




Gabriela dos Santos VIEIRA\*

 <https://orcid.org/0000-0001-9902-0375>


Karen de Jesus ROCHA\*\*

 <https://orcid.org/0000-0002-6395-0375>


Maysa da Silva BASI\*\*\*

 <https://orcid.org/0000-0002-6521-2499>

Fabiana Cristina S. M. CAMILO\*\*\*\*

 <https://orcid.org/0009-0004-8229-7895>

Fábio Mendes CAMILO\*\*\*\*\*

 <https://orcid.org/0000-0003-0054-1715>

Recebido em: 14 de novembro de 2022.

Aprovado em: 11 de abril de 2023.

## INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRECOCE EM PÓS-OPERATÓRIO DE TRAUMA GRAVE DE PUNHO: RELATO DE CASO

### RESUMO

A mão e o punho são as partes mais ativas do membro superior sendo vulneráveis a lesões, podendo acarretar sequelas decorrentes de deficiências motoras e/ou sensitivas, muitas vezes permanentes. A reconstrução de todos os tecidos lesados deve ser empregada com o intuito de restaurar a anatomia e permitir retorno funcional. O presente relato de caso justifica-se pelo fato de tratar de um caso raro onde as lesões desse indivíduo podem ser consideradas comuns se forem isoladas, mas não quando acontecem concomitantemente, no qual, se fazem necessárias as intervenções cirúrgicas de tenorrafia, neurorrafia e miorrafia. O objetivo do presente relato de caso foi propor uma intervenção fisioterapêutica utilizando recursos como a cinesioterapia, crioterapia e eletroterapia em um caso de pós-cirurgia reparadora de trauma (cortante) grave de punho direito envolvendo: três tenorrafias, três miorrafias e uma neurorrafia. Por se tratar de um caso incomum, em virtude das lesões citadas que ocorreram concomitantemente, produzindo contribuição aos acadêmicos, profissionais e a comunidade científica, após a realização de 20 sessões, os resultados obtidos comprovaram que a intervenção fisioterapêutica restabeleceu os movimentos que estavam comprometidos.

**Palavras-chave:** Trauma. Punho. Mão. Pós-operatório. Reabilitação.

### EARLY PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN THE POSTOPERATIVE PERIOD OF SEVERE WRIST TRAUMA: CLINICAL CASE REPORT

#### ABSTRACT

The hand and wrist are the most active parts of the upper body and are prone to injury, which may cause sequelae resulting from motor and/or sensory disabilities, which are often lifelong. Reconstruction of all injured tissues is required to restore anatomy and enable functional recovery. The present case report is justified by the fact that it is a rare case where the injuries of this subject may be considered common if isolated, but not when they occur concomitantly, in which surgical interventions of tenorrhaphy, neuroorrhaphy and myorrhaphy are necessary. In this case report, the objective was to propose a physiotherapeutic intervention using resources such as kinesiotherapy, cryotherapy, and electrotherapy in a case of post-surgery repair of severe trauma (sharp) of the right wrist involving: three tenorrhaphy, three myorrhaphy, and one neuroorrhaphy. Since this is an unusual case, due to the aforementioned injuries that occurred concomitantly, producing a contribution to scholars, professionals, and the scientific community, after 20 sessions, the results obtained confirmed that the physiotherapeutic intervention restored the movements that were compromised.

**Keywords:** Trauma. Wrist. Hand. Postoperative. Rehabilitation.

\* Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Santa Fe do Sul – SP/BR – Unifunec, gabi.sv@outlook.com

\*\* Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Santa Fe do Sul – SP/BR – Unifunec, karenjesusrocha0611970@gmail.com

\*\*\* Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Santa Fe do Sul – SP/BR – Unifunec, maysabasi11@gmail.com

\*\*\*\* Docente do Centro Universitário de Santa Fe do Sul – SP/BR – Unifunec, fabianamendescamilocamilo@yahoo.com.br

\*\*\*\*\* Doutor, Docente do Centro Universitário de Santa Fe do Sul – SP/BR – Unifunec, fabiomendescamilo@yahoo.com.br

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do presente relato de caso justifica-se pelo fato de tratar-se de um caso raro onde as lesões desse indivíduo podem ser consideradas comuns se forem isoladas, mas não quando acontecem concomitantemente, no qual, se fazem necessárias as intervenções cirúrgicas de tenorrafia, neurorafia e miorrafia.

