

Mão reumatóide: programa domiciliário de exercícios e higiene articular

Rheumatoid hand: home exercise and joint protection programme

Inês Campos⁽¹⁾ | João Páscoa Pinheiro⁽²⁾ | Jorge Laíns⁽³⁾

Resumo

Objetivos: O presente trabalho consiste na análise de estudos considerados relevantes, com vista à elaboração de um folheto destinado a fomentar a proteção articular e a realização de exercícios para a mão do doente com artrite reumatóide (AR).

Material e métodos: Foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre programas de higiene articular e de exercícios em doentes com AR; foram selecionados cinco estudos que apresentavam um grau de qualidade mais elevado e com *outcomes* adequados ao pretendido (dor, sinais inflamatórios, força muscular e função).

Resultados: Os vários estudos analisados demonstraram efeitos benéficos de vários programas de exercícios e de higiene articular em termos de dor, rigidez, força de preensão e função do membro superior. Os efeitos benéficos destes programas mantêm-se a longo prazo. Não basta o fornecimento de informação - é necessária demonstração e repetição.

Conclusões: Os programas melhor tolerados e mais eficazes são os que combinam medidas de higiene articular, exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, com repetições crescentes. A partir dos dados retirados dos vários estudos, os autores elaboraram um folheto que consideram ser adequado para os doentes com AR, como parte de um programa abrangente de Reabilitação.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide; Educação para Doentes; Mão.

Abstract

Objectives: This paper is intended to analyze several, considered relevant, studies in order to draw up a leaflet that includes joint protection measures and an exercise scheme, for the patient with rheumatoid arthritis (RA).

Material and Methods: The authors performed a literature review on joint protection programs and hand exercises for patients with RA; the authors selected five studies that had a higher study design quality and adequate outcomes: pain, inflammation, muscle strength and function.

Results: The reviewed studies shown beneficial effects of several exercise and joint protection programs in terms of pain, stiffness, grip strength and upper limb function. The beneficial effects of these programs remain long-term. Just providing information is not enough - demonstration and repetition is required.

Conclusions: The programs that combine measures of joint health, range of motion exercises and muscle strengthening, with increasing repetitions are more effective and better tolerated. Based on the data drawn from the various studies, the authors developed a leaflet for patients with RA, as a part of a comprehensive rehabilitation program.

Keywords: Rheumatoid Arthritis; Hand; Exercise Therapy; Patient Education; Health Behavior.

(1) Interna do 4º ano de Medicina Física e de Reabilitação do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais.

(2) Fisiatra, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

(3) Fisiatra, Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais.

E-mail: inescampos.mfr@gmail.com

Introdução

A artrite reumatóide (AR) afeta 0.81% da população adulta inglesa, sobretudo pessoas em idade ativa¹.

As mãos e os punhos encontram-se atingidos em 80 a 90% dos casos. O quadro clínico inicia-se por sinovite que evolui para rotura ligamentar e erosão da cartilagem e do osso subcondral. Os doentes geralmente apresentam-se com dor e rigidez articular, perda de amplitude articular e redução da força muscular, condicionando deformidades e incapacidade para a realização de atividades de vida diária (AVD) [2].

A capacidade funcional reduz-se em 60% durante os primeiros 5 anos após o diagnóstico³. As mulheres com AR podem ter apenas 40% da força de preensão normal nos primeiros 6 meses após o diagnóstico, mesmo iniciando precocemente fármacos modificadores da doença (DMARDs)⁴.

Terapêuticas visando a manutenção da função da mão e a independência em AVD devem ser oferecidas precocemente para impedir o desenvolvimento de todas estas limitações. Têm sido publicados alguns trabalhos que pretendem avaliar o efeito de programas de higiene articular, cinesiterapia e fortalecimento muscular, em termos de prevenção da perda de amplitudes articulares e função.

Genericamente, a *higiene articular* tem como objetivo criar um programa para aumentar a capacidade funcional do doente. Consiste em identificar as atividades que têm potencial para aumentar a dor, inflamação, instabilidade e/ou deformidade articular, alterando os métodos de realização destas tarefas. Recorre à utilização de equipamentos adaptados e ortóteses, a princípios de conservação de energia e a modificações cognitivas e comportamentais⁵.

