

**INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO  
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA  
SAÚDE DO PORTO**

**TRABALHO DE PROJECTO  
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**CURSO DE MESTRADO EM FISIOTERAPIA  
TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA**

**TRABALHO REALIZADO POR:  
CÁTIA MIRELA CAESSA E SÁ  
ALBUQUERQUE  
ORIENTADORA:  
PROF. DRA. ELISA RODRIGUES**

**2010**

Agradeço ao meu namorado Ricardo, que foi a pessoa que mais esteve presente durante a realização deste trabalho, que me incentivou constantemente e nunca me deixou desistir, mesmo nos momentos mais difíceis. Que me apoiou sempre com o seu amor e carinho, de forma incondicional.

Agradeço igualmente aos meus pais, Felicidade e Belarmino que estiveram do meu lado, sempre preocupados e encorajadores, apoiando-me inteiramente

Agradeço à minha orientadora que me acompanhou na elaboração deste trabalho e mostrou uma constante disponibilidade sempre que a procurei.

Agradeço aos pacientes que aceitaram fazer parte deste trabalho, pela sua disponibilidade e interesse em que este tivesse êxito.

Agradeço a todos os outros docentes do Mestrado, que me transmitiram tanto conhecimento e estiveram sempre prontos a prestar esclarecimentos de qualquer dúvida que surgisse.

Agradeço aos meus sócios e colegas de trabalho, que me facilitaram o estágio e toda a restante investigação, nunca me colocando qualquer entrave, sendo desta forma pessoas que também contribuíram para a execução desta investigação.

## **ÍNDICE:**

Introdução .....	1
Fichas clínicas .....	3
Paciente I .....	3
Dados pessoais .....	3
Diagnóstico médico.....	3
História clínica .....	3
Avaliação .....	4
Registos .....	4
Diagnóstico em fisioterapia .....	5
Considerações/Conclusões gerais .....	5
Tratamento efectuado .....	6
Objectivos gerais do tratamento .....	7
Objectivos específicos de cada procedimento .....	7
Evolução ao longo do tratamento .....	7
Discussão .....	7
Prognóstico .....	8
Paciente II .....	9
Dados pessoais .....	9
Diagnóstico médico .....	9
História clínica .....	9
Avaliação.....	10
Registos .....	10
Diagnóstico em fisioterapia .....	13
Considerações/Conclusões gerais .....	13
Tratamento efectuado .....	13
Objectivos gerais do tratamento .....	14
Objectivos específicos de cada procedimento .....	14
Evolução ao longo do tratamento .....	14
Discussão .....	14
Prognóstico .....	15
Paciente III .....	16
Dados pessoais .....	16
Diagnóstico médico .....	16
História clínica .....	16
Avaliação .....	17
Registos .....	18
Diagnóstico em fisioterapia .....	19
Considerações/Conclusões gerais .....	19
Tratamento efectuado .....	19
Objectivos gerais do tratamento .....	20
Objectivos específicos de cada procedimento .....	20
Evolução ao longo do tratamento .....	21
Discussão .....	21
Prognóstico .....	21
Paciente IV .....	23
Dados pessoais .....	23
Diagnóstico médico .....	23
História clínica .....	23
Avaliação .....	24
Registos .....	24
Diagnóstico em fisioterapia .....	25
Considerações/Conclusões gerais .....	26
Tratamento efectuado .....	26

Objectivos gerais do tratamento .....	26
Objectivos específicos de cada procedimento .....	27
Evolução ao longo do tratamento .....	27
Discussão .....	27
Prognóstico .....	28
Paciente V .....	29
Dados pessoais .....	29
Diagnóstico médico .....	29
História clínica .....	29
Avaliação .....	30
Registos .....	30
Diagnóstico em fisioterapia .....	32
Considerações/Conclusões gerais .....	32
Tratamento efectuado .....	32
Objectivos gerais do tratamento .....	33
Objectivos específicos de cada procedimento .....	33
Evolução ao longo do tratamento .....	33
Discussão .....	33
Prognóstico .....	34
Paciente VI .....	35
Dados pessoais .....	35
Diagnóstico médico .....	35
História clínica .....	35
Avaliação .....	36
Registos .....	36
Diagnóstico em fisioterapia .....	37
Considerações/Conclusões gerais .....	37
Tratamento efectuado .....	37
Objectivos gerais do tratamento .....	38
Objectivos específicos de cada procedimento .....	38
Evolução ao longo do tratamento .....	38
Discussão .....	38
Prognóstico .....	39
Paciente VII .....	40
Dados pessoais .....	40
Diagnóstico médico .....	40
História clínica .....	40
Avaliação .....	41
Registos .....	41
Diagnóstico em fisioterapia .....	42
Considerações/Conclusões gerais .....	42
Tratamento efectuado .....	43
Objectivos gerais do tratamento .....	43
Objectivos específicos de cada procedimento .....	43
Evolução ao longo do tratamento .....	43
Discussão .....	44
Prognóstico .....	44
Paciente VIII .....	45
Dados pessoais .....	45
Diagnóstico médico .....	45
História clínica .....	45
Avaliação .....	45
Registos .....	46
Diagnóstico em fisioterapia .....	47
Considerações/Conclusões gerais .....	47

Tratamento efectuado .....	47
Objectivos gerais do tratamento .....	48
Objectivos específicos de cada procedimento .....	48
Evolução ao longo do tratamento .....	48
Discussão .....	48
Prognóstico .....	49
Paciente IX .....	50
Dados pessoais .....	50
Diagnóstico médico .....	50
História clínica .....	50
Avaliação .....	51
Registos .....	52
Diagnóstico em fisioterapia .....	54
Considerações/Conclusões gerais .....	54
Tratamento efectuado .....	54
Objectivos gerais do tratamento .....	55
Objectivos específicos de cada procedimento .....	55
Evolução ao longo do tratamento .....	55
Discussão .....	56
Prognóstico .....	56
Paciente X .....	57
Dados pessoais .....	57
Diagnóstico médico .....	57
História clínica .....	57
Avaliação .....	58
Registos .....	58
Diagnóstico em fisioterapia .....	61
Considerações/Conclusões gerais .....	61
Tratamento efectuado .....	61
Objectivos gerais do tratamento .....	61
Objectivos específicos de cada procedimento .....	61
Evolução ao longo do tratamento .....	62
Discussão .....	62
Prognóstico .....	62
Paciente XI .....	63
Dados pessoais .....	63
Diagnóstico médico .....	63
História clínica .....	63
Avaliação .....	64
Registos .....	64
Diagnóstico em fisioterapia .....	66
Considerações/Conclusões gerais .....	66
Tratamento efectuado .....	66
Objectivos gerais do tratamento .....	67
Objectivos específicos de cada procedimento .....	67
Evolução ao longo do tratamento .....	67
Discussão .....	68
Prognóstico .....	68
Paciente XII .....	69
Dados pessoais .....	69
Diagnóstico médico .....	69
História clínica .....	69
Avaliação .....	69
Registos .....	70
Diagnóstico em fisioterapia .....	71

Considerações/Conclusões gerais .....	71
Tratamento efectuado .....	71
Objectivos gerais do tratamento .....	72
Objectivos específicos de cada procedimento .....	72
Evolução ao longo do tratamento .....	73
Discussão .....	73
Prognóstico .....	73
Estudo de caso .....	74
Revisão bibliográfica .....	76
Anatomia .....	76
Fisiopatologia .....	77
Manifestações clínicas .....	79
Diagnóstico .....	80
Diagnóstico diferencial .....	82
Tratamento .....	82
Ficha clínica - Paciente XIII .....	85
Diagnóstico médico .....	85
História clínica .....	85
Avaliação .....	86
Registos .....	87
Diagnóstico em fisioterapia .....	90
Considerações/Conclusões gerais .....	90
Tratamento efectuado .....	90
Objectivos gerais do tratamento .....	91
Objectivos específicos de cada procedimento .....	91
Evolução ao longo do tratamento .....	91
Discussão .....	92
Prognóstico .....	93
Conclusão .....	93
Notas gerais .....	93
Conclusão do trabalho .....	95
Bibliografia .....	96
Anexos .....	i
Anexo A .....	ii
Anexo B .....	xv
Anexo C .....	xxviii



## INTRODUÇÃO

Muitas são as técnicas que surgiram para tratamento de Fisioterapia e reabilitação de pacientes ao longo dos anos. Especialmente na área de músculo-esquelético e terapia manual, há uma panóplia de técnicas e métodos ao dispor dos Fisioterapeutas.

Com todas estas técnicas, o Fisioterapeuta tem que saber seleccioná-las para cada situação clínica que lhe surge, na tentativa de obter os melhores resultados possíveis na reabilitação do paciente.

Este trabalho destina-se a elaborar um relatório de estágio, onde vão ser abordados os conhecimentos transmitidos e adquiridos no decorrer da parte curricular do Mestrado.

Assim, vão ser dadas a conhecer informações clínicas dos pacientes, recolhidas as devidas avaliações, elaborado um plano de tratamento, apresentadas as técnicas aplicadas e os resultados que essas técnicas têm nos pacientes em estudo.

Desta forma, tive a oportunidade de utilizar o conhecimento teórico-prático adquirido durante as aulas de Mestrado e aplicá-lo a situações reais. Esta vertente técnico-prática decorreu durante um período de quatro meses, na clínica MediCastelo, localizada na cidade de Mangualde. Os pacientes da área de medicina física e reabilitação são predominantemente do foro músculo-esquelético, nas suas mais diversas patologias. Nestes quatro meses, recolheram-se todos os dados clínicos, de forma a elaborar o presente relatório.

Para além da apresentação do exame de cada paciente, vai ser apresentado um estudo de caso, relativo a um paciente que incorpora o estudo.

Este relatório vai abranger todos os conteúdos programáticos do Mestrado, pois o estágio baseou-se nesses teores. Foram seleccionados pacientes do foro músculo-esquelético, para poderem ser aplicadas técnicas relativas à Terapia Manual Ortopédica, possibilitando certificar-me e ajustar devidamente a minha aprendizagem perante as intervenções solicitadas e tratamentos executados

Vão ser apresentados 13 pacientes, com as seguintes patologias: Espondilite Anquilosante; Ligamentoplastia; Epicondilite e Tendinopatia do supra-espinhoso; Entorse da tíbio-társica; Sequelas de luxação do ombro; Lombalgia e cialgia; Escoliose dorso-lombar; Lombociatalgia por hérnia e protusão; 2 pacientes por Meniscectomia; Pós cirúrgico de lesão do nervo cubital; Dorsalgia e lombalgia pós entorse; Síndrome do desfiladeiro torácico operado.

Os pacientes foram seguidos pelo menos durante 10 sessões de tratamento, em que cada sessão teve a duração de pelo menos 1 hora. Durante cada sessão realizaram uma série de tratamentos, em que eram aplicadas técnicas leccionadas no Mestrado e outras, da



vertente da Terapia Manual. Mas, tentando sempre aplicar as técnicas leccionadas no Mestrado, quando assim o era indicado, não só com o objectivo de aperfeiçoar essas técnicas, como também de verificar a sua eficácia nos casos clínicos presentes.



# Fichas Clínicas

## PACIENTE I



15 Sessões de Fisioterapia  
(de 4 a 22 de Janeiro)

### Dados pessoais

Nome: B.A.

Sexo: Masculino

Idade: 52 anos

Estado civil: Casado

Profissão: Reformado

Ocupação dos tempos livres: passear, ler o jornal, cozinhar, ver televisão.

**Diagnóstico médico:** Espondilite anquilosante. Transplante renal.

**História Clínica:** Desde os 11 anos de idade que sentia dores ósseas e foi-lhe diagnosticada a patologia. Na altura não havia grande conhecimento nem tratamento para a doença, não sendo aconselhado sequer a realizar fisioterapia. Fez algum tratamento medicamentoso, que lhe parou a função renal. Entrou em hemodiálise, cerca de dois anos e meio. Em Março de 1989 foi transplantado. Durante estes anos não tem tido grandes dores ósseas e articulares, mesmo não tomando medicação analgésica. De há 2 anos para cá as dores na coxo-femoral e bacia esquerdas acentuaram-se. O paciente refere que na coluna vertebral as dores não se têm exacerbado, mas a postura tem piorado e as alterações ósseas têm sido mais relevantes. Doente hipertenso há aproximadamente 4 anos. Toma muita imuno-supressão para a patologia renal (Sandimmun Neoral, Meticorten, Cellcept) e hipotensores (Hyperium e Renitec). Quando tem dores, não é aconselhável tomar

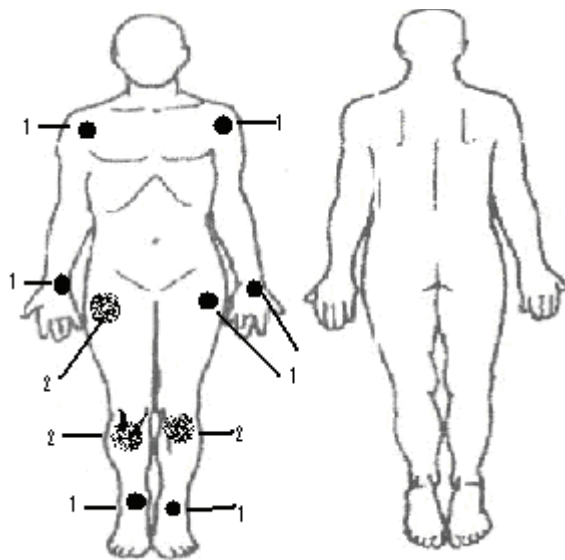


analgésicos nem anti-inflamatórios, pois estes medicamentos são geralmente contraindicados em transplantados renais, evitando-os desta forma ao máximo.

**Avaliação:** Durante a avaliação inicial observou-se que o paciente apresenta uma claudicação considerável quando faz apoio da coxo-femoral esquerda, tipo marcha de Tredlemburg. Apresenta-se bem disposto, mas parece ser uma pessoa cansada e com dor. A sua postura geral é sempre encostado ou apoiado a alguma coisa. Está com o tronco em flexão, especialmente a região cervical e os ombros. Sentado está sempre mais inclinado para o lado direito. Durante o questionário o paciente dá ênfase ao transplante renal e à dor que se tem vindo a agravar nos últimos meses, razão pela qual decidiu fazer tratamento de fisioterapia. Quando se questiona sobre as dores, refere que a maior dor é na anca esquerda, nas tíbio-társicas, punhos e complexo articular do ombro. Refere ainda que a dor é do tipo mecânica, pois está presente em movimento, e em repouso raramente surge dor. Numa avaliação mais pormenorizada constata-se que na generalidade as articulações já não apresentam mobilidade completa. Essa mobilidade está limitada, em quase todos os casos pela dor que o paciente sente ao movimento das mesmas. No entanto, optou-se por não realizar uma medição das amplitudes articulares “pura”, pois tem um deficit global. Também é notável uma atrofia generalizada dos músculos dos membros inferiores e superiores.

### **Registos:**

#### Body Charter



- 1- Dores articulares do tipo mecânicas mais acentuadas
- 2- Dores menos acentuadas, mas igualmente do tipo mecânica

**Registo da avaliação postural** (apenas serão referidas as alterações)

#### Vista Anterior:

- Varismo da coxo-femoral esquerda
- Valgismo do joelho esquerdo

Perfil:

- Anteriorização da cabeça
- Aumento da lordose cervical
- Anteriorização dos ombros
- Hipercifose dorsal
- Flexo das coxo-femorais
- Flexo dos joelhos

Vista posterior:

- Omoplatas ligeiramente aladas (++ direita)

## Registo da dor:

**Tabela 1:** Registo da escala de dor, das articulações onde o paciente apresenta dor

<b>Dor</b> (escala de 0-10)	<b>Em movimento*/Mecânica</b>
Ancas	7
Complexo articular do ombro	6
Joelhos	2
Pés e tíbio-társicas	4

\* Os movimentos em que existe dor são a marcha, subir e descer escadas e o agachamento para apanhar algum objecto do chão.

**Notas:** O paciente refere que acorda frequentemente pela noite com câibras muito fortes nos músculos tricípites sural ou nos dedos dos pés e das mãos. No entanto faz análises frequentemente e não tem os valores do magnésio alterados. De qualquer forma, indique-lhe uma consulta para ter uma opinião médica para tomar um suplemento vitamínico com magnésio.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Alterações posturais; Dor generalizada. Alterações degenerativas decorrentes da patologia.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante a avaliação efectuada, é urgente tratar ou pelo menos minorar a dor do paciente. Este paciente tem necessidade de um tratamento generalizado, mas também de tratamento mais localizado nas articulações dolorosas. Para além do ênfase que deve ser dado à dor, não pode ser esquecido que a patologia do paciente é degenerativa, sendo que é necessário travar a evolução da doença, mantendo amplitudes articulares, a mobilidade das articulações e tentar impedir a atrofia muscular global.

**Tratamento efectuado:**

- 1- Hidroterapia<sup>1</sup> (o paciente vai comigo à piscina 2 horas por semana, às terças e quintas).
- 2- Exercícios terapêuticos<sup>2,3</sup>, 20 min. (estes exercícios começou por realizá-los em 2 séries de 5 repetições, durante 5 seg. cada repetição, evoluindo em nº de séries, respeitando sempre as suas capacidades) para fortalecimento e correcção postural: alongamento de toda a coluna vertebral no espaldar; exercícios de controlo e fortalecimento do trapézio inferior na parede, ao mesmo tempo que alonga o trapézio superior - muito importante para a correcção da omoplata alada; exercícios de controlo pélvico e equilíbrio com *gymnastic ball* - levantar e sentar, terapeuta a provocar desequilíbrios com a bola e o paciente manter o máximo possível a postura; exercício do “gato” (devido à dificuldade que o paciente apresentava, este exercício foi efectuado com apoio dos cotovelos, em vez de ser com as mãos, e em vez de levantar um membro superior em simultâneo a um membro inferior, levantava apenas um membro de cada vez, tendo sempre que manter a postura da coluna e os músculos abdominais activos - este exercício é muito importante na estabilidade pélvica e na sinergia dos paravertebrais/abdominais); exercício em step, para treino de controlo do músculo quadríceps/isquiotibiais; roldanas; bicicleta.
- 3- Mobilização com técnicas de *Mulligan* do complexo articular do ombro<sup>4</sup> (gleno-umeral, acrómio-clavicular, escapulo-torácica, costo-acromial), tíbio-társicas, joelhos e ancas, 20min. Utilizaram-se sempre os mesmos princípios na aplicação desta técnica: nos movimentos dolorosos e com deficit de amplitude, verificou-se qual o movimento acessório que mais aliviava durante a mobilização e aplicava-se esse acessório. Enquanto o paciente realizava o movimento activo, o Terapeuta acompanha o movimento, mantendo sempre o acessório.
- 4- Massagem<sup>5,6</sup> do complexo articular do ombro, ancas, joelhos e tíbio-társicas, 20min.
- 5- Parafango ráquis e joelhos<sup>6</sup>, 20min.
- 6- Turbilhão pés<sup>6</sup>, 15min.