Segundo Caetano (1992), a mão recebe sua inervação sensitiva e motora através dos nervos rádio, mediano e ulnar, com ênfase no nervo mediano, que corre ao nível do antebraço entre os músculos flexores superficiais e profundos dos dedos. Faz a inervação dos músculos pronadores do antebraço, flexores do punho e flexores extrínsecos dos dedos, com exceção do músculo flexor ulnar do carpo e metade ulnar do músculo flexor profundo dos dedos. O nervo mediano é considerado nervo informativo, pois consiste na área discriminativa da mão que permite o reconhecimento pela palpação de formas, volumes, textura e temperaturas de diferentes objetos. Com referência à sensibilidade, o nervo mediano transmite inervação para as superfícies laterais palmares dos polegares, indicador, médio e metade do anelar e se estende sobre o dorso das falanges terminais. Atua na proteção como órgão sensorio motor e nos traz informações essenciais para nossa percepção como a temperatura, texturas, espessuras, forma e profundidades dos objetos sendo um diferencial do ser humano (MAGEE, 2005).

Wadsworth (1993, p. 447) estabelece que: Geralmente, a cirurgia é necessária para aliviar os sintomas, corrigir deformidades e restaurar a função. Portanto, as técnicas cirúrgicas não irão fornecer uma correção permanente, não é utilizada isoladamente, exigindo na importância da reabilitação associados a manuseio terapêutico tanto no pré-operatório e pós-operatório, restaurar a função essencial para que o paciente possa reassumir sua independência.

De acordo com Sobania (1992), os tendões flexores dos dedos originam-se no antebraço. No primeiro plano, passa o tendão flexor superficial dos dedos médio e anelar juntamente com o flexor radial do carpo e, mais radialmente, no mesmo nível, o nervo mediano. Em seguida, encontra-se o flexor superficial do dedo indicador e mínimo e, no último plano, seguem os flexores profundos e tendão do longo flexor do polegar, que percorre até o túnel cárpico e se insere na falange distal. Os flexores superficiais iniciam o seu trajeto já individualizados, enquanto os flexores profundos estão unidos em bloco.

Contudo, o músculo braquiorradial é um músculo fusiforme localizado lateralmente no antebraço posterior, une-se ao extensor radial curto do carpo e ao extensor radial longo do carpo e pertence ao grupo superficial dos músculos posteriores do antebraço. Embora, anatomicamente, faça parte dos músculos posteriores do antebraço, extensores do antebraço, as

suas fibras musculares fazem com que ele seja capaz de flexionar o antebraço, até quando o antebraço está semipronado (CARMO, 2022).

A causa mais frequente de insucesso após um reparo de tendão flexor é a formação de aderências. Na zona 2, isto é particularmente evidente, porque nela se encontram os dois tendões flexores em íntimo contato deslizando em um estreito canal osteofibroso. Os resultados funcionais têm melhorado significativamente nas últimas décadas. Este fato deve-se em muito a programas de mobilização precoce pós-operatória que diminuem a formação de aderências peritendinosas devido ao deslizamento dos tendões e em relação aos tecidos circunjacentes (BRAGA-SILVA, 2005, p. 208).

A lesão de nervos periféricos é um trauma grave que geralmente compromete a função do segmento afetado, a despeito da grande evolução ocorrida na reparação dessas estruturas, principalmente após o advento da cirurgia microscópica. Não há dúvida de que a neurorrafia término-terminal, especialmente realizada imediatamente após o trauma, é a melhor forma de reconstrução nervosa (PARDINI JUNIOR; FREITAS; PLENTZ, 2005, p. 544).

Segundo Melo *et al.* (2018), a reabilitação precoce dos traumas de tecidos moles de punho reduz o risco de complicações e dispensa maior uso de outros recursos para o restabelecimento do paciente, como intervenção cirúrgica secundária.

O presente trabalho tem como objetivo propor uma intervenção fisioterapêutica em caso de pós-cirurgia reparadora de trauma (cortante) grave de punho direito (envolvendo: três tenorrafias, três miorrafias e uma neurorrafia).

## 2 METODOLOGIA

Trabalho aprovado pelo comitê de ética sob o CAAE: 60958822.8.0000.5428.

