

A EFICÁCIA DA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NAS MANIFESTAÇÕES POLIARTICULARES DECORRENTES DA ARTRITE REATIVA

Laís Barbosa Alves¹, Sílvia Helena Morais², Fabrício Sette Abrantes Silveira³

Resumo: *Artrite Reativa (AR) é uma doença rara, com incidência anual de 0,005% associada à infecção intestinal, que se manifesta em razão da formação de anticorpos contra o agente infectante, com reação cruzada contra elementos da cartilagem articular e do tecido sinovial. Não há cura para essa doença. Afeta predominantemente adultos jovens entre 20 e 40 anos. Pode-se manifestar de forma grave e multissistêmica, acompanhada de mal-estar e perda de peso. O envolvimento articular pode chegar até a poliartrite, com acometimento axial. O objetivo deste estudo foi avaliar a importância do suporte fisioterapêutico no tratamento dos sintomas da artrite reativa. O estudo de caso realizado envolveu um paciente do sexo masculino, 24 anos, com diagnóstico de Artrite Reativa, em tratamento na Clínica Escola de Fisioterapia da Univiçosa, com técnicas manuais, eletrotermoterapia, fortalecimentos e exercícios proprioceptivos. O tratamento proposto foi de suma importância, tendo em vista a variação de sintomatologia articular, a faixa etária do paciente e o estado emocional pela incerteza de melhora.*

Palavras-chave: *Artrite reativa, Síndrome de Reiter, tratamento fisioterapêutico.*

Introdução

A Artrite Reativa (AR), antes denominada doença de Reiter, é asséptica e ocorre subsequentemente a uma infecção extra-articular. De acordo com Moreira e Carvalho (2001), aproximadamente 1,4 dos portadores da inflamação intestinal desenvolve a doença cerca de 2-4 semanas após a

¹Aluna do Curso de Fisioterapia – UNIVIÇOSA, Viçosa, MG, e-mail: lais10laila@hotmail.com

²Professora do Curso de Fisioterapia – UNIVIÇOSA, Viçosa, MG, e-mail: moraisilvia@yahoo.com.br

³Professor do Curso de Fisioterapia – UNIVIÇOSA, Viçosa, MG, e-mail: fabricioset@yahoo.com.br

infecção; sua causa parece ser a formação de anticorpos contra o agente infectante, com reação cruzada contra elementos da cartilagem articular. O principal fator predisponente para a artrite reativa é a presença do antígeno B27 do HLA (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2008). Para Souza et al. (2003), o risco relativo de os indivíduos B27 positivos desenvolverem a doença é 25 vezes maior em comparação com os B27 negativos.

A artrite reativa afeta predominantemente adultos jovens entre 20 e 40 anos, numa proporção de três homens para uma mulher (MATTOS *etal.*, 2007). Segundo Sampaio-Barros et al. (2007), a incidência anual é de 5/100.000 nos casos associados à infecção intestinal.

A AR pode-se manifestar de forma localizada e leve, ou de forma grave e multissistêmica, acompanhada de febre, mal-estar e perda de peso. O envolvimento articular varia desde uma monoartrite transitória até poliartrite com acometimento axial (BRASIL, 2010).

Este artigo é um relato de técnicas realizadas para amenizar e melhorar o estado de um paciente com diagnóstico de Artrite Reativa pós-infecção gastrointestinal, grave e multissistêmica, acompanhada de febre, mal-estar, perda de peso e sintomatologia recorrente no final de 20 sessões de suporte fisioterápico. Serão sugeridas formas de abordagens desses pacientes diante da escassez de bibliografias.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso do paciente E.G., sexo masculino, 24 anos, com AR, sem outra patologia associada. E.G. iniciou o tratamento fisioterapêutico após oito dias da ocorrência da infecção gastrointestinal, em 31 de agosto de 2011, prosseguindo até 27 de outubro do mesmo ano, totalizando 20 sessões de fisioterapia com duração de 50 minutos cada, três vezes na semana. Foram utilizados a ficha de avaliação fisioterapêutica traumatortopédica da Univiçosa, elaborada pelo Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, a Escala Analógica Visual (EAV) para avaliação da dor, o índice de Auscan de Osteoartrite na mão LK3-01__ Modificada, agoniometria, e o teste de força muscular. Em todas as sessões, utilizaram-se a escala Análoga de Dor (EVA), para quantificar o nível de dor, e o índice de

Auscan de Osteoartrite na mão LK3-01, adaptada para AR. A goniometria foi realizada com goniômetro da marca CARCI (em plástico transparente com duas réguas para mensuração de amplitude articular). Os valores de referência e o modo de execução foram de acordo com Marques (2002). Utilizou-se o Teste de Força de Oxford. Pelas manifestações diferenciadas da AR nesse paciente, as intervenções foram feitas de acordo com a queixa do paciente, seguindo o protocolo descrito: ultrassom pulsado, turbilhão, mobilizações articulares (tíbia, fêmur e patela), fortalecimento isométrico de glúteo médio, músculo energia para o movimento de flexão de cotovelo e joelho, elíptico, mobilizações para alívio de dor na ATM, propriocepção e equilíbrio, alongamento da cadeia lateral direita na bola suíça e fortalecimento de quadríceps excentricamente.

