

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UM INDIVÍDUO COM LÚPUS ASSOCIADO À OUTRAS DOENÇAS REUMÁTICAS: RELATO DE CASO¹

Joseelen Basso Candido², Caroline Zanin³, Matheus Santos Gomes Jorge⁴, Karina Garbin⁵, Poliana Luisa Müller⁶, Lia Mara Wibeling⁷.

¹ Projeto de Pesquisa na área de Prevenção, Avaliação e Reabilitação das Doenças Musculoesqueléticas em Idosos e na área Reumatológica

² Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Bolsista Pibic-CNPq, acadêmica da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil

⁴ Bolsista ProbiC/ FAPERGS, acadêmico da Universidade de Passo Fundo, Rio grande do Sul, Brasil.

⁵ Acadêmica do curso de fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

⁶ Acadêmica do curso de fisioterapia da Universidade de Passo fundo, Rio grande do Sul, Brasil.

⁷ Docente do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo- Doutora em Geriatria e Gerontologia-PUC/RS.

Atuação fisioterapêutica em um indivíduo com lúpus associado à outras doenças reumáticas: relato de caso.

Introdução:

Algumas doenças reumáticas podem cursar em associação, como é o caso do lúpus eritematoso sistêmico (LES) que pode associar-se a artrite reumatoide (AR) e a fibromialgia (FM) (HALILOGLU et al., 2014). O LES é uma patologia inflamatória, crônica, autoimune e de etiologia multifatorial, caracterizada por manifestações articulares, cutâneas, renais, vasculares, serosas e nervosas (FREIRE; SOUTO; CICONELLI et al., 2011), diminuição da mobilidade, da força muscular, do condicionamento físico e da qualidade do sono, aumento da rigidez articular, da dor e da fadiga, resultando em um possível estado de depressão e impacto na qualidade de vida (PERES; TEDDE; LAMARI, 2006).

Já a AR e a fibromialgia FM são doenças idiopáticas e crônicas que provocam quadros dolorosos intensos e, por meio de agravos osteomioarticulares importantes, impactam na funcionalidade e na qualidade de vida de seus portadores (BATISTA; BORGES; WIBELINGER, 2012; WIBELINGER et al., 2015). De acordo com estudos atuais, o número de casos de associação entre as doenças supracitadas não chega a 15% dos relatos (HALILOGLU et al., 2014).

A fisioterapia pode ser um método eficaz no tratamento de doenças crônicas que podem acometer indivíduos de forma isolada ou associada, como o LES, a AR e a FM. Entre seus benefícios, encontram-se a diminuição da dor, a melhora da força muscular, a promoção de ganhos, a atenuação ou o controle dos sintomas causados pela patologia e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida dos seus portadores (BATISTA; BORGES; WIBELINGER, 2012; MYRA et al., 2015).

Visto isto, este estudo objetivou verificar os efeitos de um plano de tratamento fisioterapêutico em um indivíduo portador de LES, AR e FM.

Metodologia:

Trata-se de um estudo longitudinal, intervencionista e do tipo estudo de caso, que faz parte de um projeto guarda-chuva denominado “Efeitos do tratamento fisioterapêutico em pacientes portadores de doenças reumáticas”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

Universidade de Passo Fundo sob protocolo nº 348.381 conforme determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Participou do estudo um indivíduo do gênero feminino, 56 anos de idade, que possui diagnóstico médico de LES, AR e FM há 14 anos. Fazia uso de 07 diferentes medicamentos contínuos e possuía histórico de doença reumática na família. Sua queixa principal era a dor generalizada e apresentava comorbidades como cardiopatia e hipotireoidismo. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a mesma realizou 30 sessões de fisioterapia, duas sessões por semana (sendo a primeira por meio da cinesioterapia convencional e a segunda por meio da hidrocinesioterapia), entre os meses de agosto à novembro de 2015, com duração de aproximadamente uma hora na Clínica de Fisioterapia da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo/RS.