Paciente E. A. P. M., idade de 18 anos, sexo masculino, pós-operatório de trauma grave de punho direito, encaminhado em 01/09/2021 (após 15 dias do evento cirúrgico), pelo ESF Centro do município de Santa Fé do Sul/SP, ao serviço de fisioterapia (triado ao setor de ortopedia/traumatologia) localizado no Centro de Reabilitação do Unifunec (Santa Fé do Sul/SP), quando foi submetido a uma avaliação fisioterapêutica.

Para avaliação e coleta de dados, foram realizados os seguintes procedimentos: Anamnese, Exame físico, incluindo inspeção, perimetria (fita métrica); goniometria (goniômetro), palpação, teste de força muscular (escala de Kendall), Teste de sensibilidade tátil e dolorosa (agulha/escova (martelo de reflexo) e copo com água quente e gelada) nível de dor escala visual numérica (EVN), de acordo com a ficha de avaliação padrão do setor de ortopedia (ANEXO A).

O paciente relata que sofreu acidente doméstico de trauma direto cortante (em janela de vidro) na região ventral do punho direito no dia 14/08/2021. No mesmo dia, o paciente foi encaminhado para a UPA de Santa Fé do Sul/SP, onde foi atendido emergencialmente e posteriormente encaminhado, no dia seguinte, ao Hospital de Base (São José do Rio Preto/SP), quando foi submetido a uma cirurgia reparadora envolvendo três tenorrafias (tendões dos músculos: flexor profundo do polegar, flexor radial do carpo e palmar longo), três miorrafias (músculos: braquiorradial, flexor profundo dos dedos e flexor superficial dos dedos) e uma neurorafia (nervo mediano), realizada pela Dra. Erika Renata Motinaga Sunahara no dia 15/08/2021.

No pós-operatório, o paciente relatou como queixa principal dificuldade para realizar os movimentos de punho e mão afetados: “não consigo realizar minhas atividades simples como pegar objetos pessoais e o dedo polegar e indicador fica latejando” (SIC). Ele descreveu ainda dor em grau 3 (escala visual numérica – EVN) apenas ao executar movimentos acima da ADM apresentada.

Durante o exame físico, observou-se, na inspeção, presença de cicatriz (trauma + incisão cirúrgica), com tamanho aproximado de 5cm (em forma de “U”) na face ventral do punho direito (fig. 1) e de um pequeno edema (perimetria comparada: punho direito = 18,0cm e esquerdo = 16,5cm).

Figura 1 - Cicatriz.



Fonte: Dos próprios autores.

Na palpação, o paciente relatou dor na região dorsal da mão e região da cicatriz. Ao teste de sensibilidade, apresentou comprometimento total sensorial tátil, térmico e doloroso nos dedos polegar, indicador e parcial no dedo médio

Durante a investigação da mobilidade ativa do segmento envolvido, observaram-se: limitação dos movimentos de pinça da mão em todos os dedos (fig. 2); redução na ADM ativa do punho comprometendo a extensão (limitada a 0°) e a flexão (limitada a 45°); redução na ADM ativa da extensão do cotovelo (limitada a 20°). A perimetria comparada de antebraço, apresentou diferença (de +1,5cm / lado direito), caracterizando hipotrofia muscular das lojas flexo/extensora de punho mão e dedos. Observou-se ainda hipotrofia generalizada nos músculos interósseos da mão. Ao teste de força, foi constatada sua diminuição em todos os músculos citados configurando grau 2 de força (escala de Kendall). Os demais movimentos do segmento não apresentaram alterações.

Figura 2 - Limitações aos movimentos de pinça.



Fonte: Dos próprios autores.

Ficou estabelecido como diagnóstico fisioterapêutico: sequelas em tecidos moles pós-cirúrgico de trauma de punho direito e determinados como objetivos do tratamento: acelerar processo cicatricial e reduzir processo inflamatório; impedir formação de aderências cicatriciais; restabelecer ADM, força e trofismo; redução do quadro álgico, restauração da sensibilidade e função do segmento envolvido e retorno as AVD's.

A partir dos achados obtidos durante a avaliação foi proposto um programa de reabilitação fisioterapêutica incluindo:

Crioterapia com a técnica de banho de imersão (água + gelo) por 20 minutos, para favorecer alongamento passivo.

