

Intervenção fisioterapêutica em um indivíduo com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome de Sjögren: relato de caso

Physiotherapeutic intervention in an individual with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and Sjogren's Syndrome: a case report

Matheus Santos Gomes Jorge¹, Julia Dal Pozzo Comin², Lia Mara Wibelinger^{3*}

¹Acadêmico do Curso de Fisioterapia. Fundação Universidade de Passo Fundo. FUPF. Bolsista Proic/FAPERGS; ² Acadêmica do Curso de Fisioterapia. Fundação Universidade de Passo Fundo. FUPF; ³ Doutora em Geriatria e Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. PUCRS. Docente do Curso de Fisioterapia. Fundação Universidade de Passo Fundo. FUPF

Resumo

Introdução: a artrite reumatoide é uma doença reumática, inflamatória, crônica e autoimune, que acomete simetricamente tecidos, órgãos e, principalmente, articulações periféricas, causando diversos agravos osteomioarticulares e sistêmicos. Algumas doenças podem cursar juntamente à artrite reumatoide, como o lúpus eritematoso sistêmico e a Síndrome de Sjögren. **Objetivo:** verificar os efeitos de um programa fisioterapêutico em um indivíduo com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome de Sjögren. **Relato de caso:** indivíduo do gênero feminino, 56 anos, diagnosticado com artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico há 16 anos e Síndrome de Sjögren a 1 ano. Sua queixa principal era dores articulares (mãos, punhos, pés, tornozelos, coluna vertebral e joelhos). Avaliou-se, pré e pós intervenção, a dor, a amplitude de movimento dos punhos, a força de preensão palmar e o equilíbrio. O indivíduo realizou 25 sessões de fisioterapia (cinesioterapia e hidrocinestoterapia), duas vezes por semana, entre os meses de agosto e novembro de 2015 na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo. **Resultados:** após as 25 sessões, contou-se diminuição do quadro algico, aumento e/ou manutenção da amplitude de movimento e da força de preensão palmar bilateral e restauração do equilíbrio postural do indivíduo estudado. **Conclusão:** um protocolo fisioterapêutico, baseado em cinesioterapia e hidrocinestoterapia, demonstrou-se eficaz na diminuição da dor e melhora ou manutenção da amplitude de movimento de punhos, força de preensão palmar bilateral e equilíbrio postural em um indivíduo com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome de Sjögren.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Síndrome de Sjögren. Fisioterapia. Hidroterapia.

Abstract

Introduction: rheumatoid arthritis is a rheumatic disease, inflammatory, chronic and autoimmune which symmetrically affects tissues, organs and mainly peripheral joints, causing several systemic and musculoskeletal diseases. Some diseases may progress along with rheumatoid arthritis, such as systemic lupus erythematosus and Sjogren's Syndrome. **Objective:** To evaluate the effects of a physiotherapy program in an individual with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and Sjogren's Syndrome. **Case report:** individual female, 56 years old, diagnosed with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus 16 years and Sjogren's Syndrome to 1 year. His main complaint was joint pain (hands, wrists, feet, ankles, spine and knees). We evaluated before and after intervention, pain, the range of motion of the wrists, the handgrip strength and balance postural. The individual held 25 sessions of physiotherapy (kinesiotherapy and hydrokinesiotherapy), twice a week, between August and November 2015 in Physiotherapy Clinic of the Universidade de Passo Fundo. **Results:** after 25 sessions, contacted included decreased pain symptoms, increase and/or maintain range of motion and bilateral handgrip strength and restore postural balance of the studied individual. **Conclusion:** a physiotherapeutic protocol, based on kinesiotherapy and hydrokinesiotherapy, has been shown effective in reducing pain and improving or maintaining range of motion handles, bilateral handgrip strength and postural balance in an individual with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and Sjogren's Syndrome.

Keywords: Rheumatoid Arthritis. Systemic Lupus Erythematosus. Sjogren's Syndrome. Physical Therapy Specialty. Hydrotherapy.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença reumatológica autoimune, crônica, idiopática e inflamatória que atinge simetricamente os tecidos, órgãos e, principalmente, as articulações periféricas (WIBELINGER et al., 2015). Pode

ocorrer em todos os grupos étnicos, com prevalência de, aproximadamente, 1% na população brasileira e mundial e predomínio no sexo feminino, entre os 20 e 60 anos (BRENOL et al., 2007).