**Notas:**

- Para o tratamento não ser muito intenso e por uma questão de planeamento, as mobilizações foram alternadas, não se realizaram todas numa mesma sessão.
- Seleccionou-se a técnica de *Mulligan*, pois é uma mobilização que segundo os seus princípios não pode provocar dor<sup>4</sup>. O paciente sentiu-se muito bem com este tratamento, pois, mal era aplicado o movimento acessório, o paciente não tinha dor e era possível abranger uma maior amplitude de movimento (era visível através da avaliação visual do movimento que o doente efectuava).



**Objectivos gerais do tratamento:** Diminuir a dor generalizada do paciente;  
Aumentar a sua qualidade de vida; Minimizar o avanço progressivo da patologia.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Aumentar a mobilidade global; Promover o relaxamento da musculatura geral;  
Diminuir a dor.
- 2- Corrigir a postura em geral e alguns segmentos em particular; Manter algumas das articulações (que ainda não sofrem alterações) correctamente alinhadas e com a mobilidade de que ainda dispõem; Promover o fortalecimento muscular e uma correcta sinergia entre músculos agonistas/antagonistas.
- 3- Aumentar a amplitude articular das articulações em questão, com o mínimo de dor;  
Diminuir a dor.
- 4- Diminuir a dor; Desfazer possíveis contracturas; Aumentar o relaxamento geral.
- 5- Aumentar o relaxamento e desfazer possíveis contracturas dos músculos paravertebrais; Diminuir a dor.
- 6- Promover o relaxamento; Aumentar a circulação à região; Diminuir a dor.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

**Duração do tratamento:** 15 sessões. **Horas totais de tratamento:** 22h30.

**Evolução ao longo do tratamento:** Considera-se que o paciente teve uma boa evolução ao longo do tratamento, uma vez que referiu uma diminuição da dor significativa. No entanto, as alterações biomecânicas que o doente apresenta já não se corrigiram. Mas, o doente referiu sentir-se muito bem com o tratamento, especialmente aquando da realização das técnicas de *Mulligan*, pois não tinha dor ao movimento articular, situação que costumava ser o seu dia-a-dia.

**Discussão:** Tendo em conta o quadro clínico do paciente, a aplicação de técnicas do conceito de *Mulligan* foi uma mais valia no seu tratamento, uma vez que aquando da aplicação do método o paciente não apresentava dor e no final era notável um aumento da amplitude articular. (Esta evidência foi visível através do pedido das amplitudes articulares activas, em que se visualizou perfeitamente uma melhoria das amplitudes)<sup>4</sup>. Para além dos resultados imediatos, o paciente refere que após alguns dias de tratamento, sentiu um alívio global em realizar algumas tarefas, como subir e descer escadas, ou caminhar durante mais algum tempo. Foi observado, através de nova avaliação efectuada durante a marcha, que a claudicação e a inclinação à direita quando se sentava (dois factores que o doente realizava para não fazer carga na coxo-femoral dolorosa) deixaram de estar presentes. Para além destas alterações, visualizaram-se pequenas correcções de postura, como a ligeira diminuição das omoplatas aladas, uma coluna mais erecta, diminuição do flexo das ancas e joelhos (durante o decorrer dos tratamentos foram efectuadas avaliações posturais, que demonstraram esta melhoria). Estes resultados talvez se devam ao facto da realização dos



exercícios terapêuticos seleccionados<sup>2,3</sup>, que foram uma mais valia na correcção da postura. Também poderá ter sido uma vantagem, o facto de se usar um método de mobilização sem dor, através da aplicação de técnicas de *Mulligan*, que, segundo alguns estudos<sup>7</sup>, está provado que têm esse efeito sobre o deficit de amplitude e ajudaram na mobilidade global. E porque se atreve a referir que foram estas técnicas que tiveram bons resultados? Porque o paciente já realizou algumas vezes hidroterapia, e refere que nessa altura não apresentou melhorias tão rápidas e favoráveis, a nível da dor e mobilidade. Quanto às outras técnicas aplicadas<sup>5,6</sup>: massagem, parafango e turbilhão, estas têm como principal objectivo, o alívio da dor, daí não terem um papel tão marcado nas melhorias da postura e mobilidade. Concluindo, claro que todas as técnicas aplicadas terão tido um papel fundamental na melhoria da sintomatologia do paciente. No entanto, algumas técnicas poderão ter um efeito mais rápido e notável que outras.

**Prognóstico:** Tendo em conta que esta doença é evolutiva e degenerativa, o prognóstico deste paciente é reservado, pois não se sabe ao certo quais as consequências, como e em quanto vai evoluir a doença. No entanto, o prognóstico após este tratamento é favorável, uma vez que durante as sessões começou a sentir melhorias, quer em termos de dor, quer no que respeita à mobilidade.

**PACIENTE II**

15 Sessões de Fisioterapia  
(de 27 de Janeiro a 16 de Janeiro)

**Dados pessoais**

Nome: F.R.

Sexo: Masculino

Idade: 20 anos

Estado civil: Solteiro

Profissão: Estudante

Ocupação dos tempos livres: jogar futebol, sair com os amigos, correr, nadar.

**Diagnóstico médico:** Ligamentoplastia OTO do joelho esquerdo.

**História Clínica:** O paciente já tinha antecedentes neste joelho; Tinha feito uma entorse acerca de um ano. Nessa altura foi acompanhado por um médico especialista que lhe prescreveu alguns exames, nomeadamente uma Ressonância Magnética, que revelou um défice de cartilagem no joelho. Foi-lhe prescrita medicação que julga ter sido “Optimus” e “Brufen”. Na altura as dores aliviaram. Por sua alta recriação realizou reforço da musculatura periarticular do joelho. Quando regressou aos jogos, num dos treinos, voltou a fazer uma entorse, da qual decorreu a ruptura de ligamentos. A entorse foi no mês de Novembro de 2009. O joelho ficou de imediato com edema e derrame. Dirigiu-se a esta Clínica, onde de imediato foi enviado para o Hospital. Realizou exames, nomeadamente Ressonância, que veio confirmar o teste dos Ligamentos positivo, que foi realizado. Foi encaminhado para cirurgia, que foi realizada a 13 de Janeiro de 2010. Passados 10 dias retirou pontos e teve indicação médica para iniciar fisioterapia no dia 27 desse mês. Iniciou tratamento nesse mesmo dia. A cirurgia correu bem, sem complicações e a cicatriz evoluiu igualmente de forma favorável.

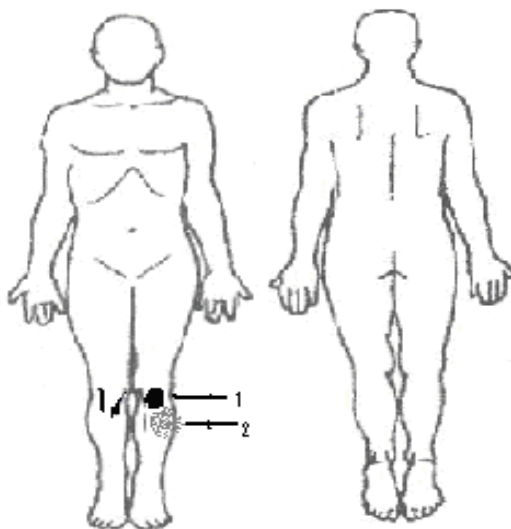


Relativamente a outros problemas de saúde não apresenta nada de significativo, apenas realizou 2 entorses da tíbio-társica direita, em jogos de futebol. Entorses essas que foram recuperadas com tratamentos de fisioterapia.

**Avaliação:** O paciente chega ao tratamento com duas canadianas, ainda com um penso no joelho. Quando se questiona, menciona que a cirurgia correu bem, foi com anestesia geral e o pós-operatório não foi muito doloroso. Apenas tomou um medicamento analgésico no próprio dia da cirurgia. Durante os dias seguintes refere que teve dor em dois dos pontos e que após tirar os mesmos ficou com alguma dor e défice de sensibilidade na face externa do joelho. Ainda não consegue fazer nenhuma carga no membro, fazendo marcha com o membro em suspensão. À visualização, pode-se constatar que apresenta edema, e quando se retira o penso visualiza-se uma cicatriz com boa evolução. Procede-se à medição da cicatriz, que se localiza na face anterior do joelho, a qual mede 4,8 cm. Depois do questionário ao paciente, procedeu-se à medição da perimetria, goniometria e força muscular, cujos resultados, quer da primeira avaliação, quer das reavaliações estão apresentados abaixo. Ainda estão expostos a avaliação neurodinâmica, uma vez que o paciente sente algum desconforto, semelhante a parestesia na face externa do joelho.

**Registos:**

*Body Charter*



- 1- Dor e edema decorrentes da cirurgia
- 2- Alteração da sensibilidade nesta região

**Registo das amplitudes articulares do joelho**

Paciente: F.R.

Examinador: Cátia Albuquerque.

Medidor: Fisioterapeuta Marina.



**Tabela 2:** Valores goniométricos das amplitudes articulares referentes à articulação do joelho.

Referência/Estrutura	Joelho 27/01/2010		Joelho 11/02/2010	
	Activo	Passivo	Activo	Passivo
Esquerdo (lesionado)	Flexão: 35°	Flexão: 40°	Flexão: 75°	Flexão: 80°
	Extensão: - 10°	Extensão: - 5°	Extensão: - 5°	Extensão: 0°
Direito	Flexão: 130° Extensão: 0°	Flexão: 130° Extensão: 0°	-- --	-- --

### Registo da força muscular

**Tabela 3:** Registo dos valores de força dos músculos periarticulares do joelho

Músculo/Grupo Muscular	Grau de força muscular	
	Membro direito	Membro esquerdo (lesionado)
Quadrícipite	5	4-*
Isquiotibiais	5	4*
Tricipede sural	5	4-*
Tibial anterior	5	4+*
Peroniais	5	5

\* A avaliação da força muscular foi efectuada na amplitude de movimento que o paciente realizava. Apesar de não efectuar a amplitude de teste muscular, na amplitude permitida pelo paciente apresentou estes graus de força.

### Registo das medições perimétricas do membro inferior (coxa e perna)

Paciente: F.R.

Examinador: Cátia Albuquerque.



**Tabela 4:** Registo dos valores perimétricos para os segmentos coxa e perna.

Referências	Membro esquerdo (operado) 27/01/2010	Membro direito 27/01/2010	Membro esquerdo (operado) 11/02/2010
<b>Segmento coxa</b>			
Bordo sup. Rótula	43,4	40,1	42
5 cm acima	44,3	42	41,8
10 cm acima	45,5	50	47,9
15 cm acima	50,5	54,5	52,5
<b>Segmento perna</b>			
Bordo inf. Rótula	39,6	38,5	38,3
5 cm abaixo	37	35,5	35
10 cm abaixo	37,7	36,2	35,5
15 cm abaixo	37	37,8	37,5

#### Registo da avaliação da condução nervosa, sensibilidade e nervos periféricos:

Foi efectuada uma avaliação dos dermatómos e dos reflexos tendinosos. O paciente apresentou uma alteração de sensibilidade ao nível da face externa do joelho. Os reflexos (rotuliano e aquiliano) estavam normais e os dermatómos em todo o seu trajecto com resposta normal. Ao avaliar a condução nervosa, realizou-se o SLR (*straight leg raising*), PKB (*Prone Knee Bend*) e as variantes do SLR para o tibial, o peroneal e o sural, sendo todos eles comparados com o membro contralateral. A resposta foi semelhante em ambos os membros. Logo, a alteração de sensibilidade que o paciente apresenta na face externa do joelho intervencionado pode ser devida ao facto de terem sido cortados nociceptores, demorando mais tempo para que a sensibilidade volte à normalidade.

**Notas:** Sensivelmente a meio do tratamento, o paciente começou a referir uma dor na face póstero-interna do joelho, ao nível das inserções tendinosas, especialmente quando realizava corrida ou bicicleta ergonómica. De imediato iniciou-se tratamento nesta zona, após avaliação. Provavelmente fez uma tendinite por esforço. O tratamento consistiu em: MTP, técnica de Mulligan e massagem mais localizada nesta região. Após realizar este tratamento durante dois dias, a sintomatologia desapareceu. De notar, que nesses dois dias não realizou exercícios de reforço muscular, para não solicitar em demasia aquela região.



**Diagnóstico em fisioterapia:** Deficit de amplitude articular; deficit de força muscular; edema periarticular.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante toda a avaliação efectuada e como é do conhecimento científico, neste tipo de cirurgias, a mobilidade fica reduzida, a atrofia muscular instala-se, em maior ou menor grau (dependendo dos pacientes) e o nível proprioceptivo diminui. Em alguns casos ainda a parte nervosa periférica fica afectada. Não é este o caso do paciente, pois ele ficou apenas com uma alteração de sensibilidade, pela razão já citada anteriormente. Nestes casos, uma reabilitação precoce e rápida - dentro dos parâmetros normais de tratamento e dentro das possibilidades do paciente são a chave para uma reabilitação bem sucedida. Assim, o tratamento deste paciente deve ser bem estruturado e progredindo à medida que o tratamento vai evoluindo.

**Tratamento efectuado<sup>8</sup>:**

- 1- Crioterapia<sup>6,8,9</sup> 10 min.
- 2- Electro-estimulação 20 min. (Correntes de Estimulação eléctrica Neuromuscular, com 50Hz de frequência, rampa ascendente de 1,2seg., tempo de contracção efectiva 4,0seg., rampa descendente de 0,8seg. e tempo de repouso de 7,0seg. A intensidade da corrente tem como unidade de medida os miliamperes (ma) e é dependente da sensibilidade do paciente, realizando-se no seu limiar de contracção), alternadas com isquiotibiais e quadricípites (ao nível do quadricípites é a porção vasto interno que é mais fortalecida, pois está mais fraca)<sup>8,9</sup>. Este paciente, ao longo do tratamento foi tolerando mais a corrente, aumentando o limiar de contracção e desta forma aumentando a intensidade da corrente.
- 3- Mobilização articular do joelho 10 min., para ganho de amplitude (em decúbito ventral com protecção da rótula, para ganho de flexão; em decúbito ventral com o joelho para fora da marfesa, para ganho de extensão)
- 4- Exercícios terapêuticos progressivos 30 min.<sup>2,8,10</sup>: tábua de *freeman* rectangular, evoluindo para redonda; *therabands*; esmagar rolo (para ganho de força); pé contra a parede com o joelho em flexão (noção de posição articular); treino de marcha em diferentes direcções e em solos de diferentes texturas e irregulares; *step* (para controlo do músculo quadricípites); agachamentos (primeiro com apoio vertebral, evoluindo para sem apoio); esmagar *gymnastic ball* (para aumento de estabilidade do joelho), primeiro sem nenhum desequilíbrio, depois com desequilíbrios provocados pelo Terapeuta; bicicleta ergonómica; passadeira rolante, iniciando com marcha e evoluindo para corrida; Corrida com mudança de direcção; Saltos no trampolim com passes de bola, primeiro a dar o passe com o membro operado, depois com este a fazer carga no trampolim; saltos em solo com diferentes direcções; cadeira do quadricípites (foi avaliado o peso que o doente conseguia



aguentar, que inicialmente foi de 1Kg), começando com 4 séries de 5, aumentando progressivamente o nº de repetições.

- 5- Mobilização com técnica de *Mulligan*<sup>11</sup>, 7min.: AP+flexão activa do joelho com pressão adicional; PA com cinto+extensão do joelho; Transverso lateral+movimento funcional (o movimento funcional era em *step*, para se associar a actividade do quadrícipite, +++ da porção do vasto interno).
- 6- Massagem do joelho<sup>5</sup>, 10 min.
- 7- Alongamentos dos músculos: quadrícipite, isquiotibiais, tricípite sural, 5 min.

**Objectivos gerais do tratamento:** Permitir que o joelho do paciente se torne uma articulação funcional e forte para a prática desportiva e para as actividades do paciente.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Diminuir o edema e a dor
- 2- Fortalecer os músculos em questão, aumentar não só o nível de força, como também o volume muscular
- 3- Aumentar a amplitude articular dos movimentos do joelho
- 4- Aumentar o nível de força, a estabilidade articular; o controlo da articulação e a sua coordenação
- 5- Aumentar a amplitude articular de flexão e extensão, sem dor
- 6- Promover o relaxamento; Diminuir a dor; Diminuir o edema
- 7- Promover o alongamento muscular, para que os músculos em questão sejam músculos com força e potencialidade.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora e 30 minutos

**Duração do tratamento:** 15 sessões. O tratamento foi mais prolongado, mas apenas foi registado a avaliação e o tratamento durante este período.

**Horas totais de tratamento:** 22h30m.

**Evolução ao longo do tratamento:** Como se pode constatar nos resultados obtidos das reavaliações, o paciente teve sempre uma evolução favorável, a todos os níveis. Foi ganhando mobilidade, força. O edema diminuiu e o volume muscular aumentou. Apenas a tendinite de esforço veio atrasar um pouco o tratamento, mas em dois dias a sintomatologia ficou resolvida. Este paciente ainda tem muito trabalho pela frente, mas apenas nestas sessões teve uma óptima evolução, pois progrediu muito nos exercícios terapêuticos e não apresentava dor, sensivelmente aos 3 primeiros tratamentos.

**Discussão:** Como se pode constatar pelos resultados obtidos nas reavaliações, o paciente teve uma rápida e favorável evolução. Essa evolução pode ser comprovada pelos resultados obtidos, quer na perimetria (que não só demonstra a diminuição do edema, como o aumento da força e volume muscular), quer na goniometria e pelo feedback que o paciente vai fornecendo ao longo do tratamento. Durante o tratamento o paciente evidenciou o conforto



da aplicação da técnica de *Mulligan*. Refere que quando é realizado tratamento com esta técnica não só sente menos dor, como também sente o joelho menos “preso”, após a sua aplicação. Todas as outras técnicas aplicadas funcionaram como um todo para a franca evolução do paciente. De salientar que neste tipo de pós-operatório a introdução de exercícios terapêuticos adequados, o mais precocemente possível é um factor predisponente ao sucesso terapêutico. Claro que tive que respeitar os tempos de cirurgia, a cicatrização, mas tentando sempre conciliar com a evolução dos exercícios, para uma rápida recuperação. Muitos fisioterapeutas, neste tipo de recuperações, seguem um protocolo de intervenção. No entanto, considero mais indicado, ter um desses protocolos<sup>9</sup> como pilar, mas avançar ao longo do tratamento, dependendo das respostas que o paciente nos dá ao tratamento efectuado e da sintomatologia que dia-a-dia nos vai apresentando. Julgo este ser outro dos factores que contribuiu para o sucesso do tratamento deste paciente.

**Prognóstico:** O prognóstico relativamente ao tratamento deste paciente é favorável, pois é um jovem, activo e saudável. Tendo em conta a evolução ao longo do tratamento, espera-se que o paciente faça a sua vida completamente normal, sem qualquer sequela desta lesão.

