

## EFEITO DE UM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA REALIZADO NO AMBULATÓRIO DE HANSENÍASE NA CLÍNICA INTEGRADA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE – UNIVAG.

Larissa Caroline Gasparini<sup>1</sup>

Rayanne Pinheiro Neto<sup>1</sup>

Vanessa Matias Souza Duarte<sup>2</sup>

1. Discentes do curso de fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande- UNIVAG
2. Docente do curso de fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande- UNIVAG

**Palavras chaves:** Hanseníase; Fisioterapia; Várzea Grande..

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa causada pelo *Mycobacterium Leprae*, considerada uma patologia crônica e de evolução lenta, o bacilo leva a deterioração da função nervosa, tendo preferência pela pele, nervos periféricos e células de Schwann. O Brasil é o segundo país no mundo em números de novos casos de hanseníase por ano, sendo superado apenas pela Índia, segundo dados do Ministério da Saúde (BR), Mato Grosso vem liderando o primeiro lugar com taxas de 77,89% de casos por 100.000. O diagnóstico se dá através de sinais e sintomas apresentados pelo hospedeiro, sendo classificadas em: Hanseníase Indeterminada (MHI), Tuberculóide (MHT), Virchowiana (MHV) e Dimorfa (MHD). As formas clínicas ainda podem ser classificadas em Paucibacilares (PB) onde o exame de baciloscopia é negativo e o portador apresenta no máximo 5 lesões na pele ou Multibacilares (MB) com mais de 5 lesões na pele e baciloscopia positiva. Durante o processo de tratamento da Hanseníase, uma quantidade significativa de pacientes desenvolve complicações inflamatórias aguda, chamada de reações hansênicas, causada pela exacerbação da resposta imune ao patógeno, responsável pelas maiores causas de incapacidades físicas e deficiências permanentes. Tais reações pode ser classificada em tipo 1 caracterizada por aumento inflamatório das lesões já existentes com edemas, aparecimento de novas lesões, espaçamento dos nervos periféricos que ficam doloroso a palpação e a segunda classificação é a tipo 2 apresenta-se geralmente com pápulas ou nódulos dolorosos, febre leve e envolvimento de outros órgãos como: olhos, testículos, linfonodos, articulações, além da perda de função neural que pode estar presente em ambas classificações. Preconizado pelo Ministério da Saúde em 1991, a poliquimioterapia (PQT) usada para o tratamento da hanseníase é a combinação de três drogas (dapsona, clofazimina e rifampicina), utilizadas de 6 meses a 1 ano dependendo da classificação da doença. Durante o curso da patologia uma quantidade significativa de pacientes desenvolve complicações inflamatórias agudas, chamadas de reações hansênicas, para esses pacientes o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza na rede o esteróide prednisolona ou prednisona. A maior preocupação com o uso contínuo (por mais de 30 dias) e em alta dosagem desse corticóide são as reações adversas que se apresentam de forma mais evidente e agressiva em pacientes que fazem uso prolongado. As deficiências e incapacidades causada por essa infecção, geralmente se dá por via neurogênica e inflamatória. No primeiro estágio de acometimento existe o déficit sensitivo, motor e autônomo que leva a uma diminuição da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nos principais sítios corporais afetados. Na fase mais avançada os principais sintomas são: parestesias e plegias musculares, as consequências dessas alterações ocasiona acidentes como queimaduras, amputações, feridas entre outros, deixando sequelas permanentes. A atuação fisioterapêutica no tratamento das consequências da hanseníase é de fundamental importância desde a prevenção até a reabilitação do paciente, visto que o fisioterapeuta é apto para utilização de recursos que auxiliam no processo de cicatrização de úlceras, desinflamação dos nervos, prevenção de deformidades e amputações, fortalecimento muscular e sendo capaz de estimular este paciente às novas condições físicas caso seja necessário.

### OBJETIVO

Analisar os recursos da fisioterapia e seus benefícios, durante o tratamento medicamentoso em pacientes hansenianos reacionais, reduzindo processos inflamatórios como a neurite, promovendo analgesia, melhorando capacidade funcional, estado sensitivo e motor, diminuindo assim a quantidade de corticóides administrados nesses pacientes e consequentemente reduzindo os efeitos colaterais do mesmo.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Realizado na Clínica Integrada da UNIVAG, localizada na Av. Dom Orlando Chaves, 2655 - Cristo Rei, Várzea Grande - MT, 78118-000. A amostra foi constituída por 12 pacientes que se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão. Com um total de 112 atendimentos, e uma média de 9 atendimentos por paciente.

