

**INDICAÇÃO DE ÓRTESE NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM
ARTRITE REUMATÓIDE: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO DO
PERÍODO DE 2000 A 2012**

**RECOMMENDATION OF ORTHESIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: BIBLIOGRAPHIC RESEARCH FROM
THE PERIOD OF 2000 TO 2012**

Karine Annunciato¹, Paula Christiane Vitor², Flávia Giuntini Orsi³

¹Graduanda em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí, SP, Brasil. kannunciato@hotmail.com

²Graduanda em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí, SP, Brasil. paulachv@yahoo.com.br

³Terapeuta Ocupacional, Especialista em Terapia da Mão e Reabilitação do Membro Superior pela FMUSP, Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí, SP, Brasil. flagiuntini@gmail.com

Autor responsável: Prof^a. Esp. Flávia Giuntini Orsi - email: flagiuntini@gmail.com

RESUMO

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença crônica que leva a deformidades das articulações, causando, entre outros sintomas, dor e edema. A Terapia Ocupacional defende a utilização de órtese no tratamento de pacientes com AR, como um recurso seguro e eficaz, desde que empregado corretamente. A confecção do dispositivo deve ser feita, preferencialmente, pelo terapeuta ocupacional, que também faz orientações ao uso e dispõe de outras técnicas de terapia para a reabilitação do paciente. Realizou-se um levantamento de publicações literárias, com consulta às seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE e SCIELO, tendo como base os períodos de 2000 – 2012; usando-se dos seguintes descritores: Artrite Reumatóide e órtese; Artrite Reumatóide e Terapia Ocupacional; órtese e Terapia Ocupacional. Dos oito artigos encontrados, apenas dois citam a indicação de órtese no tratamento de AR. Diante da carência de publicações, faz-se necessária à comprovação da eficácia do uso de órtese em artigos científicos e

outros trabalhos, para que profissionais baseiem-se em evidências na utilização de tal prática, e assegurem-se de que o dispositivo é de fato eficiente na reabilitação do paciente reumático.

Palavras - chave: artrite reumatóide; órtese; terapia ocupacional.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic disease that leads to deformities of the joints, causing, among other symptoms, pain and edema. Occupational therapists advocate the use of orthosis for treating patients with RA, as a safe and effective resource, if employed properly. The making of the device should be done preferably by an occupational therapist, who also makes use of guidelines and has other therapy techniques for the rehabilitation of the patient. We conducted a search of literary publications, consulting the following databases: LILACS, MEDLINE and SciELO, based on the period of 2000 - 2012, using the following descriptors: rheumatoid arthritis and bracing; rheumatoid arthritis and occupational therapy; and occupational therapy and bracing. Of the eight articles found, only two cite the use of an orthosis in the treatment of RA. Considering the lack of published data, it is necessary to prove the efficacy of bracing, in scientific papers and other work, so that professionals rely on evidence in the use of this practice, and to ensure that the device is indeed effective in the rehabilitation of rheumatic patients.

Keywords: rheumatoid arthritis; bracing; occupational therapy

INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas são muito frequentes e ocupam o segundo lugar dentre as patologias crônicas, acredita-se que de cada 100 pessoas, 25 sofram da doença, perdendo apenas para os distúrbios cardíacos, e são também uma das causas principais de afastamento do trabalho. (ESCOTT, 2006).

Entre as doenças reumáticas, Fallet (2002) afirma que a Artrite Reumatóide (AR) é uma doença sistêmica crônica que em sua progressão pode gerar diversas deformidades, atingindo 1% da população geral, numa média de três a quatro mulheres para cada homem.

Mota, Laurindo e Santos Neto (2010) também argumentam que a AR ocasiona um impacto social significativo devido à sua elevada morbimortalidade e variação na limitação das atividades de vida diária, sociais, de trabalho e de lazer.

Para os autores acima citados, os principais objetivos do tratamento de um paciente com AR são:

“... reduzir a dor, o edema articular e os sintomas constitucionais, como a fadiga, melhorar a função articular, interromper a progressão do dano ósseo-cartilaginoso, prevenir incapacidades e reduzir a morbimortalidade”.

O tratamento do paciente com AR é realizado por uma equipe multidisciplinar composta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais com intuito de complementar a abordagem ao paciente oferecendo um tratamento adequado e eficaz.

Assim, o terapeuta ocupacional, dentro dessa equipe, utiliza a órtese como um recurso terapêutico, que no geral, é utilizada para mobilizar ou imobilizar articulações e, tem como objetivo a analgesia local e a redução de inflamação, por fazer o repouso da articulação, permite o posicionamento da mão de forma mais adequada possível para deixá-la funcional, além de prevenir as contraturas (NOORDHOEK e LOSCHIAVO, 2008; FERRIGNO, 2008).

De acordo com as características dos sintomas, sinais e prognósticos da AR fica implícito que, indicar no tratamento desta patologia o uso da órtese aumentaria o êxito dos resultados.

É de suma importância a verificação de evidências científicas para embasar tal prática. Cavalcanti e Galvão (2007) acrescentam que é extremamente necessária para a

melhora da eficácia e eficiência dos serviços prestados por profissionais da Terapia Ocupacional a análise das evidências, para que o procedimento terapêutico não comprometa a ética profissional. Assim, evidenciar deixa de ser apenas recurso para pesquisadores, e passa a ser também de responsabilidade da prática dos terapeutas ocupacionais.