Apresenta inflamação sinovial, erosão óssea, edema articular simétrico, destruição cartilaginosa (SUZUKI; YAMAMOTO, 2015), rigidez matinal, fadiga, mal-estar, nódulos reumatoides, fator reumatoide positivo, erosões radiográficas e/ou osteopenia periarticular em articulações das mãos e dos punhos (KULKAMP et al.,

Correspondente/Corresponding: *Lia Mara Wibelinger - Endereço: Rua Uruguai, Nº 2200, Bairro Centro, Passo Fundo, RS – CEP: 99010-112. – Tel: (54)96166128 – E-mail: liafisio@yahoo.com.br

2009), deformidades, limitação funcional, das atividades de vida diária e da independência dos indivíduos (MOTA et al., 2011). Além disso, outras doenças reumatológicas podem cursar com a AR, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e a Síndrome de Sjögren (SS) (SCOTT; WOLFE; HUIZINGA, 2010).

O LES é uma doença inflamatória crônica, autoimune, com períodos de remissão e de exacerbação (PEZZOLE; OSELAME, 2014). Embora possa acometer ambos os sexos e qualquer faixa etária, há predominância entre as mulheres a partir da idade reprodutiva (DANCHENKON; SATIA; ANTHONY, 2006). Sua etiologia é desconhecida, porém há diferentes fatores que em associação podem desencadear o surgimento do LES, tais como a hereditariedade, fatores ambientais, radiação ultravioleta, hormônios sexuais, infecções virais, fatores emocionais e substâncias químicas (NOGUEIRA et al., 2009).

O LES caracteriza-se por manifestações articulares, cutâneas, renais, vasculares, serosas e nervosas (FREIRE; SOUTO; CICONELLI, 2011), diminuição da mobilidade, da força muscular, do condicionamento físico e da qualidade do sono, aumento da rigidez articular, da dor e da fadiga e pode causar, até mesmo, depressão e impacto da qualidade de vida (PERES; TEDDE; LAMARI, 2006).

Já a SS, frequentemente associada a AR e ao LES (VALIM et al., 2015), é uma doença sistêmica autoimune que afeta as glândulas exócrinas (salivares e lacrimais), resultando no ressecamento da boca e dos olhos (GARCIA-CARRASCO et al., 2002). Geralmente, acomete adultos com prevalência de 0,5% na população, e cerca de 90-95% dos acometidos pertencem ao sexo feminino (SOLANS-LAQUE et al., 2011). Pode causar manifestações musculoesqueléticas como dores osteoarticulares, fadiga e deformidades articulares (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, marcha, propriocepção e a qualidade de vida dos indivíduos (BÉTOLO et al., 2009; NOGUEIRA et al., 2009).

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

RELATO DE CASO

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).

Participou do estudo um indivíduo do gênero femi-

nino, 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 (prednisona, metotrexato, decadron, pantoprazol), 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 hidrocinestoterapia), 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, tais como, gênero, idade, histórico da doença atual, diagnóstico médico, entre outros.
- A avaliação da dor por meio da escala visual analógica, cuja mesma é um instrumento unidimensional, consistido por uma linha reta horizontal com suas extremidade numeradas de 0 (nenhuma dor) a 10 (pior dor imaginável) (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).
- A avaliação da amplitude de movimento articular por meio da goniometria. O indivíduo foi posicionado sentado com o membro superior a ser testado apoiado na mesa e com o punho livre, permitindo a execução dos movimentos desejados e sua mensuração com o goniômetro.
- A avaliação da força de preensão palmar por meio da dinamometria manual, utilizando-se o dinamômetro da marca Kratos® (um sistema hidráulico fechado, constituído por alças fixas inadaptáveis, onde aplica-se uma contração isométrica, registrada em quilogramas força ou libras, e com o visor de leitura voltado para o indivíduo permitindo-o acompanhar seu desempenho no teste) (MYRA et al., 2015). O indivíduo posicionou-se sentado, com cotovelo flexionado a 90° e antebraço paralelo ao chão, devendo realizar sua contração isométrica máxima durante 3 segundos em 3 tentativas. Após realizou-se a média aritmética das 3 tentativas de cada membro (STOCKTON et al., 2011). Quanto maior o valor obtido, maior é a força de preensão palmar do indivíduo.
- A avaliação do equilíbrio postural por meio da escala de equilíbrio de Berg, que é uma escala com uma pontuação máxima de 56 pontos, possuindo cada item uma escala ordinal de 5 alternativas que variam de 0 a 4 pontos (BERG; MAKI; WILLIAMS, 1992). Quanto maior a pon-

tuação obtida melhor é o equilíbrio o indivíduo.

