

Órtese de Repouso para Fase Aguda de Artrite Reumatóide

Custom-Designed Hand Orthosis in Acute Rheumatoid Arthritis

Johanna Noordhoek⁽¹⁾, Fabricia Quintão Loschiavo⁽²⁾

Os indivíduos com doenças reumáticas, dentre elas a artrite reumatóide (AR), terão graus variados de comprometimento em sua *performance* nas atividades de vida diárias (AVDs), trabalho e lazer, resultando em limitações de seu desempenho e baixa de auto-estima^(1,2).

A intervenção da terapia ocupacional em pacientes com AR tem como principais objetivos melhora da *performance* nas AVDs, prevenção das perdas de função, manutenção da função manual, atuando, diretamente, na manutenção da qualidade de vida dessas pessoas⁽³⁾. Dessa maneira, faz parte da abordagem terapêutica ocupacional, além dos programas de educação do paciente quanto às orientações de proteção articular, treino de habilidades para a *performance* nas AVDs, manejo da fadiga e técnicas cinesioterápicas, indicação/confecção de órteses⁽³⁾. O emprego de órteses tem como metas a sustentação das articulações acometidas em uma posição ideal para a função e a redução da inflamação, proporcionando, assim, repouso articular⁽¹⁾, sendo o tratamento mais efetivo para diminuição da dor⁽⁴⁾. Em concordância com a International Standards Organization in Redford (1995)⁽⁵⁾, a órtese é um equipamento aplicado externamente ao corpo humano para modificar as características funcionais ou estruturais do sistema musculoesquelético. Tendo como objetivo principal, dentre outros, a aplicação ou diminuição de forças sobre o corpo, de maneira controlada, visando à proteção do segmento corporal e à possibilidade de cicatrização de estruturas⁽⁵⁾.

Durante o quadro algíco⁽⁴⁾, as articulações dolorosas da mão assumem a posição antálgica, o que, por sua vez, contribui para o aumento do estresse articular e, por conseguinte, para a piora da dor. Dessa maneira, o repouso articular é de fundamental importância; as articulações inflamadas devem ser deixadas em repouso, evitando-se posições viciosas antálgicas, sendo tal objetivo alcançado por meio do uso de órteses, que, além de melhorarem o quadro algíco, atuam na redução do espasmo muscular.

A órtese estática de apoio ventral (Figura 1) mantém os tecidos em um estado antiestresse, visando à facilitação do processo cicatricial e um mínimo de atrito na região⁽⁵⁾.



Figura 1 - Órtese de repouso ventral.

Conforme ilustrado na Figura 1, a correta posição do punho na órtese é 30° de extensão sem dor (quando esta se encontrar presente, a extensão deverá ser de 20°), com 5° a 10° de desvio ulnar (sendo este o alinhamento funcional do punho normal). As articulações metacarpofalangeanas (MCF) devem estar a 35° a 45° de flexão. As interfalangeanas proximais (IFP) devem ser posicionadas em ligeira flexão ou 45° de flexão, enquanto as interfalangeanas distais (IFD), em ligeira flexão. Já a articulação do polegar deve se encontrar em abdução palmar e em oposição⁽⁶⁾.

O material adequado para a confecção da órtese é o termo moldável. Entretanto, caso este não se encontre disponível, devido ao seu elevado valor comercial, o *splint* pode ser feito de gesso, forrado com algodão ortopédico e recoberto por malha tubular, com tiras de velcro para o fechamento, conforme explicitado na Figura 1.

É relevante considerar, ainda, os aspectos concernentes à educação e à orientação do paciente, uma vez que o *splint* tem somente valor quando é usado corretamente. Assim, orientar, informar e fornecer instruções ao paciente sobre o uso adequado e sobre como colocar e tirar o aparelho, bem como os métodos de higienização deste, é essencial⁽⁶⁾.

Declaramos a inexistência de conflitos de interesse.

Departamento de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

1. Terapeuta ocupacional, professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto de Extensão Programa de Orientação aos Indivíduos Acometidos por Doenças Reumáticas.

2. Terapeuta ocupacional e supervisora clínica do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Endereço para correspondência: Johanna Noordhoek, Rua Mármore, 362, ap. 404, Santa Tereza, CEP 31010-220, Belo Horizonte, MG, e-mail: johannanoord@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

1. Buckner WS: Artrite. In: Pedretti W, Early MB: Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2004.
2. Noordhoek J, Loschiavo FQ: Intervenção da terapia ocupacional no tratamento de indivíduos com doenças reumáticas utilizando a abordagem da proteção articular. *Rev Bras Reumatol* 45(4): 242-44, 2005.
3. Hammond A, Young A, Kidao R: A randomised controlled trial of occupation therapy for people with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 63: 23-30, 2004.
4. Moreira C, Carvalho MA: Noções Práticas de Reumatologia. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1996. cap. 32.
5. Rodrigues A: Estudo de Materiais e Desenvolvimento de Técnicas para Serem Utilizados no Processo de Confecção de Órteses de Membros Superiores. (f.) 106. Belo Horizonte: Escola de Engenharia, UFMG, 2002.
6. Melvin JL, Ferrell KM: Rheumatology Rehabilitation Series. Adult Rheumatic Diseases. The American Occupational Therapy Association, Inc, 2000. inc. www.aota.org