Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Efeitos de um protocolo de intervenção fisioterapêutica sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida de indivíduos com artrite reumatoide

Effects of a physical therapy intervention protocol on the functional capacity and quality of life of individuals with rheumatoid arthritis

Efectos de un protocolo de intervención de fisioterapia sobre la capacidad funcional y la calidad de vida de personas con artritis reumatoide

Alexandra Spolti[1], Bruna Flores Misturini[1], Cristina Fioreze[1], Eduardo Fonini Lodi[1], Guilherme Moreira de Matos[1], Jean Willian Veiga[1], Matheus Santos Gomes Jorge[1], Lia Mara Wibelinger[1].

RESUMO

Objetivo: Verificar os efeitos de um protocolo de intervenção fisioterapêutica de indivíduos com artrite reumatoide em que os domínios do SF-36 foram analisados separadamente e que a capacidade funcional foi o desfecho principal. **Métodos:** Trata-se de um estudo quase-experimental, longitudinal, de grupo único, com avaliação pré e pós-intervenção, realizado com 12 indivíduos diagnosticados com artrite reumatoide, dos quais dois desistiram ao longo da intervenção. Os participantes realizaram 15 sessões de fisioterapia, duas vezes por semana, com duração média de 60 minutos, na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, em Passo Fundo/RS. O protocolo foi baseado em cinesioterapia, contemplando exercícios globais e funcionais. As avaliações inicial e final envolveram coleta de dados sociodemográficos e aplicação do instrumento Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** Finalizaram o estudo 10 indivíduos, com média de idade de 58,50 anos, predominantemente do sexo feminino e raça/cor branca. Observou-se melhora na qualidade de vida e na capacidade funcional após a intervenção fisioterapêutica, com resultados estatisticamente significativos. **Conclusão:** Foi observada melhora estatisticamente significativa somente no domínio capacidade funcional do SF-36. Entre as limitações do estudo, destaca-se o reduzido tamanho amostral.

Palavras-chave: Fisioterapia, Cinesioterapia, Artrite reumatoide, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To examine the effects of a physical therapy intervention protocol on individuals with rheumatoid arthritis, in which SF-36 domains were analyzed separately and functional capacity was the primary outcome. **Methods:** This is a single-group, longitudinal, quasi-experimental study with pre- and post-intervention assessment. Participants underwent 15 physiotherapy sessions twice a week, with an average duration of 60 minutes, at the Physiotherapy Clinic of the University of Passo Fundo, Passo Fundo/RS, Brazil. The protocol was based on kinesiotherapy, including global and functional exercises. Initial and final assessments involved sociodemographic data collection and application of the Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Results:** Ten individuals completed the study, with a mean age of

[1] Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo – RS.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

58.50 years, predominantly female and White. Improvements in quality of life and functional capacity were observed after the physiotherapeutic intervention, with statistically significant results. **Conclusion:** A statistically significant improvement was observed only in the functional capacity domain of the SF-36 intervention protocol based on kinesiotherapy proved effective in improving the quality of life and functional capacity of individuals with rheumatoid arthritis. The small sample size stands out as a study limitation.

Keywords: Physiotherapy, Kinesiotherapy, Rheumatoid arthritis, Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Verificar los efectos de un protocolo de intervención de fisioterapia en personas con artritis reumatoide, analizando por separado los dominios del SF-36 y considerando la capacidad funcional como el resultado principal. **Métodos:** Se trata de un estudio cuasiexperimental, longitudinal y de un solo grupo, con evaluación antes y después de la intervención, realizado con 12 individuos diagnosticados con artritis reumatoide, de los cuales dos abandonaron la intervención. Los participantes realizaron 15 sesiones de fisioterapia dos veces por semana, con una duración promedio de 60 minutos, en la Clínica de Fisioterapia de la Universidad de Passo Fundo, Passo Fundo/RS, Brasil. El protocolo se basó en cinesiterapia, contemplando ejercicios globales y funcionales. Las evaluaciones inicial y final incluyeron la recolección de datos sociodemográficos y la aplicación del instrumento Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** Finalizaron el estudio 10 individuos, con edad media de 58,50 años, predominantemente mujeres y de raza/color blanca. Se observó mejoría en la calidad de vida y en la capacidad funcional después de la intervención fisioterapéutica, con resultados estadísticamente significativos. **Conclusión:** Se observó una mejora estadísticamente significativa únicamente en el dominio de capacidad funcional del SF-36. El reducido tamaño muestral constituye una limitación del estudio.