Questionamento: há indicação de órtese no tratamento de AR? A indicação de órtese, pelo terapeuta ocupacional é eficiente no tratamento da AR? Quantos artigos publicados que compreende o período entre 2000 e 2012 que referem a indicação de órtese no o tratamento de AR?

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo identificar a produção de artigos científicos entre os anos de 2000 a 2012 que falam da indicação de órtese pelo terapeuta ocupacional no tratamento da Artrite Reumatóide, bem como evidenciar os benefícios da utilização desse recurso terapêutico.

MÉTODO

De acordo com Marconi & Lakatos (1999), trata-se de uma pesquisa bibliográfica utilizando as bases eletrônicas de pesquisa: BVS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) através do site: www.bireme.br, além de livros e artigos não publicados nas bases a fim de complementar os conceitos do texto.

Foram avaliados os artigos encontrados nos anos de 2000 a 2012, em português, que falam sobre a indicação de órtese no tratamento de pacientes com AR. Terá nível de explicação e intervenção descritivas. Nas bases de dados, foram utilizados para pesquisa, os seguintes descritores: Artrite Reumatóide e órtese; Artrite Reumatóide e Terapia Ocupacional; órtese e Terapia Ocupacional.

ARTRITE REUMATÓIDE

A artrite reumatóide (AR), é uma doença inflamatória sistêmica crônica que pode afetar tecidos e órgãos, mas que ataca principalmente as articulações, produzindo uma sinovite proliferativa não superativa que progride frequentemente para destruição da cartilagem articular, anquilose das articulações e instalação de deformidades. Sintomas sistêmicos geralmente coexistem como, cansaço, mal estar e limitação nas atividades diárias. Pode apresentar poliartrite simétrica, associada à rigidez matinal e fadiga. Geralmente, tem um curso crônico com períodos que variam entre remissão e exacerbação. (VANNUCCI, LATORRE e ZERBINI, 2003; CICONELLI e SATO, 2001; RODRIGUES, DAL BÓ e TEIXEIRA, 2005).

Acomete de 0,5% a 1% da população, sendo a maior incidência em mulheres entre 35 e 50 anos. Para cada cinco mulheres existem dois homens com AR. No entanto, o segundo grupo apresenta o pior curso da doença. (TAVARES, GIORGI e CHAHADE, 2000; VANNUCCI, LATORRE e ZERBINI, 2003).

Estima-se que sua incidência anual seja aproximadamente 0,1- 0,2/1000 homens e 0,2-0,4/1000 mulheres. Algumas sub populações como índios nativos da América do Norte apresentam uma alta prevalência de 5%.(CICONELLI e SATO, 2001).

A etiologia da doença ainda é desconhecida, porém estudos revelam que existem alguns fatores que podem implicar no desenvolvimento da mesma, como fatores genéticos, hormonais, ambientais e infecciosos.

Segundo Ciconelli e Sato (2001), a predisposição genética tem sido configura o fator mais suspeito há décadas e existe uma forte associação mostrada pela concordância da doença entre gêmeos monozigóticos que varia entre 15% a 30%. Esse percentual é quatro vezes maior que gêmeos dizigóticos. Parentes de primeiro grau também apresentam predisposição dezesseis vezes maior a desenvolver a patologia, comparado aos demais indivíduos.

Ao longo dos anos, vários agentes infecciosos têm sido implicados na patogênese da AR e acredita-se que microorganismos participam na eclosão da doença.

Entre os mais estudados estão: vírus Epstein-Barr, parvovirus B19, citomegalovirus, retrovirus, micoplasma e micobacterias. (CICONELLI & SATO, 2001; COSSERMELLI; MESSINA E NETO 2000).

Segundo Laurindo (2008), a patologia em mulheres obtém uma melhora durante a gravidez, mas piora no período de amamentação, o que sugere uma contribuição hormonal na causa da AR.

Poluentes ambientais como sílica e tabaco estão associados ao aparecimento da doença ou ao aumento de sua gravidade. Isso confirma a colocação de Skare (2007), Ciconelli e Sato (2001) de que, 70% da causa da artrite decorre de fatores ambientais ou não genéticos.

Na patogenia da AR, o processo de inflamação acomete inicialmente a membrana sinovial, tendo sinais clínicos de artrite. Os sinais laboratoriais são identificados pelo aumento das provas de atividade inflamatória inespecíficas. A cronicidade da patologia é causada por mecanismos inflamatórios e imunológicos, que causam a destruição da cartilagem e do osso, e conseqüentemente a incapacidade física. (CICONELLI & SATO, 2001).