**PACIENTE III**

15 Sessões de Fisioterapia  
(de 1 a 19 de Março)

**Dados pessoais**

Nome: F.A.

Sexo: Feminino

Idade: 51 anos.

Estado civil: Casada

Profissão: Reformada.

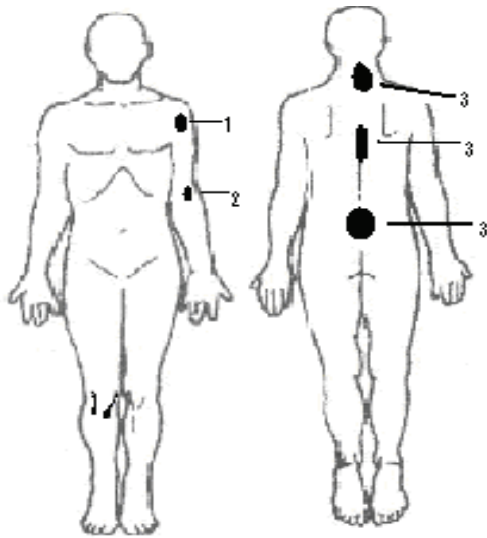
Ocupação dos tempos livres: dar catequese, pintar, fazer actividades escutistas, sair com os amigos.

**Diagnóstico médico:** Epicondilite esquerda. Tendinopatia do supra-espinhoso esquerdo. Espinha bífida oculta. Artrose bilateral dos joelhos.

**História Clínica:** Já apresenta dores raquidianas há anos. Foram-lhe diagnosticadas gonartroses há aproximadamente 6 anos. Com todos estes problemas ósseos efectuou uma densiometria óssea, que estava dentro dos parâmetros normais. Acerca de dois anos teve epicondilite direita, que foi tratada com fisioterapia e não apresentou mais sintomatologia. Actualmente tem dor no membro superior esquerdo acerca de 1 mês. Realizou ecografia que revelou tendinopatias do tendão supra-espinhoso e epicondilite (o médico ficou com os exames, não sendo possível facultar-nos os mesmos). Ainda lhe foi prescrita uma electromiografia que acabou por não realizar, pois decidiu primeiro fazer os tratamentos de fisioterapia e se não melhorasse, então depois faria este exame. Relativamente à medicação, faz apenas em SOS analgésicos e fez anti-inflamatórios durante 7 dias após lhe serem diagnosticadas as tendinopatias. Faz medicação para dormir (*Stilnox*). Para além de enxaquecas não tem mais nenhum problema de saúde relevante.



**Avaliação:** Na observação, a paciente parece ser uma pessoa saudável. A sua postura é normal. Durante o questionário à paciente, esta parece ser uma pessoa que tem muitas dores, mas já está tão habituada a elas que se tornou muito tolerante. Menciona que por vezes tem dor ao nível da clavícula esquerda e dores fortes ao nível da articulação temporomandibular esquerda. No entanto, pode-se constatar que a paciente tem problemas em diversas articulações do corpo. Não foi efectuada nenhuma medição, foram pedidas globalmente algumas amplitudes articulares. Foi avaliada a força muscular de alguns grupos musculares e todos os resultados estavam dentro do normal. Apenas ao pedir a força dos extensores do punho e dos rotadores externos do ombro apresentou falta de força, por dor. Realizou-se avaliação postural e testes neurodinâmicos do mediano, do cubital, do radial, axilar e *slump* teste, e o único que deu alterações foi o *slump* teste. Os restantes testes não deram positivo, partindo-se do princípio que a condução nervosa está a ser feita correctamente. Considera-se pertinente incluir estes testes na avaliação, pois a paciente apresenta queixas ao nível de todo o membro superior, daí a pertinência de realizar um diagnóstico diferencial envolvendo estas estruturas. Ainda se avaliaram os reflexos: bicipital, tricipital e estilo-radial, mas estes quando comparados com o membro contralateral não estavam alterados. Além disso, ainda foram efectuados os seguintes testes osteopáticos: *Quick scanning* e teste de *Mitchel*, com o objectivo de identificar hipomobilidades que estejam a comprometer a correcta enervação ao ombro e/ou cotovelo. Apesar dos testes de condução nervosa terem dado negativos, mesmo assim pode estar a haver um problema de enervação. Ainda se efectuou o teste de *Jackson*, para descartar qualquer problema discal ao nível cervical. Outra estrutura de particular interesse na avaliação desta paciente é a charneira cervico-dorsal, porque se existir alguma disfunção nesta região, esta pode comprometer a vascularização do membro superior, pela localização do gânglio estrelado nesta zona (como é conhecido, algumas tendinites têm como origem a má vascularização da região afectada).

**Registos:**Body Charter

- 1- Tendinopatia do tendão supra-espinhoso
- 2- Epicondilite
- 3- Raquialgias

Registo da avaliação postural (apenas serão referidas as alterações)Vista Anterior:

- Inclinação da cabeça para a esquerda
- Anteriorização dos ombros, mais acentuada à esquerda
- Ombro esquerdo mais alto
- Flexo do cotovelo esquerdo
- Espinha ilíaca ântero-superior e crista ilíaca esquerdas altas

Perfil:

- Rectificação da coluna cervical
- Apagamento da curvatura dorsal
- Hiperlordose lombar
- Anteversão da bacia
- Anteriorização dos ombros, mais acentuada à esquerda
- Flexo do cotovelo esquerdo

Vista Posterior:

- Inclinação da cabeça para a esquerda
- Rectificação da coluna cervical
- Ombro esquerdo mais alto
- Apagamento da curvatura dorsal
- Hiperlordose lombar
- Espinha ilíaca pósterio-superior esquerda alta



### Registo dos resultados obtidos nos testes neurodinâmicos

Teste de slump: Reproduz parestesia forte na região do pescoço quando a paciente efectua flexão da cervical com ambos os membros inferiores em extensão.

### Registo dos resultados da mobilidade activa da paciente

A paciente relativamente à mobilidade global, tem as amplitudes articulares dentro dos valores normais, mas alguns movimentos tiveram um resultado doloroso. Os movimentos dolorosos foram: rotação cervical direita, abdução do braço, o movimento de flexão do punho com pronação do antebraço.

### Registo dos resultados dos testes osteopáticos realizados:

Teste de Mitchel coluna cervical: a vértebra C4 encontra-se em disfunção de FRS esquerda.

Teste de Mitchel charneira cervico-dorsal: C7 apresenta uma disfunção em FRS esquerda. (apesar de nesta região este resultado ser menos requente, foi o resultado obtido durante a avaliação).

Teste de mobilidade da cabeça do rádio: Através deste teste (pedindo-se prono-supinação) identificou-se uma disfunção em anterioridade da cabeça do rádio.

### Notas:

- O teste *quick scanning* foi efectuado no sentido de identificar hipomobilidades. Após essa avaliação, na região da hipomobilidade averigua-se qual a disfunção presente, e considera-se pertinente apenas apresentar o resultado da disfunção, que por sua vez corresponde à hipomobilidade.
- Foram efectuados testes à gleno-umeral, para verificar a possível existência de alguma disfunção, mas nenhum deu positivo, daí não se incluir nos resultados.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Inflamação e edema dos tendões supra-espinhoso e extensores dos dedos esquerdos; Alterações posturais; Disfunção ao nível da coluna.

**Considerações/Conclusões gerais:** Apesar da sintomatologia da paciente se centrar na epicondilite e na tendinopatia do supra-espinhoso, perante a avaliação efectuada, pode-se concluir que a origem do problema não é nestas duas regiões. O problema tem provavelmente a sua origem na coluna cervical e dorsal e manifesta-se nestas regiões. Daí, a importância de um tratamento globalizado, em que se trata o cerne da patologia, mas também se aplica tratamento nas regiões dolorosas e onde a patologia se manifesta.

### **Tratamento efectuado:**

- 1- Parafango coluna vertebral<sup>6</sup>, 20min.



- 2- TENS lombar<sup>6,9</sup>, 20min. As características desta corrente são as seguintes: corrente constante, frequência de 70 Hz, 70 micro-segundos, limiar de sensibilidade do paciente.
- 3- Técnica de *Mulligan* para epicondilite com e sem cinto<sup>12</sup>, 10min.: preensão+transverso lateral. Sem cinto foi-se progredindo na técnica utilizando um peso de diferentes pesos, começando em 0,5Kg e terminando em 1,5Kg. . Em todas as sessões são realizadas 10 repetições de cada técnica.
- 4- Técnicas osteopáticas para coluna cervical<sup>13,14</sup>, 10min.:
- 5- *Mulligan*, 5min.: Tração da cervical superior<sup>15</sup>
- 6- Massagem de relaxamento da cervical, ombro e cotovelo<sup>5,6</sup>, 20min.
- 7- Ensino de exercícios para casa<sup>16</sup>, 10min., incluindo exercícios segundo o conceito de *Mulligan*. Em todas as sessões, após o tratamento, se ensinavam exercícios novos, dependendo da sintomatologia da paciente e do decorrer do tratamento.

**Objectivos gerais do tratamento:** Perante o quadro clínico da paciente, o principal objectivo é aumentar a sua qualidade de vida. Para isso o mais importante é diminuir a dor e a sintomatologia da paciente, ao nível do membro superior esquerdo, que é o seu principal problema.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Aliviar a dor; Aumentar o relaxamento; Diminuir possíveis contracturas ou tensões musculares ao nível dos músculos da coluna vertebral.
- 2- Aliviar a dor.
- 3- Tratar a epicondilite, ou seja frenar a inflamação; Diminuir a dor; Promover o relaxamento da musculatura em tensão; Provocar o crescimento de fibras de boa qualidade
- 4- Aumentar o relaxamento; Aumentar a mobilidade dos movimentos limitados da coluna cervical; Corrigir as disfunções identificadas a este nível
- 5- Promover o alongamento da musculatura cervical; Fomentar uma correcta mobilidade entre segmentos, sem dor.
- 6- Aumentar o relaxamento; Procurar dar à musculatura um bom estado de actividade, para não se formarem contracturas ou tensões, que possam afectar todo o membro superior
- 7- Desenvolver a correcção postural e a realização de exercícios para não ter problemas futuros nas articulações tratadas.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

**Duração do tratamento:** 15 sessões. **Horas totais de tratamento:** 22h30m.



**Evolução ao longo do tratamento:** A evolução ao longo do tratamento, tendo em conta o seu quadro clínico, pode-se considerar muito boa. A paciente deixou de ter dor e iniciou progressivamente as suas actividades diárias.

**Discussão:** O tratamento desta paciente foi um tratamento complexo, uma vez que provavelmente tinha origem numa região (cervical) e a sua manifestação era noutros locais (ombro e cotovelo). Daí a necessidade de este ser um tratamento global. O tratamento da cervical foi diário. O tratamento do ombro e cotovelo era efectuado em dias alternados. Apesar dos problemas ósseos que apresenta, pode ser uma paciente indicada para manipulação, mas esta não quis. Uma vez que uma das contra-indicações da manipulação é o paciente negar-se à manipulação<sup>17</sup>, optou-se pela realização de outras técnicas osteopáticas. Relativamente às restantes técnicas aplicadas, tiveram bons resultados, especialmente as técnicas de *Mulligan* pois foram aplicadas para a epicondilite e a paciente ao fim de 3 sessões não tinha dores. À palpação o tendão já não apresentava inflamação, como inicialmente. Já existe alguma evidência da eficácia das técnicas de *Mulligan* nas tendinopatias, especificamente na epicondilite<sup>18</sup>. Este é mais um dos casos que demonstram essa eficácia. Em relação à coluna cervical, os resultados obtidos demoraram mais tempo a serem atingidos, mas apresentou francas melhorias. Este progresso foi confirmado, pela nova avaliação postural, que teve resultados satisfatórios e pela sintomatologia da paciente. Provavelmente a situação da epicondilite e da tendinopatia do supra-espinhoso tenham a sua origem na cervical. Apesar de não haver alterações da mobilidade neurodinâmica, pode haver alteração em relação aos esclerotomas correspondentes a estas regiões, dando alterações na vascularização do ombro e cotovelo, sendo esta estrutura a génese da sintomatologia<sup>19</sup>. A alteração inicial da postura da paciente, talvez tivesse sido provocada por defesa à dor, fazendo com que adoptasse posturas indolores, que se foram mantendo ao longo do tempo, alterando a sua postura correcta. Relativamente às dores da coluna vertebral, especialmente lombar, também apresentou melhorias<sup>6</sup>. Este tipo de sintomatologia, apenas se pode avaliar segundo as melhorias que a paciente nos vai referindo. Apesar de referir este progresso já nas últimas sessões, o que é facto é que teve uma franca melhoria a nível da dor e conseqüentemente ao nível da realização de algumas tarefas. O importante é que a situação clínica da paciente tenha ficado resolvida e também tenham sido tratadas as disfunções da sua origem, para que outra situação semelhante não se volte a repetir. Se fosse só intervencionada no local da sintomatologia, provavelmente passado algum tempo esta iria voltar, pois o défice de vascularização iria continuar presente e o tendão iria estar continuamente a ser irrigado insuficientemente<sup>19</sup>.

**Prognóstico:** O prognóstico desta paciente relativamente a este tratamento é favorável, pois a sua evolução foi bastante positiva. No entanto, com todos os problemas de saúde que



apresenta, será provável que venha a ter complicações e dores futuramente, especialmente a nível da coluna lombar e joelhos.

**PACIENTE IV**

10 Sessões de Fisioterapia  
(de 10 a 24 de Março)

**Dados pessoais**

Nome: A.R.

Sexo: Feminino

Idade: 10 anos

Estado civil: Solteira

Profissão: Estudante

Ocupação dos tempos livres: andar de patins, actividades dos escuteiros, andar de bicicleta, jogar computador e brincar com a irmã.

**Diagnóstico médico:** Entorse da túbio-társica do pé esquerdo (entorse de repetição)

**História Clínica:** Criança que nunca teve problemas de saúde significativos. No entanto, há pouco tempo detectaram-lhe um problema a nível do crescimento cerebral. Começou a sentir-se muito cansada e quando teve necessidade de maior concentração nos estudos teve um desmaio, semelhante a um episódio de epilepsia. Com a intenção de despistar epilepsia foi-lhe prescrita uma Ressonância Magnética que lhe detectou um crescimento anormal do corpo caloso, para a idade que apresenta. No entanto, ainda poderá desenvolver-se com normalidade até ao final do crescimento.

Relativamente a lesões músculo-esqueléticas não tem nada a referir, a não ser a entorse anterior a esta. Em ambas as entorses o mecanismo foi de inversão e tiveram um intervalo uma da outra de cerca de um mês. A paciente não sabe ao certo o dia das lesões, mas uma foi no início do mês de Fevereiro e a outra no início do mês de Março. Na primeira entorse fez apenas dois dias de gelo e contenção com meia elástica. As dores aliviaram, mas não passaram na totalidade. Passado um mês, durante um jogo na escola voltou a torcer, ficando com edema quase de imediato, ligeiro hematoma peri-maleolar e dor ao nível

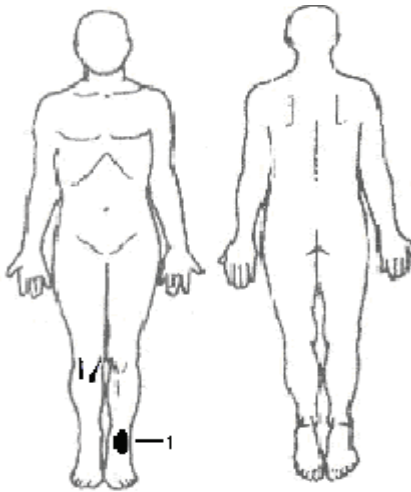


do 5º metatarso. Só foi ao hospital no dia seguinte. Efectuou Rx, que segundo a mãe da criança não revelou fractura. Veio do hospital com indicação para fazer gelo, contenção com meia elástica e anti-inflamatórios (que a mãe já não se lembra quais). Como a dor era resistente e a paciente tinha dificuldade em fazer carga no membro, decidiu procurar um Fisioterapeuta. Dirigiu-se a esta clínica para iniciar tratamento de Fisioterapia e Reabilitação.

**Avaliação:** Numa avaliação inicial observa-se perfeitamente que tem muita dificuldade em realizar carga no membro lesionado. É notável edema perimaleolar na região do maléolo externo. Principalmente na fase de apoio da marcha, o passo do membro direito é feito mais rapidamente, pela dor que apresenta no membro esquerdo. Quando se avalia a mobilidade global da tíbio-társica é visível que o movimento de inversão e flexão plantar não só é doloroso, como também apresenta limitação de amplitude articular. Ao realizar movimentos passivos são os mesmos que apresentam dor e limitação. A palpação do ligamento perónio-astragalino anterior é tão dolorosa que a paciente praticamente não tolera o toque. Apresenta dor à palpação do tendão peronial, principalmente próximo da sua passagem do maléolo peronial. Apresenta ainda dor ao dedilhar o nervo peronial. Assim, desde logo se anota a necessidade de avaliação da mobilidade do sistema nervoso periférico. Ainda foram avaliados a força muscular, cujos resultados são registados a seguir.

### **Registos:**

#### Body Charter



1- Dor e edema decorrente de entorse de repetição

#### Registo das amplitudes articulares da tíbio-társica

Paciente: A.R.

Examinador: Cátia Albuquerque.

Medidor: Fisioterapeuta Marina.



**Tabela 5:** Registo dos valores goniométricos referentes à tíbio-társica

Referência/Estrutura	Tíbio-társica 10/03/2010		Tíbio-társica 19/03/2010	
	Activo	Passivo	Activo	Passivo
Esquerdo (lesionado)	Flexão plantar: 60°	Flexão plantar: 70°	Flexão plantar: 90°	Flexão plantar: 90°
	Inversão: 15°	Inversão: 20°	Inversão: 30°	Inversão: 30°
	Flexão plantar: 90°	Flexão plantar: 90°	--	--
Direito	Inversão: 30°	Inversão: 30°	--	--

#### Registo dos resultados da avaliação de mobilidade do sistema nervoso

O teste que apresentou alterações quando comparados com o membro contralateral foi:

Teste neurodinâmico do nervo peroneal: Começa a apresentar parestesia, aproximadamente a 20° de amplitude de teste, parestesias que são mais significativas atrás do maléolo peroneal

Palpação do nervo peroneal: Perante os resultados considera-se vantajoso realizar a palpação do nervo. Ao efectuar este acto, a paciente teve de imediato parestesias, no local de palpação do nervo, irradiando até a metade do bordo externo do pé.

#### Registo da força muscular

Os músculos que apresentaram deficit de força muscular foram os eversores, flexores plantares e inversores. Todos eles apresentaram grau 4, ao se efectuar o teste.

Teste de mobilidade do astrágalo: Quando há uma entorse em que o mecanismo de lesão é inversão e flexão plantar, muitas vezes o astrágalo sofre disfunção. Como é frequente esta situação, foi avaliada a mobilidade do astrágalo, constatando-se que apresentava disfunção em anterioridade.

