of geotherapy and phytotherapy associated with kinesiotherapy in the knee osteoarthritis: randomized double blind study. Acta Fisiátrica, v. 19, n. 1, p. 11-15, 2012.



BANKS K. hengeveld, E. Maitland guia clínico para fisioterapeutas: manipulação periférica e vertebral. 10 ed. Revinter, Rio Janeiro, 2012.

BIASOLI, Maria Cristin: Hidroterapia: aplicabilidades clínicas, tópicos em terapêutica. RBM - REV. BRAS. MED. - VOL. 63 - Nº 5 - MAIO – 2006.

BOLON B. Cellular and Molecular Mechanisms of Autoimmune Diseases, Journal of Toxicologic Pathology, 2012; (40), 216-229.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide, 2020, Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/relatrio_artrite_reumatoide_cp_21_2020.pdf, acesso em 12 de outubro de 2023.

CASTRO-SANTOS, PATRICIA; DÍAZ-PEÑA, Roberto. Genética da artrite reumatoide: é necessário um novo impulso em populações latino-americanas. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 56, n. 2, p. 171-177, 2016.

CECCARELI F, AGMON-LEVIN N, PERRICONE C. Genetic Factors of Autoimmune Diseases, Journal of Immunology Research, 2016.

CHADWICK A. Uma revisão da história dos exercícios para as mãos na artrite reumatóide. Cuidados musculoesqueléticos. 2004;2:2939.

CHIARELLO, Berenice; DRIUSSO, Patricia; RADL, André Luis Maierá. Fisioterapia reumatológica. 2005.

COFFITO. (2014). Portaria nº 710, de 27 de junho de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?s=artrite>. Acessado em 18 de outubro de 2023, as 23:50 hrs.

CONCEIÇÃO, Josilene Souza, BORGNOLI, Larissa Milani Senhorim, MARTINS, Tamiris Beppler, ARAUJO, Felipe Gustavo Schaefer de: Abordagem fisioterapêutica de pacientes com artrite reumatoide: revisão de literatura. Arq. Ciênc. Saúde. 2015 jan-mar; 22(1) 14-20.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide, junho 2020.

CORNELIAN, Bianca Reis; MOREIRA, Jacqueline; LOPES, Carmem Barbosa. Crioterapia na Artrite Reumatoide: Um Estudo de Revisão/Cryotherapy in Rheumatoid Arthritis: A Review. Saúde e Pesquisa, v. 7, n. 3, 2014.

CRISCIONE, L. G.; St. CLAIR, E. W. Tumor necrosis factoralfa antagonists for the treatment of rheumatic diseases. Curr Opin Rheumatol, v.14, p. 204-11, 2002.

De JZ, Vlieland TP. Exercise Safety in Patients with Rheumatoid Arthritis. Curropin Reumatol. 2005;17:177 82.



FERREIRA, Luis Roberto Fernandes et al. Effects of aquatic rehabilitation on symptoms and quality of life in rheumatoid arthritis female patients. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 15, p. 136-141, 2008.

GIMENES, Rafaela Okano Alessandra Concuruto , TÂNIA Sayuri Okubo , LUCAS de Araújo Saraiva PRGL. Análise crítica da efetividade da fisioterapia aquática na artrite reumatóide. *Fisioter Ser.* 2010;5.

FRANÇA, E. É. T. de ., Ferrari, F., Fernandes, P., Cavalcanti, R., Duarte, A., Martinez, B. P., Aquim, E. E., & Damasceno, M. C. P.. (2012). Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 24(1), 6–22. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100003>.

GEHLEN, M. L., Skare, T. L., Silva, M. B., Antero, D. C., Miyazaki, F., & Parra, A. G. M.. (2012). Olho seco e Sjögren secundário na artrite reumatóide. *Revista Brasileira De Oftalmologia*, 71(1), 36–39. <https://doi.org/10.1590/S0034-72802012000100007>

GEROVASIL V, Stefanidis K, Vitzilaios K, et al. Electrical muscle stimulation preserves the muscle mass of critically ill patients: a randomized study. *Crit Care.* 2009;13:R161.

GOELDNER, Isabela et al. Artrite reumatoide: uma visão atual. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 47, n. 5, p. 495-503, 2011.

HEIMANS L, WEVERS-DE BOER KV, VISSER K, GOEKOOP RJ, VAN OOSTERHOUT M, HARBERS JB, BIJKERK C, SPEYER I, DE BUCK MP, DE SONNAVILLE PB, GRILLET BA, HUIZINGA TW, ALLAART CF. A two-step treatment strategy trial in patients with early arthritis aimed at achieving remission: the IMPROVED study. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jul;73(7):1356-61. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203243. Epub 2013 May 28. PMID: 23716067.

KIEFER J, Biskupek H, Neukirch CV. Manuelle therapie bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Man Med.* 2011;49(5):317-23.

KLARESKOG L, Stolt P, Lundberg K, Källberg H, Bengtsson C, Grunewald J, Rönnelid J, Harris HE, Ulfgren AK, Rantapää-Dahlqvist S, Eklund A, Padyukov L, Alfredsson L. A new model for an etiology of rheumatoid arthritis: smoking may trigger HLA-DR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination. *Arthritis Rheum.* 2006 Jan;54(1):38-46. doi: 10.1002/art.21575. PMID: 16385494.