Tratando - se da patogênese da artrite reumatóide Tavares, Giorge e Chahade (2000) a definem da seguinte forma:

“Ocorre a ativação de macrófagos, de linfócitos B, de moléculas de adesão (ICAM) e de moléculas associadas à função dos linfócitos (LFA), além de um grupo de mediadores inflamatórios, interleucinas (IL), os fatores de necrose tumoral (TNF), os fatores de crescimento de fibroblastos (FGF), os fatores de crescimento derivados de plaquetas (PDGF), os peptídeos estimuladores de monócitos e neutrófilos (Mo- CSF), o fator estimulador de colônias granulócito macrófago(GM- CSF), as prostaglandinas e o óxido nítrico, os quais , em conjunto, promovem um processo inflamatório complexo resultando em proliferação

celular, angiogenese, e apoptose(morte celular programada) responsável pela destruição celular. “

Segundo Vannuci, Latorre e Zerbine (2003), a membrana sinovial que envolve a articulação, nos pacientes com AR, apresenta um processo inflamatório intenso, com hipertrofia do tecido e transformação funcional das células componentes desta membrana, os sonoviócitos. Geralmente composta por uma camada de tecido, a sinóvia pode atingir dez camadas celulares. Isso se dá pela ação de macrófagos e fibroblastos produtores de uma série de mediadores inflamatórios denominados interleucinas. O tecido sinovial rico em enzimas lesivas a articulação (mataloproteinasas) que leva a destruição final de cartilagem, de osso, de ligamentos e de tendões é denominado pannus.

A clínica da AR pode ser dividida em manifestações articulares e extra articulares. O comprometimento articular ocorre de forma simétrica e evolutiva, com dor e edema de aspecto borrachoide, além de rigidez matinal e limitação funcional decorrente do pannus.

As articulações das mãos são as principais acometidas, especialmente as interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas que podem apresentar se aumentadas de tamanho devido ao edema local (fuso). A persistência dessa inflamação pode lesar a articulação levando a deformidade e limitação funcional. Sendo as mais comuns a botoeira (flexão da interfalangeana proximal (IFP) e hiperextensão da interfalangeana distal (IFD)) e pescoço de cisne (hiperextensão da IFP e flexão da IFD). (VANNUCCI, LATORRE e ZERBINI, 2003).

O desvio ulnar dos dedos é favorecido pelo comprometimento dos tendões extensores das mãos. A proliferação sinovial no punho pode causar compressão do nervo mediano levando a síndrome do turno do carpo. Joelhos, tornozelos e pés também estão geralmente envolvidos e, menos freqüente, ombros, cotovelos, coxofemorais, coluna cervical e temporomandibulares. Mas qualquer articulação sinovial pode ser acometida pelo processo inflamatório. (TAVARES, GIORGI & CHAHADE, 2000).

Febre, mal-estar, perda de peso, fadiga, linfadenopatia, nódulos subcutâneos, úlceras e vasculites cutâneas, acometimento pulmonar (bronquiolite,

alveolite), hematológico, do sistema nervoso periférico (neuropatias), acometimento ocular, e cardíaco são manifestações extra-articulares da AR. (LAURINDO, 2008; TAVARES, GIORGI & CHAHADE, 2000).

O diagnóstico da AR é realizado a partir da história clínica. Não existe nenhum teste laboratorial, radiológico ou histopatológico que determine o diagnóstico definitivo. Porém, a investigação laboratorial auxilia na avaliação da doença e da atividade inflamatória. As provas de atividade inflamatória aparecem em títulos elevados no hemograma e as mais usadas na monitorização da patologia são: velocidade de hemossedimentação (VHS) alfa-1 glicoproteína acida, protéica C reativa e as reações protéicas na eletroforese. (TAVARES, GIORGI & CHAHADE, 2000).

O fator reumatóide (FR) são auto anticorpos produzidos por linfócitos B no sangue e nos tecidos sinoviais, estando presente em cerca de 80% dos pacientes com AR. Cerca de 10% da população que não o apresenta são considerados soronegativos. Sua presença por si só não estabelece o diagnóstico de AR já que pode se apresentar em outras doenças como Lúpus, tuberculose, hepatite crônica, por isso se faz necessário sua associação ao quadro clínico. Altos índices de FR sérico estão relacionados à doença articular mais grave e manifestações extra-articulares. (TAVARES, GIORGI & CHAHADE, 2000; ESCOTT, 2006; VANNUCCI, LATORRE e ZERBINI, 2003).

As alterações radiológicas são mínimas no início da doença. À medida que progride pode apresentar destruição da cartilagem que radiograficamente se manifesta como estreitamento do espaço articular e erosão. (VANNUCCI, LATORRE e ZERBINI, 2003).

Além da investigação laboratorial é necessário fundamentar-se nos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) dos quais quatro dos sete devem ser preenchidos e os quatro primeiros, devem ser contínuos por mais de seis semanas. (ESCOTT, 2006).

American College of Rheumatology (ACR) (1987)
segundo Bertolo et al. (2009):

1. Rigidez matinal articular (pelo menos uma hora);

2. Artrite de três ou mais áreas articulares (mãos, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e pés);
3. Artrite das articulações das mãos;
4. Artrite simétrica (ambos os lados do corpo);
5. Nódulos subcutâneos reumatóides;
6. Presença de fator reumatóide;
7. Alterações radiológicas (erosões e/ou porose articular).