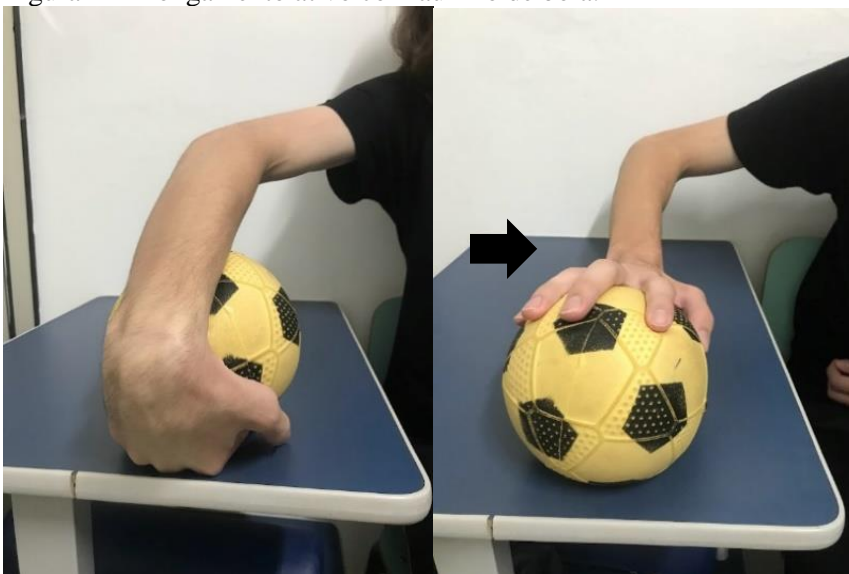
Criocinesioterapia envolvendo exercícios de alongamento passivo (nos 5 minutos finais do banho de imersão – cinesioterapia), (fig. 03) e alongamento ativo envolvendo músculos das lojas flexoras de punho e dedos (fig. 04), do bíceps braquial e braquiorradial, visando ganhar ADM de cotovelo.

Figura 3 - Criocinesioterapia.



Fonte: Dos próprios autores.

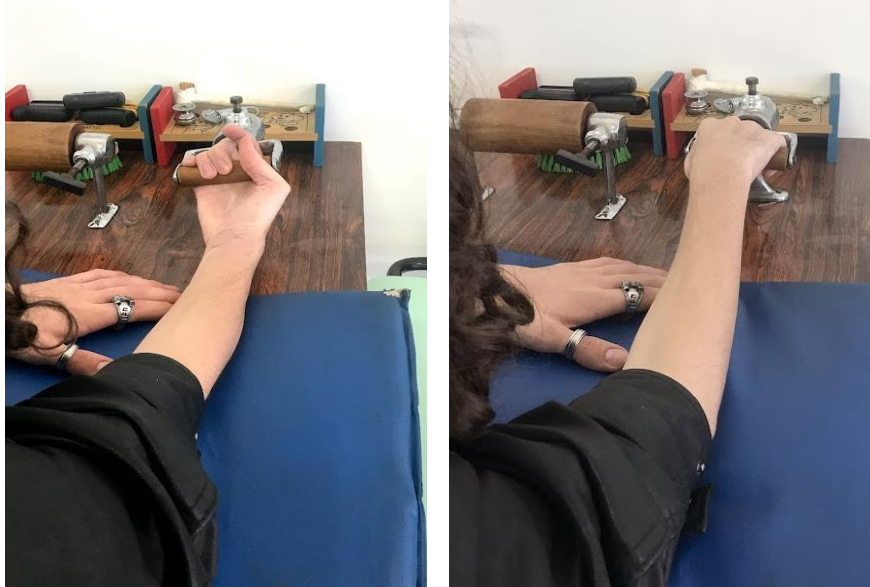
Figura 4 - Alongamento ativo com auxílio de bola.



Fonte: Dos próprios autores.

Ainda na cinesioterapia, foram adotados exercícios ativos resistidos para músculos pronadores e supinadores de antebraço (mesa de Kanavel) (fig.05), músculos extensores de punho e mão com faixa elástica. Para o músculo flexor profundo dos dedos e abdutores do polegar utilizou-se o equipamento digiflex.

Figura 5 - Exercícios ativos resistidos de pronação/supinação (mesa de Kanavel).



Fonte: Dos próprios autores.

Utilizando recursos da massoterapia, adotaram-se manobras de liberação cicatricial (fig. 05) e da fototerapia com equipamento de LASER- marca Carci (Arsenieto de Gálio - 904nm) técnica de aplicação por pontos com potência de 3,0 joules, na região cicatriz cirúrgica. Com finalidade anti-inflamatória, utilizou-se equipamento de Ultrassom terapêutico de 1 MHz - marca Ibramed, dosimetria: modo pulsado, intensidade  $0,75\text{W}/\text{cm}^2$  por 4 minutos, sobre a região de cicatriz (região ventral do punho).

