



EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE TELESSAÚDE NO IMPACTO DA ARTRITE REUMATOIDE: REVISÃO UMBRELLA*

TELEHEALTH INTERVENTION EFFECTIVENESS AND ITS IMPACT ON PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: AN UMBRELLA REVIEW

Ana Almeida Ribeiro¹

ORCID: 0000-0001-8952-6778

¹ Universidade de Lisboa; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

Mauro Mota²

ORCID: 0000-0001-8188-6533

Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu. Portugal

Mauro Coelho³

ORCID: 0000-0001-7091-4420

² Instituto Politécnico de Viseu; Escola Superior de Saúde de Viseu.

Maria Adriana Henriques³

ORCID: 0000-0003-0288-6653

Portugal

Madalena Cunha²

ORCID: 0000-0003-0710-9220

³ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal

Como citar: Ribeiro AA, Mota M, Coelho M, Henriques MA, Cunha M. Telehealth intervention effectiveness and its impact on people with rheumatoid arthritis: an umbrella review. *Online Braz J Nurs.* 2025;24:e20256913. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20256913>

RESUMO

Objetivo: Realizar síntese rigorosa das evidências disponíveis, oriundas de revisões sistemáticas que avaliam as intervenções de telessaúde em pessoas com artrite reumatoide. **Método:** Revisão *umbrella* seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute. Foco em adultos com diagnóstico de artrite reumatoide pelos critérios ACR/EULAR. Foram incluídas todas as vertentes de telessaúde conforme a definição da OMS de 2016. Foram consultadas múltiplas bases de dados, garantindo uma seleção rigorosa e validação dos estudos. **Resultados:** As intervenções de telessaúde revelaram-se promissoras no apoio à autogestão da artrite reumatoide, com evidências de eficácia semelhantes às encontradas em outras patologias crônicas. Contudo, destacaram-se barreiras, como dificuldades na utilização das tecnologias e variações nas abordagens dos estudos e usabilidade das plataformas. Ainda assim, os resultados mostraram melhorias significativas em diversas áreas, como atividade física, capacidade funcional e adesão à medicação, entre outras, alinhando-se a investigações anteriores. A heterogeneidade dos estudos sugere a necessidade de investigações futuras mais robustas. **Conclusão:** A telessaúde apresenta um potencial na gestão da artrite reumatoide, sugerindo uma alternativa segura e eficaz para apoiar pessoas com artrite reumatoide. É crucial abordar os desafios identificados, otimizando a usabilidade e a especificidade das ferramentas e fomentando investigações de qualidade que consolidem a sua eficácia a longo prazo.

Descritores: Telessaúde; Artrite Reumatoide; Autogestão.

ABSTRACT

Objective: To provide a rigorous synthesis drawing on available evidence from systematic reviews assessing telehealth interventions for individuals with rheumatoid arthritis. **Method:** This umbrella review was conducted following the Joanna Briggs Institute methodology and centers on adults diagnosed with rheumatoid arthritis according to ACR/EULAR criteria. All telehealth modalities were included, following the definition set by the WHO in 2016. Multiple databases were consulted, ensuring rigorous study selection and validation. **Results:** Telehealth interventions show promise for rheumatoid arthritis self-management, with effectiveness similar to that seen in other chronic conditions. However, some barriers were observed, such as challenges in using technology, heterogeneity in study approaches, and limitations in platform usability. Even so, the results indicated significant improvements across multiple domains, such as physical activity, functional capacity, and medication adherence, in line with prior research. The heterogeneity found across studies indicates the need for more robust future investigations. **Conclusion:** Telehealth interventions show potential for managing rheumatoid arthritis, offering a safe and effective alternative to support individuals with this condition. It is essential to address the identified challenges by enhancing tool usability and specificity, and by promoting rigorous research that substantiates its long-term effectiveness.

Descriptors: Telehealth; Rheumatoid Arthritis; Self-Management.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)

Érica Brandão de Moraes (ORCID: 0000-0003-3052-158X)

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil

E-mail da revista: objn.cme@id.uff.br

Autor Correspondente:

Ana Almeida Ribeiro

E-mail: anaalmeidaribeiro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A telessaúde, conforme delineado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2022, tem o potencial de democratizar o acesso aos cuidados de saúde, removendo barreiras geográficas e permitindo uma gestão contínua, especialmente para pessoas com artrite reumatoide (AR), independentemente da sua localização⁽¹⁾. No cenário português atual, marcado pela escassez de recursos, a relevância da telessaúde torna-se ainda mais preponderante. Não só as pessoas com AR, mas também os profissionais de saúde, veem-se beneficiados por esta modalidade, assegurando a continuidade dos cuidados e, por conseguinte, promovendo avanços notáveis na saúde.