A AR pode ainda ser classificada de acordo com o grau de incapacidade para as atividades pessoais ocupacionais. Esse fator permite avaliar o grau do impacto da doença na vida do paciente e, assim, planejar de forma adequada as intervenções do tratamento. Os critérios são divididos em:

Classe I – completamente capaz de realizar as atividades usuais da vida diária (cuidados pessoais, ocupacionais e não ocupacionais).*

Classe II – capaz de realizar cuidados pessoais e atividades ocupacionais, mas limitado para as atividades não ocupacionais.

Classe III – capaz de realizar cuidados pessoais usuais, mas limitado para as atividades ocupacionais e não ocupacionais.

Classe IV – limitado para os cuidados pessoais, ocupacionais e não ocupacionais. (TAVARES, GIORGI & CHAHADE, 2000).

* Cuidados pessoais usuais incluem vestir-se, alimentar-se, tomar banho e toalete pessoal. As atividades não ocupacionais (recreativas) e ocupacionais são de acordo com o desejo do paciente e específicas da idade e do sexo.

Estudos têm sugerido que três tipos de evolução podem ocorrer com os pacientes de AR: Tipo I ou padrão monocíclico caracteriza-se por um curso autolimitado de dor e rigidez articular que desaparece com pouca ou nenhuma medicação. Acomete 20% dos pacientes. Tipo II ou padrão policíclico, curso intermitente com períodos de piora (crise inflamatória) e melhora (remissão clínica). Está presente em 70% dos casos. Tipo III ou padrão progressivo, envolvimento articular aditivo sem período de remissão e rápida destruição articular se não tratado a tempo. Corresponde a 10% dos casos. Quadros mais longos podem resultar em deformidades e impotência funcional articular e sistêmica. Felizmente, apenas cerca de 5% a 10% dos casos desenvolvem formas progressivas e mutilantes (VANNUCCI, LATORRE & ZERBINI, 2003).

Diversos estudos têm mostrado que a expectativa de vida dos pacientes reumatóides é cerca de dez anos menor que indivíduos normais. As infecções e as complicações pulmonares, renais e gastrointestinais são as principais causas de morte.

A respeito da sobrevida de pessoas com AR, Laurindo (2008) afirma:

“A sobrevida dos pacientes com artrite reumatóide é 20% menor, quando comparada à da população normal e a taxa de mortalidade aumenta em relação direta com a gravidade da artrite” (p. 625).

A identificação de fatores de pior prognóstico permite selecionar pacientes com doença em maior gravidade e em risco de deterioração funcional mais rápida e dessa forma nortear o tratamento precoce no intuito de obter melhores resultados e prevenir a instalação de deformidades. Os procedimentos incluem o início precoce com sinovite intensa e limitação funcional, erosões articulares, manifestações extra-articulares, níveis altos das provas de atividade inflamatória, positividade do fator reumatóide, resultados numéricos altos nos questionários de qualidade de vida e história familiar de AR incapacitante. (VANNUCCI, LATORRE & ZERBINI, 2003)

O conceito terapêutico da AR sofreu mudanças nos últimos anos trazendo como paradigma a precocidade do diagnóstico o início imediato das drogas e o controle rigoroso do curso da doença. Tendo como objetivo, segundo Mota, Laurindo e Neto

(2010), reduzir a dor, o edema articular e os sintomas constitucionais, melhorar a função articular, interromper a progressão do dano ósseo-cartilaginoso, prevenir incapacidades e reduzir a morbimortalidade.

O objetivo do tratamento medicamentoso é suprimir a inflamação articular. Para isso são utilizados os antiinflamatórios não hormonais (AINHs) e corticosteróides na supressão do processo inflamatório e as drogas anti- reumáticas modificadoras de doença (DMARDs) para evitar a ocorrência de novos surtos de inflamação (VANNUCCI, LATORRE & ZERBINI, 2003).

A historia da AR sugere que a maioria dos pacientes com diagnóstico clínico de AR tenha um curso progressivo de incapacitação, o que se constitui num dos maiores problemas de saúde pública, tanto em países industrializados quanto em desenvolvimento. Entretanto, surgem evidências de que estratégias terapêuticas em longo prazo tenham melhor prognóstico, especialmente quando aplicadas na fase inicial da doença. (RODRIGUES, DAL BÓ & TEIXEIRA, 2005).

A abordagem do paciente com AR é bastante ampla, sendo a educação do mesmo uma peça importante no esclarecimento da doença e melhor adesão ao tratamento. Além da intervenção medicamentosa, terapia física e ocupacional e a intervenção cirúrgica complementam a terapêutica. Para isso se faz necessário uma equipe multidisciplinar que pode ser composta de enfermagem, psicologia, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional. (COSSERMELLI, MESSINA E NETO 2000).

ABORDAGEM DA TERAPIA OCUPACIONAL AO PACIENTE DE AR E INDICAÇÃO DE ORTESE.

O terapeuta ocupacional na AR inicia sua abordagem com o processo de avaliação composto por informações subjetivas e objetivas coletadas através de questionários e instrumentos específicos a fim de quantificar a capacidade de desempenho ocupacional e os limites estabelecidos pela doença, bem como as reais necessidades e desejos do paciente que nortearão o plano de atuação (YASUDA apud TROMBLY, 2005; CAVALCANTI, SILVA E ASSUMPCÃO, 2007).