**Notas:** Também é do conhecimento geral que numa entorse há alteração do nível proprioceptivo. Não foi efectuada nenhuma avaliação, pois é certo que este facto tenha sucedido. Assim, vai ser realizado tratamento também para esta situação.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Disfunção do astrágalo; Deficit de amplitude articular da tíbio-társica; Edema periarticular; Alteração da mobilidade do nervo peroneal.



**Considerações/Conclusões gerais:** O facto de esta ser uma entorse de repetição, e de ter passado algum tempo sem tratamento de fisioterapia, torna o tratamento mais demorado e menos eficaz. No entanto, a paciente é uma criança, e apesar da reabilitação poder demorar mais tempo, é esperado que recupere na sua totalidade. Ainda se espera que fique sem sequelas e com uma articulação estável, para não vir a ter recidivas. Assim, o tratamento vai ser efectuado nesse sentido, dando ênfase ao tratamento do nervo afectado e nível proprioceptivo, para que o máximo de informação e de estabilidade fique “gravada” na articulação lesada.

**Tratamento efectuado:**

- 1- Crioterapia<sup>6,9</sup>, 10 min.
- 2- Turbilhão<sup>6</sup>, 15 min.
- 3- Massagem<sup>5,6</sup>, 10 min.
- 4- Manipulação do astrágalo<sup>20</sup> (para disfunção anterior), 1 min.
- 5- *Mulligan*<sup>21</sup> (este método aplicou-se nesta paciente todos os dias, 10 repetições), 7 min., técnica AP com inclinação cefálica do perónio (com pressão adicional ao nível do perónio e realizando o movimento de supinação, que foi o mecanismo de lesão e é o movimento doloroso). Após esta técnica, para ganho de flexão plantar realiza-se a técnica ao nível da talocrural. No final do tratamento, em todos os tratamentos se colocou a ligadura segundo o conceito de *Mulligan*, para manter os resultados obtidos durante a sessão.
- 6- Exercícios Terapêuticos<sup>2,22</sup>, 10 min.: tábua de *freeman*, iniciando na rectangular, nos diferentes planos, com os dois e mais tarde só com um pé; Tábua de *freeman* redonda e por fim, tábua de *freeman* rectangular e redonda; Marcha em solos de diferentes irregularidades e texturas, em bicos de pés, calcanhares, em diferentes direcções; treino da estabilidade do pé com *gymnastic ball*, em que o terapeuta cria desequilíbrios; treino de equilíbrio e estabilidade da tíbio-társica em bolas de picos, primeiro apenas numa, depois com saltos de uma para a outra; trampolim.
- 7- Técnicas do sistema nervoso periférico<sup>23</sup>, 5 min.: Dedilhar do nervo (por trás do maléolo) e mobilização do nervo peroneal, utilizando alavanca proximal.
- 8- Ionização com Salicilato de Sódio<sup>9</sup>, 20 min.
- 9- Ensino de exercícios para casa<sup>24</sup>, 5 min. baseados no conceito de *Mulligan*, exercícios de reforço e mobilidade.

**Nota:** A manipulação do astrágalo efectuou-se unicamente uma vez, pois corrigiu-se de imediato a disfunção. No entanto, todos os dias, foi realizada uma avaliação do posicionamento deste osso, para averiguar a necessidade de nova manipulação.

**Objectivos gerais do tratamento:** Evitar que a paciente faça recorrência de entorses nesta articulação, tornando-a uma articulação forte e segura.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Diminuir o edema e a dor.
- 2- Aumentar a circulação; Promover o relaxamento; Diminuir o edema.
- 3- Diminuir o edema; Aumentar o relaxamento; Diminuir a dor.
- 4- Colocar o segmento astrágalo na posição anatomicamente correcta.
- 5- Aumentar a mobilidade das articulações afectadas; Manter correcta a posição do astrágalo.
- 6- Aumentar a estabilidade de todas as articulações do pé, nomeadamente do astrágalo; Aumentar a força muscular; Aumentar a mobilidade activa; Permitir um crescimento correcto das fibras dos ligamentos afectados; Transmitir uma correcta noção de posição articular às articulações do pé
- 7- Libertar possíveis aderências do nervo; Mobilizar sistema nervoso periférico, para promover uma condução nervosa íntegra em todo o trajecto do nervo.
- 8- Diminuir a inflamação dos ligamentos.
- 9- Manter a longo prazo os resultados obtidos durante o tratamento; Reforçar a musculatura do pé; Aumentar a estabilidade das articulações deste segmento.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora e 15 minutos.

**Duração do tratamento:** 10 sessões. **Horas totais de tratamento:** 12h30m.

**Evolução ao longo do tratamento:** A paciente teve uma evolução favorável. No entanto, no final do tratamento ainda referia dores na face externa do pé, apesar de ser uma dor muito discreta.

**Discussão:** Geralmente, quando há uma entorse da tíbio-társica, com mecanismo de inversão, o astrágalo roda, apresentando uma disfunção de anterioridade<sup>20</sup>. Assim, logo no primeiro dia de tratamento, efectuou-se a manipulação do astrágalo, para correcção da disfunção em anterioridade. Logo nessa altura, a paciente referiu um alívio considerável, quer da dor, quer a sensação de desconforto que referia. Após a realização da manipulação, avaliou-se novamente a mobilidade deste osso e verificou-se que retomou a sua posição anatómica. Considerou-se pertinente ser o primeiro tratamento, pois tudo o que se fizesse antes iria assumi-lo numa posição incorrecta. No que respeita ao resto da sintomatologia da paciente, considera-se que teve uma franca evolução. A aplicação das técnicas de *Mulligan* tiveram óptimos resultados, pois os ganhos de amplitude foram rápidos e totais, como se pode verificar na tabela 5. A dor e sensação de desconforto que apresentava próximo ao maléolo mantiveram-se por mais algum tempo. Provavelmente esta dor e edema residual próximo do maléolo sejam fruto de uma afectação do nervo peroneal<sup>25</sup>. No final das 10 sessões, a paciente já não tinha dor, edema ou impotência funcional. Assim, pode-se considerar que os principais factores da sintomatologia da paciente eram a disfunção do astrágalo em anterioridade e a afectação do nervo. Desta forma, tratando a origem dos



problemas foi possível reduzir a sintomatologia. Uma vez que a entorse era de repetição, considerou-se importante ensinar alguns exercícios para a paciente fazer em casa, de forma a fortalecer a musculatura peri-articular da tábio-társica e aumentar a estabilidade do pé, para evitar recidivas.

**Prognóstico:** Apesar da paciente ter tido alta ainda com dores, o prognóstico é positivo. Como já foi referido, a paciente é ainda muito nova, o que leva a uma cicatrização e evolução mais rápidas. Assim, é esperado que a paciente recupere na totalidade, ficando com uma articulação estável e forte, evitando recidivas.

**PACIENTE V**

10 Sessões de Fisioterapia  
(de 9 a 22 de Março)

**Dados pessoais**

Nome: F.H.

Sexo: Masculino

Idade: 40 anos

Estado civil: Casado

Profissão: Proprietário de uma carpintaria

Ocupação dos tempos livres: Fazer caminhadas, caça e dedicar-se a bricolage e jardinagem.

**Diagnóstico médico:** Luxação do ombro direito a 1 de Março de 2010 (já recolocada).

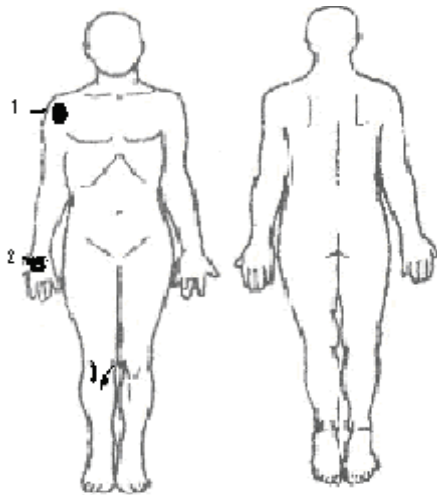
**História Clínica:** O paciente não tem qualquer problema de saúde, não toma medicação, nem teve nenhum antecedente no membro lesado. Ao ajudar um empregado a descarregar um móvel da carrinha, estava em baixo a receber o material, mas não estava a contar com tanto peso, para não o deixar cair, fez muita força no ombro e este luxou. Sentiu de imediato um estalo e simultaneamente imobilização do membro superior. Dirigiu-se de imediato às urgências do Centro de Saúde da sua área de residência, de onde o enviaram para o Hospital distrital. Realizou Rx e de seguida o médico Ortopedista recolocou-lhe o úmero na cavidade glenóide. O paciente refere que teve muitas dores, pois não levou qualquer tipo de anestesia para a recolocação. Sentiu um alívio imediato de pressão, mantendo-se com dores, mas não tão insuportáveis como anteriormente. Refere que esta 2ª dor era uma dor do tipo moedeira, semelhante a um formigueiro. Posteriormente foi medicado com anti-inflamatórios e encaminhado para o seguro, onde lhe foi prescrita Fisioterapia, que iniciou uma semana após a luxação e respectiva recolocação.



**Avaliação:** Uma vez que o paciente nunca teve problemas de saúde, a avaliação focou-se nesta situação específica. Durante a observação não apresenta alterações. Aquando do questionário o doente refere que sente por vezes parestesias na mão, situação com a qual nunca se deparou antes deste acidente. Outros dados importantes que o paciente menciona é sentir o ombro ligeiramente mais quente que o esquerdo e uma dor tipo “moedeira” que está sempre presente e o incomoda. Assim, a avaliação efectuada focou-se na avaliação postural, em testes de condução nervosa, em goniometria, em avaliação da força muscular e ainda em alguns testes específicos de osteopatia do ombro e cervical no sentido de realizar um diagnóstico diferencial. Os resultados desta avaliação estão apresentados a seguir.

**Registos:**

Body Charter



- 1- Dor e limitação funcional por luxação já recolocada
- 2- Parestesias e alteração da sensibilidade na região da mão

**Registo das medições das amplitudes articulares do ombro**

Paciente: F.H.

Examinador: Fisioterapeuta Cátia Albuquerque.

Medidor: Fisioterapeuta Marina.



**Tabela 6:** Valores goniométricos das amplitudes articulares referentes à articulação do ombro

Referência/Estrutura		Ombro 9/03/2010		Ombro 19/03/2010	
Direito (lesionado)		Activo	Passivo	Activo	Passivo
	Abdução	100°	120°	180°	180°
	Rotação interna	60°	70°	90°	90°
	Rotação externa	50°	60°	90°	90°

**Registo da avaliação da força muscular:** Apenas o músculo trapézio inferior apresentou deficit de força. O músculo trapézio superior apresentou tónus muscular elevado. Esta avaliação foi efectuada com o esfingnomanómetro, uma vez que não se disponibilizava de aparelho de biofeedback. Foram avaliados outros músculos, mas apenas estes deram resultados alterados. No entanto, não se sabe se este facto já vem de anteriormente ou se foi consequência da luxação. Mas, como é uma situação que influencia a correcta funcionalidade do complexo articular do ombro, vai-se também efectuar tratamento.

#### Registo do resultado da avaliação da dor

O paciente refere apresentar uma dor 3 (na escala de EVA). Este expõe que o que mais o transtorna não é a intensidade da dor, mas sim que é uma dor “chata”, que o incomoda e está sempre presente.

#### Registo dos resultados da avaliação da mobilidade do sistema nervoso periférico

**Teste do mediano:** O paciente reproduz sintomatologia, ou seja, a dor em moedeira aumenta na face anterior do ombro logo aos 80° de abdução do ombro.

**Teste do nervo cubital:** No momento da rotação externa da gleno-umeral, o paciente começa a sentir parestesias, semelhantes às que costuma sentir nos dois últimos dedos da mão.

**Teste do nervo axilar:** Começou a apresentar sintomatologia de sensação de queimadura aquando da realização da depressão da escápula.

#### Registo dos resultados dos testes osteopáticos:

**Teste de Mitchel:** Após a realização do *quick scanning*, para aferir a existência de hipomobilidades, executou-se o teste de *Mitchel* nas regiões hipomóveis. Na região cervical a vértebra C5 encontra-se em disfunção de ERS direita. Igualmente ao nível da charneira, C7 apresenta uma disfunção em ERS direita.

**Notas:**

- Por uma questão de espaço apenas foram referidos os valores alterados, mesmo nos quadros das avaliações. No entanto, de salientar que todos os movimentos foram testados e comparados com o membro contralateral. Para além do membro contralateral foram tidos em conta os valores de referência.
- Os testes osteopáticos efectuados ao ombro não deram qualquer valor alterado.
- Foram também avaliados os reflexos, bicipital, tricipital e estilo-radial, mas estes não tiveram diferenças, quando comparados com o membro contralateral.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Deficit de amplitude articular dos movimentos do complexo articular do ombro direito; Disfunções osteopáticas na região cervical; Alterações ao nível do sistema nervoso periférico do membro superior direito.

**Considerações/Conclusões gerais:** Este caso clínico, apesar de não haver antecedentes, não é um caso simples. Provavelmente ao haver luxação houve estiramento de todas as estruturas envolventes ao complexo articular do ombro. Da cápsula, ligamentos, tendões e consequentemente músculos e estruturas nervosas. Sendo estas últimas as que parecem estar na origem da sintomatologia do paciente e as que estarão mais afectadas. Uma vez que só efectuou Rx, não se verificou se houve ruptura de alguma estrutura das partes moles. No entanto, pela avaliação efectuada, apenas a parte do sistema nervoso periférico parece ter ficado afectada. Assim, os procedimentos terapêuticos devem-se centrar no tratamento do sistema nervoso, no aumento da mobilidade, no reforço dos músculos fracos, que são muito importantes para a estabilidade desta articulação e na correcção de alguns segmentos que se encontram em disfunção.

**Tratamento efectuado:**

- 1- Gelo<sup>6,9</sup>, 10min.
- 2- Mobilização complexo articular ombro, com técnicas de *Mulligan*<sup>4</sup>, 15min.: glenoumeral-PA, para ganho do movimento de flexão; AP+abdução em decúbito dorsal para ganho de abdução; AP em pé+diferentes funções (para ganho de amplitude sem dor durante a execução de algumas actividades)
- 3- Mobilização do sistema nervoso<sup>23,25</sup>, 15min.:
- 4- Exercícios terapêuticos<sup>2,3,26</sup>, 10min.: Reforço muscular do trapézio inferior e alongamento do trapézio superior, iniciando o exercício deitado, com ajuda do terapeuta, evoluindo para posição de pé contra a parede e na posição de gato.
- 5- TENS ombro direito<sup>9</sup>, 20min. As características desta corrente são as seguintes: corrente constante, frequência de 70 Hz, 70 micro-segundos, limiar de sensibilidade do paciente.



- 6- Manipulação cervical e da charneira cervico-torácica, 3min.: Técnica de manipulação para ERS direita de C5 e C7<sup>27</sup>.
- 7- Colocação de tape ao nível dos músculos trapézios<sup>28</sup>, 7min.

**Objectivos gerais do tratamento:** Permitir que o paciente venha a ter um membro funcional, podendo realizar a sua actividade profissional e as suas actividades sem dores, nem sequelas.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Diminuição do rubor que o paciente manifesta no ombro.
- 2- Aumento dos movimentos que apresenta deficit de amplitude articular
- 3- Libertar possíveis aderências e mobilizar os nervos em todo o seu trajecto
- 4- Aumento da força muscular de um músculo; Promover o correcto alongamento do outro; Aumentar a estabilidade articular do ombro e a correcta funcionalidade entre as várias articulações deste complexo
- 5- Diminuição da dor
- 6- Correção das disfunções, corrigindo as hipomobilidades
- 7- Manter o correcto alinhamento muscular; Garantir o tónus apropriado para o seu íntegro funcionamento.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora e 20 minutos.

**Duração do tratamento:** 10 sessões. **Horas totais de tratamento:** 13h00m

**Evolução ao longo do tratamento:** O paciente teve uma evolução muito favorável, como se pode constatar pelos resultados das avaliações. Este foi referindo melhorias progressivas ao longo do tratamento.

**Discussão:** Quer em termos de amplitude articular, como se pode verificar na tabela 6, quer relativamente à dor, como nos refere o doente, houve melhorias significativas. No final, a força muscular do trapézio inferior ainda não apresentava o tónus muscular normal, pois feita uma avaliação da força muscular no final, mas o paciente foi com indicação de realização de alguns exercícios para casa. A dor do tipo moedeira, as parestesias e o rubor que o paciente apresentava, provavelmente tinham a sua origem numa alteração da condução nervosa<sup>23</sup>. Com a mobilização do sistema nervoso, esta sintomatologia foi diminuindo, comprovando a eficácia das técnicas de mobilização do sistema nervoso<sup>23,26</sup>. As técnicas osteopáticas aplicadas<sup>27</sup>, corrigiram as hipomobilidades. Foi efectuada uma reavaliação, através dos testes *quick scanning* e *Mitchel*, logo após a aplicação das técnicas que, demonstrou a correção das disfunções. Assim, pode-se verificar que as técnicas aplicadas tiveram bons resultados. As técnicas de *Mulligan* foram acertadas para o ganho de amplitude articular, pois foram as técnicas seleccionadas para este objectivo e o paciente recuperou a totalidade de amplitude. Os exercícios terapêuticos foram muito benéficos no fortalecimento do músculo trapézio inferior, permitindo uma maior estabilidade do complexo



articular do ombro. A aplicação destas técnicas no paciente em questão, tiveram resultados que vieram de encontro a alguns estudos<sup>4,27</sup> efectuados relativamente às mesmas, demonstrando a sua eficácia.

**Prognóstico:** O prognóstico deste paciente é muito favorável, uma vez que teve uma ótima evolução e a funcionalidade do ombro ficou completa, deixando-o apto às suas actividades e realização das diferentes tarefas.

**PACIENTE VI**

10 Sessões de Fisioterapia  
(de 15 a 26 de Março)

**Dados pessoais**

Nome: A.R.

Sexo: Masculino

Idade: 37 anos

Estado civil: Casado

Profissão: Empregado fabril

Ocupação dos tempos livres: fazer caminhadas, jogar computador.

**Diagnóstico médico:** Lombalgia e cialgia à esquerda.

**História Clínica:** O paciente apresentava dores na região sacra e nádega esquerdas, acerca de um ano. Inicialmente era uma dor mais ténue, que não irradiava. Logo nessa altura se dirigiu a um médico especialista que lhe prescreveu um anti-inflamatório injectável (que já não se lembra qual foi) e um TAC (cujo resultado está em anexo). Nenhum resultado dos exames revelou patologia discal. Com o passar do tempo, a sintomatologia foi piorando, aumentando a intensidade da dor e irradiando a dor até ao pé, aparecendo parestesias pela região posterior da coxa, perna e pé. A dor e parestesias aumentam quando tem que realizar actividades que exijam a flexão do tronco. À noite está sempre pior, mas quando se deita e repousa algum tempo fica melhor, estando melhor de manhã, quando se levanta. Como a sintomatologia limitava cada vez mais a sua vida normal, decidiu dirigir-se novamente a um médico Ortopedista, que lhe prescreveu Fisioterapia (prescrição em anexo).