Figura 5 - Manobra liberação cicatricial.



Fonte: Dos próprios autores.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente foi submetido a um total de 20 sessões de fisioterapia, sendo 2 sessões por semana, durante o período de 01/09/2021 a 08/12/2021, (com 15 dias de pós-cirúrgico). A cada sessão, foi registrada a evolução do tratamento e do quadro clínico do paciente, considerando os aspectos mais relevantes de sinais e sintomas apresentados.

Com o objetivo de reduzir o processo inflamatório e acelerar o reparo da lesão, foram adotados os recursos de laserterapia (ASGA) e ultrassom terapêutico (0,7 w/cm<sup>2</sup>). Segundo Tallamin (2021), a laserterapia tem efeitos anti-inflamatórios, vasodilatadores e antibacterianos e, de acordo com Santos *et al.* (2021), através das ondas mecânicas do ultrassom, mediadores químicos ativam células responsáveis pela cicatrização, por exemplo os fibroblastos; contribuindo para o fim do processo inflamatório e início da cicatrização da lesão. Dessa forma, observou-se que, após 4 sessões de aplicação desses recursos, o paciente relatava ausência de dor, evoluindo para 0 pontos de acordo com a EVN, (dor inicial 3,0 pontos). O quadro de edema (punho direito), identificado por perimetria durante a avaliação inicial, evoluiu satisfatoriamente, apresentando completa regressão, na 20<sup>a</sup> sessão de atendimento, conforme os dados representados no quadro 1.

Quadro 1 - Valores perimétricos comparativos do quadro de edema.

Avaliação inicial	Avaliação final
Punho Direito = 18cm	Punho Direito = 16,5cm
Punho Esquerdo = 16,5cm	Punho Esquerdo = 16,5cm

Fonte: Dos próprios autores.

Figura 6 - Amplitude de movimento (ADM) de punho, cotovelo e dedos ao término do tratamento.



Fonte: Dos próprios autores.

A crioterapia, usando a técnica de banho por imersão, foi empregada na fase de pré- alongamento. Segundo Lucena *et al.* (2013), a crioterapia provoca resultados de anestesia e analgesia. Outras características também citadas pela autora é de que a crioterapia permite a mobilização precoce e diminuir espasmo, tornando-se possível um relaxamento muscular do segmento lesado.

Freitas e Luzardo (2013) afirma que a aplicação do frio tem finalidade de diminuição do processo inflamatório, levando à diminuição de edema nas regiões lesionadas, do espasmo muscular, restabelecendo as funções do tecido lesionado, além de proporcionar melhora na sensação de dor decorrente da lesão muscular.

Com relação ao ganho de ADM, constatou-se na décima sessão, aumento na amplitude da extensão do punho evoluindo para um alcance de 50 graus e restauração completa de ADM dos dedos, exceto a do polegar limitada na flexão. Com relação ao movimento de extensão do cotovelo, este apresentou completa restauração na 19ª sessão, conforme dados do quadro 2.

Quadro 2 - Representa valores de ADM do punho e cotovelo, antes e após tratamento.

Avaliação inicial	Avaliação final
Extensão de Punho -10°	Extensão de Punho 50°
Flexão de Punho 45°	Flexão de Punho 85°
Extensão de Cotovelo 20°	Extensão de Cotovelo 0°

Fonte: Dos próprios autores.

A literatura define parâmetros de normalidade em relação às medições realizadas nesse estudo, como extensão cotovelo (145-0°), flexão de punho (0-90°) e extensão de punho (0-70°).

Grande, Galvão e Gondim (2011) explicam que a goniometria é o método utilizado para avaliar a angulação articular de déficits articulares e perdas de movimento por lesões músculo-tendíneas, visando à amplitude de movimento do segmento afetado.

A avaliação é realizada com goniômetro, um instrumento de medida, que consiste em duas hastes, a barra fixa (proximal) e uma barra móvel (distal). A goniometria é necessária para a definição, tanto da propedêutica como do prognóstico no indivíduo submetido à reabilitação da mão.