Palabras clave: Fisioterapia, Cinesiterapia, Artritis reumatoide, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune crônica, idiopática e inflamatória que acomete, principalmente, as articulações periféricas, podendo atingir tecidos e órgãos de forma sistêmica (BULLOCK J, et al., 2018). Por afetar preferencialmente a membrana sinovial de pequenas e grandes articulações de maneira simétrica (LEE D, WEINBLATT M, 2001), a doença apresenta importante impacto nas condições de saúde, na capacidade funcional e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos (SCHNORBERGER CM, et al., 2017; SANTOS GS, et al., 2021). A desordem interna que a artrite reumatoide ocasiona no sistema imunológico faz com que os tecidos saudáveis do corpo sejam prejudicados. Trata-se de uma doença globalmente reconhecida, que afeta aproximadamente 1% da população, com uma incidência mais alta entre os 30 e 50 anos, e os sintomas podem se alastrar para além das articulações, motivo pelo qual a literatura relata os sintomas extra-articulares da artrite reumatoide. “As manifestações extra-articulares da AR podem ocorrer em qualquer idade após o início da doença. Elas se caracterizam por poliartrite destrutiva e pelo acometimento de órgãos extra-articulares, incluindo a pele e os sistemas ocular, cardíaco, pulmonar, renal, nervoso e gastrointestinal” (COJOCARU M, et al., 2010).

Os sintomas relacionados à AR incluem dor, rigidez articular, fadiga, alterações musculoesqueléticas e incapacidade funcional, fatores que podem comprometer a realização das atividades de vida diária e favorecer quadros de dependência funcional (SCHNORBERGER CM, et al., 2017). Quando não tratados precocemente, esses sintomas podem evoluir para danos estruturais e funcionais irreversíveis, agravando ainda mais o impacto da doença sobre a qualidade de vida do indivíduo (FRAENKEL L, et al., 2021). Nesse sentido, Scott et al. (2014) afirmam que os principais impactos causados pela artrite reumatoide são a diminuição da capacidade funcional e a redução da qualidade de vida dos pacientes. Ademais, “um em cada três pacientes que sofrem com a doença são atingidos por depressão e ansiedade” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2016).

O tratamento da AR é individualizado e envolve abordagens farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de alcançar a remissão ou baixa atividade da doença (FRAENKEL L, et al., 2021). Nesse contexto, a fisioterapia desempenha papel importante, uma vez que ela proporciona a manutenção da funcionalidade, da mobilidade articular e da independência funcional – aspectos lesados pela AR. A Sociedade Brasileira de Reumatologia (2022) destaca que programas envolvendo alongamento, fortalecimento muscular, exercícios aeróbicos e técnicas de relaxamento devem ser estimulados, respeitando os limites e a tolerância de cada paciente, o que reforça a importância da atuação do profissional da fisioterapia nesse contexto.

Entre os recursos fisioterapêuticos, a cinesioterapia se destaca por utilizar o movimento corporal ativo ou passivo como estratégia terapêutica (DIOGO TS, et al., 2019). Evidências apontam que a prática de exercícios terapêuticos específicos de baixo impacto pode promover benefícios cardiovasculares, melhora dos aspectos clínicos e psicológicos da doença, além de contribuir para a redução da inflamação sem exacerbação dos sintomas (METSIOS GS, et al., 2013; PAVAN K, et al., 2019). Além disso, programas de exercícios podem favorecer o ganho de amplitude de movimento, fortalecimento muscular, melhora da capacidade aeróbica e da qualidade de vida de indivíduos com AR (MIOTTO LS, et al., 2013) e, consequentemente, a saúde mental e emocional.

Apesar dos avanços terapêuticos e da relevância da fisioterapia no manejo da doença, ainda são necessários estudos que investiguem os efeitos de protocolos fisioterapêuticos específicos sobre a qualidade de vida de indivíduos com AR. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo verificar os efeitos de um protocolo de intervenção fisioterapêutica de indivíduos com artrite reumatoide em que os domínios do SF-36 foram analisados separadamente e que a capacidade funcional foi o desfecho principal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quase-experimental, longitudinal, de grupo único, com avaliação pré e pós-intervenção e de associação, conduzido na Clínica-Escola do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob parecer nº 3.970.526.