Foram incluídos prontuários de pacientes adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 a 80 anos, que realizavam tratamento fisioterapêutico no ambulatório de Hanseníase do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG) - MT que estivessem em estado reacional. E excluídos prontuários dos pacientes com alterações cognitivas incapazes de responder os questionários propostos, pacientes hansenianos sem alterações sensitivas, motora e autônomas, e ainda os que por algum motivo não compareceram mais aos atendimentos. Foram analisados prontuários e coletados dados da avaliação antes e após atendimentos dos pacientes que continham as seguintes informações: Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada, Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática DN4, Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Participação, Escala de Salsa. A avaliação neurológica simplificada classifica o grau de incapacidades dos portadores e avalia a progressão ou regressão da neurite, permite também o registro, monitoramento e intercâmbio de dados. Escala de Salsa avalia a percepção do paciente quanto a sua limitação de atividade, a extensão da limitação e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização dessas atividades. Escala de Participação é utilizada para triar e dimensionar a restrição à participação social das pessoas afetadas pela hanseníase devido às suas deficiências e/ou incapacidades. A coleta de dados foi realizada através de formulário próprio contendo informações como dados socioeconômicos, forma clínica, uso de medicamentos, grau de incapacidade inicial e final, além dos formulários com as variáveis categóricas que serão apresentados através de frequência absoluta (n) e relativa (%) através de gráficos e tabelas.

## RESULTADOS

No grau de incapacidade evidenciou-se uma melhora significativa na percepção de dor dos pacientes atendidos. Quando analisados isoladamente, é perceptível que 18 (81,8%) dos pacientes diminuíram o score, 3 (13,6%) mantiveram o mesmo valor e 1 (4,6%) aumentaram sua pontuação final (Gráfico 01). Os dados obtidos para dor neuropática demonstraram que houve uma redução da dor neuropática. Quanto a escala de salsa, podemos observar que na avaliação inicial a média de pontuação foi 43 pontos, já na avaliação final foi de 37,1. Onde 66,7% dos pacientes tiveram uma diminuição da pontuação, 19% mantiveram a mesma pontuação e 14,3% aumentaram a pontuação ao final (Gráfico 2).

Escala de Participação 8 pacientes (36,6%) não apresentaram grau de restrição significativo, 4 pacientes (18,1%) tinha um score entre 13 e 22 pontos, indicando restrição leve, 5 pacientes (22,8%) grau moderado de restrição que varia de 34 a 52 pontos, 5 pacientes (22,8%) apresentaram score acima de 53 pontos, indicando restrição extrema. A avaliação neurológica simplificada é dividida, basicamente, em: força muscular, sensibilidade e palpação neural. Na força muscular foram feitos os testes conforme determina o protocolo do ministério da saúde, sendo testados os movimentos de: abdução do quinto dedo, abdução do polegar, extensão de punho, extensão do hálux e dorsiflexão do pé, eram sempre comparados o lado direito com o esquerdo e a classificação foi feita através da escala de Kendal. Os resultados obtidos da força muscular demonstraram que os movimentos em que mais aumentaram em pelo menos um grau de força foram: abdução de polegar e extensão de punho do lado direito e abdução do quinto dedo do lado esquerdo (Tabela 2). A palpação neural mantiveram o mesmo estado neural, mesmo após a intervenção, seguido de melhora e piora da palpação. Considerando que uma melhora do quadro é quando tem diminuição do espessamento dos trocos nervosos periféricos e alívio da dor. Na sensibilidade pacientes identificamos que referente aos MMSS o lado direito obteve a maior porcentagem de melhora, com 45,5%, seguido de 36,4% com piora da sensibilidade e 18% mantiveram o mesmo resultado. Já quanto aos MMII o lado esquerdo foi o que mais obteve melhora da sensibilidade com 45%, seguido por 41% que evoluíram com piora e 14% mantiveram o mesmo resultado (Gráfico 4). Após a análise de prontuários dos pacientes verificamos que as principais condutas fisioterapêuticas realizadas no ambulatório com os pacientes foram: orientação sobre o autocuidado, Alongamento presente em 95,4% dos prontuários. Laser e ultrassom terapêutico com 90,9% dos pacientes, A mobilização neural 81,8% dos pacientes. Com percentual de 68,1%, o fortalecimento muscular. A técnica de liberação miofacial em 55,5% dos prontuários. E 36,6% dos prontuários tinham descritos técnicas de propriocepção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mostra-se pequeno ainda a quantidade de referências teóricas sobre a hanseníase e a atuação fisioterapêutica no seu tratamento, mas nos estudos existentes a fisioterapia ganhou destaque devido a comprovação de seus resultados significativamente benéficos para os pacientes. Com uma atuação ampla, tanto na prevenção, diagnósticos funcionais precoces e/ou tardios, reabilitação, quanto na prescrição de órteses, mostra-se de suma importância sua atuação na equipe multidisciplinar para um tratamento ainda mais eficaz. Concluímos assim, que a atuação da fisioterapia trouxe melhora nos quadros de dor, nos aspectos sociais, bem como a funcionalidade, que resultou numa maior qualidade de vida para esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés**. p.74, 2010.