A avaliação pré intervenção fisioterapêutica envolveu a coleta de dados (como antropometria, história da doença atual, entre outros) e uma série de avaliações que consistiu na mensuração da dor por meio do mapa corporal de dor e da escala visual analógica de dor, da força de preensão palmar por meio da dinamometria manual, do equilíbrio postural por meio da escala de equilíbrio de Berg, da incapacidade por meio do Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade e da qualidade de vida por meio do Questionário de Qualidade de Vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey. Após, o indivíduo realizou um plano fisioterapêutico baseado em cinesioterapia e hidrocinesioterapia.

O plano cinesioterapêutico consistiu em: mobilização articular passiva dos punhos e dos ombros; exercício de “ponte” do método Bobath com bola suíça (3x10); rotação de tronco com bastão (3x10); fortalecimento dos músculos flexores de ombro com bastão sem carga, progredindo até o uso de um halter de 1kg (3x10); fortalecimento dos músculos abdutores de ombro com halter 1kg (3x10); fortalecimento dos músculos extensores de ombro com faixa elástica rosa (3x10); fortalecimento dos músculos bíceps braquial com halter 500g (3x10); fortalecimento das cinturas escapulares obedecendo as diagonais de Kabat com faixa elástica rosa, progredindo até a cor cinza (3x7); fortalecimento dos músculos flexores de quadril sem carga, progredindo até o uso de uma caneleira de 1kg (3x6); fortalecimento dos músculos abdutores e adutores de quadril com uma caneleira de 500g (3x10); exercício de equilíbrio em uma bola suíça; pompagens da região cervical; alongamentos finais dos principais grupos musculares dos membros superiores e inferiores e de tronco, de modo ativo assistido (15 segundos cada grupo muscular).

Já o protocolo hidrocinesioterapêutico consistiu em: marcha estacionária (3 minutos); fortalecimento dos músculos flexores, extensores, adutores e abdutores de quadril, flexores e extensores de joelhos, flexores, extensores, adutores e abdutores de ombro com flutuadores (2x10); miniagachamentos, progredindo para miniagachamentos associado a fortalecimento dos músculos adutores de coxa com uma bola de voleibol entre as coxas (2x10); bicicleta estacionária em decúbito dorsal com flutuadores na região escapular (5 minutos); saltos alternado (2x10); exercício de sky cross-country (2 minutos); caminhada em torno da piscina de frente e de costas (2 voltas ao redor da piscina); alongamentos finais dos principais grupos musculares dos membros superiores e inferiores e de tronco, de modo ativo assistido (15 segundos cada grupo muscular).

O indivíduo foi orientado a expirar durante a contração muscular, a fim de obter maior recrutamento de fibras muscular, o que otimiza a performance do exercício. Adotou-se um intervalo de 30 segundos à 1 minuto entre as séries, mas poderia interromper a atividade para descanso quando

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

sentissem necessidade. Após as 30 sessões de intervenção fisioterapêutica todos os parâmetros foram reavaliados.

Resultados e Discussão:

A tabela 1 apresenta os dados referentes à dor do indivíduo estudado de acordo com o mapa corporal de dor e a escala visual analógica de dor.

Percebe-se que houve uma diminuição da intensidade geral da dor em 5 pontos, passando de um quadro de dor intensa para um quadro de dor moderada.

A tabela 2 apresenta os dados referentes o nível de incapacidade do indivíduo estudado, de acordo com o Índice de Oswestry 2.0 de Incapacidade.

Verifica-se que a incapacidade do indivíduo apresentou considerável diminuição na fase pós intervenção, sendo a diferença de 30% em relação à fase pré intervenção.

A tabela 3 apresenta os dados referentes à força de preensão palmar do indivíduo estudado, de acordo com a dinamometria manual.