Resultados e discussões

Não há cura para a síndrome de Reiter ou artrite reativa. Fisioterapia passiva e ativa devem ser recomendadas para evitar sequelas, manter a mobilidade e prevenir a fibrose articular (SOUSA, 2003).

A AR tem seu desenvolvimento mais frequente nas extremidades inferiores, como no paciente, e raramente as extremidades superiores são atingidas (PÉREZ et al., 2009). No paciente E.G., com as manifestações de MMII, vieram acometimentos do cotovelo, ATM e das últimas costelas.

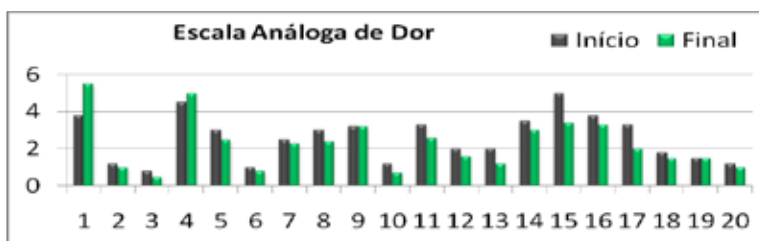
De acordo com Souza et al., 2003, os indivíduos B27 positivos apresentam risco relativo 25 vezes maior de desenvolverem a doença em comparação com os B27 negativos. O HLA-B27, positivo no paciente em estudo, é o maior determinante de susceptibilidade para a AR, sendo encontrado em percentual de 71% no paciente.

Como se observou na reavaliação da goniometria, as alterações encontradas foram nos movimentos de flexão do cotovelo e dos joelhos. Os demais movimentos, tanto de MMSS quanto de MMII encontram-se com angulação dentro da normalidade. O paciente recuperou a ADM completa para flexão do cotovelo já na quarta sessão, e a do joelho, no final do tratamento, obteve um aumento de 30°.

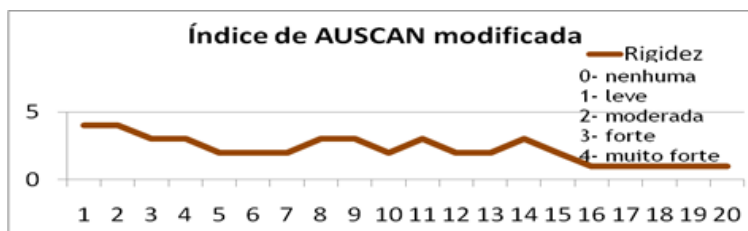
No gráfico a seguir, observa-se a Escala Análoga de Dor, que foi aplicada durante todo o tratamento, no início e final de cada sessão, pois,

segundo Huskisson (*apud* SOUSA; SILVA, 2005), esse instrumento, pode ser compreendido em distintas situações. Nota-se, no gráfico, que o valor mais alto encontra-se no número 1 (equivalente à primeira sessão), seguido pelos números 4 e 15. Antes da quarta sessão, o paciente realizou uma viagem com duração de 3 horas e meia, permanecendo todo esse tempo na mesma postura, o que provavelmente contribuiu para alteração da dor.

Segundo Roy (2009), as emoções podem alterar nossa reação à dor, que pode ser amplificada quando combinada com emoções negativas. Na décima quinta sessão, E.G chegou abalado, informando ter passado pela pericia anteriormente e que a doença tinha sido considerada não prejudicial a ponto de interromper o trabalho, segundo palavras do médico-perito responsável. Para o paciente, que se julgava ainda incapaz de voltar ao trabalho, em razão da sintomatologia presente, isso alterou seu estado psicológico, podendo contribuir para o aumento da dor e rigidez.



O índice de AUSCAN *HandOsteoarthritis Index* foi desenvolvido pelo Prof. Bellamy e colaboradores da Universidade de Queensland, Austrália, e da Universidade de Western Ontário, Canadá (FREITAS, 2010). Nesse paciente, utilizou-se apenas a escala de rigidez, pois ele não era específico para mão, mas sim para as regiões em que o paciente tinha sensação de rigidez (cotovelo e joelho).



Conclusão

Contudo, apesar da variação dos sintomas e das influências externas e psicológicas às atividades do paciente, durante o período de dois meses, pôde-se verificar a importância do suporte fisioterápico para o alívio da sintomatologia abordado no decorrer dos atendimentos.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, D. B.de.; OLIVEIRA, D. S. Artrite Reativa pós-estreptocócica (ARPE). **Temas de Reumatologia Clínica**, vol. 9 - nº 3 - junho de 2008.

BRASIL Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 207, de 23 de abril de 2010. O secretário de atenção à saúde, no uso de suas atribuições. Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - artrite reativa (doença de reiter).

MARQUES, P. A. **Manual de Goniometria**. 2ª editada e revisada. Ed: Manole, São - Paulo 2002.

MOREIRA, C. CARVALHO, M. A. P; **Reumatologia diagnóstico e tratamento**. 2ª Ed. Guanabara Koogan, RJ, 2001.

PÉREZ, R. P. et al. Síndrome de Reiter: una observación infrecuente. **Revista Archivo Médico de Camagüey AMC** v.13 n.3 Camagüey Mayo-jun. 2009.

SOUSA, A, E, S de., et al. Síndrome de Reiter : relato de caso. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, 78 (3):323-330, maio/jun. 2003.

SOUSA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor (dormetria): Problemas teóricos e metodológicos. **Revista DOR**, 6(1), 469-513, 2005.