CUNHA, A.C.S.R. **Censo de deficiências e incapacidades físicas por hanseníase e monitoramento pela escala salsa do plano de autocuidado para prevenção de incapacidades de pacientes atendidos em um centro de referência nacional do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

GARBINO JA. Tratamento clínico das reações da hanseníase com repercussão neurológica – revisão histórica. **Hansen Int Online**. v.37, n.1, p.69-77, 2012.

GOMES, FG., FRADE, M.A.C., FOSS, N.T. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **A. Bras. Dermatol**. Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 433-437, 2007.

KASEN, R. O. Management of plantar ulcers- theory or practice? **Leprosy Review**, v. 64, p.188-198, 1993.

LIMA, G.M., MIRANDA, M.G.R., FERREIRA, T.C.R. **Ação do exercício terapêutico nas neurites crônicas de membros superiores em pacientes portadores de hanseníase atendidos na unidade de referência especializada em dermatologia sanitária Dr. Marcello Candia TT**. Hansenol int online. Bauru, v.34,n.1, p.9-16, 2009.

MENDES, E.V., As redes de atenção à saúde. In: **Prática Clínica Baseada em Evidências**. Belo Horizonte: ESP-MG. p.848, 2009.

QUEIROZ, T. A. et. al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hanseniana. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2015.

RECK, EM., CASAGRANDE, N.I.B., PINHEIRO, D.O., CARVALHO, R.H.A. **Melhora da Dor em Paciente com Sequela de Hanseníase Pós-Aplicação do Ultrassom Pulsado**. Universidade de Cuiabá, Curso de Fisioterapia, MT, Brasil, 2013.

RIBEIRO, G.C., LANA, F.C.F.; **Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução**. Revista Cogitare Enferm. v.20, n.3, p.496-503, 2015.

TAVARES, J.P., BARROS J.S., SILVA, C.C.K., BARBOSA, E., REIS G.R.; SILVEIRA J. M. **Fisioterapia no atendimento de pacientes com hanseníase: um estudo de revisão**. Revista Amazônia. v.1, n.2, p.37-43, 2013.

TAVARES, J.P., BARROS, J.S., SILVA, K.C.C., BARBOSA, E., REIS, G.R., SILVEIRA, J.M. Fisioterapia no atendimento de pacientes com hanseníase: um estudo de Revisão. **Revista Amazônia**. v.1, n.2, p.37-43, 2013.

TOKARS, E., KLUPPEL, E., PINTO, A.C.S et al. **A contribuição do tratamento fisioterápico em portadores de hanseníase num Hospital-Escola de Curitiba.** Reabilitar. São Paulo. v.5, n.18, p.32-6, 2003.