Para o cálculo amostral, considerou-se o domínio “capacidade funcional” do instrumento Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) como variável principal. O SF-36 foi desenvolvido em 1992 e diz respeito a “um estudo plurianual e multicêntrico destinado a explicar variações nos desfechos dos pacientes [...]. O instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e validado em 1999, conhecido por Brasil, SF-36 (CICONELLI, R. M., et al., 1999). O SF-36 consiste em um conjunto de medidas de qualidade de vida genéricas, coerentes e de fácil aplicação. Essas medidas baseiam-se no autorrelato dos pacientes e têm sido amplamente utilizadas” (Rand Health, s.d.). De acordo com Aires et al. (2024), o SF-36 avalia oito domínios: capacidade funcional aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Utilizou-se o teste t pareado, considerando diferença mínima detectável de 13,34, desvio padrão de 24,16, erro alfa de 5% e erro beta de 20%, estimando-se uma amostra de 33 indivíduos, considerando perdas amostrais, uma vez que somente 10 participantes concluíram o protocolo. Entretanto, o número de participantes foi limitado pela demanda de pacientes atendidos na clínica-escola.

Inicialmente, participaram 12 indivíduos diagnosticados com artrite reumatoide (AR), selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, a partir da lista de espera para atendimento fisioterapêutico da Clínica-Escola de Fisioterapia da UPF, por um perídodo de trinta dias de recrutamento. Durante a intervenção ocorreram duas desistências, totalizando amostra final de 10 participantes. A perda amostral se deu por intercorrências de vida pessoal dos participantes. Foram incluídos indivíduos com diagnóstico clínico de AR, que contemplassem as 15 sessões de atendimentos, duas vezes por semana em um período de apriximadamente 8 semanas, que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos indivíduos que não estivessem em conformidade com os critérios de exclusão do estudo, dentre os quais se destacam, indivíduos incapazes de deambular

(restritos ao leito ou cadeira de rodas); com deficiências audiovisuais graves; portadores de sequelas neuromotoras que impossibilitem a realização dos testes propostos ou portadores de doenças crônico-degenerativas em quadro agudo; com doença oncológica; que realizaram processo cirúrgico ou invasivo nos últimos seis meses antecedentes às intervenções fisioterapêuticas; que realizaram algum processo reabilitativo nos últimos três meses antecedentes às intervenções fisioterapêuticas; com encaminhamento proveniente de alta hospitalar recente ou de instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

Os participantes realizaram avaliação inicial contendo coleta de dados sociodemográficos, histórico de saúde e aplicação do SF-36, instrumento composto por 36 itens distribuídos em domínios físicos e mentais, cujos escores variam de zero a 100, representando, respectivamente, pior e melhor estado geral de saúde.

O protocolo fisioterapêutico foi baseado em intervenção cinesioterapêutica fundamentada em estudos prévios (JORGE MSG, et al., 2016a; JORGE MSG, et al., 2018a; JORGE MSG, et al., 2018b; WIBELINGER LM, 2015a). O programa contemplou exercícios de mobilidade, flexibilidade, fortalecimento muscular, equilíbrio e marcha, envolvendo movimentos funcionais globais, finalizados com relaxamento corporal.

O Programa contemplou os seguintes exercícios: a) Mobilizações articulares da coluna vertebral, ombros, cotovelos, punhos, quadris, joelhos, tornozelos e falanges das mãos e pés; b) Alongamentos lentos e mantidos, de modo ativo-assistido, dos principais grupos musculares do tronco (peitorais, eretores da coluna vertebral, cadeia lateral do tronco), dos membros superiores (flexores, extensores, adutores, abdutores e rotadores dos ombros, flexores e extensores do cotovelo, flexores e extensores do punho) e dos membros inferiores (flexores, extensores, adutores abdutores e rotadores dos quadris, flexores e extensores do joelho, flexores e extensores do tornozelo), com duração de 30 segundos em cada grupo muscular; c) Exercícios respiratórios em padrão diafragmático profundo, associados à elevação dos membros superiores com um bastão de madeira sem carga (1ª à 5ª sessão), com progressão para bastão com carga de 1 kg (6ª à 10ª sessão) e bastão com carga de 2 kg (11ª à 15ª sessão); d) Exercícios resistidos específicos para as mãos, utilizando-se de um fortalecedor de punhos e dedos em formato de rede, massas de modelar terapêuticas e exercícios de oponência dos dedos para fortalecer as mãos e os dedos do indivíduo.