Contudo, a adaptação da telessaúde à prática clínica para pessoas com AR não é uma transição isenta de desafios. A monitorização regular da atividade da doença e do estado funcional é crucial para a gestão eficaz da AR, e esta mudança para um ambiente virtual pode apresentar vários obstáculos logísticos⁽²⁾. Se, por um lado, a teleconsulta amplia a acessibilidade, especialmente em regiões mais vastas, a sua eficácia pode ser questionada em casos que necessitam de exames físicos, tão frequentes na reumatologia. Esta transição exige uma reflexão profunda, robustez infraestrutural e formação contínua dos pacientes⁽³⁻⁴⁾.

Organizações de renome, como o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e a Liga Europeia contra as Doenças Reumáticas (EULAR), proporcionaram diretrizes sobre a integração da telessaúde no atendimento clínico da AR. Enquanto o ACR enfocou a adaptação das métricas de avaliação para contextos virtuais⁽²⁾, a Liga Europeia propôs princípios que visam um equilíbrio entre o atendimento remoto e presencial, com uma tomada de decisão partilhada, colaboração interdisciplinar e formação adequada para os profissionais de saúde⁽⁵⁾.

Diversos estudos têm sublinhado a satisfação dos pacientes face às intervenções de telessaúde, realçando os benefícios no acesso a especialistas e à vantagem custo-benefício⁽⁴⁾. Contudo, investigações anteriores, como as realizadas por McDougall et al. e Piga et al., apontaram para resultados variados em relação à eficácia da telessaúde em pessoas com AR⁽⁶⁻⁷⁾. Esta heterogeneidade sublinha a urgência de uma revisão *umbrella*, com o intuito de proporcionar uma análise mais holística e sistemática da literatura disponível.

Mesmo com a introdução da telessaúde na reumatologia já na década de 1990, sua aplicação tem-se modificado ao longo do tempo, sobretudo na extensão dos cuidados a zonas geograficamente mais isoladas^(4,8). A partir de uma investigação preliminar em bases de dados reputadas, tais como *Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulated Index in Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), constatamos a ausência de uma revisão *umbrella* que abordasse de forma direta e específica a questão em análise. Por conseguinte, esta revisão tem como propósito central a síntese rigorosa das evidências disponíveis, oriundas de revisões sistemáticas que analisam as intervenções de telessaúde em pessoas com AR.

Considerando a pertinência do tema e almejando uma compreensão integral, duas questões principais foram delineadas: a primeira centra-se na eficácia efetiva das interven-

ções de telessaúde, avaliando aspetos como dor, incapacidade funcional, fadiga e níveis de bem-estar (tanto emocional quanto físico) em pessoas diagnosticadas com AR. Em simultâneo, a segunda questão busca esclarecer a capacidade destas intervenções em atenuar o impacto geral da doença, promovendo, ao mesmo tempo, um aumento na qualidade de vida dos pacientes afetados.

MÉTODO

A revisão sistemática em questão foi meticulosamente conduzida segundo a metodologia do JBI para revisões *umbrella*⁽⁹⁾.

A pergunta de revisão foi construída com base no mnemónico PICO (População, Intervenção, Comparador, *Outcome*), utilizado em revisões sistemáticas focadas em efetividade de intervenções clínicas. A pergunta norteadora foi: Quais os efeitos das intervenções de telessaúde, em comparação com os cuidados convencionais, sobre desfechos clínicos e funcionais em adultos com diagnóstico de artrite reumatoide?

Com vista a garantir a integridade e a relevância dos dados analisados, estipularam-se critérios rigorosos para a seleção de participantes e estudos. No que concerne aos participantes, focámo-nos em adultos cujo diagnóstico de AR foi corroborado pelos critérios ACR/EULAR. Relativamente às intervenções, a abordagem foi inclusiva, considerando todas as vertentes de telessaúde que se enquadrassem na definição estabelecida pela OMS em 2016⁽¹⁰⁾.

No intuito de garantir uma recolha de dados robusta e abrangente, delineou-se uma estratégia de revisão minuciosa. Optou-se por alargar o espectro de bases de dados consultadas, incorporando também a *PubMed Central*, *Scopus*, *Epistemonikos*, *PsycINFO*, *Excerpta Medica Database* (Embase), *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro), *Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews*, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAPP), entre outras. Cada resultado emergente desta busca exaustiva foi escrutinado por dois investigadores autónomos, os quais pautaram as suas decisões com base em critérios previamente definidos.

A recolha de dados foi realizada entre 10 de janeiro e 25 de fevereiro de 2024. Utilizaram-se descritores controlados e termos livres, como '*rheumatoid arthritis*', '*telemedicine*', '*telehealth*', '*digital health*', '*self-management*', combinados com operadores booleanos AND/OR.

A integridade e a relevância dos estudos selecionados foram posteriormente validadas. Para tal, recorreu-se à ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Synthesis*. Todos os dados pertinentes foram extraídos, usando o gestor de referências bibliográficas ENDNOTE 20. Houve ainda a colaboração entre dois investigadores para garantir a sua precisão. Não houve necessidade de recorrer a um terceiro avaliador, dado o consenso entre os dois investigadores.