A Terapia Ocupacional intervém junto aos artríticos na promoção da independência, autonomia funcional e da qualidade de vida e tem como objetivo promover a manutenção ou o aumento da capacidade funcional; favorecer a diminuição do processo inflamatório com conseqüente redução da dor e do edema; orientar quanto à conservação de energia e proteção articular; apoiar o paciente e família nos problemas socioeconômicos, nas relações interpessoais e no trabalho; monitorar sua adesão ao tratamento através de esclarecimentos e suporte emocional e ainda indicar ou fabricar equipamentos, como adaptações e órteses (DE CARLO, 2004).

Muitos pacientes necessitam do uso de recursos terapêuticos, por meio de equipamentos assistivos para a manutenção ou aumento de sua independência funcional, que podem ser utilizados temporariamente no auxílio ou proteção de determinada articulação, ou permanente, quando há perda da função. É neste contexto que as órteses são utilizadas na abordagem de intervenção da Terapia Ocupacional e a seleção do modelo é baseada nos dados colhidos na avaliação, na evidência clínica da doença e na necessidade do paciente. CAVALCANTI, SILVA E ASSUMPCÃO, 2007).

Segundo De Carlo (2004), as órteses são dispositivos aplicados externamente ao corpo para proporcionar suporte às articulações, ossos e tecidos moles, a fim de promover o melhor alinhamento possível, buscando a posição funcional adequada para melhorar as funções remanescentes. O tratamento da AR tem como objetivo reduzir a dor e a inflamação, prevenir a instalação de deformidades, evitar o estresse e estabilizar uma articulação durante as atividades, a fim de melhorar a função articular e ainda, auxiliar no tratamento pós operatório.

Para Sauron (2003) as órtese são um benefício do mundo moderno. Além de aumentar a função, prevenir ou corrigir deformidades, proteger as estruturas em processo de cicatrização, restringir o movimento, auxiliar o remodelamento ou crescimento tecidual, ela auxilia na independência da realização de algumas atividades, como cuidados pessoais e funções no trabalho. Oliveira, Melo, Lopez e Monteiro (2006) completam dizendo que os dispositivos aplicados para a melhora da funcionalidade ou suporte, auxiliam numa recuperação mais rápida, segura e eficaz.

É necessário enfatizar que o uso das órteses não impede o aparecimento de deformidades advindas da deterioração articular causada pela AR, porém na fase inicial, retarda o desenvolvimento destas. (ARAUJO, 2006).

As órteses podem e devem ser confeccionadas, preferencialmente, pelo terapeuta ocupacional, depois de uma correta avaliação, onde se observa a necessidade da indicação deste equipamento. Cabe ao profissional também fazer as orientações de uso da órtese. É essencial ao terapeuta ocupacional ter conhecimento sobre anatomia, biomecânica e aos princípios da física, para a confecção correta da órtese. Pois esse dispositivo confeccionado e empregado de maneira inadequada, pode acarretar o agravamento do quadro.

Lima, Linzmeyer e Masiero (2006), citam quatro requisitos necessários para a prática terapêutica do equipamento, para que o uso deste obtenha sucesso:

- 1- Conhecimento da patologia, anatomia e cinesiologia;
- 2- Conhecimento dos procedimentos e prática da intervenção terapêutica, onde a órtese é mais uma modalidade;
- 3- Conhecimento das propostas, funções e princípios que envolvem os modelos e confecção das órteses;
- 4- Habilidades técnicas e conhecimentos dos procedimentos para confecção da órtese.

Ressaltam ainda que as órteses podem ser utilizadas para as seguintes finalidades:

- 1- Imobilizar, estabilizar ou proteger áreas na fase aguda dos procedimentos cicatriciais, cirurgias ou exacerbação da doença;
- 2- Imobilizar, estabilizar ou proteger as áreas quando estão comprometidas em sua integridade por doenças crônicas;

- 3- Proteger áreas que estão em risco de deformidades e encurtamento subseqüentes à paralisia ou alterações de tônus;
- 4- Otimizar o uso funcional dos membros superiores;
- 5- Substituir musculatura paralisada;
- 6- Corrigir deformidades.

O emprego correto dos princípios mencionados e a aplicação prática dos mesmos correspondem às expectativas de um bom resultado.

Sauron (2003) classifica as órteses como *pré-fabricadas*, que em geral não apresentam boa adequação em pacientes com AR, porém não se descarta que possam trazer benefícios, e as *modeladas*, onde corretamente indicadas prescritas e confeccionadas atenderão as necessidades do paciente. Também classifica as órteses quanto suas funções em *órteses estáticas* ou *passivas*, que objetivam imobilizar ou limitar atividades das articulações, posicionar e estabilizar corretamente as articulações, auxiliar na prevenção do aparecimento de deformidades e manter a amplitude articular, e *órteses dinâmicas* ou *ativas*, que com o uso de bandas elásticas, molas e outros materiais, neutralizam a progressão de deformidades, por meio de estiramento suave e constante.

O material comumente utilizado para a confecção das órteses é o termoplástico moldável de baixa temperatura, ou gesso hospitalar. Entretanto, materiais como o couro, o neoprene, molas e elásticos também podem ser utilizados para compor o equipamento. (CAVALCANTI, 2007).