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, associado à rotação lateral de tronco com o indivíduo sentado em uma bola suíça, (2x10);
- Fortalecimento dos membros superiores por meio das diagonais do método Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva com faixa elástica verde com o indivíduo em pé (2x10);
- Fortalecimento de bíceps braquial com halter de 1kg com o indivíduo em pé (2x10);
- Fortalecimento de músculos rotadores internos e externos de ombro com faixa elástica rosa na posição com o indivíduo em pé (3x10);
- Exercícios pendulares de Codman com indivíduo apoiado a uma mesa;
- Fortalecimento dos músculos dorsiflexores e plantiflexores de tornozelo com faixa elástica verde e indivíduo em decúbito dorsal (2x10);
- Fortalecimento de músculos adutores de coxa com bola com o indivíduo em decúbito dorsal (2x10);
- Fortalecimento dos flexores e extensores de joelho com caneleira 1kg, o primeiro com o indivíduo em pé e o segundo com o indivíduo sentado (2x10);
- Exercícios para as mãos: 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 motricidade fina com brinquedos de peças móveis. Em todos estes exercícios o indivíduo estava sentado com os membros superiores apoiados sobre uma mesa.
- Exercícios de equilíbrio, propriocepção e transferência de peso no *balance pad* e cama elástica;
- Pompagens das regiões cervical, escapular, peitoral e sacro; desativação de *tender points* na região escapular e espinhal com o indivíduo deitado em uma maca variando nas posições de decúbito dorsal ou ventral;
- 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 exten-

sores 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 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

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

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

Observa-se que o 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 – 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°

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 – 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

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 – Equilíbrio, de acordo com a escala de equilíbrio de Berg, pré e pós intervenção fisioterapêutica.

	Pré intervenção	Pós intervenção
Pontuação da Escala de Equilíbrio de Berg	51	56

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

DISCUSSÃO

A AR é uma doença autoimune de etiologia desconhecida caracterizada pela ocorrência de episódios inflamatórios reativos recorrente que podem resultar em manifestações sistêmicas (pele, vasos sanguíneos coração, pulmões, músculos) e articulares (preferencialmente de articulações periféricas e do esqueleto axial) (MARQUES-NETO et al., 1993; MOTA et al., 2011; MOTA et al., 2012; SENNA et al., 2004).

Pode se apresentar na forma de poliartrite aguda (70% dos casos) associada a sinovite persistente nas mãos (91% dos casos) e rigidez matinal prolongada por mais de duas horas. Este último pode se dar como o sintoma inicial da doença, acometendo principalmente as articulações metacarpofalangianas e interfalangianas (90% dos casos) (VENABLES; MAINI, 2012). A cronicidade

e a destruição causados pela doença geram importantes deformidades físicas, limitações funcionais, restrição das atividades laborais e impacto na qualidade de vida (MOTA et al., 2011; VERSTAPPEN et al., 2005), além de gerar elevados custos diretos (o gasto com medicamentos, despesas médicas e hospitalares) e indiretos (perda da produtividade, absenteísmo ao trabalho e gastos com indivíduos que acabam aposentando-se por invalidez devido a incapacitação laboral total) (AZEVEDO; FERRAZ; CICONELLI, 2008).

O LES, por sua vez, é uma doença crônica cuja fisiopatologia envolve mecanismos inflamatórios e autoimunes. Seus portadores necessitam frequentemente de internações hospitalares, pelo menos uma vez por ano. Porém, o prognóstico e a sobrevida desses indivíduos têm melhorado nos últimos anos, graças aos diagnósticos precoces, as opções terapêuticas e ao controle das morbidades associadas (VARGAS; ROMANO, 2009).

As manifestações do LES podem ser cutâneas ou sistêmicas. As manifestações cutâneas classificam-se em agudas (concomitante a fase sistêmica), subagudas (descamações) ou crônicas (lesões discoides em áreas fotoexpostas, como a lesão em formato de asa de borboleta no rosto) (VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010). As manifestações sistêmicas envolvem acometimentos articulares (artrite não erosiva das articulações periféricas, com sinais inflamatórios como a dor, o edema ou o derrame articular), renal (cilindrúria anormal ou proteinúria persistente), neurológicos (psicose, depressões repentinas e convulsões), pulmonares e cardíacos (pleurite e pericardite), diminuição da capacidade cardiorrespiratória, do condicionamento físico, fadiga generalizada, limitação das atividades de vida diária, e comprometimento oftalmológico (síndrome do olho seco e catarata) (CAGNONI et al., 2013; KLEJNBERG; MORAES JUNIOR, 2006; LEITE; SANTOS; ROMBALDI, 2013; VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010).