Em jeito de epílogo, todos os dados recolhidos foram meticulosamente detalhados e sistematizados, culminando numa síntese que destila as principais descobertas e proporciona recomendações fundamentadas sobre a temática.

RESULTADOS

A literatura evidencia intervenções de telessaúde na gestão da AR. A aplicação rigorosa de critérios de inclusão

resultou em uma seleção limitada de estudos.

Foram identificados 262 registros, com 217 provenientes de bases bibliométricas e 45 da literatura cinzenta. Após a exclusão de 20 duplicatas, 234 estudos foram descartados com base em títulos e resumos por irrelevância. Dos 8 estudos restantes, 6 foram excluídos por não atenderem a pelo menos um dos critérios de elegibilidade: participantes, intervenções, resultados ou desenho do estudo. O fluxo detalhado de seleção está ilustrado na Figura 1.

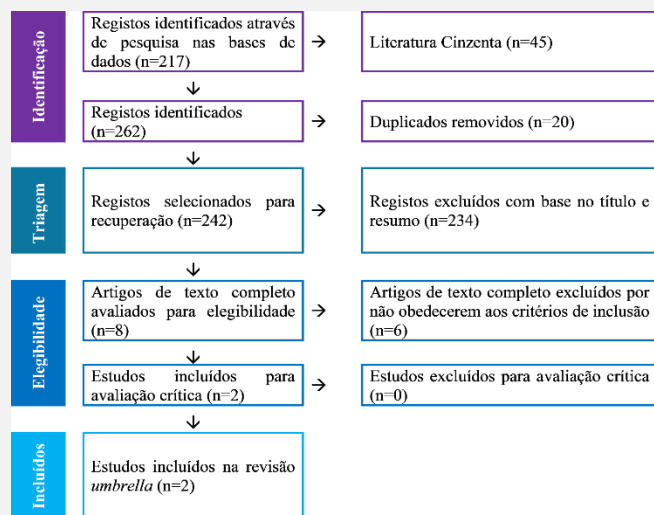


Figura 1 - Fluxograma utilizado para a seleção dos estudos (PRISMA). Viseu, Portugal, 2024

A concordância entre os investigadores foi robusta⁽¹¹⁾, com consenso alcançado sem a necessidade de um terceiro elemento. Não houve contatos com autores para solicitar dados adicionais.

Com base na *checklist* do JBI, uma revisão foi classificada como de alta qualidade (*score* de 10) e outra de quali-

dade moderada (*score* de 9). Todos os estudos incluídos atenderam aos critérios de inclusão definidos. O viés de publicação foi avaliado em ambas as revisões, e nenhum estudo foi excluído por questões de qualidade.

Das duas revisões, foram incluídos 11 Estudos Randomizados Controlados (RCTs), mas 10 foram considerados relevantes devido a uma duplicação. O total de participantes foi de 1.358. Devido à heterogeneidade clínica, a metanálise não foi realizada.

A média de idade variou entre 49 e 69,3 anos, com a duração média da doença de 6 meses a 11,89 anos. Esta última não foi avaliada em dois RCTs. A maioria era feminina, com taxas de 29% a 95% em 4 RCTs. Informações sobre género não estavam disponíveis para os restantes.

Os RCTs provinham de países como China, Estados Unidos da América (EUA), Finlândia, Itália, Países Baixos e Suíça. As revisões datam de 2010 a 2021, e os RCTs de 2006 a 2021. Nota-se um interesse crescente nesta área, com 6 RCTs após 2019.

Detalhes adicionais das revisões sistemáticas estão disponíveis na Figura 2.

As revisões sistemáticas abordadas analisam intervenções de telessaúde, isto é, serviços de saúde prestados à distância, através de programas de gestão *online* ou por telefone, e o seu impacto em diversos aspetos da AR.

A primeira revisão tinha como foco avaliar o impacto de intervenções de reabilitação *online* em adultos com AR. Os efeitos analisados incluíram dor, função, qualidade de vida, autoeficácia, conhecimento sobre a AR, atividade física e possíveis efeitos adversos. Das intervenções em análise, duas eram programas de autogestão *online*: um oferecia conselhos, suporte social e jogos; o outro fornecia um plano de treino físico e acompanhamento por e-mail semanal. Uma terceira intervenção era um fórum de discussão *online* com opções de autoavaliação, e a quarta combinava atividades *online* com apoio telefónico semanal⁽¹²⁾.