São indicadas frequentemente para os pacientes com AR as seguintes órteses: órtese de imobilização do dedo em extensão (talinha), órtese de restrição da articulação interfalangeana proximal (IFP) do dedo em extensão (para dedo em pescoço de cisne/anel em oito); órtese de mobilização da articulação IFP do dedo em extensão (de Brunnell ou para dedo em botoeira); órtese de imobilização do punho, metacarpo falangeana (MCF) e interfalangeanas em extensão e polegar em abdução palmar; órtese de imobilização do punho em extensão(cock-up); órtese de imobilização da MCF do polegar em extensão; órtese de restrição das MCF dos dedos em desvio radial; órtese de

imobilização da articulação carpometacarpiana do polegar em oposição para rizartrose) e órtese de mobilização das MCF em extensão (CAVALCANTI, SILVA E ASSUMPÇÃO, 2007).

Apesar dos benefícios já citados, Belkin e Yasuda (2005) destacam que das dificuldades, não só do terapeuta ocupacional, mas de todos os profissionais envolvidos na reabilitação de pacientes que necessitem do uso de órteses, estão a pouca cooperação e adesão ao dispositivo. Afirmam ainda que há pacientes que são sensíveis com sua aparência, e com isso podem rejeitar a órtese, caso ela não se encaixe no seu padrão estético. Em contrapartida, há os pacientes que são motivados e dispostos a fazerem até mais do que pede o programa de tratamento, porém em menor número.

É importante destacar que o uso de órtese não substitui a terapia, sendo ela um coadjuvante no tratamento. Portanto a uso deste dispositivo, deve ser acompanhado pelo terapeuta.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para o primeiro descritor utilizado durante a pesquisa, artrite reumatóide e Terapia Ocupacional, foram encontrados um total de cinquenta e nove artigos sendo quarenta e cinco escritos em inglês, cinco em português, seis em alemão, um em japonês, um em espanhol e um em italiano. Apenas os artigos em português foram analisados, dentre eles quatro foram escritos por terapeutas ocupacionais e um por médicos. O material foi produzido em sua grande maioria por instituições públicas de ensino superior (80%) e (20%) por profissionais já formados nas áreas citadas.

A Terapia Ocupacional segundo Mancini (2007) tem ingressado na nova era da prática baseada em evidências (PBE) onde o terapeuta norteia sua atuação clínica a partir da produção científica existente. Tal prática resulta de três eixos: a experiência clínica do terapeuta, as preferências e valores do cliente e as evidências científicas de qualidade provenientes de pesquisas qualitativas e quantitativas. Comparando os resultados obtidos no primeiro filtro observa-se uma produção inglesa nove vezes maior que a brasileira. Ferrigno (2008) explica que as publicações internacionais estão em fase mais avançada, com maior cientificidade no embasamento dos procedimentos, resultado este, das diferenças de poder aquisitivo entre os países, da realidade de trabalho e

valores culturais. Levando em consideração a PBE, a pesquisa mostra a importância da documentação e publicação dos resultados obtidos nos procedimentos terapêuticos a fim de evidenciar cientificamente a eficácia e eficiência da atuação do terapeuta ocupacional no tratamento de artríticos no Brasil.

Noordhoek e Ferreira (2008), Noordhoek e Loschiavo (2006), Noordhoek e Barbosa (2004) afirmam que a autonomia e a independência do ser humano são objetivos da Terapia Ocupacional e que as adaptações criadas pelos profissionais dessa área favorecem a proteção das articulações acometidas pela sinovite, reduzem a dor e fadiga. Bianchin et al (2010) afirma que a TO é de extrema importância no tratamento da AR pois auxilia o indivíduo a recuperar, desenvolver e construir habilidades que são significantes para sua independência funcional, saúde, segurança e interação social. Com isso foi possível observar que os artigos definem a atuação da Terapia Ocupacional e seus objetivos como um coadjuvante positivo para a qualidade de vida e autonomia dos pacientes com AR.

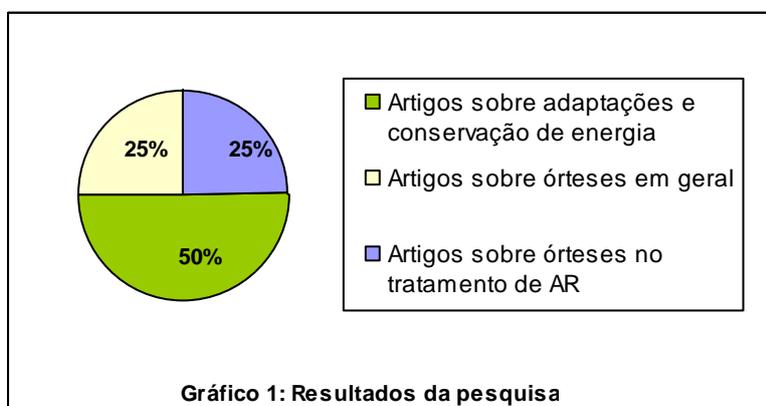
No segundo descritor, artrite reumatóide e órtese, foram encontrados dois artigos, sendo um em português e um em inglês. O artigo analisado, escrito por terapeutas ocupacionais, descreve de forma positiva a intervenção da TO em pacientes com AR com ênfase na indicação de órtese ventral para repouso. Noordhoek e Loschiavo (2007) destacam que o equipamento empregado tem como meta a sustentação das articulações acometidas em uma posição ideal para redução da inflamação, propiciando o repouso articular, conseqüente melhora do quadro algico e redução do espaço muscular. Os autores ainda afirmam que o emprego de órteses em pacientes com artrite torna o tratamento mais efetivo para a diminuição da dor.