Já a SS é uma doença crônica que tem evolução lenta e progressiva. É caracterizada pelo infiltrado linfocitário que acomete o epitélio das glândulas exócrinas, especialmente salivares e lacrimais diminuindo a produção de saliva e lágrimas. Por conta do seu caráter sistêmico, há um alto risco de transformação para linfoma, acometendo as articulações, os pulmões, os rins e o sistema nervoso central e periférico (BALDINI et al., 2005). Acredita-se que 1 a 2 milhões de pessoas nos Estados Unidos sofram com a SS, sendo grande parte dos casos não diagnosticados. A prevalência mundial pode variar de 1% a 4,2% conforme a literatura (SÁNCHEZ-GUERRERO et al., 2005).

A SS pode ser classificada de duas formas: primária (sem envolvimento de outras doenças, apenas acometimentos sistêmicos) ou secundária (com envolvimento de outras doenças e acometimentos sistêmicos). A forma secundária, como é a situação do indivíduo do presente estudo, associa-se frequentemente a doenças reumáticas autoimunes, como a AR em 5% dos casos, ou distúrbios do tecido conjuntivo, como o LES (SATO, 2010; TZIOUFAS; MOUTSOPOULOS, 2003).

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..., 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 de 10 minutos (caminhada na piscina), condicionamento físico e fortalecimento de 25 minutos (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 nos 10 minutos finais da sessão. 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 articulares em diversos pontos do corpo, realizou sessões de hidrocinesioterapia com exercícios de adaptação ao meio aquático, aquecimento, condicionamento físico, alongamentos, fortalecimentos e exercícios para o equilíbrio, propriocepção e coordenação motora, 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..., 2011). Já indivíduos portadores de AR, apresentam valores de força de preensão palmar máximos diminuídos em relação a indivíduos não portadores da doença. Além disso, há relação direta entre a força de preensão palmar máxima e o nível de atividade da doença 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 exercícios de fortalecimento e funcionalidade para as mãos. Os exercícios consistiam em alongamento global, 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 ganho de força para os movimentos de desvio ulnar, desvio radial, flexão e extensão 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 hidrocinesioterapia, 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; AHLNEN; MANNERKORPI, 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 hidrocinesioterapia) apresentou restauração completa do equilíbrio postural.