	Srikesavan, Bryer, Ali and Williamson (2019)	Alison MacIver, Hannah Hollinger, Clare Carolan (2021)
Detalhes do Estudo		
Ano	2019	2021
Objetivos	Avaliar o impacto das intervenções de reabilitação <i>online</i> em dor, função, qualidade de vida, autoeficácia, conhecimento sobre AR, atividade física e efeitos adversos em adultos com AR.	Sintetizar e avaliar a eficácia das intervenções de telessaúde na autogestão da AR.
Participantes (características / n° total)	Adultos (>18 anos) com diagnóstico de AR. Foram excluídos ensaios com dados mistos de diferentes artrites. <ul style="list-style-type: none"> Total: 567 Intervenção <i>online</i>: 54-115 Controle: 40-125 	Crítérios de Inclusão: <ul style="list-style-type: none"> Ensaios clínicos randomizados (RCT) Participantes >18 anos com AR. Publicados em inglês. Participantes: <ul style="list-style-type: none"> Total: 791 Intervenção telessaúde: 21-87 Controle: 20-82
Contexto	Foram incluídos grupos de controle passivo (lista de espera ou sem tratamento) e grupos de controle ativo (tratamento habitual ou outra intervenção <i>online</i>).	Cada estudo comparou uma intervenção de telessaúde com o atendimento clínico convencional.
Descrição das intervenções/ fenômenos de interesse	Allam et al, 2015: <i>Website</i> com informação, suporte social e jogos. Van den Berg et al, 2006: Programa de atividade física com acompanhamento remoto, reuniões trimestrais, fóruns e estratégias de autogestão. Lorig et al, 2008: Programa de autogestão com exercícios adaptados, técnicas cognitivas, quadros de avisos, ferramentas de monitorização e centro de discussão <i>online</i> . Shigaki et al, 2013: RA Help.org - Programa para melhoria da autoeficácia e gestão da AR com módulos educativos, lista de tarefas, biblioteca de recursos, automonitorização, suporte telefónico e atividades comunitárias <i>online</i> .	Allam et al, 2015: <i>Website</i> com informações, suporte social e jogos. Zuidema et al, 2019: 12 meses de acesso a um programa <i>online</i> de autogestão com nove módulos e diário para sintomas. Kussalo et al, 2020: Sistema SMS para automonitorização de sintomas na AR. Song et al, 2019: Quatro sessões educativas telefónicas por enfermeiro pós-alta. Liu et al, 2020: Sessões educativas telefónicas pós-alta. Zhao & Chen, 2019: Educação telefónica sobre exercícios, dieta e medicação pós-alta. Salafeti et al, 2016: Plataforma web para monitorização de sintomas e acesso a informações, sob supervisão clínica.

(continua)

	Srikesavan, Bryer, Ali and Williamson (2019)	Alison MacIver, Hannah Hollinger, Clare Carolan (2021)
Detalhes da Pesquisa		
Bases consultadas	<ul style="list-style-type: none"> • Complementary Medicine Database • PsycINFO • Scopus • Physiotherapy Evidence Database • Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature • SportsDiscus • Cochrane Central Register of Controlled Trials • Google Scholar • ClinicalTrials.gov • Portal da Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS 	<ul style="list-style-type: none"> • Cochrane Central Register of Controlled Trials • Ovid MedLine • Ovid Embase
Faixa (anos) de estudos incluídos	2006 – 2015	2014 – 2021
Número de estudos incluídos	Total: 4 RCTs <ul style="list-style-type: none"> • 2 sobre autogestão • 1 sobre informação ao paciente • 1 sobre atividade física 	7 artigos (RCTs)
Tipo de estudos incluídos	RCTs publicados em inglês em revistas revisadas por pares.	Ensaio randomizados controlados (RCTs)
País de origem dos estudos incluídos	<ul style="list-style-type: none"> • Suíça: 1 • Países Baixos: 1 • EUA: 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Suíça: 2 • Finlândia: 1 • China: 3 • Itália: 1
Avaliação		
Instrumentos usados para avaliação de viés	Ferramenta de avaliação de risco de viés da Cochrane	Ferramenta de avaliação de risco de viés da Cochrane
Classificação da avaliação	Risco elevado para os 4 estudos incluídos	<ul style="list-style-type: none"> • Incerteza quanto ao risco de viés de deteção em todos os estudos devido à possível falta de avaliação cega dos resultados. • Um estudo apresentou alto risco de viés de atrito devido a dados incompletos. • Elevado ou incerto risco de viés na maioria dos domínios em todos os estudos, com problemas como número reduzido de participantes e falta de ocultação. • Alto risco de viés de participação em certos estudos: apenas indivíduos com telefone ou telemóvel foram incluídos.
Análise		
Metodologia de análise	Síntese narrativa	Síntese narrativa
Resultados obtidos	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade Funcional • Qualidade de Vida • Adesão à Medicação • Atividade Física • Utilização dos Cuidados de Saúde • Dor • Conhecimento da AR • Empoderamento • Autoeficácia 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade de Vida • Adesão à Medicação • Atividade Física • Utilização dos Cuidados de Saúde • Atividade da Doença • Dor • Fadiga • Conhecimento da AR • Empoderamento • Autoeficácia
Resultados/Achados	Melhorias significativas verificadas somente em autoeficácia e conhecimento da AR com intervenções de reabilitação <i>online</i> .	Variações expressivas nos componentes da intervenção, teorias subjacentes e resultados medidos. cinco RCTs evidenciaram efeitos positivos em áreas como atividade da doença, adesão à medicação, atividade física e níveis de autoeficácia.
Significado/direção	Resultados clínicos incertos devido à qualidade da evidência ser baixa e aos efeitos adversos das intervenções <i>online</i> não avaliados. Viés de seleção e risco de não cegamento afetaram a confiança nas estimativas.	Estudos variavam de qualidade baixa a moderada, impactando a validade, confiabilidade e generalização.
Heterogeneidade	Determinada heterogeneidade clínica, dado que os participantes, intervenções e resultados variaram entre os grupos.	Determinada heterogeneidade clínica, dado que os participantes, intervenções e resultados variaram entre os grupos.
Comentários/ Conclusões	Há potencial para intervenções <i>online</i> em pacientes com AR, mas atualmente, não estão suficientemente desenvolvidas ou avaliadas. É essencial realizar estudos aprofundados com intervenções centradas no paciente e seguimento de longa duração.	Intervenções de telessaúde bem estruturadas e adaptadas podem proporcionar resultados positivos na autogestão da AR.