Nota-se que houve aumento da força de preensão palmar bilateral, com diferença de 2,2KgF e 1,2KgF entre as fases pré e pós intervenção para as mãos direita e esquerda, respectivamente.

A tabela 4 apresenta os dados referentes à qualidade de vida do indivíduo estudado, de acordo com o Questionário de Qualidade de Vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey.

Observa-se que houve melhora e/ou manutenção da qualidade de vida do indivíduo com destaque para os domínios “estado geral da saúde”, “capacidade funcional” e a “limitação por aspectos físicos” que apresentaram melhores resultados no pós intervenção, respectivamente.

A dor é uma das queixas principais encontradas entre os indivíduos com LES, AR ou FM (PERES; TEDDE; LAMARI, 2006; BATISTA; BORGES; WIBELINGER, 2012; WIBELINGER et al., 2015), o que pode ser uma das principais causas para interferir em aspectos funcionais como a força de preensão palmar e o equilíbrio postural, causando incapacidade e impacto na qualidade de vida dos seus portadores. Neste estudo, a queixa principal do indivíduo (cujo mesmo apresentava associação das três doenças) era a dor generalizada e intensa (grau 10 de acordo com a escala visual analógica) em diversos pontos de acordo com o mapa de dor corporal. Desta forma, pode-se considerar o combate a dor como uma estratégia na restauração dos déficits de força de preensão palmar e de equilíbrio postural, visando diminuir a incapacidade e restaurar a qualidade de vida.

Os indivíduos com LES, AR e FM parecem ser beneficiados com a fisioterapia que visa diminuir a dor e os processos inflamações, preservar a amplitude de movimento e atividade muscular, prevenir deformidades, restaurar o quadro cardiopulmonar e a funcionalidade, restabelecer o equilíbrio, a marcha e a propriocepção, além de proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida (PERES; TEDDE; LAMARI, 2006; BATISTA; BORGES; WIBEINGER, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Um estudo com um indivíduo com LES e AR do sexo feminino, que realizou 15 sessões de cinesioterapia convencional (fortalecimento, alongamento, equilíbrio, propriocepção), evidenciou a

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

diminuição do quadro doloroso, a melhora da força muscular de membros inferiores e, consequentemente, melhora da qualidade de vida do mesmo (MYRA et al., 2015A). Neste estudo, embora o número de pontos dolorosos permanecesse o mesmo no pós intervenção, a intensidade geral da dor diminui consideravelmente, passando de intensa para moderada. Houve, também, aumento da força muscular, neste caso, mensurada por meio da dinamometria manual, e melhora da qualidade de vida do indivíduo.

Acredita-se que o fato do indivíduo ser portador de FM, uma doença crônica e sistêmica, caracterizada por dor muscular generalizada e a presença de pelo menos 11 tender points, de 18 pré definidos (BATISTA; BORGES; WIBELINGER, 2012), pode ter sido um fator que contribuiu para que o número de pontos dolorosos tenha permanecido o mesmo no pós intervenção.

Aproximadamente 90% dos portadores de LES apresentam artrite, com dor intensa e acometimento das mãos, punhos, joelhos e pés (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011). Concomitante a isso, alguns estudos evidenciam que a força de preensão palmar pode ser diminuída em indivíduos com doenças reumáticas se comparados com indivíduos sem a doença, como é o caso da FM e da AR (APARICIO et al., 2011; IOP et al., 2015), esta última apresentando correlação entre os valores da força de preensão palmar máxima e a atividade da doença (IOP et al., 2015). O que vai ao encontro do presente estudo, visto que o indivíduo, que era portador das três doenças, relatou dor intensa (10, de acordo com a escala visual analógica) em diferentes pontos do mapa corporal e comprometimento da força de preensão palmar na fase pré-intervenção.