As sessões contaram também com os seguintes exercícios: a) Exercícios resistidos por meio da utilização de faixas elásticas e halteres de 0,5 kg, 1 kg, 1,5 kg e 2 kg para fortalecer os músculos flexores, extensores, abdutores, adutores, rotadores internos e rotadores externos dos ombros e flexores e extensores dos cotovelos; b) Exercícios resistidos segundo a utilização de faixas elásticas e caneleiras de 0,5 kg, 1 kg, 1,5 kg e 2 kg para fortalecer os músculos flexores, extensores, abdutores e adutores dos quadris e flexores e extensores dos joelhos; c) Exercícios de transferência de peso em bola suíça no sentido anteroposterior e lateral; d) Treino de equilíbrio em dispositivos proprioceptivos com balance pad de espuma, balance pad emborrachado em formato de disco, balancim, trampolim e pranchas de Freeman. Em todos os dispositivos os indivíduos realizaram o exercício em apoio bipodal, sendo encorajados a realizá-los com apoio unipodal e e) Treino de marcha sobre terrenos planos, rampas e escadas, em que os indivíduos caminharam sobre fitas adesivas de frente, de lado e de costas (duas voltas em cada sentido).

O relaxamento corporal pós-fisioterapia para artrite reumatoide (AR) reduz os espasmos musculares, reduz o coeficiente de citocinas inflamatórias e acondiciona o sistema nervoso autônomo, além de aliviar a dor crônica (MELO OP, et al. 2024). No programa em questão foram realizadas pompagens na região cervical, autoalongamento e exercício de respiração profunda com padrão diafragmático nos cinco minutos finais de cada sessão.

As intervenções ocorreram duas vezes por semana, totalizando 15 sessões, com duração média de 50 a 60 minutos cada, em um período de aproximadamente 8 semanas. Os parâmetros de intensidade, séries e repetições foram ajustados conforme as necessidades individuais dos participantes.

Após a conclusão do protocolo de intervenção, os indivíduos foram submetidos à reavaliação. Os dados coletados foram organizados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. As variáveis quantitativas foram descritas por mediana e quartis, enquanto as qualitativas foram apresentadas em valores absolutos e relativos. Utilizou-se o teste de Wilcoxon para comparação intragrupo entre os momentos pré e pós-intervenção, o teste U de Mann-Whitney para comparação entre faixas etárias e o teste d de Cohen para verificar o tamanho do efeito. Considerou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

O estudo foi conduzido inicialmente com 12 indivíduos diagnosticados com artrite reumatoide (AR). Durante a realização do protocolo de intervenção fisioterapêutica ocorreram duas desistências, totalizando amostra final de 10 participantes. A caracterização do perfil sociodemográfico da amostra está apresentada na **Tabela 1**. Entre os participantes, observou-se predominância do sexo feminino, representado por nove indivíduos, enquanto apenas um participante era do sexo masculino. A média de idade da amostra foi de 58,5 anos, com predominância de indivíduos de raça/cor branca (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra.

Variáveis	Representação		
Idade em anos, Q25 | Q50, | Q75	58,0	58,50	63,25
Sexo, n (%)			
Feminino		09 (90,0)	
Masculino		01 (10,0)	
Cor, n (%)			
Branca		07 (70,0)	
Não branca		03 (30,0)	
Escolaridade, n (%)			
Ensino fundamental completo ou incompleto		03 (30,0)	
Ensino médio completo ou incompleto		06 (60,0)	
Ensino superior completo ou incompleto		01 (10,0)	
Profissão, n (%)			
Aposentado(a) ou pensionista		04 (40,0)	
Do lar		02 (20,0)	
Artesão(ã)		01 (10,0)	
Costureiro(a)		01 (10,0)	
Cozinheiro(a)		01 (10,0)	
Manicure		01 (10,0)	
Proveniência da renda, n (%)			
Aposentadoria ou pensão		05 (50,0)	
Trabalho		02 (20,0)	
Renda de terceiros		02 (20,0)	
Outros		01 (10,0)	
Estado civil, n (%)			
Casado(a)		03 (30,0)	
Solteiro(a)		03 (30,0)	
Separado(a)		01 (10,0)	
Viúvo(a)		03 (30,0)	
Religião, n (%)			
Católica		09 (90,0)	
Outra		01 (10,0)	

Legenda: Q25 (quartil 25); Q50 (mediana); Q75 (quartil 75); n (valor absoluto); % (porcentagem).
Fonte: Spolti A, et al., 2026.

As principais comorbidades associadas aos participantes estão descritas na (**Tabela 2**). A insônia esteve presente em todos os indivíduos avaliados, seguida por hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares.