Figura 2 - Resumo das características e detalhes dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas. Viseu, Portugal, 2024

Já o estudo de MacIver et al. visava avaliar e sintetizar as evidências de eficácia de várias intervenções de telessaúde, revelando três intervenções *online* e duas por telefone. Estas baseavam-se em teorias educacionais e comportamentais, promovendo a autogestão e fornecendo educação e informações sobre a AR. Importa salientar que, em muitos casos, a supervisão era feita por profissionais de saúde, e a duração dos tratamentos nas revisões variou entre 6 e 52 semanas⁽¹³⁾.

As revisões distinguem dois tipos de resultados: primários e secundários. Os resultados primários são considerados de extrema importância, incluindo capacidade funcional, qualidade de vida, adesão à medicação, atividade física e utilização de cuidados de saúde. Os secundários envolvem outras métricas, como eficácia e segurança, e neste estudo incluíram a atividade da doença, dor, fadiga, conhecimento sobre AR, empoderamento e autoeficácia.

Atividade da doença

Esta métrica foi avaliada em cinco ensaios clínicos de uma revisão sistemática. Quatro deles não apresentaram resultados estatisticamente relevantes. No entanto, um RCT destacou-se, mostrando efeitos positivos após a implementação de um programa *online* que permitia aos pacientes com AR monitorizar sintomas e receber ajustes de tratamento. Neste estudo, os pacientes do grupo intervenção apresentaram melhores resultados em remissão da doença, tempo para atingir remissão e comprometimento funcional, comparativamente ao grupo controle⁽¹³⁾.

Dor

Três estudos analisaram a dor. Dois focaram em autogestão *online*, não mostrando efeitos significativos sobre a dor. Um terceiro, com um programa *online* mais abrangente, também não evidenciou melhorias significativas⁽¹²⁻¹³⁾.

Fadiga

Avaliada num estudo que usou um programa de autogestão *online*, sem encontrar diferenças significativas na fadiga do grupo de intervenção face ao controle⁽¹³⁾.

Capacidade funcional

Estudos focados em autogestão *online* mostraram resultados mistos. Enquanto um não evidenciou melhorias significativas, outro, com educação telefónica, revelou melhorias na semana 8⁽¹²⁻¹³⁾.

Qualidade de vida

Avaliada em dois programas de atividade física *online*, mostrando melhorias ligeiras a médio e longo prazo no grupo de intervenção. Um terceiro estudo indicou melhorias significativas após doze meses⁽¹²⁻¹³⁾.

Conhecimento da AR

Estudos focados em autogestão *online* mostraram melhorias no conhecimento sobre a doença nos grupos de intervenção em algumas comparações⁽¹²⁻¹³⁾.

Empoderamento

Avaliado num estudo sobre autogestão *online*, pessoas com AR tiveram pontuações mais altas após acesso a suporte social e jogos⁽¹³⁾.

Autoeficácia

Estudos mostraram melhorias significativas nos grupos de intervenção a curto, médio e longo prazo quando implementaram programas de autogestão *online* ou educação telefónica⁽¹²⁻¹³⁾.

Atividade física

Estudos revelaram aumentos na atividade física em certos grupos, mas não em todos⁽¹²⁻¹³⁾.

Adesão à medicação

Estudos sobre autogestão *online* e telefónica mostraram resultados variados na adesão à medicação⁽¹²⁻¹³⁾.