É consensual a recomendação de repouso na fase aguda da doença. Os programas de exercício propostos para a fase não aguda são variáveis. Os estudos têm demonstrado que o exercício diário aumenta a força de preensão⁶ e que esta é uma medida indireta da função da mão⁷.

O objetivo deste trabalho consiste na análise de estudos considerados relevantes, com vista à elaboração de um folheto destinado a fomentar a proteção articular e a realização de exercícios para a mão do doente com artrite reumatóide.

Material e Métodos

Foi feita uma pesquisa na *PubMed* usando os seguintes termos MeSH (*Medical Subject Headings*): "rheumatoid arthritis", "hand joints", "exercise", "exercise movement techniques", "patient education" e "health behavior".

Foram selecionados cinco estudos que apresentavam

um grau de qualidade mais elevado. Todos os estudos considerados são controlados, quatro deles randomizados, e com *outcomes* adequados ao pretendido para a elaboração do referido folheto (dor, sinais inflamatórios, força muscular e função).

Resultados

Dois estudos randomizados controlados^{8,9} avaliaram o efeito de um programa cognitivo-comportamental de higiene articular *versus* o que os autores definiram como "programa standard", em doentes com AR precoce (média de 18 meses). O programa standard consistia em 8 horas de sessões de esclarecimento sobre a doença, sua terapêutica, métodos de controlo da dor e métodos de higiene articular (com análise das tarefas domésticas, demonstração de técnicas e prática durante 40 minutos). O programa cognitivo-comportamental também tinha a duração de 8 horas e empregava o uso de contrato e definição de objetivos, bem como sessões práticas e de esclarecimento em grupo. Nestes estudos não foram implementados programas de exercício ou mobilização articular. Os *outcomes* considerados, aos 1 e 4 anos de seguimento, foram: dor (escala visual analógica), adesão ao programa (medido pelo *Joint protection behaviour assessment*), contagem articular, noção geral de melhoria, duração da rigidez matinal, escalas de funcionalidade para os membros superior e inferior (Arthritis Impact Measurement Scale 2 – subescalas para AVD, membro superior e membro inferior), força de preensão, amplitudes articulares e status psicológico. Os 2 grupos apresentaram ganhos imediatos, que se mantinham após 1 ano. O grupo do programa cognitivo-comportamental obteve melhores resultados (com significado estatístico) na adesão ao programa, dor, rigidez articular matinal, noção geral de melhoria e funcionalidade em AVD. Após 4 anos mantinha-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que diz respeito à adesão ao programa, rigidez e função. O fator que mais influenciou a adesão ao programa foi o número de sessões a que o doente compareceu.

Para avaliar o efeito de programas de cinesiterapia e fortalecimento muscular na mão dos doentes com AR analisaram-se 3 estudos.

Um estudo controlado avaliou o efeito de um programa domiciliário de 6 semanas de exercícios para a mão do doente com AR¹⁰. Foram envolvidos 20 doentes com uma duração média de doença de 16 anos e 20 controlos saudáveis. O programa de 10 minutos de exercícios, 5 dias por semana, envolvia o uso de massa moldável, e consistia em séries de exercícios de 10 repetições com contração mantida entre 3 a 5 segundos, com 20 segundos de intervalo entre as séries. A avaliação dos *outcomes* (força de preensão/extensão dos dedos, dor, questionários DASH e SF-36 e ecografia

com medição da área de secção muscular e de tempo de contração) foi feita às 0, 6 e 12 semanas. Verificou-se uma melhoria significativa da função (medida pelo DASH) e força da mão às 6 semanas, com resultados ainda melhores às 12 semanas, sem aumento da dor.

Outro estudo¹¹ controlado e randomizado envolveu 57 doentes com uma média de 11,3 anos pós diagnóstico, divididos em 3 grupos experimentais (exercícios de amplitudes, exercícios de fortalecimento, combinação dos 2) e um grupo controlo. O programa de exercícios foi realizado entre 10 a 20 minutos, 2 vezes por dia, durante 12 semanas. A medicação foi mantida constante durante o estudo. Foram considerados vários *outcomes*: força de prensão, amplitudes, contagem articular, deformidades, destreza (*9 hole peg test*), rigidez, dor e noção de gravidade da doença. Aos 3 meses, em comparação com o grupo controlo, os doentes do primeiro grupo (amplitude) apresentaram maior efeito na diminuição da contagem articular, os do segundo grupo (força) na força de prensão e os do terceiro (combinação) na destreza manual, com significado estatístico. Os autores consideraram que os exercícios resistidos foram melhor tolerados quando em conjunto com os exercícios de mobilização articular para ganho de amplitudes.