Tabela 2 - Comorbidades associadas à amostra.

Variáveis	Representação
Comorbidades, n (%)	
Hipertensão arterial sistêmica	06 (60,0)
Doenças cardiovasculares	02 (20,0)
Diabetes mellitus	03 (30,0)
Insônia	10 (100,0)

Legenda: % (porcentagem). **Fonte:** Spolti A, et al., 2026.

A análise das variáveis de desfecho pré e pós-intervenção fisioterapêutica está apresentada na (**Tabela 3**). Observou-se diferença estatisticamente significativa no domínio capacidade funcional do questionário SF-36 após a intervenção fisioterapêutica (p=0,020). O teste d de Cohen apontou para o tamanho do efeito de 2,176 (η^2 de 0,542) e 2,336 (η^2 de 0,577) para os domínios capacidade funcional e dor do questionário SF-36, respectivamente, indicando um grande efeito dos resultados. Os demais domínios não apresentaram significância estatística.

Tabela 3 - Análise das variáveis de desfecho pré e pós-intervenção.

Variáveis	Pré-intervenção			Pós-intervenção			*Z*	*p*-valor*
	Q25	Q50	Q75	Q25	Q50	Q75		
Questionário SF-36								
Capacidade funcional	33,75	55,00	68,75	43,75	62,50	75,00	– 2,328	**0,020**
Limitação por aspectos físicos	0,00	0,00	6,25	0,00	12,50	52,50	– 1,802	0,072
Dor	20,00	41,00	44,25	41,00	52,00	66,50	– 2,402	**0,016**
Estado geral de saúde	50,25	61,00	79,50	55,75	66,00	77,75	– 0,534	0,593
Vitalidade	43,75	60,00	70,00	50,00	60,00	65,00	– 0,494	0,621
Aspectos sociais	37,00	56,00	75,00	43,75	56,00	65,25	– 0,060	0,952
Limitação por aspectos emocionais	0,00	33,00	66,00	0,00	12,50	74,50	– 0,282	0,778
Saúde mental	66,00	74,00	85,00	63,00	74,00	86,00	0,000	1,000

Legenda: Q25 (quartil 25); Q50 (mediana); Q75 (quartil 75); Z (valor de Z); *Teste de Wilcoxon; p<0,05.
Fonte: Spolti A, et al., 2026.

A comparação entre os domínios da qualidade de vida e a faixa etária da amostra encontra-se apresentada na (**Tabela 4**). Observou-se diferença estatisticamente significativa para os domínios capacidade funcional (tamanho do efeito de 1,982 – η^2 de 0,496) no período pós-intervenção e limitação por aspectos emocionais (tamanho do efeito de 1,527 – η^2 de 0,368) no período pré-intervenção entre as diferentes faixas etárias avaliadas.

Tabela 4 - Comparação entre os domínios da qualidade de vida e a faixa etária amostra.

Domínios da qualidade de vida								
	Capacidade funcional						***Mann-Whitney***	
	Adultos (n = 06) (Q25 | Q 50 | Q75)			Idosos (n = 04) (Q25 | Q 50 | Q75)			*U*	*p*-valor
Análises exploratórias entre faixas etárias	28,75	40,0	55,00	65,00	72,50	80,0	0,000	**0,010**
Pós-intervenção	38,75	52,50	63,75	65,00	70,00	93,75	2,500	**0,041**
Wilcoxon	Z = – 2,226; *p*-valor = **0,026**			Z = – 0,447; *p*-valor = 0,655				
	Limitação por aspectos emocionais						***Mann-Whitney***	
	Adultos (n = 06) (Q25 | Q 50 | Q75)			Idosos (n = 04) (Q25 | Q 50 | Q75)			*U*	*p*-valor
Pré-intervenção	0,00	0,00	41,25	41,25	56,00	71,75	3,000	**0,040**
Pós-intervenção	0,00	0,00	49,75	6,25	45,50	91,50	7,500	0,304
Wilcoxon	Z = – 0,184; *p*-valor = 0,854			Z = – 0,730; *p*-valor = 0,465				

Legenda: *n (valor amostral); Q25 (quartil 25 / primeiro quartil); Q50 (mediana / quartil 50 / segundo quartil); Q75 (quartil 75 / terceiro quartil); U (valor de U); Z (valor de Z); (**p<0,05**).*
Fonte: Spolti A, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Os participantes do presente estudo apresentaram média de idade de 58,5 anos, aproximando-se da faixa etária considerada idosa em países em desenvolvimento, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022). O envelhecimento associado à artrite reumatoide (AR) pode intensificar limitações funcionais e impactar diretamente a qualidade de vida dos indivíduos. Nesse contexto, a manutenção da capacidade funcional por meio do movimento corporal e da prática de exercícios físicos torna-se fundamental para o envelhecimento ativo e funcional (WIBELINGER LM e MERINI LR, 2023; JORGE MSG, et al., 2016a; JORGE MSG, et al., 2018a; JORGE MSG, et al., 2018b).