Utilização de cuidados de saúde

Os estudos relataram uma diminuição de visitas médicas em certos grupos, mas não em todos. Um estudo específico evidenciou taxas de readmissão hospitalar mais baixas no grupo de intervenção⁽¹³⁾.

Ao analisar as revisões, identificaram-se duas intervenções de telessaúde: programas de autogestão *online* e programas telefónicos/mensagens.

Os programas de autogestão *online* apresentaram efeitos positivos sobretudo nos desfechos de atividade física, utilização dos cuidados de saúde e empoderamento, com grau de evidência moderado, e em qualidade de vida, conhecimento sobre a AR, autoeficácia e atividade da doença, com evidência baixa. Contudo, não demonstraram efeitos relevantes em capacidade funcional, adesão à medicação ou fadiga, sendo a certeza da evidência considerada muito baixa nestes casos.

Por sua vez, as intervenções via telefone ou mensagens mostraram melhoria efetiva com efeitos benéficos relevantes em capacidade funcional, adesão à medicação e autoeficácia, todas com evidência de grau moderado, enquanto não se verificaram alterações consistentes na utilização dos cuidados de saúde.

Para os desfechos de dor e fadiga, os resultados foram globalmente inconsistentes, sem efeitos clinicamente relevantes. As evidências para cada tipo estão resumidas na Figura 3.

DISCUSSÃO

A artrite reumatoide, enquanto patologia crónica e incapacitante, tem vivenciado uma transformação no seu paradigma de gestão. Recentemente, com o surgimento de terapêuticas avançadas e a digitalização dos cuidados de saúde, uma abordagem mais proativa para a autogestão da AR tornou-se imperativa. Neste contexto, a telessaúde destaca-se como uma ferramenta crucial.

Intervenções	Impacto	Nº de Participantes	Certeza da evidência (grau) / Justificação
Programas de autogestão online			
Capacidade F funcional	Sem diferença face ao tratamento de controle	345 (baseado em 2 revisões)	●●●● muito baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes. • Viés de publicação não avaliado.
Qualidade de vida	**Melhoria efetiva com pequenos efeitos benéficos.	474 (baseado em 2 revisões)	●●●● baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes.
Adesão à medicação	Sem diferença face ao tratamento de controle.	157 (baseado em 2 revisões)	●●●● muito baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes. • Viés de publicação não avaliado.
Atividade física	*Melhoria efetiva com efeitos benéficos significativos.	317 (baseado em 2 revisões)	●●●● moderada <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa.
Utilização dos cuidados de saúde	*Melhoria efetiva com efeitos benéficos significativos.	198 (baseado em 2 revisões)	●●●● moderada <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa.
Atividade da doença	**Melhoria efetiva com pequenos efeitos benéficos.	157 (baseado numa revisão)	●●●● baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes.
Dor	**Melhoria efetiva com pequenos efeitos benéficos.	461 (baseado em 2 revisões)	●●●● baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes.
Fadiga	Sem diferença face ao tratamento de controle.	157 (baseado numa revisão)	●●●● muito baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes. • Viés de publicação não avaliado.
Conhecimento da AR	**Melhoria efetiva com pequenos efeitos benéficos.	157 (baseado em 2 revisões)	●●●● baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes.
Empoderamento	*Melhoria efetiva com efeitos benéficos significativos.	157 (baseado em 2 revisões)	●●●● moderada <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa.
Autoeficácia	**Melhoria efetiva com pequenos efeitos benéficos.	458 (baseado em 2 revisões)	●●●● baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa. • Imprecisão devido a tamanhos de efeito insignificantes.
Programas de autogestão com recurso a chamadas telefónicas e/ou mensagens			
Capacidade funcional	*Melhoria efetiva com efeitos benéficos relevantes.	180 (baseado numa revisão)	●●●● moderada <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa.
Adesão à medicação	*Melhoria efetiva com efeitos benéficos relevantes.	92 (baseado numa revisão)	●●●● moderada <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência devido à heterogeneidade significativa.
Utilização dos cuidados de saúde	Sem alterações face ao tratamento de controle.	254 (baseado numa revisão)	●●●● muito baixa <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência por heterogeneidade significativa. • Imprecisão por tamanhos de efeito irrelevantes. • Viés de publicação não avaliado.
Autoeficácia	*Melhoria efetiva com efeitos benéficos relevantes.	286 (baseado em 2 revisões)	●●●● moderada <ul style="list-style-type: none"> • Inconsistência por heterogeneidade notória.
Considerámos *melhoria efetiva com efeitos positivos significativos com $p < 0,05$			
Considerámos **melhoria efetiva com pequenos efeitos positivos , aqueles cuja significância não foi avaliada ou $p > 0,05$			
Graus de evidência do Grupo de Trabalho GRADE			
Elevada certeza: Estamos muito confiantes de que o verdadeiro efeito está próximo da estimativa do efeito			
Certeza moderada : Estamos moderadamente confiantes na estimativa do efeito: O verdadeiro efeito provavelmente está próximo da estimativa do efeito, mas há uma possibilidade de que seja substancialmente diferente			
Baixa certeza: A nossa confiança na estimativa do efeito é limitada: O verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente da estimativa do efeito			
Certeza muito baixa : temos muito pouca confiança na estimativa do efeito: o efeito real provavelmente será substancialmente diferente da estimativa do efeito			