Outros autores² corroboram estas conclusões, através de outro RCT. Neste estudo todos os doentes receberam um folheto sobre higiene articular, bem como demonstração e discussão do programa de exercícios propostos. O primeiro grupo foi envolvido num programa de exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular (pinças e fortalecimento dos extensores do punho e intrínsecos da mão); o segundo grupo apenas em exercícios de mobilização articular; o terceiro grupo não fez qualquer tipo de exercício. Os programas foram feitos 2 vezes ao dia, com repetições em crescendo, durante 6 meses. O *outcome* primário considerado foi a escala funcional AIMS II - *Arthritis Impact Measurement Scales II* (subescalas do membro superior, mão e dedos). Os autores verificaram que os doentes do primeiro grupo melhoraram a função do membro superior e a força de prensão de forma mais consistente.

Discussão

Através da análise destes estudos podemos verificar que um programa de exercícios melhora efetivamente a mão do doente com AR, de forma mais evidente ao nível da força e função da mão. Os exercícios mais eficazes e melhor

tolerados, são os que envolvem uma associação de exercícios de mobilização articular para ganho de amplitudes e exercícios de força. Na sua generalidade, os vários programas de exercícios não aumentaram a dor ou a tumefação articular pelo que, além de eficazes, parecem ser seguros e bem tolerados.

Os programas de higiene articular revelaram-se também extremamente importantes no ganho/manutenção da função da mão e na diminuição dos parâmetros de dor e rigidez.

O programa cognitivo-comportamental, com contrato e definição de objetivos, sessões práticas e esclarecimento em grupo foi o mais eficaz. Estes dados mostram que não basta apenas dar conhecimento ao doente dos programas e técnicas disponíveis. É necessário explicar, discutir e praticar, de forma a obter os melhores e mais duradouros resultados.

Conclusões

A partir da compilação das considerações retiradas da análise dos vários estudos, os autores elaboraram um folheto que pensam ser de extrema importância no programa de Reabilitação dos doentes com AR – fig. 1 e 2.

O fornecimento do folheto deve ser feito em Consulta Médica, fazendo parte de um programa abrangente de Reabilitação, que inclua a explicação, demonstração e prática dos exercícios e conselhos aí referidos.

6 • Faça movimento de "contar pelos dedos", tocando com a ponta do polegar em todas as outras pontas dos dedos. Repita este movimento pelo menos 10 vezes.


7 • Com a sua mão aberta, dobre o punho para o lado do polegar como se estivesse a dizer adeus. Mantenha o antebraço direito. Mantenha o movimento por 5 segundos. Repita pelo menos 10 vezes.

8 • Esprema a plasticina entre os seus dedos e a palma da mão.

9 • Esprema a plasticina entre as pontas de todos os seus dedos.

10 • Faça um rolo de plasticina. Desloque esse rolo debaixo da sua palma da mão e dos seus dedos em movimentos de vaivém.

11 • Pressione as palmas das mãos e os dedos suavemente uns contra os outros. Mantenha o movimento por 5 segundos. Repita pelo menos 3 vezes.



PROGRAMA DOMICILIÁRIO DE EXERCÍCIOS E HIGIENE ARTICULAR PARA A MÃO REUMATÓIDE

Inês Campos, João Páscoa Pinheiro e Jorge Lains

Graphic 1 - Folheto elaborado, que engloba um programa de exercícios domiciliário para a mão reumatóide e algumas informações sobre higiene articular (páginas 4 e 1 do folheto, respetivamente)

Este folheto destina-se ao doente previamente observado por Médico e que foi diagnosticado com patologia articular inflamatória com envolvimento das mãos, como a Artrite Reumatóide ou doenças afins.