LAPČEVIĆ, M., VUKOVIĆ, M., GVOZDENOVIĆ, BS, MIOLJEVIĆ, V., & MARJANOVIĆ, S. (2017). Influência de fatores socioeconômicos e terapêuticos na fadiga, ansiedade e depressão autorreferidas em pacientes com artrite reumatóide. *Revista Brasileira De Reumatologia*, 57 (6), 545–556. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.02.004>.

LEDERMAN E. Fundamentos da Terapia Manual. 10 Edição, São Paulo: Manolé 2000.



LÉON, I. G.; SOLANA, L. S.; GARCÍA, J. Corrientes diadinámicas y ultrasonido en el tratamiento de las disfunciones temporomandibulares. *Revista Cubana de Estomatología*, v.35, n. 3, p. 80-85, 1998.

LINS, Ruthinéia Diógenes Alves Uchôa. et al. Biostimulation effects of low-power laser in the repair process. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 849-855, 2010.

MAZETTO, ANDRESSA ALTRÃO; NAVARRO, FABIANA MAGALHÃES. Benefício da terapia aquática na artrite reumatóide: estudo de caso. *Revista Uningá*, v. 12, n. 1, 2017.

MENESES, S. R. F. de., Burke, T. N., & Marques, A. P.. (2012). Equilíbrio, controle postural e força muscular em idosas osteoporóticas com e sem quedas. *Fisioterapia E Pesquisa*, 19(1), 26–31. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502012000100006>.

MOTA LM, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LS, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e avaliação precoce da artrite reumatoide. *Rev Brás Reumatol*. 2011;51:199–219.

MYRA, Rafaela Simon et al. Intervenção cinesioterapêutica na qualidade de vida, dor e força muscular de paciente portador de artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico. Relato de caso. *Revista Dor*, v. 16, p. 153-155, 2015.

Metsios GS, Stavropoulos-Kalinoglou A, Panoulas VF, Wilson M, Nevill AM, Koutedakis Y, Kitas GD. Association of physical inactivity with increased cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009 Apr;16(2):188-94. doi: 10.1097/HJR.0b013e3283271ceb. PMID: 19238083.

NEVES, V. J.; GUIRRO, R.; GROSSO, D. B. A atuação da fisioterapia no tratamento da desordem craniomandibular. *Saúde em Revista*, v. 1, n. 2, p. 89-96, 1999.

OLIVEIRA, S. C. Itinerário terapêutico de pacientes com artrite reumatoide em uso de medicamentos modificadores do curso da doença biológicos. 2017. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo – São Paulo, 2017.

PETERMANN, Xavéle Braatz; FRIEDRICH, Thaís Lopes; MEEREIS, Estele Caroline Welter. Estudo de revisão sobre a cinesiologia dos complexos articulares. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, v. 2, n. 2, 2017.

ROJAS-VILLARRAGA, A. et al. Familial disease, the HLA-DRb1 shared epitope and anti-CCP antibodies influence time at appearance of substantial joint damage in rheumatoid arthritis. *J Autoimmun*, v. 32, n. 1, p. 64-9, 2009.

RØNNINGEN A, Kjekken I. Effect of an intensive hand exercise programme in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Occup Ther*. 2008 Sep;15(3):173-83. doi: 10.1080/11038120802031129. PMID: 19180723.



SCHNORNBERGER, C. de M., Jorge, M. S. G., & Wibeling, L. M.. (2017). Physiotherapeutic intervention in pain and quality of life of women with rheumatoid arthritis. Case reports. *Revista Dor*, 18(4), 365–369. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170131>.

SHINOMIYA F, Mima N, Nanba K, Tani K, Nakano S, Egawa H, Sakai T, Miyoshi H, Hamada D. Life expectancies of Japanese patients with rheumatoid arthritis: a review of deaths over a 20-year period. *Mod Rheumatol*. 2008;18(2):165-9. doi: 10.1007/s10165-008-0031-6. Epub 2008 Mar 4. PMID: 18317879.

SHIRATORI, Ana Paula et al. Protocolos de avaliação da força de preensão manual em indivíduos com artrite reumatoide: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 54, n. 2, p. 140-147, 2014.

TURESSON, C.; MATTESON, E. L. Genetics of rheumatoid arthritis. *Mayo Clin Proc*, v. 81, n. 1, p. 94-101, 2006.

VAN VOLLENHOVEN, R. F. Sex differences in rheumatoid arthritis: more than meets the eye. *BMC Med*, v. 30, n. 7, p. 12, 2009.

WALSMITH J, Roubenoff R. Cachexia in rheumatoid arthritis. *Int J Cardiol* 2002;85:89-99.

WIBELINGER, Lia Mara; MORÁS BORGES, Aline. Hidrocinesioterapia em portadores de artrite reumatóide. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)*, v. 10, n. 31, 2012.

ZAAHUR M, ASIF AR. Clinical, Cellular and Molecular Biology of autoimmune Disorders – Introduction, *Journal of Clinical and Cellular Immunology*, 2013; 1-2.