A sua profissão exige um grande esforço da coluna, pois tem que passar várias horas de pé imóvel, e por vezes tem que pegar em pesos.

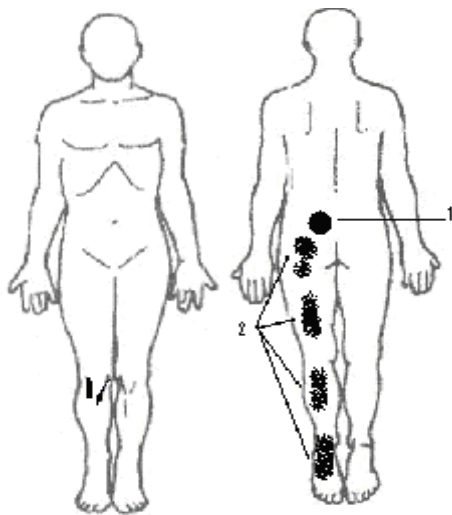


Paciente sem antecedentes traumáticos da coluna, não tem outros problemas de saúde, nem toma medicação.

**Avaliação:** Uma vez que este tratamento se vai centrar numa visão Osteopática, a avaliação deste paciente vai também ser efectuada através de testes Osteopáticos. Para além da avaliação e tratamento Osteopático é de igual interesse realizar tratamento neurodinâmico. Todos os resultados desta avaliação estão registados a seguir. Numa observação inicial, constata-se que o paciente claudica ligeiramente durante a fase de apoio do membro esquerdo (membro que está afectado pela cialgia). Refere que a posição de sentado é a que menos suporta, mas quando tem que pegar em alguma carga, ou transportá-la também tem dores. Ao pedir os movimentos activos da coluna lombar o paciente apresenta dor à inclinação e rotação para a esquerda. Os resultados dos testes e avaliação efectuada estão apresentados no item a seguir.

**Registos:**

Body Charter



- 1- Lombalgia
- 2- Cialgia com parestesias ao longo do trajecto do nervo até ao pé.

Registo dos resultados dos testes osteopáticos:

Teste de Mitchel da charneira dorso-lombar: após realizar o *quick scanning* identificaram-se as regiões hipomóveis. Esta região foi uma delas. E após a avaliação através deste teste, identificou-se uma disfunção da charneira em FRS esquerda

Teste de Mitchel para as vértebras lombares: Na região lombar identificaram-se disfunção em L5. Estas vértebras encontravam-se em ERS esquerda.

Teste de Downing: através deste teste identificou-se um íliaco anterior.

Palpação: Para além disso, realizou-se a palpação do nervo ciático e de alguma musculatura, identificando-se um *trigger point* ao nível do músculo piramidal. Para além



disso a região sacra demonstrou-se muito dolorosa, apresentando uma grande tensão ao nível dos ligamentos desta região.

- Este músculo pode estar em espasmo e apresentar um *trigger point*, pela fixação em anterioridade do íliaco. No entanto, pode ser este espasmo que provoca a cialgia, pois pode ser este que está a comprimir ou com aderências no nervo, pois este passa por baixo deste músculo.
- Normalmente quando há uma disfunção do íliaco, há uma alteração da actividade do músculo *psaos*. No entanto, este foi avaliado e não revelou nenhuma alteração, quando comparado com o membro contralateral.

### Registo dos resultados dos testes de mobilidade do sistema nervoso periférico

Sttraight leg raising (SLR): A cerca dos 20º de flexão da coxo-femoral, com o joelho em extensão, o paciente começa a reproduzir a sintomatologia, referindo que começa na região da nádega e continua até ao pé.

**Notas:** Apenas foram apresentados os resultados alterados. Os testes que não deram alterações, não foram incluídos.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Dor e parestesias ao longo do trajecto do nervo ciático esquerdo.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante a avaliação efectuada e os resultados obtidos, constata-se que o principal problema do paciente é a dor. É de extrema importância conseguir-se libertar o nervo das suas possíveis aderências. Ao nível da coluna lombar, corrigir a postura é também uma prioridade, para que não haja futuramente compressão nervosa a este nível. Outra situação importante é tratar as disfunções, para que o paciente não fique com segmentos hipomóveis, solicitando assim os hipermóveis.

### Tratamento efectuado<sup>28</sup>:

- 1- Manipulação global da pélvis à esquerda; Técnica de *thrust* para íliaco anterior com *quick*; Técnica de *lumbar-roll* para ERS lombar (de L3 e L5), 12min.
- 2- Manipulação da charneira dorso-lombar, com técnica de *lumbar-roll* para FRS de D12, 3min.
- 3- Técnica de *Jones* para o piramidal, 5min.
- 4- Técnica de relaxação do quadrado lombar, 5min.
- 5- Técnica neuromuscular do paravertebrais lombares, 2min
- 6- Técnica articulatória da articulação sacro-iliaca, 1min.
- 7- Técnica para os ligamentos do sacro, 2min.
- 8- Técnica neurodinâmica de mobilização do nervo ciático<sup>23</sup>, utilizando a alavanca distal (pé) para mobilizar o nervo, 10min.



- 9- Massagem da região lombar e pélvica<sup>5,6</sup>, 10min.
- 10- TENS na região lombar<sup>9</sup>, 20min. As características desta corrente são as seguintes: corrente constante, frequência de 70 Hz, 70 micro-segundos, limiar de sensibilidade do paciente.
- 11- Aconselhamento de posturas a adoptar, para não voltar a ter o mesmo problema, 5min.

**Objectivos gerais do tratamento:** Corrigir as disfunções existentes e melhorar a mobilidade global quer da coluna lombar, pélvis, quer do nervo ciático em todo o seu trajecto, de forma a não ter sintomatologia e poder ter uma vida normal.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Corrigir a ERS esquerda do segmento L5 e um íliaco anterior
- 2- Corrigir a hipomobilidade a este nível
- 3- Desfazer a contractura deste músculo e tentar desfazer o *trigger point* deste músculo
- 4- Diminuir a tensão muscular a este nível e promover o relaxamento deste músculo
- 5- Promover o relaxamento destes músculos
- 6- Aumentar a mobilidade das articulações em questão, que antes de serem manipuladas se encontravam hipomóveis
- 7- Provocar o relaxamento e a tensão ao nível ligamentar
- 8- Quebrar possíveis aderências ao nível do trajecto do nervo e aumentar a sua mobilidade
- 9- Promover o relaxamento; Aumentar a circulação sanguínea a este nível e diminuir a dor
- 10- Diminuir a dor
- 11- Corrigir postura e evitar novamente a reprodução da sintomatologia

**Nota:** Em cada tratamento efectuou-se uma pequena reavaliação, no sentido de averiguar se as disfunções tinham sido corrigidas. As técnicas eram ajustadas em função dos resultados dessa avaliação.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora.

**Duração do tratamento:** 10 sessões. **Horas totais de tratamento:** 10 horas.

**Evolução ao longo do tratamento:** O paciente teve óptimos resultados ao longo do tratamento. Logo no final do primeiro tratamento referiu grandes melhorias, menos dores e centralização da sintomatologia. Ao longo dos tratamentos foi referindo sempre melhorias. E durante as reavaliações os resultados demonstravam sempre resultados favoráveis.

**Discussão:** Todo este tratamento funcionou como uma cadeia, pois as disfunções da charneira dorso-lombar e da lombar levaram a adaptações pélvicas e sacras<sup>29</sup>, ou vice-versa. Provavelmente, a existência do íliaco anterior, levou a espasmo do músculo piramidal, provocando um *trigger point* e possivelmente compressão e aderência do nervo ciático<sup>28,29</sup>,



que passa mesmo por baixo deste músculo. Para além destas tensões, outras se formaram, tais como dos músculos paravertebrais lombares, do quadrado lombar e dos ligamentos ciáticos<sup>30</sup>, em adaptações às disfunções da charneira dorso-lombar e lombares.

A manipulação, normalmente tem resultados imediatos, o que aconteceu neste caso, segundo o que o paciente refere e perante a reavaliação (após a realização de qualquer manipulação foi efectuada uma reavaliação, através do teste de *Mitchell* para a região da charneira e lombar e do teste de *Downing* para o ilíaco). À medida que se foi evoluindo no tratamento, também se foram ajustando as técnicas a aplicar em cada dia, direccionando mais o tratamento para a correcção das disfunções, ou para as alterações musculares. No entanto, a mobilização do sistema nervoso era realizada todos os dias. No final da aplicação da técnica neurodinâmica, era efectuada uma reavaliação aplicando o SLR, e para além do paciente referir uma centralização da dor e parestesias, era possível aumentar em cerca de 5-10° em cada reavaliação o grau de flexão da coxo-femoral, sem provocar sintomatologia. Assim, de notar que todas as técnicas no seu conjunto tiveram muito bom resultado. As reavaliações que eram efectuadas no paciente todos os dias foram uma mais valia, pois foi possível ajustar as técnicas a aplicar, à sintomatologia e à sua evolução. No final, nos testes efectuados para reavaliar a sua situação clínica, o paciente não apresentava qualquer sintomatologia, quer dor, quer parestesias, o que é sem dúvida o melhor indicativo da eficácia deste tratamento.

**Prognóstico:** O prognóstico deste paciente é muito positivo, pois a sua evolução ao longo do tratamento foi óptimo. O paciente começou por centralizar a sua dor, até que deixou de ter sintomatologia.

**PACIENTE VII**

10 Sessões de Fisioterapia  
(de 17 a 31 de Março)

**Dados pessoais**

Nome: M.A.

Sexo: Masculino

Idade: 17 anos

Estado civil: Solteiro

Profissão: Estudante

Ocupação dos tempos livres: Jogar futebol, andar de bicicleta, jogar ténis, jogar vídeo-jogos e consolas, sair com os amigos.

**Diagnóstico médico:** Escoliose dorso-lombar de convexidade esquerda e deiscência do arco posterior da primeira peça sagrada.

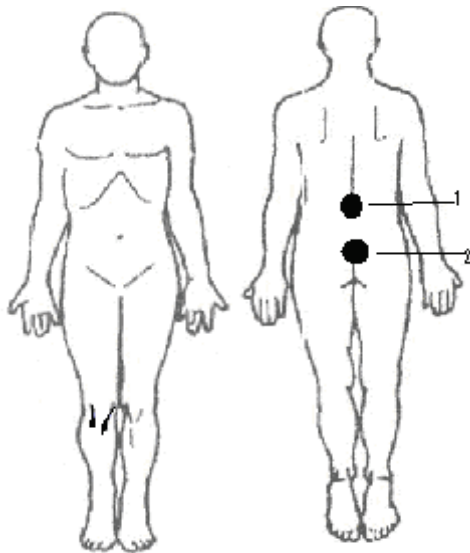
**História Clínica:** Paciente saudável, sem antecedentes patológicos, nem sintomatologia ao nível das articulações afectadas. Desde acerca de 3 meses, quando realiza as aulas de educação física ou joga futebol com os amigos, sente dor forte na região lombo-sagrada. No início a dor começava enquanto não estava quente, depois deixava de ter dor, continuando a realizar exercício. No entanto, a dor começou a agravar-se, impedindo até de realizar alguns exercícios. Nas últimas semanas quando está muito tempo sentado na mesma posição, por exemplo nas aulas ou a estudar, apresenta dor do tipo “guinada” na região lombo-sagrada. Perante esta situação, a mãe decidiu levá-lo ao médico de família, que lhe prescreveu um Rx (resultado em anexo: Anexo C), outros exames complementares e medicação em SOS. No entanto, apenas o Rx deu alterações (segue em anexo o relatório). Perante esses resultados a médica encaminhou o paciente para fisioterapia com o objectivo de corrigir a postura.



**Avaliação:** Numa primeira observação, não se pode constatar nenhuma alteração. Quando se questiona o indivíduo, ele dá ênfase à dor, porque esta o impede de realizar algumas actividades que gosta. Quanto à alteração da postura, refere que nunca se deparou com nenhuma alteração. A avaliação postural é uma das avaliações cruciais neste caso, para verificar quais os segmentos alterados. Os resultados desta avaliação são apresentados no parâmetro registos. Ainda se realizaram alguns testes osteopáticos, cujos resultados também estão apresentados em baixo. Foi efectuado um teste rápido de observação da existência de escoliose, que também é apresentado a seguir. Foi pedida a colaboração do Podologista que faz parte da nossa equipa, para a confirmação da existência de pé plano direito, pois a avaliação postural assim o revelou.

### **Registos:**

#### Body Charter



- 1- Escoliose dorso-lombar
- 2- Lombalgia

### Registo da avaliação postural

#### Vista Anterior

- Ombro direito descaído relativamente ao esquerdo
- Inclinação do tronco para a direita
- Ângulo ílio-costal mais fechado do lado direito
- Crista ilíaca direita mais alta
- Pé plano direito

#### Perfil

- Ligeira hiperlordose lombar
- Pé plano direito

#### Vista Posterior



- Ombro direito descaído relativamente ao esquerdo
- Inclinação do tronco para a direita
- Ângulo ílio-costal mais fechado do lado direito
- Crista ilíaca direita mais alta
- Espinha ilíaca póstero-superior direita superior e posterior
- Pé plano direito

### Registo do resultado do teste de medida de gibosidade (para verificar a existência de escoliose e diferenciá-la em estrutural ou postural)

Este é um teste rápido, usado frequentemente entre os Fisioterapeutas para verificar a existência de escoliose<sup>1,2</sup>. Pede-se ao paciente para inclinar o tronco para a frente, levando os pés em direcção ao chão. Observam-se dois tipos de resultados: a qualidade de movimento durante a inclinação e a posição final quando termina o movimento. Caso se observe uma curva ao nível da coluna durante a inclinação, é porque há existência de zonas planas e confirma-se uma rotação vertebral, que se verifica na escoliose estrutural. No final, se existir uma discrepância entre a altura das omoplatas e ombros de um e do outro lado do paciente, é porque existe uma escoliose estrutural. No caso do paciente, este teste deu positivo, nas duas fases de teste, confirmando o diagnóstico já efectuado e comprovado pelo Rx de escoliose.

### Registo dos resultados dos testes osteopáticos

Apenas foi realizado o teste de *Gillet* e de *Downing* para confirmação de ilíaco em disfunção posterior. O restante diagnóstico está feito pela avaliação postural, e confirmado pelos exames de diagnóstico. Os dois testes realizados confirmaram a existência de ilíaco posterior.

**Nota:** À palpação, o músculo quadrado lombar direito apresenta-se mais tenso e contracturado que o esquerdo.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Pé plano direito; Alterações posturais da coluna lombar e região sagrada.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante a avaliação efectuada, e tendo em conta a idade do paciente, esta situação já deve ser de algum tempo. O facto de ter surgido dor só agora pode ser devido a duas situações: ou o paciente agora sujeita-se a mais carga sobre o segmento em questão e mais actividades de desgaste, ou está numa fase de crescimento que lhe pode estar a agravar as disfunções e conseqüentemente a sintomatologia. Neste



tratamento é muito importante, como em todos os outros tratar a origem da sintomatologia, corrigindo disfunções, nunca descorando a dor que o paciente refere.

### **Tratamento efectuado:**

- 1- Manipulação global da pélvis; Manipulação com técnica de *thrust* para íliaco posterior; Técnica de *thrust* para correcção de astrágalo anterior<sup>31</sup>, 7min.
- 2- RPG: rã no chão e rã no ar<sup>32</sup>, 15min.
- 3- Outras técnicas osteopáticas<sup>31</sup>, 15min.: articulatória da coluna dorsal e lombar; *stretching* do músculo quadrado lombar; Técnica neuromuscular para os paravertebrais retraídos.
- 4- Exercícios terapêuticos<sup>2,33</sup> 10min., para correcção postural, incluindo alongamento no espaldar, “exercício do gato”, exercícios com *gymnastic ball* com costas encostadas à parede e paciente sentado na bola, evoluindo para sem apoio de parede.
- 5- Ensino de exercícios para casa, 10min.

**Objectivos gerais do tratamento:** Corrigir a alteração postural que o paciente apresenta, de forma a não ter dores e futuras disfunções derivadas desta alteração.

### **Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Rectificação da hipomobilidade pélvica; Correcção da disfunção ilíaca; Correcção da disfunção ao nível do pé
- 2- Correcção da postura, minorando a escoliose existente (não se sabe se é uma escoliose estrutural ou postural, daí ainda se tentar corrigir a escoliose)
- 3- Correcção postural; Relaxamento dos músculos paravertebrais e outros que se encontram em espasmo; Diminuição da dor pelo relaxamento provocado; Articular segmentos, de forma a aumentar a mobilidade vertebral
- 4- Alongar musculatura retraída; Fortalecer músculos possivelmente fracos; Promover um correcto alinhamento dos segmentos ósseos a trabalhar; Corrigir a postura
- 5- Manter as correcções efectuadas ao longo do tratamento

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora

**Duração do tratamento:** 10 sessões. **Horas totais de tratamento:** 10 horas.

**Evolução ao longo do tratamento:** O paciente teve uma boa evolução ao longo do tratamento. Aliás, logo no primeiro tratamento em que foram realizadas algumas manipulações, foi notável a alteração de postura. No segundo dia de tratamento o paciente referiu que já apresentou menos dores na escola e à noite. Ao longo do tratamento continuou a referir melhorias, em termos de dores e nas avaliações também foi notável a melhoria de postura.