Segundo Braga-Silva *et al.* (2011), estudos apontam que a mobilização precoce gera um maior ganho de amplitude articular, comparada imobilização. Ainda Braga-Silva *et al.* (2011) comentam que, para tal conduta, necessita-se de um terapeuta treinado ou fisioterapeuta que se dedique ao processo de reabilitação.

Após 20 sessões de atendimento, o paciente relatou restauração sensorial total do dedo médio e melhora sensorial tátil e térmica nos dedos indicador e polegar. Segundo o quadro 3.

Quadro 3 - Representa valores iniciais e finais de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa

Avaliação inicial	Avaliação final
Perda sensorial parcial na polpa digital de polegar, indicador e dedo médio.	Normalização do aspecto tátil sensorial na polpa digital de dedo médio
Na face ventral do polegar, indicador e falanges distais não apresentam sensibilidade.	Normalização do aspecto tátil sensorial em falanges distais.
Na face palmar o polegar e indicador não apresentam sensibilidade.	Apresenta alteração na sensibilidade tátil e térmica nos dedos polegar e indicador
Dedo médio apresenta perda parcial de sensibilidade.	Normalização do aspecto tátil sensorial em dedo médio.

Fonte: Dos próprios autores.

O paciente iniciou o tratamento apresentando grau 2 de força (escala de Kendall) em toda musculatura envolvida, já na 9ª sessão apresentou grau 5 de força (quadro 4), apresentando restauração completa dos movimentos de pinça e motricidade fina, quando relatou restauração das principais AVD's.

Quadro 4 - Representa valores de força na escala de Kendall

Antes do Tratamento	Depois do Tratamento
Grau 2	Grau 5

Fonte: Dos próprios autores.

A reabilitação do paciente foi interrompida devido ao término do semestre letivo, quando são suspensos os atendimentos do centro universitário, dessa forma, aspectos relacionados à restauração da ADM e sensibilidade, apesar de apresentarem melhora significativa, não alcançaram a normalidade.

#### 4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a proposta de intervenção fisioterapêutica neste relato de caso foi efetiva na reabilitação do segmento afetado proporcionando assim restauração das AVDs.

## REFERÊNCIAS

BRAGA-SILVA, J *et al.* Mobilização pós-operatória com flexão ativa precoce após reparo de tendões flexores na zona 2. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. v.20, n.4, p. 207-212, 2005. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/274/pt-BR/mobilizacao-pos-operatoria-com-flexao-ativa-precoce-apos-reparo-de-tendoes-flexores-na-zona-2>. Acesso em: 11 ago. 2022.

BRAGA-SILVA, J *et al.* Lesões tendinosas da mão. **Revista da AMRIGS**, v.55, n.2, p.197-201, abr.-jun. 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Jefferson-Braga-Silva/publication/268181470\\_Lesoes\\_tendinosas\\_da\\_mao/links/557032a808aeccd777417f07/Lesoes-tendinosas-da-mao.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jefferson-Braga-Silva/publication/268181470_Lesoes_tendinosas_da_mao/links/557032a808aeccd777417f07/Lesoes-tendinosas-da-mao.pdf). Acesso em 18 ago. 2022.

CAETANO, E. **Anatomia funcional da mão**. In: PARDINI, Arlindo. Traumatismo da mão. Rio de Janeiro: MDSI, 1992. p. 9-61.

CARMO, R. **Anatomia da mão**. Kenhub. Abr. 2022. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/anatomia-da-mao>. Acesso em: 10 mai. 2022.

FREITAS, C; LUZARDO, R. Crioterapia: efeitos sobre as lesões musculares. **Revista Episteme Transversalis**, v. 4, n.1, 2013. Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/download/133/117>. Acesso em: 25 ago. 2022.

PARDINI JUNIOR, A; FREITAS, A. D.; PLENTZ, E. G. A. Avaliação da sensibilidade após neurografia término-lateral de nervos digitais: nota prévia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.40, n.9, 2005. Disponível em: [https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/40-8/2005\\_set\\_04.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/40-8/2005_set_04.pdf). Acesso em 13 maio 2022.

GRANDE, A.; GALVÃO, F.; GONDIM, L. Reabilitação virtual através do videogame: relato de caso no tratamento de um paciente com lesão alta dos nervos mediano e ulnar. **Acta Fisiátrica**, v. 18, n. 3, p. 157-162, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103644/102108>. Acesso em 23 ago. 2022.