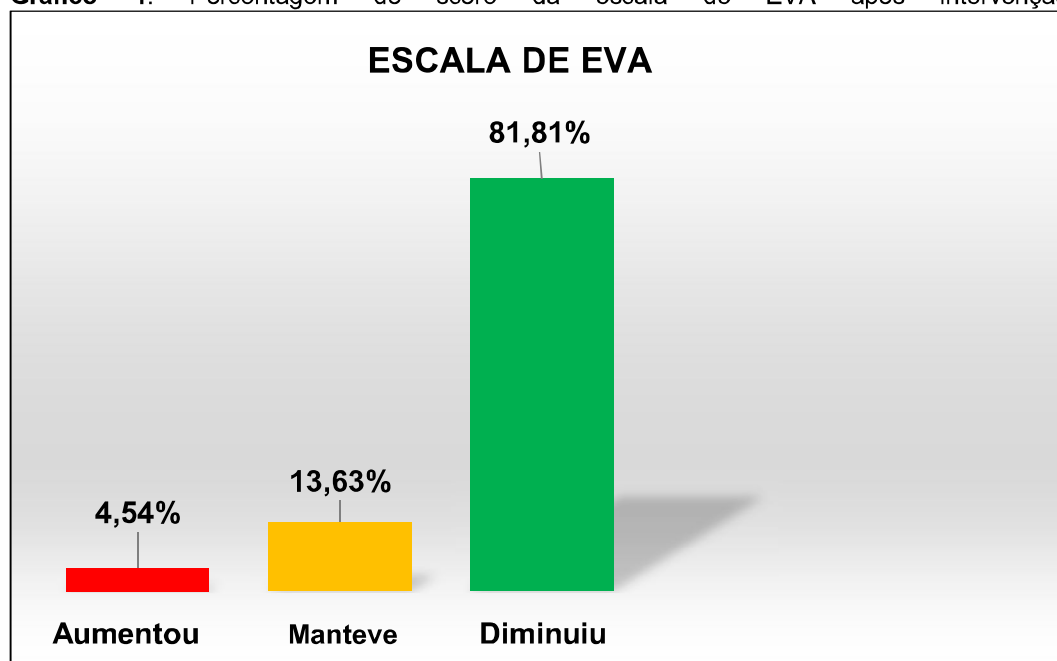
VÉRAS, L.S.T., VALE, R.G.S., MELLO, D.B., CASTRO, J.A.F, DANTAS, E.H.M. **Avaliação da dor em portadores de hanseníase submetidos à mobilização neural.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo. v.18, n.1, p. 31-6, 2011.

VÉRAS, L.S.T., VALE, R.G.S., MELLO, D.B., CASTRO, J.A.F., LIMA, V., TROTT, A., DANTAS, E.H.M. **Função eletromiográfica, grau de incapacidade e dor em pacientes com hanseníase em tratamento de mobilização neural.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.45 no.1 Uberaba jan./fev. 2012.

**Tabela 1:** Grau de incapacidade depois das intervenções.

Grau de incapacidade	Depois	
	n	%
Manteve	17	77,3
Melhorou	3	13,6
Piorou	2	9,1
Total	22	100%

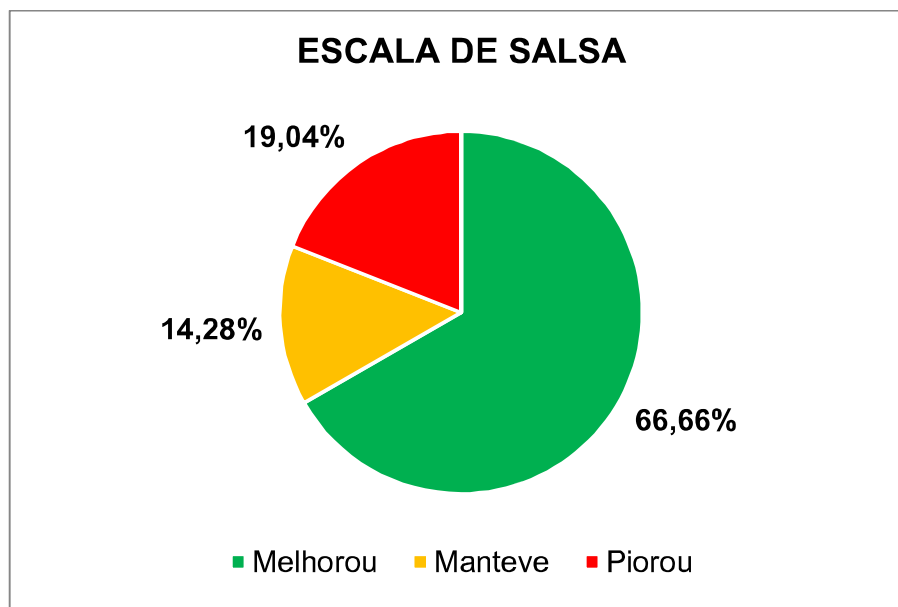
**Gráfico 1:** Porcentagem do score da escala de EVA após intervenção.