Alguns conselhos:

1 • Se uma actividade lhe causa dor, evite repetir o movimento ou tente encontrar outras formas de desempenhar a mesma tarefa

2 • Evite demasiado esforço durante actividades que necessitem do movimento de preensão, como por exemplo abrir frascos ou usar facas de cabo fino

3 • Distribua o peso dos objectos pela palma da mão e todos os dedos

4 • Se passa muito tempo ao computador, considere o uso de um suporte para os punhos

5 • Não mantenha as suas articulações na mesma posição por tempo prolongado; relaxe um pouco a cada 15 minutos.

6 • Lembre-se que não se mudam todos os hábitos de um dia para o outro; por isso, não desista!

O exercício regular das suas mãos diminui a dor e a rigidez, e melhora a destreza manual.

Deve começar os exercícios deste folheto de forma suave, progredindo gradualmente. É preferível que faça pouco de cada vez todos os dias, que muito de uma vez poucas vezes por semana.

Poderá surgir dor moderada com os exercícios, mas não desista. Se a dor persistir mais de 2 horas, da próxima vez faça o exercício de forma menos exigente.

Informe-se junto do seu Médico das ajudas técnicas disponíveis que podem ajudá-lo a desempenhar algumas actividades do dia-a-dia com menos esforço.

Se não conseguir cumprir o programa deste folheto ou tiver algum efeito indesejado, consulte o seu Médico assistente.

ATENÇÃO

Caso se encontre em crise, descanse as articulações, não fazendo qualquer exercício deste folheto.

EXERCÍCIOS

1 • Mantenha o seu antebraço sobre uma mesa e feche a mão de forma suave. Sem levantar o antebraço da mesa, dobre o punho para trás. Tente não deslocar o punho para a esquerda ou para a direita. Repita pelo menos 10 vezes.



2 • Dobre os seus dedos de forma a que estes toquem na palma da sua mão. Ajude com a outra mão, se necessário. Repita pelo menos 10 vezes.



3 • Coloque a sua mão aberta sobre uma mesa. Levante e baixe um dedo de cada vez. Repita pelo menos 5 vezes para cada um dos dedos.



4 • Abra a sua mão e afaste os dedos uns dos outros. De seguida aproxime cada um dos dedos na direcção do seu polegar. Depois volte a movimentá-los para a sua posição inicial. Repita pelo menos 10 vezes.



5 • Abra a sua mão. Afaste o polegar do indicador. Em seguida aproxime-o. Repita este movimento pelo menos 10 vezes.



Figura 2 - Folheto elaborado, que engloba um programa de exercícios domiciliário para a mão reumatóide e algumas informações sobre higiene articular (páginas 2 e 3 do folheto, respetivamente).

Referências / References:

1. Symmons D, Turner G, Webb R. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom – new estimates for a new century. *Rheumatology* 2002;41:793-800.
2. O'Brien A, Jones P, Mullis R, Mulherin D, Dziedzic K. Conservative hand therapy treatments in rheumatoid arthritis – a randomized controlled trial. *Rheumatology*. 2006;45:577-583.
3. Young A, Dixey J, Cox N, Davies P, Devlin J, Emery P, et al. How does functional ability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the Early Rheumatoid Arthritis Study (ERAS). *Rheumatology*. 2000;39:603-611.
4. Hammond A, Kidao R, Young A. Hand impairment and function in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2000;43(9):S285.
5. Sheon RP. Joint protection program for the upper limb . UpToDate. 2011. [consultado 2011 Jul 10]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/joint-protection-program-for-the-upper-limb>.
6. Brighton S, Lubbe J, van der Merwe C. The effect of a long-term exercise programme on the reumatoid hand. *Br J Rheumatol*. 1993;32:392-395.
7. Innes E. Handgrip strength testing: a review of the literature. *Austral Occup Ther J*. 1999; 46:120-140.
8. Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2001;40:1044-1051.
9. Hammond A, Freeman K. The long-term outcomes from a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Clin Rehabil*. 2004;18:520-528.
10. Brorsson S, Hiliges M, Sollerman C, Nilsdotter A. A six-week hand exercise programme improves strength and hand function in patients with rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2009;41:338-342.
11. Hoenig H, Groff G, Pratt K, Goldberg E, Franck W. A randomized controlled trial of home exercise on the reumatoid hand. *J Rheumatol*. 1993; 20:785-789.