LUCENA, A. P. *et al.* A influência da crioterapia na fratura distal de rádio. **Revista de trabalhos acadêmicos-campus Niterói**. 2013. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=view&path%5B%5D=1031&path%5B%5D=757>). Acesso em: 09 ago. 2022.

MAGEE, D. J. **Avaliação Musculoesquelética**. 4. ed. Barueri: Manole, 2005.

MELO, R. *et al.* Tratamento pós-operatório de tenorrafias dos tendões flexores da mão: uma revisão narrativa. **Acta Médica** (Porto Alegre), v.39, n.1, p.323-334, 2018. Disponível em: <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-1/arquivos/pdf/27.pdf>. Acesso em 11 ago. 2022.

SANTOS, A. P. A. M. *et al.* Ação fisioterapêutica do ultrassom. **Revista liberum accessum**. v. 9, n. 1, p. 1-9, 2021.

SOBANIA, L. **Lesões dos tendões flexores**. In: PARDINI, A. Traumatismo da mão. Rio de Janeiro: MDSI, 1992. P. 169-199.

TALLAMINI, I.; PINHEIRO SANTOS MARQUES, L. Processo de cicatrização e efeito da laserterapia de baixa potência: revisão integrativa. **Revista Ciência & Humanização: Hospital de Clínicas de Passo Fundo**, Passo Fundo, RS/Brasil, v. 1, n. 1, p. 123–137, 2020. Disponível em: <https://rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/22>. Acesso em 2 maio. 2023.

WADSWORTH, C. Punho e mão. In: GOULD, James. **Fisioterapia na ortopedia e na medicina do esporte**. São Paulo: MIR, 1993. p. 421-45.

## ANEXO A

Centro Universitário de Santa Fé do Sul - UNIFUNEC  
Clínica Escola de Fisioterapia – Setor Ortopedia e Traumatologia –  
Rua 08, 854 – Santa Fé do Sul, São Paulo – CEP 15.775-000  
Fones: (017) 3641-9000



### Cadastro de Paciente

**Identificação** **Pront:**.....  
 Nome:..... Tel: (.....) .....  
 Data de Nasc.:...../...../..... Sexo:..... Côm:..... Estado Civil:.....  
 Peso:..... Altura:..... Nacionalidade:..... Naturalidade:.....  
 Grau de Instrução:..... Profissão Atual:.....  
 Endereço:..... No.:..... Bairro:.....  
 Cidade:..... UF:..... CEP:.....  
 Examinador:..... Data da Entrevista:...../.....  
 Encaminhado(a) pelo(a):..... CRM:.....  
 Diagnóstico de Origem:.....  
 Pressão Arterial:...../..... mmHg. Temperatura Corporal:.....C°. FCR:.....t

### ANAMNESE

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

História de Doença Atual/ Pgressa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Avaliação Físico/Funcional (Exame Físico)

Inspeção \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mobilidade Ativa: \_\_\_\_\_

Mobilidade Passiva: \_\_\_\_\_

Goniometria: \_\_\_\_\_

Perimetria: \_\_\_\_\_

### Teste de força muscular

Escala de Kendall – grau 0 ( ), grau 1 ( ), grau 2 ( ), grau 3 ( ), grau 4 ( ), grau 5 ( ).

Tipos de Pé:

Grego ( ) Egípcio ( ) Quadrado ( ) Index Minus ( ) Index Minus Plus ( ) Index Plus ( )

Deformidades de Pé:

Plano ( )

Cavo ( )

Equino ( )

Chato ( )

Tipos de Joelho:

Genoflexo ( ) Genorecurvato ( ) Genovaro ( ) Genovalgo ( ) -- Ângulo

Quadrípital:..... graus.

**Palpação:** \_\_\_\_\_

miótomos: \_\_\_\_\_

esclerótomos: \_\_\_\_\_

dermatomoL4: \_\_\_\_\_

### Escala Visual Numérica (EVN)

\_\_\_\_\_

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Sensibilidade** Alterada: ( ) Táctil ( ) Térmica ( ) Dolorosa ( ) Proprioceptiva

**Testes especiais:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Exames Complementares

RNM ( )    TC ( )    RX ( )    Ultrassom ( )

(Laudos) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos/ Problemas Associados:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Fisioterapêutico:** \_\_\_\_\_

**Objetivos do Tratamento:**

**Tratamento:**

**Estagiário:**

**Supervisor:**