CONCLUSÃO

Observa-se que literatura carece de evidências que envolvam uma abordagem fisioterapêutica na reabilitação de indivíduos com doenças reumatológicas associadas, sobretudo na Síndrome de Sjögren e evidências que mensurem quantitativamente variáveis como as avaliadas no estudo atual, principalmente a força de preensão palmar. Em suma, o protocolo fisioterapêutico proposto foi eficaz na diminuição da dor, na manutenção e/ou aumento da amplitude de movimento dos punhos e da força de preensão palmar bilateral e na restauração do equilíbrio postural em um indivíduo portador de artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome de Sjögren.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. T. et al. Abordagem fisioterapêutica ao portador de lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso. **Rev. bras. ciênc. saúde**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2012.
- AZEVEDO, A. B.; FERRAZ, M. B.; CICONELLI, R. M. Indirect costs of rheumatoid arthritis in Brazil. **Value health**, Malden, v. 11, n. 5, p. 869-877, 2008.
- BALDINI, C. et al. Primary Sjogren's syndrome: clinical and serological feature of a single centre. **Reumatismo**, Milan, v. 57, n. 4, p. 256-261, 2005.
- BERG, K.; MAKI, B.; WILLIAMS, J. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. **Arch. phys. med. rehabil.**, Chicago, v. 73, p. 1073-1080, 1992.
- BÉRTOLO, M. B. et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. **Temas reumatol. clín.**, São Paulo, v. 1, n. 10, p. 6-14, 2009.
- BILBERG, A.; AHLNEN, M.; MANNERKORPI, K. Moderately intensive exercise in a temperate pool for patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. **Rheumatology**, Basel, v. 44, n. 4, p. 502-508, 2005.
- BRENOL, C. V. et al. Artrite reumatoide e aterosclerose. **Rev. assoc. méd. bras.**, São Paulo, v. 5, n. 53, p. 465-470, 2007.
- CAGNONI, F. E. et al. Avaliação das atividades funcionais de vida diária de um paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) associado à cardiopatia. **Rev. cient. integrada**, Guarujá, v. 3, p.1-8, 2013.
- DANCHENKON, N.; SATIA, J. A.; ANTHONY, M. S. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. **Lupus**, Houndmills, v. 15, n. 5, p. 308-318, 2006.
- FELBERG, S.; DANTAS, P. E. C. Diagnóstico e tratamento da Síndrome de Sjögren. **Arq. bras. oftal.**, São Paulo, 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. **Fisioter. pesqui.**, São Paulo, 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. **Rev. bras. reumatol.**, Campinas, 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. **Med.**, Abingdon, 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. **Fisioter. pesqui.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2015.
- KLEINBERG, T.; MORAES JUNIOR, H. V. de. Alterações oculares em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico em acompanhamento ambulatorial. **Arq. bras. oftalmol.**, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 233-237, 2006.
- KOERICH, J. et al. Avaliação do equilíbrio corporal de pacientes com artrite reumatoide. **Fisioter. pesqui.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 336-342, 2013.
- KULKAMP, W. et al. Artrite reumatoide e exercício físico: resgate histórico e cenário atual. **Rev. bras. ativ. fis. saúde**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 55-64, 2009.
- LEITE, F. C.; SANTOS, N. M.; ROMBALDI, J. A. Efeitos da prática regular de exercícios físicos por portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo de revisão. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 166-175, 2013.
- MARQUES-NETO, J. et al. Multicentric study of the prevalence of adult rheumatoid arthritis in Brazilian population samples. **Rev. bras. reumatol.**, Campinas, v. 33, p. 169-73, 1993.
- MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev. bras. reumatol.**, Campinas, v. 51, n. 4, p. 304-308, 2011.
- MOTA, L. M. et al. Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. **Rev. bras. reumatol.**, Campinas, v. 52, n. 2, p. 152-74, 2012.
- MOTA, L. M. et al. Consensus of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and early assessment of rheumatoid arthritis. **Rev. bras. reumatol.**, Campinas, 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**, Buenos Aires, 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**, São Paulo, 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**, São Paulo, 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. **Rev. Uniandrade**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 65-77, 2014.
- SÁNCHEZ-GUERRERO, J. et al. Prevalence of Sjogren syndrome in ambulatory patients according to the American-European Consensus Group criteria. **Rheumatology**, Basel, v. 44, n. 2, p. 235-240, 2005.
- SATO, E. I. **Reumatologia, guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2010. p. 536.
- SCOTT, D. L.; WOLFE, F.; HUIZINGA, T. W. Rheumatoid arthritis. **Lancet**, London, v. 376, n. 9746, p. 1094-1108, 2010.
- SENNA, E. R. et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **J. rheumatol.**, Toronto, v. 31, n. 3, p. 594-597, 2004.
- SOCIEDADE brasileira de reumatologia. Cartilha Lúpus, 2011. p. 1-21.
- SOLANS-LAQUE, R. et al. Risk, predictors, and clinical characteristics of lymphoma development in primary Sjogren's syndrome. **Semin. arthritis rheum.**, New York, v. 41, n. 3, p. 415-423, 2011.
- STOCKTON, K. A. et al. Test-retest reliability of hand-held dynamometry and functional tests in systemic lupus erythematosus. **Lupus**, Houndmills, v. 20, n. 2, p. 144-150, 2011.

34. SUZUKI, A.; YAMAMOTO, K. From genetics to functional insights into rheumatoid arthritis. **Clin. exp. rheumatol.**, Piza, v. 33, n. 4, p. 40-43, 2015.
35. TZIOUFAS, A. G.; MOUTSOPOULOS, H. M. Sjögren's syndrome. In: HOCHBERG, M. C. (Ed.). **Rheumatology**. Califórnia: Mosby, 2003. p. 1431-1443.
36. VALIM, V. et al. Recomendações para o tratamento da Síndrome de Sjögren. **Rev. bras. reumatol.**, Campinas, v. 55, n. 5, p. 446-457, 2015.
37. VARGAS, S. K.; ROMANO, A. M. Lúpus Eritematoso Sistêmico: aspectos epidemiológicos e diagnóstico. **Revista Salus-Guarapuava**, Paraná, v. 3, n. 1, p. 15-22, 2009.
38. VENABLES, P.; MAINI, R. **Clinical features of rheumatoid arthritis**. Up To Date, 2012.
39. VERSTAPPEN, S. M. et al. A good response to early DMARD treatment of patients with rheumatoid arthritis in the first year predicts remission during follow up. **Ann. rheum. dis.**, London, v. 64, n. 1, p. 38-43, 2005.
40. VIANNA, R.; SIMÕES, M. J.; INFORZATO H. C. B. Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Revista Ciciliana**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-3, 2010.
41. WIBELINGER, L. M. et al. Perfil de uma população portadora de artrite reumatoide em um município do interior do Rio Grande do Sul. **EFDeportes**, Buenos Aires, v. 19, n. 202, p. 1, 2015.

Data de entrega: 10/04/ 2016.

Aceito em: 16/05/2016