**Tabela 2:** Comparação da escala de dor DN4.

Tipo de dor	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Nociceptora	3	13,6	13	59,1
Neuropática	19	86,4	9	40,9
Total	22	100%	22	100%

**Gráfico 2:** Escala de Salsa depois das intervenções.

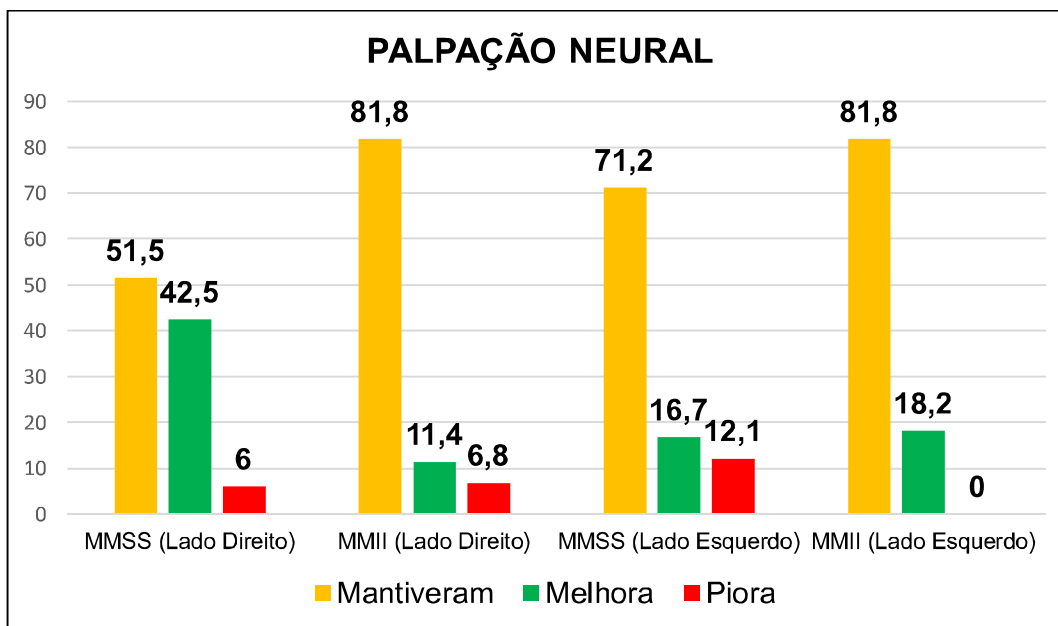


**Tabela 2:** Comparação da força muscular de membros do lado direito e esquerdo

Movimento	Lado Direito	Lado Esquerdo
<b>Abdução do 5º dedo</b>	47,4% M	21% M
	36,8% A	47,4% A
	15,8% D	31,6% D
<b>Abdução do polegar</b>	36,8% M	47,4% M
	47,4% A	36,8% A
	15,8% D	15,8% D
<b>Extensão de punho</b>	36,8% M	47,4% M
	47,4% A	31,6% A
	15,8% D	21% D
<b>Extensão do hálux</b>	47,4% M	42,1% M
	26,3% A	31,6% A
	26,3% D	26,3% D
<b>Dorsiflexão</b>	36,8% M	42,1% M
	42,1% A	31,6%
	21% D	26,3% D

**Legenda:** M: mantiveram a mesma força; A: aumentaram pelo menos 1 grau de força;  
D: diminuíram pelo menos 1 grau de força.

**Gráfico 3:** Comparação da palpação neural de membros superiores e inferiores do lado direito e esquerdo



**Gráfico 4:** Comparação da sensibilidade de membros superiores e inferiores do lado direito e esquerdo