Para o terceiro descritor, órtese e terapia ocupacional, dois artigos foram encontrados ambos em português e escritos por terapeutas ocupacionais. Em um dos artigos, Meneses et al (2008) descrevem o desenvolvimento do protótipo de um novo modelo de órtese funcional para mão de indivíduos com disfunções físicas e afirma que as órteses têm se mostrado um importante instrumento na reabilitação, pois tem o potencial de auxiliar a função sem grandes custos ou cirurgias, mas que existe uma carência de estudos sobre novos equipamentos nessa área. Rodrigues et al (2007) documentam o impacto do uso da órtese de abdução do polegar no desempenho

funcional de uma criança com paralisia cerebral com resultados positivos após a indicação e ressalta que existe pouca bibliografia referente à biomecânica do uso de órtese. Ambos os estudos ressaltam a carência de evidências com relação à indicação de órtese.

Dos oito artigos analisados, quatro (50%) falam de adaptação e conservação de energia, os demais (50%), falam sobre a indicação de órtese, sendo apenas dois (25%) específicos de artrite reumatóide. Esses dados mostram que apesar da utilização da órtese ser benéfica, a produção científica que evidencie esses resultados é baixa. Isso pode ocorrer em função da necessidade de especialização para realizar tal prática o que diminui os profissionais aptos a indicar o equipamento, levando em consideração que nem todos os especializados atuam na área, assim consequentemente, há menor publicação e maior utilização de outras abordagens. Dado este enfatizado pela autoria dos textos onde quatro foram escritos pela mesma autora e terapeuta ocupacional.

Por se tratar de uma doença onde o diagnóstico precoce não é comum, normalmente a intervenção da TO se dá nas deformidades já instaladas, outro fator que diminui o campo de atuação para indicação de órtese.



CONCLUSÃO

A Terapia Ocupacional defende a utilização de órtese no tratamento de pacientes com AR, como um recurso seguro e eficaz, desde que empregado corretamente. É de habilidade do terapeuta ocupacional auxiliar o paciente a aderir e reconhecer o valor das órteses no ganho de alternativas para realizar as funções, proporcionando um novo projeto de estilo de vida com maior desempenho ocupacional. Por isso, é

imprescindível que a indicação da órtese seja pautada não apenas na teoria, mas também nas evidências publicadas por profissionais que fizeram o uso de tal recurso e comprovaram sua eficiência.

A pouca adesão do paciente ao uso da órtese no tratamento da AR, pode ser um fator relevante na redução da comprovação da eficácia do dispositivo, o que conseqüentemente dificultaria a produção de pesquisas sobre os benefícios da prática terapêutica. Portanto, se faz necessária a educação do paciente para o conhecimento da doença e gerenciamento dos dispositivos ortóticos, no intuito de proporcionar o reconhecimento das vantagens de sua utilização bem como a adesão ao plano de tratamento.

A carência de profissionais especializados que atuem na área ortótica pode ser outra hipótese que justifique o número reduzido de publicações sobre o tema, uma vez que são poucos os profissionais que evidenciam cientificamente os resultados conseguidos com o uso de órtese em pacientes artríticos.

Conclui-se que a AR por se tratar de uma doença potencialmente incapacitante, crônica e progressiva, e diante da escassez dos resultados encontrados na pesquisa, são necessários estudos e publicações futuras sobre o funcionamento, indicação e desenvolvimento de novos modelos de órteses no intuito de comprovar a efetivação e eficácia dos dispositivos ortóticos no tratamento de artríticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, P.M.P. Reabilitação da Mão Reumatóide. In: Freitas, P. P. Reabilitação da Mão. São Paulo: Atheneu, 2006, p.379-394.

BELKIN, J; YASUDA, L. Ortótica. In: PEDRETTI, LW; EARLY, MR. C. Terapia Ocupacional Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. São Paulo: Roca, 2005. p. 557-595.

BERTOLO, M. B. Et al. Atualização do Consenso Brasileiro no diagnóstico e tratamento da Artrite Reumatóide. Rev. Temas de reumatologia clínica. V. 10. N. 1. Mar. 2009.

BIANCHIN, M. A. Et al. Manual de orientações de terapia ocupacional quanto à proteção articular para pacientes com Artrite Reumatóide. Med. Reabil, 29(1); 23-8, 2010.

BUCKNER, W.S. Artrite. In: PEDRETTI, L.W. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. 5 ° ed. São Paulo: Roca, 2005.

CAVALCANTI, A; SILVA, PG, ASSUMPÇÃO, TS. Doenças Reumáticas. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 238-246.

CAVALVANTI, A; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CICONELLI, RM. Artrite Reumatoide. In: SATO, EI. Reumatologia- Guias de Medicina Ambulatorial e hospitalar da UNIFESP- EPM. 2 ed. Manole, 2010. p 85-97.