A predominância do sexo feminino observada na amostra corrobora achados da literatura que demonstram maior prevalência da AR em mulheres, especialmente acima dos 50 anos de idade (MACÊDO JE, et al., 2024). Estudos apontam que as mulheres apresentam maior probabilidade de desenvolvimento da doença quando comparadas aos homens, podendo alcançar proporções até três vezes superiores (FRÓMETA YB, et al., 2022; ZHAO T, et al., 2022). Além disso, Krajewska-Włodarczyk M, et al. (2024) identificaram média de idade semelhante para novos diagnósticos de AR, corroborando os achados desta pesquisa.

A AR caracteriza-se como uma condição crônica que pode acompanhar os indivíduos por muitos anos, repercutindo sobre os serviços de saúde e sobre a funcionalidade dos pacientes (SCOTT IC, et al., 2022). Nesse cenário, as intervenções fisioterapêuticas assumem papel importante na promoção da funcionalidade, independência e qualidade de vida. Diretrizes nacionais e internacionais recomendam a associação entre tratamento farmacológico e estratégias não farmacológicas, incluindo exercícios físicos e programas de cinesioterapia (FRAENKEL L, et al., 2021; SANTOS E, et al., 2021).

Os resultados do presente estudo demonstraram melhora significativa no domínio capacidade funcional após a intervenção fisioterapêutica. A capacidade funcional apresenta relação direta com a qualidade de vida dos indivíduos com AR, uma vez que interfere na realização das atividades de vida diária e na manutenção da independência funcional. Estudos prévios também evidenciaram que a fisioterapia atua como recurso coadjuvante no controle dos sintomas, melhora da funcionalidade e promoção da qualidade de vida em indivíduos com doenças reumáticas (BÉRTOLO MB, et al., 2007; MOTA LMH, et al., 2013; JORGE MSG, et al., 2017a).

A cinesioterapia, utilizada como base do protocolo aplicado neste estudo, apresenta benefícios relacionados à melhora da mobilidade articular, flexibilidade, força muscular e condicionamento físico (WIBELINGER LM, 2015a). Estudo de Knob B, et al. (2017), parte de um projeto denominado “Efeitos do tratamento fisioterapêutico em pacientes portadores de doenças reumáticas”, também mostrou melhora no trofismo muscular após a adoção da cinesioterapia com um paciente com artrite reumatoide. Protocolos estruturados de exercícios terapêuticos são frequentemente descritos como importantes estratégias não farmacológicas para o manejo da AR, contribuindo para a melhora clínica e funcional dos pacientes (DIOGO KG, et al., 2019).

Os achados deste estudo também encontram respaldo em pesquisas que investigaram os efeitos de exercícios resistidos e aeróbicos em indivíduos com AR. Lange E, et al. (2019) observaram melhora significativa da capacidade aeróbica, equilíbrio funcional e força muscular após protocolo de exercícios físicos realizado durante 20 semanas. De forma semelhante, Lemmey A, et al. (2009) identificaram resultados favoráveis relacionados à manutenção funcional e ao fortalecimento muscular após intervenção fisioterapêutica baseada em exercícios resistidos. Esses resultados reforçam a importância da atividade física na prevenção da perda funcional e na melhora da qualidade de vida de indivíduos com AR.

Além dos aspectos físicos, indivíduos com AR frequentemente apresentam repercussões emocionais decorrentes da convivência com uma condição crônica, dolorosa e incapacitante. Limitações funcionais, dificuldade na realização de atividades cotidianas e impacto social podem contribuir para alterações emocionais e prejuízos na qualidade de vida (AZEVEDO A, et al., 2015; MYRA RS, et al., 2015b). No presente estudo, observou-se significância relacionada aos aspectos emocionais no período pré-intervenção, sugerindo influência dessas limitações sobre os demais domínios da qualidade de vida.