Figura 3 - Resumo das evidências. Viseu, Portugal, 2024

Esta revisão *umbrella*, consolidando dados de duas revisões sistemáticas e abrangendo 10 ensaios clínicos, oferece *insights* sobre a eficácia das intervenções de telessaúde na AR. Estes resultados, que indicam uma eficácia promissora, encontram eco em investigações anteriores em patologias crônicas, conforme documentado por Thurah et al., Neubeck et al. e So e Chung⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Outras áreas de aplicação da telessaúde, como na diabetes, doenças cardiovasculares e saúde mental, têm demonstrado efeitos positivos consistentes. Essa comparação sugere que o impacto da telessaúde na AR pode ser otimizado com abordagens mais personalizadas e interativas.

No entanto, algumas barreiras emergiram. Dois estudos, especificamente Stellefson et al. e Van den Berg et al., evidenciaram que as pessoas por vezes enfrentavam dificuldades na utilização das plataformas de telessaúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Este desafio destaca a necessidade de ferramentas mais intuitivas, com a colaboração das pessoas no seu desenvolvimento, tal como defendido por Rogers et al. e Tuckson et al.⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Apesar da heterogeneidade observada nos estudos e dos resultados medidos, os dados sugerem melhorias consistentes em áreas como atividade física, empoderamento e capacidade funcional. Mais encorajadoramente, nenhuma intervenção de telessaúde se mostrou prejudicial, estabelecendo-a como uma alternativa segura aos métodos convencionais de tratamento e gestão.

Os estudos incluídos provêm de países como EUA, China, Itália, Suíça, Finlândia e Países Baixos, caracterizados por elevados níveis de literacia digital. Isso limita a generalização dos resultados para contextos com menores recursos tecnológicos e estruturais.

Ainda assim, há limitações a considerar. A diversidade dos estudos, juntamente com questões de qualidade e viés, sublinha a necessidade de investigações futuras mais robustas. A heterogeneidade, em particular, revelou-se uma barreira significativa para uma análise mais profunda dos dados.

Em síntese, os dados apontam para o potencial da telessaúde na gestão da AR. No entanto, é imperativo que investigações subsequentes continuem a aprofundar estas intervenções, com um foco particular na sua eficácia e segurança a longo prazo.

CONCLUSÃO

A AR, ao longo dos anos, foi moldada por inovações terapêuticas e metodológicas, dando ênfase à gestão proativa e personalizada da doença. Neste cenário em evolução, a telessaúde emerge como uma ferramenta valiosa, cujas intervenções, apesar de promissoras, requerem escrutínio e refinamento adicional.

Os dados recolhidos e discutidos sublinham o potencial da telessaúde na melhoria de diversas dimensões do tra-

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Consolidated telemedicine implementation guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 2024 Jan 02]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184>
2. England BR, Barber CEH, Bergman M, Ranganath VK,

tamento e gestão da AR, desde a atividade física até a capacidade funcional do paciente. Este potencial, corroborado por investigações anteriores, como as de Thurah et al. e Neubeck et al., demonstra que a telessaúde pode ser uma via segura e eficaz para apoiar as pessoas com AR.

No entanto, as barreiras identificadas, particularmente no que respeita à usabilidade das ferramentas e à heterogeneidade dos estudos, lançam hipóteses interessantes. Pode ser que a eficácia da telessaúde na AR seja maximizada através de ferramentas co-desenhadas com as pessoas com AR, assegurando intuitividade e especificidade à patologia. Esta hipótese, sustentada pelas dificuldades apontadas em estudos como os de Stellefson et al. e van den Berg et al., merece ser testada em investigações futuras.

As limitações para a generalização dos resultados residem nas distintas realidades globais, incluindo acesso digital, capacitação tecnológica e organização dos sistemas de saúde, exigindo adaptações contextuais na implementação da telessaúde.

Também se torna evidente a necessidade de estudos de maior escala e qualidade, que permitam não só validar os benefícios da telessaúde, mas também compreender as suas limitações intrínsecas. Estudos longitudinais, com amostras amplas e diversificadas, poderiam lançar luz sobre os efeitos a longo prazo e a generalização das intervenções.

Em suma, a telessaúde, no contexto da AR, apresenta-se como uma alternativa valiosa e inovadora. Todavia, é imperativo que a sua incorporação seja feita de forma informada, sustentada e crítica, sempre com o bem-estar dos pacientes no epicentro das decisões. A continuação da investigação neste domínio não só é aconselhável, mas essencial, garantindo que a telessaúde cumpra a sua promessa de revolucionar o tratamento da AR.

*Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada “Desenvolvimento e viabilidade de uma intervenção eNURSING em pessoas com artrite reumatóide: continuidade de cuidados”, apresentada ao Programa de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, no ano de 2023.

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam sua gratidão à Unidade de Pesquisa em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) pelo apoio e colaboração prestados ao longo do desenvolvimento deste trabalho, o que contribuiu substancialmente para sua qualidade científica e rigor metodológico.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Suter LG, Michaud K. Adaptation of American College of Rheumatology Rheumatoid Arthritis Disease Activity and Functional Status Measures for Telehealth Visits. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021;73(12):1809-1814. <https://doi.org/10.1002/acr.24429>

3. Fernandes AL, Silva C, Miranda LC. Management of

- Rheumatic Diseases during the COVID-19 Pandemic: Beyond Telehealth Services. *Acta Med Port.* 2020;33(10):706. <https://doi.org/10.20344/amp.14556>
4. Oh Y, Hennessey A, Young L, Barrett C. Evaluation of patient satisfaction for telehealth (telephone and video) in rheumatology outpatients during COVID-19 pandemic. *Intern Med J.* 2022;52(4):559-565. <https://doi.org/10.1111/imj.15663>
 5. Thurah Ad, Marques A, Souza Sd, Crowson CS, Myasoedova E. Future challenges in rheumatology – is telemedicine the solution? *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2022;14:1-12. <https://doi.org/10.1177/1759720X221081638>
 6. McDougall JA, Ferucci ED, Glover J, Fraenkel L. Telerheumatology: A Systematic Review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017;69(10):1546-1557. <https://doi.org/10.1002/acr.23153>
 7. Piga M, Cangemi I, Mathieu A, Cauli A. Telemedicine for patients with rheumatic diseases: Systematic review and proposal for research agenda. *Semin Arthritis Rheum.* 2017;47(1):121-128. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.03.014>
 8. Ahmed S, Grainger R, Santosa A, Adnan A, Alnaqbi KA, Chen Y-H, et al. APLAR recommendations on the practice of telemedicine in rheumatology. *Int J Rheum Dis.* 2022;25(3):247-258. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.14286>
 9. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):141-146. <https://doi.org/10.1097/xeb.000000000000050>
 10. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 2024 Jan 02]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529>
 11. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb).* 2012;22(3):276-282. <https://doi.org/10.11613/BM.2012.031>
 12. Srikesavan C, Bryer C, Ali U, Williamson E. Web-based rehabilitation interventions for people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *J Telemed Telecare.* 2019;25(5):263-275. <https://doi.org/10.1177/1357633x18768400> [incluída na revisão]
 13. MacIver A, Hollinger H, Carolan C. Tele-health interventions to support self-management in adults with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2021;41(8):1399-1418. <https://doi.org/10.1007/s00296-021-04907-2> [incluída na revisão]
 14. Neubeck L, Redfern J, Fernandez R, Briffa T, Bauman A, Freedman SB. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009;16(3):281-289. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32832a4e7a>
 15. So CF, Chung JW. Telehealth for diabetes self-management in primary healthcare: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare.* 2018;24(5):356-364. <https://doi.org/10.1177/1357633x17700552>
 16. Thurah A de, Bremander A, Primdahl J. High-quality RMD rehabilitation and telehealth: Evidence and clinical practice. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2020;34(2):101513. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101513>
 17. Stollefson M, Chaney B, Barry AE, Chavarria E, Tennant B, Walsh-Childers K, et al. Web 2.0 chronic disease self-management for older adults: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2013;15(2):e35. <https://doi.org/10.2196/jmir.2439>
 18. van den Berg MH, Ronday HK, Peeters AJ, Voogt-van der Harst EM, Munneke M, Breedveld FC, et al. Engagement and satisfaction with an Internet-based physical activity intervention in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46(3):545-552. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ke1341>
 19. Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth. *N Engl J Med.* 2017;377(16):1585-1592. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>
 20. Rogers MA, Lemmen K, Kramer R, Mann J, Chopra V. Internet-Delivered Health Interventions That Work: Systematic Review of Meta-Analyses and Evaluation of Website Availability. *J Med Internet Res.* 2017;19(3):e90. <https://doi.org/10.2196/jmir.7111>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Ribeiro AA.

Obtenção de dados: Ribeiro AA.

Análise e interpretação dos dados: Ribeiro AA, Mota M, Coelho M, Cunha M.

Redação textual e/ou revisão crítica do conteúdo intelectual: Ribeiro AA.

Aprovação final do texto a ser publicado: Ribeiro AA, Mota M, Coelho M, Henriques MA, Cunha M.

Responsabilidade pelo texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Ribeiro AA, Cunha M.



Copyright © 2025 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.