Um estudo de caso, com um indivíduo portador de LES e AR, envolveu exercícios focados em exercícios funcionais e de fortalecimento manual. Após as 15 sessões de intervenção fisioterapêutica observou-se melhora da funcionalidade das mãos, aumento da amplitude de movimento de punhos e da força de preensão palmar bilateral e melhora da qualidade de vida do indivíduo (MYRA et al., 2015B). O que concorda com o estudo atual, visto que nosso indivíduo, que possuía LES e AR associados, além da FM, após 30 sessões de fisioterapia, apresentou melhora na força de preensão palmar e na qualidade de vida.

Embora não haja um protocolo hidrocinesioterapêutico específico para a AR, as propriedades físicas da água associada ao calor superficial promovem benefícios em aspectos físicos ou emocionais (WIBELINGER; BORGES, 2012). Neste estudo, o indivíduo que apresentava LES associado à AR, assim como à FM, foi submetido a um plano hidrocinesioterapêutico com os mesmos objetivos e apresentou diminuição da intensidade geral da dor e melhora da qualidade de vida, além de outros benefícios como atenuação da incapacidade, aumento da força de preensão palmar e do equilíbrio postural.

Um indivíduo do sexo feminino portadora de LES foi submetido a um plano que abordou diversas técnicas fisioterapêuticas, tais como cinesioterapia geral e respiratória, eletroterapia, hidrocinesioterapia, drenagem linfática e exercícios de coordenação, marcha e equilíbrio. Após 18 sessões de fisioterapia, constatou-se melhora do quadro doloroso, na amplitude de movimento e na qualidade de vida (ALVES et al., 2012). Apesar de nosso estudo ter abordado somente a cinesioterapia geral (que também incluiu exercícios de equilíbrio e coordenação) e respiratória em concomitância com a hidrocinesioterapia, também foram encontrados bons resultados com relação à diminuição da dor e à melhora da qualidade de vida do indivíduo estudado, que além de LES, também apresentava AR e FM, doenças que causam dor e manifestações osteomioarticulares importantes.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

Outro estudo hidrocinestoterapêutico com seis mulheres com FM demonstrou que, após 10 sessões de terapia aquática, a intervenção em grupo apresentou melhora no domínio dor, abordado pelo Questionário de Qualidade de Vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey, e no impacto causado pela doença na vida do indivíduo, de acordo com o Questionário de Impacto da Fibromialgia (JORGE et al., 2016). Conforme o presente estudo, o indivíduo que era portador de FM, AR e LES demonstrou diminuição da intensidade da dor e melhora da qualidade de vida, acompanhado de outros benefícios como a diminuição da incapacidade e o aumento da força de preensão palmar e do equilíbrio postural.

Conclusão:

Em suma, o plano de tratamento fisioterapêutico proposto para um indivíduo com LES associado à AR e à FM foi eficaz no aumento da força de preensão palmar e na pontuação do equilíbrio postural, resultando, consequentemente, na redução do nível de incapacidade e melhora ou manutenção dos domínios da qualidade de vida.

Palavras-chave:

Lúpus eritematoso sistêmico; Artrite reumatoide; Fibromialgia; Fisioterapia; Hidroterapia.

Referências:

- ALVES, C. T. et al. Abordagem fisioterapêutica ao portador de lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2012.
- APARICIO, V. A. et al. Handgrip strength test as a complementary tool in the assessment of fibromyalgia severity in women. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 92, n. 1, p. 83-88, 2011.
- BATISTA, J. S.; BORGES, A. M.; WIBELINGER, L. M. Tratamento fisioterapêutico na síndrome da dor miofascial e fibromialgia. *Revista Dor*, v. 13, n. 2, p. 170-174, 2012.
- FREIRE, M. A. E.; SOUTO, M. L.; CICONELLI, M. R. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 51, n. 1, p. 70-80, 2011.
- HALILOGLU, S. et al. Fibromyalgia in patients with other rheumatic diseases: prevalence and relationship with disease activity. *Rheumatology International*, v. 34, n. 9, p. 1275-1280, 2014.
- IOP, R. R. et al. Capacidade de produção de força de preensão isométrica máxima em mulheres com artrite reumatoide: um estudo piloto. *Fisioterapia & Pesquisa*, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2015.
- JORGE, M. S. G. et al. Hidrocinestoterapia na dor e na qualidade de vida em indivíduos portadores de fibromialgia. *Revista Inspirar*, v. 8, n. 1, p. 29-33, 2016.
- MYRA, R. S. et al. Kinesiotherapy for quality of life, pain and muscle strength of rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus patient. Case report. *Revista Dor*, v. 16, n. 2, p. 153-155, 2015A.
- MYRA, R. S. et al. Força de preensão palmar em um indivíduo portador de lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide: um estudo de caso. *EFDeportes.com, Revista Digital*, v. 20, n. 209, p. 1, 2015B.
- PERES, C. M. J.; TEDDE, B. R. P.; LAMARI, M. N. Fadiga nos portadores de lúpus eritematoso sistêmico sob intervenção fisioterapêutica. *O mundo da saúde São Paulo*, v. 30, n. 1, p. 141-145, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Cartilha Lúpus, p. 1-21, 2011.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

WIBELINGER, L. M. et al. Perfil de uma população portadora de artrite reumatoide em um município do interior do Rio Grande do Sul. EFDeportes.com, Revista Digital, v. 19, n. 202, p. 1, 2015.

WIBELINGER, L. M.; BORGES, A. M. Hidrocinesioterapia em portadores de artrite reumatoide. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 10, n. 31, p. 61-66, 2012.

Tabela 1: Dor pré e pós intervenção fisioterapêutica, de acordo com o mapa de dor corporal e a escala visual analógica.

	Pré intervenção	Pós intervenção
Local da dor	-Região cervical; -Região esternal; -Região anterior do membro superior direito; -Região anterior do antebraço esquerdo; -Região lateral direita do tronco; -Região posterior dos membros inferiores; -Região lombar	-Região cervical; -Região anterior dos membros superiores; -Região lateral do quadril esquerdo; -Joelhos; -Região posterior da perna esquerda; -Região plantar do pé esquerdo; -Região lombar
Intensidade da dor	10	5

Tabela 1. Dor pré e pós intervenção fisioterapêutica, de acordo com o mapa de dor corporal e a escala visual analógica.

Tabela 2: Incapacidade pré e pós intervenção fisioterapêutica, de acordo com o Índice de incapacidade de Oswestry 2.0 de Incapacidade.

	Pré intervenção	Pós intervenção
Pontuação do Índice de Oswestry 2.0 de Incapacidade	66% (aleijado)	36% (incapacidade moderada)

Tabela 2. Incapacidade pré e pós intervenção fisioterapêutica de acordo com o índice de capacidade de oswestry 2.0 de incapacidade

Tabela 3: Força de preensão palmar pré e pós intervenção fisioterapêutica, de acordo com a dinamometria manual.

	Pré intervenção	Pós intervenção
Força de preensão palmar da mão direita	0,1KgF	2,3KgF
Força de preensão palmar da mão esquerda	0,3KgF	1,5KgF



Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

Tabela 3. Força de preensão palmar pré e pós intervenção fisioterapêutica, de acordo com a dinamometria manual.

Tabela 4: Qualidade de vida pré e pós intervenção fisioterapêutica, de acordo com o Questionário de Qualidade de vida SF-36.

Domínios	Pré intervenção	Pós intervenção
Capacidade funcional	0	25
Limitação por aspectos físicos	0	25
Dor	10	10
Estado geral de saúde	20	65
Vitalidade	80	75
Aspectos sociais	37,5	37,5
Limitação por aspectos emocionais	0	0
Saúde mental	68	72

Tabela 4. Qualidade de vida pré e pós intervenção fisioterapêutica, de acordo com o questionário de qualidade de vida SF-36