Outro aspecto relevante refere-se à adesão aos programas de exercícios terapêuticos. Há, primeiramente, uma questão cultural envolvida nesse processo: como os benefícios terapêuticos nem sempre são imediatos, a disposição para desenvolver o hábito de dispender tempo e esforço tende a diminuir (SILVA et al., 2020). Outros estudos demonstram que a adesão ao tratamento fisioterapêutico está relacionada à percepção de melhora funcional e ao autocuidado dos indivíduos com AR (RIBEIRO AA, et al., 2020). Além disso, evidências apontam que o exercício físico não apresenta efeitos deletérios sobre a atividade da doença, podendo contribuir positivamente para a funcionalidade e força muscular desses indivíduos (ER G e ANGIN E, 2017; TEKAYA AB, et al., 2024).

Como limitação do estudo, destaca-se o reduzido tamanho amostral, decorrente da baixa demanda de pacientes que buscavam atendimento fisioterapêutico na clínica-escola durante o período de coleta. Sugere-se que estudos futuros contemplem amostras maiores, diferentes protocolos fisioterapêuticos e acompanhamento em longo prazo, possibilitando maior compreensão dos efeitos da cinesioterapia sobre a qualidade de vida de indivíduos com AR. Nesse sentido, a título de exemplificação, somente a definição da fase inicial da AR pode levar meses (MOTA LMH, et al., 2013), o que corrobora a limitação do estudo no que tange ao período de intervenção terapêutica fisioterápica.

Ademais, como o movimento é uma necessidade diária do indivíduo até mesmo para a realização de atividades básicas e imprescindíveis à sua sobrevivência, a ausência e/ou interrupção de um tratamento fisioterápico como aquele aqui descrito pode levar o portador de artrite reumatoide a viver a retomada dos sintomas. Chiarello B, et al. (2005) afirmam que, à medida que o tempo avança, os portadores de AR são acometidos com maior força pelos sintomas da doença, o que leva a incapacidades de executar as atividades de vida diária – AVD. Como “as implicações articulares e a injúria no fluido sinovial amplificam o processo inflamatório trazendo as dores, edemas, rigidez articulares, dificultando os movimentos, e com isso a fraqueza pelo desuso”, a sistematização de um tempo prolongado ou até mesmo contínuo de atividades fisioterápicas deve ser considerado.

Os resultados encontrados demonstraram que o protocolo de intervenção fisioterapêutica baseado em cinesioterapia contribuiu para melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida dos indivíduos com artrite reumatoide, reforçando a relevância da fisioterapia como estratégia complementar no manejo da doença.

CONCLUSÃO

Após 15 sessões de cinesioterapia, observou-se melhora estatisticamente significativa no domínio capacidade funcional do SF-36. Os demais domínios apresentados não demonstraram diferenças significativas. Os achados sugerem possível efeito favorável do protocolo sobre a percepção da funcionalidade de indivíduos com artrite reumatoide. Entretanto, o reduzido número de participantes, a ausência de grupo controle e o não alcance do tamanho amostral estimado impedem afirmar a eficácia da intervenção. Estudos controlados e com amostras maiores são necessários para confirmar os resultados.

REFERÊNCIAS

1. AIRES VS, et al. Qualidade de vida e artrite reumatoide: uma revisão de literatura. Braziliam Journal of Implantology and Health Scientes, 2024; 6(10): 2062-2075.
2. AZEVEDO A, et al. Quality of life of patients with rheumatoid arthritis under biological therapy. Revista da Associação Médica Brasileira, 2015; 61(2): 126-131.
3. BÉRTOLO MB, et al. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatoide. Rev Bras Reumatol, 2007.
4. CHIARELLO B, et al. Fisioterapia reumatológica. Manole Saúde, 2005.
5. COJOCARU M, et al. Extra-articular Manifestations in Rheumatoid Arthritis. Maedica, 2010; 5(4): 286-291.
6. CONITEC. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT da Artrite Reumatoide. Conitec, 2021.
7. DIOGO KG, et al. Desempenho muscular e funcional na artrite. Fisioter Pesqui, 2019; 26(4): 346-352.
8. FRAENKEL L, et al. American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Research, 2021; 73(7): 924-939.