**Discussão:** Apesar do caso clínico ser complexo, foi feito tudo para tentar corrigir a escoliose, ou pelo menos minimizá-la. A deiscência da peça sagrada não é do meu campo de intervenção. Logo não foi sujeita a intervenção. O ideal seria, no final do tratamento o paciente efectuar novo Rx, para verificar se houve correcção do alinhamento ósseo, comparando com o primeiro Rx que foi efectuado. E foi pedido ao paciente para o efectuar, mas não foi possível obter esse resultado. No final, foi realizada uma reavaliação (efectuando-se novamente os testes de *Gillet* e *Downing*), que permitiram observar uma melhoria, pois o íliaco já não se encontrava em disfunção posterior. O próprio paciente referiu uma boa evolução, quer pela diminuição da dor, quer por sentir um relaxamento muscular e uma correcção da postura. Segundo alguns autores ligados à Osteopatia<sup>31,33</sup>, em consequência de um pé plano pode-se “desenvolver” uma disfunção do íliaco, ou vice-versa. As disfunções que se podem encontrar nesta cadeia lesional são um íliaco posterior do lado da lesão, e consequentemente uma rotação da vértebra L5, um espasmo do músculo psoas íliaco e bicipite femoral, que provocam uma falsa perna curta e, em adaptação um pé plano<sup>33</sup>. Geralmente nesta cadeia lesional a coxo-femoral encontra-se em rotação externa por um espasmo do músculo piramidal, mas no caso do paciente este facto não se verificou. Perante isto, a importância de tratar todas as disfunções, para permitir uma correcção de todos os segmentos, de forma a “quebrar” com a cadeia lesional. Ainda assim, este paciente terá trabalho acrescido em casa, pois se não fizer exercícios continuados, provavelmente despoletará novamente sintomatologia. Outro ponto a salientar é o facto de ter sido diagnosticado o pé plano. A cadeia lesional também pode ser uma consequência do pé plano, sendo este que estaria na origem de todas as alterações deste paciente; ou pode ser uma consequência das alterações ascendentes. Esta circunstância não se pode certificar, pois não se sabe quais as disfunções que apareceram primeiro e que desenvolveram as adaptações. Não se espera já fazer uma correcção do pé plano apenas com as manipulações e o tratamento de fisioterapia, pois provavelmente já será difícil. Uma vez que o paciente ainda é jovem, se corrigirem as disfunções ao nível do pé e da restante cadeia e à posteriori este usar palmilha, talvez seja possível esta correcção. Caso não seja possível, a palmilha pelo menos vai mantê-lo numa posição mais correcta, evitando compensações noutros segmentos. Sendo que, após o tratamento de Fisioterapia foi encaminhado para o Podologista. Uma vez que já não apresentava dores, e pelas reavaliações houve uma correcção das disfunções e uma evolução favorável em relação à postura e tensão muscular, o paciente foi aconselhado a visitar-me todos os meses, para se ir efectuando a reavaliação e actualização dos exercícios a realizar em casa.

**Prognóstico:** O prognóstico deste paciente é razoável, pois é um indivíduo jovem e, se continuar a efectuar os exercícios vai conseguir corrigir a postura dentro das possibilidades. A palmilha também irá ajudar, logo o prognóstico é muito positivo.



## PACIENTE VIII



10 Sessões de Fisioterapia  
(entre 1 de Fevereiro a 31 de Março)

### **Dados pessoais**

Nome: V.C.

Sexo: Feminino

Idade: 45 anos

Estado civil: Casada

Profissão: Proprietária de um lar de idosos.

Ocupação dos tempos livres: passear com os idosos, tomar conta do neto, ir às compras e passear com o marido.

**Diagnóstico médico:** Lombociatalgia por hérnia discal L3-L4 e L5-S1 e protusão discal L4-L5.

**História Clínica:** A paciente já apresentava dores na região lombar há vários anos, principalmente quando realizava algum movimento que exigia um esforço superior. No entanto, nos últimos 6 meses a sintomatologia tem-se vindo a agravar. A paciente deixou andar até não aguentar, chegando ao ponto de não se conseguir levantar. Nesse dia, foi levada para as urgências do Centro de Saúde da sua localidade, onde levou uma injeção e foi mandada para casa, fazer descanso absoluto durante um dia. Ao outro dia dirigiu-se a um médico ortopedista que lhe prescreveu uma tomografia axial computadorizada (TAC), e enquanto aguardava o resultado receitou-lhe um analgésico e anti-inflamatório. Após o resultado deste exame o médico aconselhou a paciente a fazer tratamento de Fisioterapia, e segundo refere a doente, especialmente um tratamento centrado no conceito Osteopático.

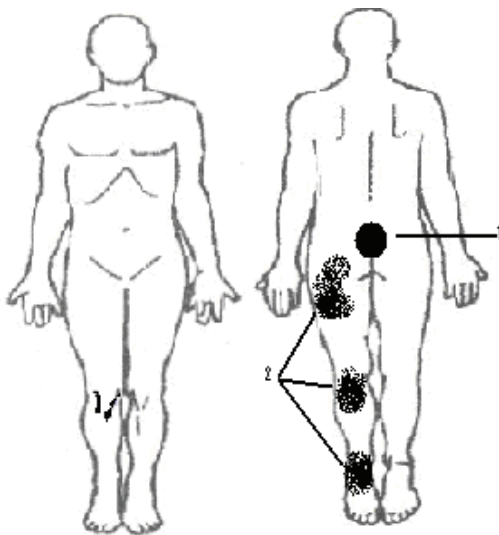
**Avaliação:** Durante a observação, é visível que a paciente está muito cansada, sempre inclinada para a esquerda, colocando a mão na região da coluna lombar, num intuito de defesa. Quando se questiona a paciente, esta refere que neste momento já não tem posição



para estar, e o que a incomoda mais é não conseguir dormir. Refere que já há 3 noites não dorme absolutamente nada pela dor constante, que lhe vai até ao pé, pela sensação de ardor no pé e por não ser capaz sequer de estar deitada muito tempo. O diagnóstico médico é ciatalgia por 2 hérnias e 1 protusão, e a sintomatologia coincide com este diagnóstico. Assim, tendo em conta o que nos diz, e o seu diagnóstico, a única avaliação que se realizou foi avaliação postural e testes de mobilidade do sistema nervoso periférico (SLR - *straight leg raising*) no sentido de orientar o tratamento. Os resultados são apresentados em baixo. Foram realizados testes osteopáticos, no sentido de avaliar a coluna cervical e dorsal. Não foi realizado nenhum teste no sentido de localizar as hérnias e protusão, para depois encaminhar o tratamento osteopático, pois a paciente forneceu a ressonância e esta mostra a localização exacta das mesmas. Nos registos também estão todos os dados que foram fornecidos da TAC.

### Registos:

#### Body Charter



- 1- Lombalgia
- 2- Ciatalgia com parestesias e alteração da condução nervosa ao longo do nervo até ao pé

#### Registo dos dados do resultado da TAC:

- Apagamento do arco posterior do disco L3-L4
- Osteófitos anteriores +++ L4, L5
- Conflito inter-facetário +++ L3-L4, mas também em L4-L5
- Hérnia posterior intraforaminal L3-L4 (com compressões +++ L3 direita e menos de L4 direita)
- Protusão discal posterior e intraforaminal L4-L5 +++ esquerda
- Hérnia discal posterior intraforaminal em L5-S1, com radiculopatia de L5 à esquerda e S1 à direita
- Hipertrofia dos ligamentos amarelos



### Registo do resultado da avaliação postural

O mais relevante na avaliação postural neste caso clínico é:

- Inclinação do tronco para a esquerda
- Tronco em ligeira flexão

### Registo dos resultados dos testes neurodinâmicos:

Straight leg raising: Este teste deu positivo a cerca de 35°. A sintomatologia que provocou foi forte parestesia no pé e parestesia menos pronunciada ao nível da face posterior da coxa e perna.

### Registo dos resultados dos testes osteopáticos

Teste de Mitchel: Após ser realizado o quick scanning, para identificar as hipomobilidades globais, realizou-se o teste de Mitchel, identificando as regiões de transição em disfunção, ou seja as charneiras cervico-torácica e toraco-lombar encontravam-se em FRS direita e FRS esquerda, respectivamente.

**Notas:** Perante a avaliação efectuada, e o tratamento efectuado, optou-se por realizar o tratamento uma vez por semana.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Alterações posturais ao nível da coluna vertebral; Disfunções osteopáticas na mesma região; Dor e parestesia na coluna lombar, sagrada e trajecto do nervo ciático esquerdo

**Considerações/Conclusões gerais:** Por toda a história que nos apresenta, a paciente encontra-se numa fase aguda. Apresenta um quadro muito irritável, que é urgente tratar, principalmente para alívio da dor. Não é um caso clínico fácil, pela complexidade da situação, pois apresenta 2 hérnias, 1 protusão, hipertrofia dos ligamentos amarelos e disfunções ao nível das charneiras. Uma vez que a paciente me procurou, para realizar um tratamento baseado em Osteopatia, por aconselhamento médico para realizar esse tratamento, é nesse sentido que se vai realizar o tratamento. Mas também se vão aplicar técnicas neurodinâmicas. No entanto, este tratamento não vai ser diário, vai ser realizado uma vez por semana

### **Tratamento efectuado:**

- 1- Manipulação das charneiras cervico-toracica e toraco-lombar<sup>34</sup>
- 2- Técnica de *Pull move* para hérnia discal discal L3-L4 e L5-S1<sup>35</sup>
- 3- Técnica de *thrust* em decúbito ventral para protusão discal de L4-L5<sup>35</sup>
- 4- Técnica articulatória para os segmentos lombares (+++ de L3 a L5)<sup>28</sup>
- 5- *Stretching* da musculatura paravertebral e quadrado lombar esquerdos<sup>28</sup>
- 6- Técnica de relaxação miofascial lombar<sup>28</sup>
- 7- Fazer posturas em flexão e inclinação para a esquerda. Nesta postura trabalhar articular e *stretching*<sup>35</sup>



- 8- Técnica de mobilização do nervo ciático, iniciando com alavanca distal e ir aproximando e associando mais componentes<sup>35</sup>
- 9- Técnica de *Moneyron* (ao longo do trajecto do nervo ciático)<sup>35</sup>

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora.

**Duração do tratamento:** 5 sessões. **Horas totais de tratamento:** 5 horas.

**Objectivos gerais do tratamento:** Diminuir a dor, para que a paciente possa realizar uma vida dentro da normalidade, realizar as suas tarefas diárias e trabalhar.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Corrigir as disfunções ao nível das charneiras, devolvendo a normal mobilidade às vértebras
- 2- Centralizar a hérnia, de forma a não irritar o nervo
- 3- Minimizar a protusão, diminuindo o quadro irritável presente
- 4- Permitir uma correcta mobilidade entre segmentos vertebrais; Diminuir a dor
- 5- Aumentar o alongamento muscular e uma correcta função destes músculos
- 6- Provocar um relaxamento de todos os elementos que constituem a coluna lombar, diminuindo as tensões miofasciais; Diminuir a dor
- 7- Incrementar um aumento dos espaços intervertebrais e uma correcta mobilidade entre vértebra-disco; Diminuir a dor
- 8- Aumentar a mobilidade do nervo ciático ao longo do seu trajecto e quebrar possíveis aderências que possam estar presentes no mesmo.
- 9- Promover um relaxamento de toda a região que apresenta uma ciática; diminuir a dor ao longo do trajecto do nervo

**Evolução ao longo do tratamento:** A paciente teve uma óptima evolução ao longo do tratamento, principalmente nas 3 primeiras sessões. Na 2ª sessão referiu que desde a 1ª que conseguiu logo dormir. Depois, na 3ª, mencionou que já tinha conseguido conduzir, que era uma tarefa que já não fazia há alguns meses. Após a 3ª os resultados já não foram tão visíveis, pois estava sensivelmente melhor e as maiores evoluções foram logo no início.

**Discussão:** Este tratamento baseou-se na aplicação de técnicas Osteopáticas. Geralmente em Osteopatia, o tratamento não é diário, e não se deve restringir à região da sintomatologia. Deve ser um tratamento global. No entanto, para o tratamento das hérnias existem técnicas específicas<sup>35</sup> e este tratamento normalmente é mais focalizado apenas nestas disfunções. Sendo essas as técnicas mais aplicadas na paciente, mas também se teve em conta outras disfunções apresentadas, após avaliação ao nível do resto da coluna vertebral. No início de cada tratamento era realizada uma reavaliação, para verificar qual o quadro clínico presente e a sintomatologia apresentada, com o intuito de verificar melhorias e como se encontrava a paciente. Nas reavaliações efectuava-se o teste de *Mitchell* e o SLR. A paciente foi apresentando francas melhorias quer no que respeita aos resultados do



teste de *Mitchell*, quer no que respeita à amplitude do SLR. No entanto segundo refere, as dores apenas melhoravam uma hora após a realização do tratamento, depois passava essa noite melhor, e depois retomava à sintomatologia da dor. O entrave que se encontrou neste tratamento é que a paciente ao sentir-se melhor, começava a realizar algumas actividades no lar de que é proprietária. Na minha opinião, foi esta situação que não permitiu que ela tivesse um maior alívio da dor. Pois, perante os testes realizados nas reavaliações, foi sempre notável uma melhoria do quadro clínico. Nomeadamente no SLR, em cada reavaliação, a paciente tinha uma evolução de cerca de 5º de amplitude de teste sem sintomatologia. A paciente foi referindo que as parestesias que foram diminuindo ao longo dos dias de tratamento. De semana para semana em que se reavaliava a paciente tinha uma centralização das parestesias, ou seja, foram deixando de se manifestar no pé, depois na perna, depois na coxa, até que se localizaram apenas na nádega e região lombar. Este é um bom indicativo de que está a haver centralização das hérnias e/ou protusão discal<sup>35</sup>. Assim, com todos estes resultados e com a diminuição da dor, apesar de lenta, que a paciente referiu no final do tratamento, pode-se concluir que a Osteopatia teve resultados significativos na centralização da sintomatologia e de esperar na centralização das hérnias e da protusão. No entanto, como foi informado à paciente, caso esta realize tarefas muito pesadas, poderá vir a apresentar novamente a sintomatologia. A paciente foi ainda aconselhada a usar uma cinta lombar quando tivesse que realizar tarefas mais exigentes. Foram-lhe explicadas algumas posturas a adoptar aquando da realização de tarefas domésticas ou no seu local de trabalho.

**Prognóstico:** Apesar do tratamento ter tido resultados significativos, a paciente apresenta duas hérnias e uma protusão, que como se sabe não foram eliminadas com o tratamento, podendo, a qualquer momento em que a paciente realize uma actividade mais pesada, poder despoletar sintomatologia, sendo que, o seu prognóstico se torna reservado.

**PACIENTE IX**

12 Sessões de Fisioterapia  
(de 1 a 26 de Março)

**Dados pessoais**

Nome: I.M.

Sexo: Feminino

Idade: 42 anos

Estado civil: Viúva

Profissão: Auxiliar de Acção Educativa

Ocupação dos tempos livres: Cozinhar, ir ao cinema, fazer caminhadas, bordar.

**Diagnóstico médico:** Meniscectomia parcial do menisco interno do joelho esquerdo

**Diagnóstico em fisioterapia:** Pós-cirúrgico de Meniscectomia parcial do menisco interno do joelho esquerdo.

**História Clínica:** A paciente começou a sentir dores no joelho esquerdo aproximadamente durante o mês de Setembro de 2009. Não se consegue lembrar se fez alguma entorse ou lesão neste joelho nesta altura. A dor foi-se agravando, até que decidiu dirigir-se a um especialista no mês de Outubro. Perante a avaliação foi-lhe prescrito Rx e posteriormente RM, que realizou em Novembro desse ano (encontra-se o relatório em anexo: Anexo C) e acusou “Ruptura horizontal da ponta posterior do menisco interno”. Perante este resultado foi encaminhada para cirurgia. Uma vez que a atrofia muscular já era significativa e as dores estavam cada vez mais presentes, o médico aconselhou-a a realizar fisioterapia enquanto aguardava a cirurgia. Fisioterapia essa que foi realizada nesta clínica. Na altura realizou cerca de 15 sessões de fisioterapia, com objectivo antálgico, de manutenção das amplitudes articulares e força muscular. Foi operada a 5/02/2010 por via artroscópica. Refere que não teve muitas dores no pós-operatório, nem complicações. Aquando da alta teve as devidas indicações (em anexo o Relatório de Alta), deambulando com 2 canadianas durante 2

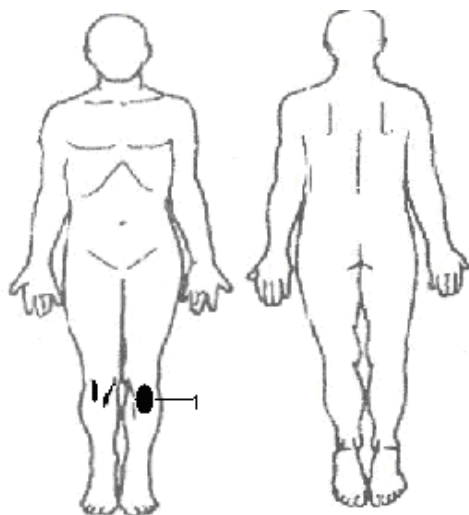


semanas e posteriormente andou mais 1 semana apenas com uma, retirando de seguida o auxiliar de marcha. Entretanto iniciou fisioterapia e reabilitação a 1 de Março de 2010.

Nunca teve outras lesões significativas, nem no joelho, nem em outros segmentos do corpo. Não toma medicação, apenas à noite um tranquilizante para dormir. Durante o pós-operatório tomou AINE's e analgésicos em SOS. Não tem patologias nem outros problemas de saúde.

### **Avaliação:**

Durante a avaliação inicial, observou-se que a paciente já não deambulava com auxiliares de marcha. No entanto claudicava (apesar de ténue) durante a fase de apoio do membro inferior esquerdo. No questionário à paciente, conclui-se que ainda apresenta algumas dificuldades motoras, especialmente a subir e descer escadas, ainda apresenta dores durante a marcha ou à noite. Numa avaliação mais pormenorizada do joelho, observa-se ligeiro edema, bom nível de cicatrização e atrofia visível dos músculos quadricípite e tricípite sural. À palpação a cicatriz mais externa está ligeiramente aderente; a rótula tem mobilidade normal; refere muita dor e nota-se inflamação ao nível do LLE (ligamento lateral externo). Pedem-se activamente os movimentos do joelho, anca e pé esquerdos, para se observar rapidamente a mobilidade destas articulações. As articulações adjacentes àquela intervencionada cirurgicamente não ficaram com qualquer tipo de limitação, e o joelho apenas apresenta limitação na flexão. Quando efectuada a avaliação passiva confirma-se a limitação do movimento de flexão e a paciente refere dor e sensação de estiramento no músculo quadricípite. Fez-se uma pequena avaliação funcional do joelho, constatando-se que a sua maior dificuldade estava realmente em subir ou descer escadas, não consegue realizar agachamentos e quando permanece com o joelho parado por algum tempo na mesma posição começa a ter dores. No entanto, durante esta avaliação funcional também se constata que o maior problema está na retracção do músculo quadricípite, que influencia o joelho nos movimentos limitados.

**Registos:**Body Charter

1- Dor e limitação funcional decorrentes da cirurgia

## Registo das medições perimétricas do membro inferior (coxa e perna)

Paciente: I.M.

Examinador: Cátia Albuquerque.

**Tabela 7:** Registo dos valores perimétricos para os segmentos coxa e perna.

Referências	Membro esquerdo (lesionado) 1-03-10	Membro direito 1-03-10	Membro esquerdo 15-03-10
Segmento coxa			
Bordo sup. Rótula	40,5 (+1cm)	39,5	39,6
5 cm acima	42	41,5	42
10 cm acima	44,7 (- 0,8 cm)	45,5	46
15 cm acima	48 (- 1,5 cm)	49,5	49,7
Segmento perna			
Bordo inf. Rótula	34,1 (+ 0,6 cm)	33,5	33,8
5 cm abaixo	32,8	33,2	33
10 cm abaixo	34,3	34,6	34,5
15 cm abaixo	33	33,5	33,2



### Registo das medições das amplitudes articulares do joelho

Paciente: I.M.