CICONELLI, RM, SATO, EI. Artrite Reumatóide – epidemiologia e etiopatogenia. Rev. Sinopse de Reumatol, 3 (2), jun, 2001.

COSSERMELLI,W; MESSINA, W. C; NETO, E. B. Doença Reumatóide/ Artrite Reumatóide. In: COSSERMELLI, W. Terapêutica em reumatologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

ESCOTT, L. M. Artrite Reumatóide: uma revisão. Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: <http://www.sogab.com.br/ar.htm>. Acesso em 21 de outubro de 2012.

FALLET, A. J. Artrite na Mulher. Revista Brasileira de Medicina, p. 307-317, 2002.

FERRIGNO, I. S. V. *Terapia da mão: fundamentos para prática clínica*. São Paulo: Santos Editora, 2008.

LAURINDO, I. M. M. *Artrite Reumatóide*. In: LOPES, AC. *Tratado de Clínica Médica*. V.1. São Paulo: Roca, 2006.

_____. In: VOLTARELLI, JC. *Imunologia Clínica na Prática Médica*. ATHENEU, 2008, p. 623 – 636.

LAURINDO, I. M. M. et al. *Artrite Reumatóide: Diagnóstico e Tratamento*. *Rev. Bras. Reum.* v, 44. N. 6 , p . 435-42. Nov. /Dez. 2004.

LIMA, S.M.P.F., LINZMEYER, J.M, MASIERO, D. *Tecnologia Reabilitadora: Órteses*. 2006. Disponível em <<http://www.casadato.com.br/Noticia.asp?ID=281>>. Acesso em 12 de outubro de 2012.

MANCINI, MC. *Prática Baseada em Evidências*. In: CAVALCANTI, A, GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.133-136.

MARCONI, M. D. A; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. Atlas Editora. 4ª Edição. São Paulo, p 23 a 25, 1999.

MENESES, K. V. P. Et al. *Testes preliminares de um protótipo de órtese funcional para mão*. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. V 19, n3, p. 193-201, set/dez, 2008.

MOTA, L. M. H; LAURINDO, I. M. M; NETO, L. L. S. *Princípios gerais do tratamento da Artrite Reumatóide Inicial*. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3): 360-2.

MOTA, L. M. H. Et al. *Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para tratamento da artrite reumatóide*. *Rev. Bras. Reumatol.* 52 (2): 135-174, 2012.

NOORDHOEK, J; BARBOSA, L. F. M. Adaptação para o jogo de baralho. Rev. Bras. Reumatol. 46 (4): 281-282, jul/ago, 2006.

NOORDHOEK, J; FERREIRA, A. T. Adaptação para pintura e escrita. Rev. Bras. Reumatol. 48 (5): 291-292, set/out, 2008.

NOORDHOEK, J; LOSCHIAVO, F. Q. Intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. Rev. Bras. Reumatol. 45 (4): 242-244, jul/ago, 2005.

_____ Órtese de repouso para fase aguda de Artrite Reumatóide. Rev. Bras. Reumatol. 47 (2): 121-122, mar/abr, 2007.

_____ Adaptação visando a melhora do desempenho funcional em atividade da vida diária para adolescente com Artrite Reumatóide Juvenil. Rev. Bras. Reumatol. 44 (5): 362-3, set/out, 2004.

NOORDHOEK, J; TURQUETTI, A. Órteses e Adaptações para Artrite Reumatóide. Tensor News, Rio de Janeiro, n.3, p. 4-8, 2008.

OLIVEIRA, PL, MELO, KB, LOPEZ, JV, MONTEIRO, CF. Conversando sobre órteses: Uma intervenção ilustrativa e didática sobre orientações e cuidados. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

RODRIGUES, C.R.F; DAL BÓ, S; TEIXEIRA, R. M. Diagnóstico precoce da Artrite Reumatóide. Rev. Bras. De Análises Clínicas, 37(4): 201-204; 2005.

RODRIGUES, A. M. V. Et al. Uso de órtese para abdução do polegar no desempenho funcional de criança portadora de paralisia cerebral: estudo de caso único. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 7 (4): 423-436, out. / dez., 2007

SAURON, FN. Órteses para Membros Superiores. In: TEIXEIRA, E, SAURON, FN, SANTOS, LSB, OLIVEIRA, MC. Terapia Ocupacional na Reabilitação Física. São Paulo: Roca, 2003. P.265-296.

SKARE, T. L. Reumatologia - principios e prática. 2 Ed. Guanabara Koogan, 2007.

TAVARES, L. N; GIORGI, R. D. N; CHAHADE, W. H. Elementos básicos de diagnóstico da doença (artrite) reumatóide. Rev. Temas Reumatol Clín, 1(1), jun, 2000.

VANNUCCI, A. B; LATORRE. L. C; ZERBINI. C. A. F. Artrite Reumatóide. Ver. Bras. Medicina, 60(8): 554-576, ago, 2003.

YASUDA, L. Artrite Reumatóide e osteoartrite. In: TROMBLY, C.A; RADOMSKI, M.V. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. 5 ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 1001-1023.