9. FRÓMETA YB, et al. Productividad laboral en pacientes con artritis reumatoide temprana. Revista Cubana de Reumatología, 2022; 24(4): e1088.
10. JORGE MSG, et al. Physiotherapeutic intervention in pain, hand grip strength and quality of life in individuals with conjunctive tissue diseases. Perspectiva, 2018a; 42(157): 109-121.
11. JORGE MSG, et al. Effects of kinesiotherapy on palmar grip strength in individuals with rheumatic diseases. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, 2018b; 7(1): 374-387.
12. JORGE MSG, et al. Hydrokinesiotherapy in the pain and quality of life in fibromyalgia individuals. Revista Inspirar, 2016a; 8(37): 29-33.
13. JORGE MSG, et al. Effects of rehabilitation physiotherapeutic in the hands of individuals with rheumatic diseases: systematic review. Revista Inspirar, 2017a; 14(3): 39-47.
14. KNOB B, et al. Reabilitação cinesioterapêutica em um homem com artrite reumatoide. Saúde em Revista, Piracicaba, 2017; 17(46): 35-45.
15. KRAJEWSKA-WŁODARCZYK M, et al. Rheumatoid arthritis epidemiology: a nationwide study in Poland. Rheumatology International, 2024; 44: 1155-1163.
16. LANGE E, et al. Effects of Aerobic and Resistance Exercise in Older Adults With Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. Arthritis Care Res, 2019; 71(1): 61-70.
17. LEE D, WEINBLATT M. Rheumatoid Arthritis. Lancet, 2001; (358): 903-911.
18. LEMMEY A, et al. Effects of high-intensity resistance training in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Arthritis Rheum, 2009; 61(12): 1726-1734.
19. MACÊDO JE, et al. Fisioterapia aplicada à reabilitação de artrite reumatoide. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(5): 1880-1898.
20. MELO OP, et al. Fisioterapia aplicada à reabilitação de artrite reumatoide. Revista BJIHS, 2024; 6(5).
21. MIOTTO C, et al. Physiotherapeutic treatment of arthralgias. Rev Dor, 2013; 14(3): 216-218.
22. MOTA LMH, et al. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol, 2013.
23. MYRA RS, et al. Intervenção cinesioterapêutica na qualidade de vida, dor e força muscular de paciente portador de artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso. Revista Dor, 2015b; 16(2): 153-155.
24. PAVAN BS, et al. Análise dos efeitos da cinesioterapia e da hidrocinesioterapia em indivíduos com artrite reumatoide: ensaio clínico randomizado. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019.
25. RAND Health. 36-Item Short Form Survey (SF-36), s.d. https://www.rand.org/health/surveys/mos/36-item-short-form.html.
26. RIBEIRO AA, et al. Fatores que influenciam o autocuidado nas pessoas com artrite reumatoide: revisão integrativa da literatura. Millenium, 2020; 5: 293-303.
27. SANCHES CB. Saiba o que é a artrite reumatoide inicial e quando você deve procurar um médico. Sociedade Brasileira de Reumatologia: São Paulo-SP, 2022.
28. SANTOS E, et al. Portuguese multidisciplinary recommendations for non-pharmacological and non-surgical interventions in patients with rheumatoid arthritis. Acta Reumatol Port, 2021; 46(1): 40-54.
29. SCOTT IC e SCOTT DL. Joint counts in inflammatory arthritis. Clin Exp Rheumatol, 2014; 5(85): 7-12.
30. SCOTT IC, et al. Rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and axial spondyloarthritis epidemiology in England from 2004 to 2020: an observational study. 2022.
31. SCHNORNBERGER CM, et al. Efeitos da cinesioterapia na força de preensão palmar. Rev Ter Ocup Univ São Paulo, 2017; 28(3): 325-332.
32. SILVA AM, et al. Fatores associados à adesão a grupos de atividades físicas na atenção básica. Fisioter. Pesqui., 2020; 27(3).
33. SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Depressão e ansiedade podem atingir quem tem artrite reumatoide, 2016.
34. TEKAYA AB, et al. Physical activity assessment in rheumatoid arthritis: a 120-patient cross-sectional study. La Tunisie Medicale, 2024; 102(06): 348-353.
35. WIBELINGER LM, MERINI LR. Fisioterapia na artrite reumatoide e na artrite idiopática juvenil. In: MARQUES A. Fisioterapia nas doenças reumáticas: avaliação e intervenção. Manole: São Paulo-SP, 2023.
36. WIBELINGER LM. Fisioterapia em Reumatologia. 2. ed. Revinter: Rio de Janeiro-RJ, 2015a.
37. ZHAO T, et al. Ferroptosis in Rheumatoid Arthritis: A Potential Therapeutic Strategy. Frontiers in Immunology, 2022; 13.
38. CICONELLI, R. M., et al.. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 1999; 39(3): 143–150.