Examinador: Cátia Albuquerque.

Medidor: Fisioterapeuta Marina.

**Tabela 8:** Valores goniométricos das amplitudes articulares referentes à articulação do joelho.

Referência/Estrutura	Esquerdo (lesado)		Direito	
	Activo	Passivo	Activo	Passivo
Joelho 1-03-2010	Flexão: 100°	Flexão: 105°	Flexão: 135°	Flexão: 135°
	Extensão: 0°	Extensão: 0°	Extensão: 0°	Extensão: 0°
	Flexão: 115°	Flexão: 130°	Flexão: 135°	Flexão: 135°

### Registo da força muscular dos músculos da coxa e perna

**Tabela 9:** Registo das medições da força muscular dos músculos peri-articulares do joelho.

Músculo/Grupo Muscular	Grau de força muscular	
	Membro direito	Membro esquerdo (lesionado)
Quadríceps	5	4
Isquiotibiais	5	4+
Gêmeos e Sôlear	5	5
Tibial anterior	5	4+
Peroneais	5	5

### Registo da avaliação da condução nervosa, sensibilidade e nervos periféricos:

Foi efectuada uma avaliação dos dermatómos e dos reflexos tendinosos. A paciente apresentava uma alteração de sensibilidade ao nível da face externa do joelho. Os reflexos



estavam normais os dermatómos em todo o seu trajecto com resposta normal. Ao avaliar os nervos, realizou-se o SLR (*straight leg raising*), PKB (*prone knee bend*) e as variantes do SLR para o tibial, o peroneal e o sural, sendo todos eles comparados com o membro contralateral e a resposta foi semelhante em ambos os membros. Logo, a alteração de sensibilidade que a paciente sente na face externa do joelho intervencionado talvez se deva ao facto de terem sido cortados nociceptores e aquele local demore mais tempo para que a sensibilidade volte à normalidade.

**Notas:** Aproximadamente a meio do tratamento começou a referir dor na face posterior do joelho, apresentando nesse dia rubor e ligeiro edema nesta zona. No entanto, no dia seguinte o edema e rubor desapareceram, apesar de a dor se manter, mais localizada na região da pata de ganso. Foi efectuado tratamento durante 3 dias, desaparecendo a dor e não apresentando mais problemas nesta zona até ao final da reabilitação.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Deficit de amplitude articular dos movimentos do joelho; atrofia muscular do músculo quadríceps; edema periarticular; dor no joelho esquerdo.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante a avaliação efectuada conclui-se que as necessidades da paciente se centram especialmente no ganho dos últimos graus de amplitude de flexão, ganho de força e do nível proprioceptivo, para poder restabelecer a função normal do joelho e do membro lesado. Vai ser nesse sentido que se vai realizar o tratamento.

**Tratamento efectuado:**

- 1- Crioterapia<sup>6,8,9</sup> 10´.
- 2- MTP ao nível do LLE e massagem do joelho, insistindo nesta região<sup>1</sup>, 10´.
- 3- Mobilização através de *Mulligan*<sup>11</sup>: AP+ flexão activa do joelho com pressão adicional num primeiro tempo; Transverso lateral + movimento funcional num segundo tempo 3´ (foram efectuadas 10 vezes em cada tratamento, e no final de 3 dias, ou seja, de 30 vezes a paciente era reavaliada)
- 4- Técnicas de Osteopatia para *stretching* do quadríceps e técnica neuromuscular para o mesmo músculo<sup>36</sup> (3 ciclos de 3 contracções de 3´cada), 1´.
- 5- Exercícios terapêuticos<sup>1,2,36</sup>: treino de marcha em colchão em diferentes direcções, tábua de *freeman* rectangular em diferentes direcções evoluindo para tábua redonda, 10´.
- 6- Fortalecimento muscular: estimulação eléctrica neuromuscular<sup>1,9</sup> 20´ com 4 eléctrodos cruzados colocados nos vastos alternados com 2 eléctrodos colocados ao nível do recto anterior. As características da corrente são as seguintes: rampa ascendente de 1,2seg., contracção efectiva de 4,0seg., rampa descendente de 0,8seg., e tempo de repouso de 7,0seg., com uma frequência de 50 Hz e uma intensidade medida em ma, até ao limiar motor do paciente. À medida que a paciente



ia realizando esta técnica, ia-se aumentando a intensidade da corrente, porque aumentava a sua tolerância; Exercícios isométricos evoluindo para isotónicos<sup>2,9,41</sup>, de cadeia cinética fechada para aberta: esmagar o rolo, elevação do membro inferior com o membro em extensão, pé contra a parede e realizar força, *gymnastic ball* (para articular e para fortalecer isquiotibiais), *theraband* iniciando com a vermelha e terminando na cinzenta e realizando movimento de fortalecimento em vários sentidos - para fortalecer adutores, flexores, extensores e abdutores da anca, agachamentos, fortalecimento em bicos de pés, *step* com treino excêntrico do quadríceps e com carga do membro lesado, exercício de estabilidade do joelho com *gymnastic ball*, cadeira de quadríceps em isometria evoluindo para concêntrico sem peso, concêntrico com 1 Kg e excêntrico com o mesmo peso, 20´.

7- Banho de Turbilhão<sup>6</sup>, 10´.

**Objectivos gerais do tratamento:** Corrigir a marcha, de forma a restabelecer a sua função.

Melhorar a performance do joelho, aumentando a sua força muscular, o seu nível proprioceptivo e amplitude articular, para que esta articulação se assemelhe ao máximo à sua contralateral.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Diminuir o edema e a dor
- 2- Diminuir a inflamação do ligamento; promover o aumento de fibras do ligamento; Diminuir a dor
- 3- Ganho dos últimos graus amplitude articular do joelho
- 4- Promover o correcto alongamento do músculo quadríceps
- 5- Aumentar o grau proprioceptivo do joelho; Promover uma correcta noção de posição articular; Proporcionar uma marcha correcta e sem dor
- 6- Aumentar a força muscular do quadríceps, isquiotibiais e tibial anterior que são os músculos que estão com deficit de força; Melhorar a mobilidade activa do joelho
- 7- Diminuir a dor; Aumentar o relaxamento muscular.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

**Duração do tratamento:** 12 sessões. **Horas totais de tratamento:** 18 horas.

**Evolução ao longo do tratamento:** A evolução ao longo do tratamento foi progressivamente positiva, excepto no dia em que apareceu com dores. Estas dores poderão ter tido origem em algum esforço adicional que a paciente tenha realizado em casa. Mas tirando este quadro isolado, a paciente teve sempre boa evolução ao longo do tratamento. Foi notável uma melhoria significativa mais visível aquando da realização da técnica de *Mulligan*. O restante tratamento não foi tão significativo, o que não é anormal, pois no que respeita à força e à proprioceptividade não se vêem ganhos tão rapidamente. Mas evoluiu sempre positivamente, pois baseou-se em exercícios terapêuticos.



**Discussão:** De especial relevo nesta paciente foi a aplicação de técnicas de *Mulligan*<sup>11</sup>, que tiveram ótimos resultados, pois no final do tratamento era efectuada uma pequena reavaliação e a paciente apresentava um aumento de amplitude significativo. Não se indicaram todas essas reavaliações, porque ficaria muito extenso e por falta de tempo útil no trabalho. Outro aspecto importante é que a paciente referia não ter dor quando se realizava a mobilização com este tipo de técnicas. Uma vez que a paciente apresentava dor ao alongamento do músculo quadríceps, também se obteve um óptimo resultado com a técnica osteopática aplicada<sup>36</sup>, pois diminuiu significativamente a sintomatologia. No final da aplicação da técnica era efectuado um alongamento do músculo e a paciente não apresentava dor. O restante tratamento, associado a este foi um bom complemento para a recuperação funcional da paciente. Nomeadamente alguns exercícios terapêuticos foram importantes no ganho de força muscular e estabilidade da articulação operada. À medida que se ia evoluindo no tratamento, a paciente apresentava mais facilidade na execução dos exercícios, o que também é indicativo de uma evolução favorável no tratamento.

**Prognóstico:** O prognóstico desta paciente é muito favorável, uma vez que a evolução ao longo do tratamento foi positiva, os objectivos foram cumpridos e a sua vida voltou à normalidade, esperando-se que o quadro clínico desta paciente fique resolvido a 100%.

**PACIENTE X**

10 Sessões de Fisioterapia  
(de 9 a 22 de Março)

**Dados pessoais**

Nome: P. A.

Sexo: Masculino

Idade: 16 anos

Estado civil: Solteiro

Profissão: Estudante

Ocupação dos tempos livres: Jogar futebol, nadar, sair com os amigos.

**Diagnóstico médico:** Meniscectomia parcial interna do joelho direito.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Pós-operatório de meniscectomia parcial do menisco interno do joelho direito.

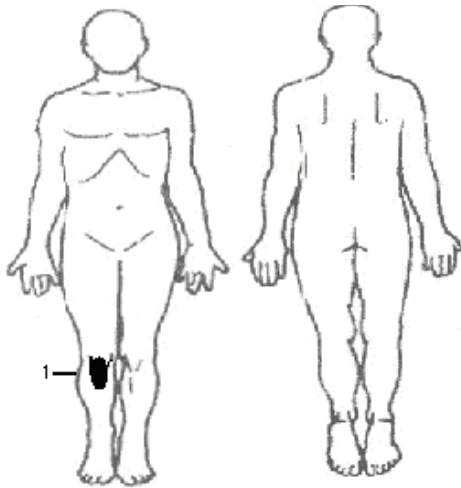
**História Clínica:** Doente saudável, sem patologias antecedentes, nem outras lesões prévias. Durante um jogo de futsal, na disputa de uma bola com outro jogador, colocou mal o pé na bola, escorregou e ao colocar o pé no chão, ficou com este fixo e fez entorse do joelho. O dia da lesão foi a 16/01/2010. Após a lesão foi observado nesta clínica, onde foi realizado um pedido de RMN e foi aconselhado a usar canadianas, que usou até à data da operação, pois não conseguia fazer carga no membro inferior e apresentava edema do joelho direito. Fazia ainda gelo do joelho e elevação do membro direito. Após confirmação na RMN de ruptura parcial do menisco interno do joelho direito, foi operado a 17/02/2010 por via artroscópica. No dia seguinte à cirurgia teve alta, com indicação de uso de duas canadianas durante duas semanas e 1 semana apenas com uma canadiana. Retirou os pontos após 3 semanas de cirurgia e iniciou tratamento de fisioterapia e reabilitação nesta clínica. Durante as duas primeiras semanas foi administrado anti-inflamatório “Dafalgan” e injeções para evitar as tromboflebitas.



**Avaliação:** Quando o paciente iniciou tratamento nesta clínica já não usava qualquer auxiliar de marcha. A marcha era praticamente perfeita, sem claudicação. No entanto, quando se mantinha de pé por algum tempo não mantinha a carga no membro operado. A cicatrização apresentava boa evolução. No questionário ao paciente conclui-se que apenas tem dor ao descer escadas e que já não apresenta qualquer dificuldade durante a sua vida. Ao descer escadas para além de sentir dor (grau 2) também refere prisão no joelho. À observação constata-se atrofia do quadricípite e ligeiro edema supra-rotuliano. Aquando da avaliação da mobilidade activa, não se assinalam diferenças significativas entre o membro operado e o contralateral, mas, quando se faz a avaliação passiva já é notável o deficit de amplitude de flexão. A extensão está completa. A atrofia do quadricípite sugere ser o principal problema deste paciente.

**Registos:**

Body Charter



1- Limitação funcional decorrente da cirurgia

**Registo das medições perimétricas do membro inferior (coxa e perna)**

Paciente: P.A.

Examinador: Cátia Albuquerque.



**Tabela 10:** Registo dos valores perimétricos para os segmentos coxa e perna.

Referências	Membro direito (lesionado) 9-03-10	Membro esquerdo 9-03-10	Membro direito 18-03-10
<b>Segmento coxa</b>			
Bordo sup. Rótula	41,3 (+2,2cm)	39,1	39
5 cm acima	41,5 (+1,5cm)	40	40
10 cm acima	46,5 (+1cm)	47,5	47,8
15 cm acima	48 (+2cm)	50	50,2
<b>Segmento perna</b>			
Bordo inf. Rótula	35	34,7	34,5
5 cm abaixo	34	34	34
10 cm abaixo	35,3 (-0,5cm)	35,8	35,6
15 cm abaixo	30 (-0,7cm)	30,7	30,5

#### Registo das medições das amplitudes articulares do joelho

Paciente: P.A.

Examinador: Cátia Albuquerque.

Medidor: Fisioterapeuta Marina.



**Tabela 11:** Valores goniométricos das amplitudes articulares referentes à articulação do joelho.

Referência/Estrutura	Direito (lesado)		Esquerdo	
	Activo	Passivo	Activo	Passivo
Joelho 9-03-2010	Flexão: 120°	Flexão: 125°	Flexão: 135°	Flexão: 135°
	Extensão: 0°	Extensão: 0°	Extensão: 0°	Extensão: 0°
	Flexão: 135°	Flexão: 135°	--	--
Joelho 18-03-2010	Flexão: 135°	Flexão: 135°	--	--

#### Registo da força muscular dos músculos da coxa e perna

**Tabela 12:** Registo das medições da força muscular dos músculos peri-articulares do joelho.

Músculo/Grupo Muscular	Grau de força muscular	
	Membro esquerdo	Membro direito (lesionado)
Quadríceps	5	4+
Isquiotibiais	5	5
Gêmeos e Solear	5	5
Tibial anterior	5	5
Peroniais	5	5

**Registo da avaliação da condução nervosa, sensibilidade e nervos periféricos:** Foi efectuada uma avaliação dos dermatómos e dos reflexos tendinosos. O paciente não apresentava alterações de sensibilidade. Os reflexos estavam normais os dermatómos em todo o seu trajecto com resposta normal. Ao avaliar os nervos, realizou-se o SLR (*straight leg raising*), PKB (*prone knee bend*) e as variantes do SLR para o tibial, o peroneal e o sural, sendo todos eles comparados com o membro contralateral e a resposta foi semelhante em ambos os membros. Logo, a este nível o paciente não apresenta qualquer alteração.



**Diagnóstico em fisioterapia:** Deficit de amplitude articular do joelho direito; Atrofia muscular do músculo quadríceps e tríceps sural.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante a avaliação efectuada, este demonstra ser um pós-operatório simples, não havendo grandes complicações. O tratamento vai assentar no ganho de amplitude de flexão e força muscular. No que respeita ao resto, o paciente não apresentou mais nenhuma alteração, apesar de ter sido feita uma avaliação minuciosa.

**Tratamento efectuado:**

- 1- Crioterapia<sup>6,8,9</sup> 10'
- 2- Massagem joelho e cicatrizes<sup>5,6</sup>.
- 3- Mobilização articular, insistindo no movimento de flexão, aplicando técnicas de *Mulligan*<sup>11</sup>: AP+flexão activa do joelho com pressão adicional; Transverso lateral+flexão do joelho; transverso lateral+movimento funcional (a descer de um *step*).
- 4- Estimulação eléctrica neuromuscular<sup>1,9</sup> para fortalecimento deste músculo 20'. A corrente tem as seguintes características: frequência de 50Hz; 1,2seg. de rampa ascendente, 4,0seg. de contracção efectiva, 0,8seg. de rampa descendente, 7,0seg. de repouso. A intensidade foi medida em miliamperes (ma) e foi aplicada até ao limiar de contracção do paciente. À medida que se foi avançando no tratamento, o limiar de contracção do paciente foi aumentando e a intensidade também
- 5- Exercícios terapêuticos<sup>1,2,8</sup>: agachamentos, tábua de *freeman* rectangular e redonda, *theranband*, exercício em *gymnastic ball*, *step*, trampolim, treino de passe curto com bola em solo e em trampolim à posteriori, exercícios com mudança de direcção em lateral de frente para trás e de trás para a frente.

**Objectivos gerais do tratamento:** Restabelecer a mobilidade do joelho, de forma a restaurar a sua funcionalidade, permitindo ao paciente ter uma vida normal, realizando as suas actividades do quotidiano.

Reforçar todos os músculos peri-articulares do joelho, para que este joelho fique suficientemente estável, prevenindo futuras lesões desta articulação.

Tornar esta articulação mais forte e estável para realizar a prática do futebol e outros desportos.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Diminuir o edema
- 2- Diminuir a dor; Aumentar o relaxamento; Promover uma boa cicatrização, evitando aderências
- 3- Aumentar a amplitude articular do joelho
- 4- Reforçar o músculo quadríceps



- 5- Aumentar o nível proprioceptivo e a estabilidade (estática e dinâmica) do joelho; Dar uma boa noção de posição articular; Aumentar a força muscular.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora e 10 minutos.

**Duração do tratamento:** 10 sessões. **Horas totais de tratamento:** 11h40m.

**Evolução ao longo do tratamento:** Este paciente quando iniciou tratamento apresentava um quadro clínico muito satisfatório, com muito pouco edema, pouco défice de amplitude articular e pouca atrofia muscular. A evolução ao longo do tratamento foi muito favorável, conseguindo-se alcançar os objectivos propostos no início do tratamento.

**Discussão:** O caso clínico apresentado, apesar de ser um pós-operatório, é um caso que nos chega bastante bem, quer em termos de amplitude (apenas apresenta défice nos últimos graus de flexão), quer em termos de força muscular, como se pode verificar na tabela 11 e 12, respectivamente. Apresenta uma ligeira atrofia do músculo quadrícipite e um edema peri-articular do joelho. Como se pode verificar nos registos da tabela 11, a amplitude de flexão, com a aplicação da técnica de *Mulligan*, teve resultados muito razoáveis, pois dois dias depois o paciente já apresentava a amplitude total de flexão. No final do tratamento, foi novamente reavaliado, e continuou a apresentar amplitude completa. Segundo este autor<sup>37</sup>, a amplitude deve restabelecer-se, sem dor e como se pode comprovar, foi o que aconteceu. Relativamente ao restante tratamento, teve igualmente boa evolução e bons resultados, pois ao final das 10 sessões de tratamento, segundo refere e tendo em conta o resultado da reavaliação, estava apto para realizar as suas actividades da vida diária e até já conseguia jogar futebol, com alguma precaução. Como é da opinião de alguns autores<sup>1,2,8</sup>, a selecção e correcta execução de exercícios terapêuticos, num pós-operatório, são de extrema importância para a boa evolução do paciente. Estes mesmos exercícios, conjugados ainda com a estimulação eléctrica, para o reforço muscular, que, como se pode verificar na tabela 10 apresentava défice de volume muscular e na tabela 12, défice de força, fizeram com que a articulação do joelho ficasse forte e estável.

**Prognóstico:** O prognóstico deste paciente é óptimo, pois conseguirá realizar a sua vida normal, inclusive jogar futsal, que é o seu desporto de eleição.



## PACIENTE XI



15 Sessões de Fisioterapia  
(de 18 de Março a 7 de Abril)

### **Dados pessoais**

Nome: N.R.

Sexo: Masculino

Idade: 29 anos

Estado civil: Casado

Profissão: Empregado fabril

Ocupação dos tempos livres: pescar, caçar, andar de bicicleta e brincar com a filha.

**Diagnóstico médico:** Pós-cirúrgico de lesão do nervo cubital direito - transposição do nervo cubital.

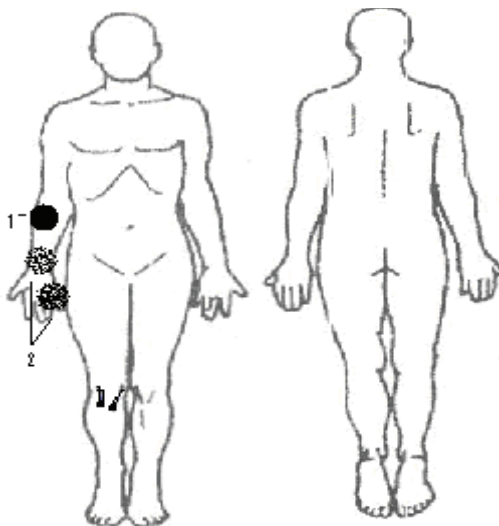
**História Clínica:** Doente saudável, não toma medicação, não tem outros problemas de saúde, nem nunca teve outros traumatismos neste braço. Durante o trabalho o paciente deu com a região do cotovelo direito numa máquina. Na sequência deste acidente foi encaminhado para o médico do seguro, que o reencaminhou para a fisioterapia. Nessa altura andou cerca de 20 sessões na fisioterapia, mas a sintomatologia manteve-se, foi encaminhado para cirurgia. No dia 08 de Fevereiro foi intervencionado cirurgicamente, sendo-lhe efectuada cirurgia para transposição do nervo cubital. Retirou os pontos a 18 de Fevereiro e iniciou fisioterapia e reabilitação nesta clínica a 18 de Março. Apesar de já ter passado algum tempo após a cirurgia, ainda se apresentava com muitas dores, uma cicatriz muito inflamada e limitação significativa da amplitude. Da cirurgia apenas se sabe que realizou transposição do nervo cubital, não se sabendo mais nenhum pormenor. Não teve qualquer tipo de imobilização e realizou penso nos 4 primeiros dias, depois em dias alternados. Apenas lhe foi prescrita medicação em SOS.



**Avaliação:** No primeiro contacto pode-se observar que o paciente ainda tem o braço posicionado em flexão. À visualização é possível observar-se ruborização e edema da cicatriz. Quando se questiona o paciente, este dá ênfase à dor, e refere que mal realiza qualquer movimento esta surge e que acorda muitas vezes durante a noite com dor e parestesias desde o cotovelo até aos dedos, especialmente 5º dedo. Apresenta-se impaciente, pois refere que quer fazer certas coisas e não consegue, e o que o impede é a dor. Ainda refere que lhe incomoda muito o facto do 5º dedo parecer constantemente que não é dele. Segundo ele diz: “Parece que tenho aqui um bocado de cortiça”. Quando se realizou uma avaliação mais aprofundada, constatou-se que há deficit de amplitude articular, realizando-se a goniometria. Também se realizou a perimetria, mas não havia resultados que justifiquem a sua apresentação. O edema é muito local na cicatriz; não há edema do membro em si. Realizaram-se os testes de sensibilidade e reflexos, testes neurodinâmicos e avaliação da força muscular, cujos resultados se apresentam a seguir.

**Registos:**

*Body Charter*



- 1- Dor e impotência funcional
- 2- Parestesias e alteração da sensibilidade e mobilidade nervosa no trajecto do nervo cubital

**Registo das medições das amplitudes articulares do cotovelo**

Paciente: N.V.

Examinador: Cátia Albuquerque.

Medidor: Fisioterapeuta Marina.



**Tabela 13:** Valores goniométricos das amplitudes articulares referentes à articulação do cotovelo.

Referência/Estrutura		Cotovelo 18/03/2010		Cotovelo 05/04/2010	
		Activo	Passivo	Activo	Passivo
Direito (lesionado)	Flexão	90°	100°	127°	135°
	Extensão	-20°	-10°	-10°	-5°
Esquerdo	Flexão	135°	135°	135°	135°
	Extensão	0°	0°	0°	0°

### Registo dos resultados dos testes neurodinâmicos

Teste neurodinâmico do mediano: Imediatamente no início da extensão do cotovelo, o paciente começa a sentir tensão na face anterior e interna do cotovelo. Quando se continua a extensão, começa a sentir parestesia na face anterior do antebraço.

Teste neurodinâmico do cubital: Este teste reproduz de imediato a sintomatologia do paciente praticamente no seu início. Ou seja, quando se realiza extensão do cotovelo e pronação do antebraço, tem que se parar o teste, pois o paciente apresenta sintomatologia forte até aos 2 últimos dedos, principalmente 5º dedo.

### Registo dos resultados obtidos na avaliação dos reflexos

Foram efectuadas avaliações dos reflexos bicipital, tricipital e estilo-radial. Apenas o reflexo tricipital deu diminuído, quando comparado com o membro contralateral.



### Registo da força muscular dos músculos do braço e antebraço

**Tabela 14:** Registo das medições da força muscular dos músculos peri-articulares do cotovelo

Músculo/Grupo Muscular	Grau de força muscular (18-03-2010)	
	Membro esquerdo	Membro direito (lesionado)
Bicipede	5	4
Tricipede	5	4
Supinadores	5	4-
Pronadores	5	4-
Extensores do punho	5	4-
Flexores do punho	5	4-
Flexor do 5º dedo	5	4-
Extensor do 5º dedo	5	4-
Abdutor do 5º dedo	5	4-

**Notas:** Apenas são apresentados os resultados que estão alterados. Por uma questão de espaço, optou-se por não colocar os resultados das avaliações, que embora tenham sido feitas, não deram resultados significativos. Também se realizou o teste neurodinâmico radial, por uma questão de descartar qualquer problema que pudesse existir ao nível destes nervos. No entanto, foi negativo. Embora por vezes não seja especificado, as avaliações efectuadas são sempre comparadas com o membro contralateral.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Deficit de amplitude articular dos movimentos do cotovelo direito; Dor, parestesias e alteração da sensibilidade e mobilidade nervosa no trajecto do nervo cubital; Deficit de força muscular dos músculos do cotovelo, antebraço e mão.

**Considerações/Conclusões gerais:** Um pós-cirúrgico tem sempre os seus problemas acrescidos. Neste caso, ainda acrescidas são as consequências pois entre a lesão e a cirurgia passou algum tempo, podendo agravar a sua situação clínica. Tendo em conta o seu caso clínico, pode-se concluir que o tratamento a realizar se deve focar no nervo cubital, pois é este o principal factor da sintomatologia que o paciente apresenta.

**Tratamento efectuado:**

- 1- Crioterapia<sup>6,8,9</sup>;
- 2- Turbilhão<sup>6</sup>;
- 3- Massagem à cicatriz e ao cotovelo<sup>5,6</sup>;



- 4- Exercícios terapêuticos<sup>1,2,8</sup> (inicialmente os exercícios eram efectuados em 3 séries de 5, aumentando em número de séries dependendo da reavaliação efectuada ao paciente e das suas capacidades): exercícios contra a parede, para ganho de mobilidade e para aumento da estabilidade da articulação; exercícios com silicões e molas para reforço muscular; exercícios de preensão fina, como abrir garrafas, pegar em instrumentos de diferentes tamanhos, desenroscar parafusos e molas; exercícios com pesos, evoluindo de exercícios simples para exercícios que exigiam maior estabilidade.
- 5- Tensão Neural<sup>23</sup>: dedilhado e mobilização do nervo cubital, usando o segmento cotovelo e mão (quando se flexionava o cotovelo, realizava-se extensão do punho e vice-versa, para se mobilizar, e não estirar o nervo).
- 6- *Mulligan*<sup>38</sup> para ganho de amplitude de extensão e flexão: Transverso medial para flexão+pressão adicional, transverso lateral para extensão;
- 7- Estimulação dos pontos motores<sup>8,9</sup> (Corrente de Alta voltagem: corrente constante, 50 micro-segundos de contracção, frequência de 70 Hz, limiar motor do paciente).

**Objectivos gerais do tratamento:** Tornar o membro superior do paciente um membro funcional, de forma a poder realizar novamente a sua actividade profissional e as suas actividades da vida diária.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Diminuir o edema local; Diminuir a dor
- 2- Aumentar o aporte sanguíneo na região do cotovelo; Promover o relaxamento; Ajudar a libertar aderências existentes nesta região
- 3- Promover uma boa cicatrização, sem aderências e com fibras saudáveis; Aumentar o relaxamento da musculatura periarticular do cotovelo
- 4- Aumentar o nível de força muscular do membro superior lesionado; Promover um bom alongamento muscular; Produzir uma boa noção de posição articular, para poder haver um bom nível proprioceptivo.
- 5- Mobilizar o nervo, de forma a desfazer aderências e promover uma correcta condução nervosa, em todo o seu trajecto
- 6- Ganhar amplitude articular sem dor
- 7- Aumentar o nível de condução nervosa e o nível de actividade do nervo

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora.

**Duração do tratamento:** 15 sessões. **Horas totais de tratamento:** 15 horas.

**Evolução ao longo do tratamento:** O paciente teve uma boa evolução ao longo do tratamento, pois apresentou melhorias ao nível do ganho de amplitude e da dor. No entanto, as sessões que realizou não foram suficientes, para eliminar toda a sintomatologia



proveniente da lesão do nervo. Todos os outros sintomas desapareceram, considerando-se que a sua evolução foi favorável.

**Discussão:** Deve-se ter em conta que esta situação é um pós-operatório, a uma estrutura delicada, devendo o paciente ter realizado mais sessões de fisioterapia. No entanto, no tempo que foi possível ter, apresentou francas melhorias. Uma estrutura nervosa por si só é complexa, e como o paciente andou algum tempo para ser submetido à operação, provavelmente ainda demorará mais tempo a recuperar toda a sensibilidade desde o cotovelo até à mão. A sensação que este apresentava no início no 5º dedo, refere que diminuiu, mas não na sua totalidade. Este sintoma, a diminuição do reflexo tricipital e o teste neurodinâmico do cubital deram positivo, demonstrando lesão nervosa. Apesar de ter sido intervencionada cirurgicamente e ao longo das sessões de fisioterapia terem diminuído os sintomas, provavelmente o tempo de tratamento foi curto. Como se pode verificar segundo alguns autores<sup>38</sup>, o tempo de reabilitação deste pós-operatório tem que ser cuidado, tem os seus trâmites temporais, havendo a necessidade de se respeitar esses mesmos tempos, para que a fisioterapia tenha o seu efeito. Em relação à amplitude articular, esta foi recuperada, ficando apenas com um ligeiro défice ao nível da extensão, como se pode verificar na tabela 13. No final de cada semana era efectuada uma pequena reavaliação, para minha orientação, que demonstrou que a força muscular foi aumentando gradualmente. Esta progressão também foi visível, pois foi-se colocando mais carga nos exercícios e o paciente não teve agravamento da sintomatologia. A dor desapareceu, o que o paciente refere já ser uma grande vantagem, pois no final do tratamento já conseguia fazer muitas tarefas antes impossíveis.

Com as técnicas de tensão neural<sup>23</sup> foi notável a melhoria. Inicialmente tinha parestesias numa determinada amplitude, e todos os dias foi possível aumentar em cerca de 5º de amplitude sem provocar sintomatologia, aumentando assim o trajecto sem parestesias. Este aumento de amplitude era avaliado diariamente durante o tratamento, não sendo possível anotá-lo, por falta de tempo. As técnicas de *Mulligan* mais uma vez tiveram óptimos resultados, pois logo ao 3º dia de tratamento o paciente teve evolução de amplitude, como se pode verificar na tabela 13 e diminuição da dor nesses limites de amplitude, segundo o seu feedback diário.

**Prognóstico:** Apesar de ser uma cirurgia um pouco complexa, o prognóstico do paciente é razoável, pois é uma pessoa com muita força de vontade, logo acredito que vá insistir na sua recuperação. No entanto, para que não houvesse sequelas, na minha opinião, devia ter realizado mais sessões de tratamento, para um melhor prognóstico do seu caso clínico.



## PACIENTE XII



10 Sessões de Fisioterapia  
(de 18 a 29 de Janeiro)

### **Dados pessoais**

Nome: R.S.

Sexo: Masculino

Idade: 22 anos

Estado civil: Solteiro

Profissão: Serralheiro civil

Ocupação dos tempos livres: jogar futsal, pescar, passear e ir ao cinema.

**Diagnóstico médico:** Dorsalgia e lombalgia pós entorse

**História Clínica:** Doente que já apresentava dores ao nível lombar e sagrada quando pegava em objectos muito pesados. Doente saudável, sem nenhuma patologia associada. Enquanto descarregava material de alumínio de uma carrinha com um colega, escorregou uma barra comprida e pesada. O indivíduo para tentar segurar a barra fez entorse da coluna, ficando de imediato com uma dor forte ao fundo das costas. Dirigiu-se ao médico do seguro, que lhe prescreveu um Rx. A dor é difusa por toda a região lombar, mas o doente conseguia identificar o local, mas refere que é tão forte que se dissemina para toda a região lombar. Ao movimento aumenta, impedindo que realize movimento ou esforço. Foi-lhe prescrito tratamento de fisioterapia, sendo encaminhado para os nossos serviços. Em relação a outras lesões, já fracturou o quarto metacarpo da mão direita e fez fractura-luxação do primeiro metatarso do pé esquerdo. Estas lesões aconteceram no futebol.

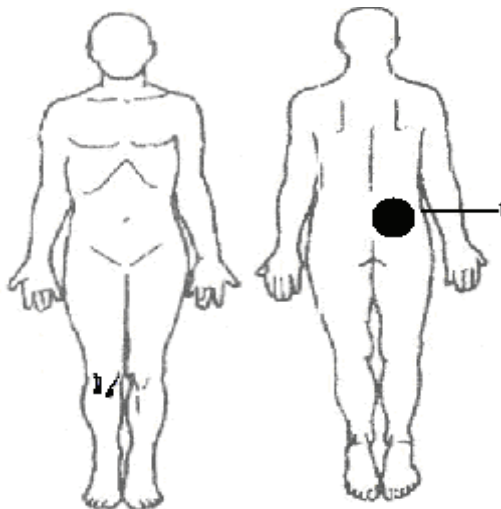
**Avaliação:** Na observação, mal o doente se desloca até nós, podemos ver que vem inclinado para o lado direito e protege-se colocando a mão junto das costas do lado direito. Durante o questionário ao paciente, este dá particular ênfase à dor. O paciente refere que é uma pessoa saudável, costuma realizar exames e não tem nenhuma doença, nunca teve problemas na região em questão. Refere ainda que por vezes tem dores na coluna,



especialmente na região dos trapézios, mas nada que o impeça de continuar a trabalhar. Na continuação da avaliação, pediram-se os movimentos da coluna lombar, onde apresentou limitação da inclinação e rotação à esquerda, com dor. No entanto, também apresenta dor quando realiza rotação à direita. Em nenhum dos movimentos, nem em nenhum momento a dor irradia. Foram efectuadas as seguintes avaliações: avaliação postural, alguns testes de osteopatia, cujos resultados estão apresentados a seguir e ainda o SLR (*straight leg raising*), que deu negativo, quando comparado com o membro contralateral, confirmando a não existência de problemas ao nível dos nervos periféricos.

### **Registos:**

#### Body Charter



1- Dor por contractura muscular do quadrado lombar e paravertebrais

**Registo da avaliação postural** (apenas serão referidas as alterações)

#### Vista Anterior:

- Ligeira elevação dos ombros
- Inclinação do tronco para a direita
- Ângulo ílio-costal mais fechado à direita
- Crista ilíaca direita mais baixa que a esquerda

#### Perfil:

- Ligeira rectificação da coluna cervical
- Ligeiro aumento da lordose lombar
- Anteversão da bacia

#### Vista Posterior:

- Inclinação do tronco para a direita
- Ângulo ílio-costal mais fechado à direita
- Crista ilíaca direita mais baixa que a esquerda
- Espinha ilíaca póstero-superior direita mais alta que a esquerda



## Registo dos resultados dos testes osteopáticos efectuados

Teste de Mitchel: Ao efectuar o teste na região da coluna lombar identificou-se disfunção de L3 em ERS direita.

Teste de Mitchel: Ao efectuar este teste na região pélvica verifica-se que a articulação sacro-iliaca direita se encontra hipomóvel.

Teste de Gillet: Depois da realização de todo o teste, conclui-se que o paciente apresenta uma disfunção do íliaco em anterioridade à direita.

Teste de Downing: Mais uma vez o resultado deste teste deu uma disfunção em íliaco anterior, pois o membro inferior alongava bem (íliaco anterior), mas não encurtava (íliaco posterior), ou seja encontrava-se fixo em anterioridade.

Teste de Mitchel: Através desta avaliação conclui-se que o paciente apresentava uma disfunção em ERS direita. Este facto deve-se talvez ao facto da origem muscular do quadrado lombar ser em D12. Uma vez que este se encontrava contracturado, provocou uma disfunção nesta zona.

### **Notas:**

- Antes do teste de *Mitchel* foi efectuado o *quick scanning*, apenas para identificar as regiões de hipomobilidade.
- Nestes testes deparamo-nos com uma disfunção, que provavelmente está fixa pelo músculo quadrado lombar. O paciente ao realizar a entorse, o músculo ficou contracturado, fixando o íliaco em anterioridade.
- Na região cervical foi igualmente efectuado o *quick scanning* e o teste de *Mitchel*, com as suas adaptações inerentes a esta região, mas o paciente não apresentou nenhuma alteração. Assim, conclui-se que quando apresenta dor cervical talvez se deva ao facto da tensão muscular que apresenta ao nível dos músculos trapézios.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Contractura muscular do quadrado lombar e paravertebrais direitos.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante os resultados obtidos na avaliação e a sintomatologia do paciente, uma das prioridades a dar é à dor. Mas, claro que tem que se tratar a origem da dor. Tendo em conta esses resultados, o tratamento que se considerou mais adequado foi baseado em técnicas osteopáticas. Uma vez que esta foi uma das abordagens leccionadas no mestrado, foi a opção seleccionada.

### **Tratamento efectuado**<sup>39</sup>:

- 1- Manipulação: Técnica global para a pélvis; Técnica de *lumbar-roll* para ERS direita de L3; Técnica de *lumbar-roll* para disfunção em ERS da charneira dorso-lombar → Como nesta não se conseguiu manipular, noutras sessões também se realizou a Técnica de *Dog* em extensão para a charneira



- 2- Técnica de *stretching* do quadrado lombar direito
- 3- Técnica articulatória da charneira dorso-lombar
- 4- Técnica articulatória da sacro-iliaca direita
- 5- Técnica de músculo-energia para íliaco anterior
- 6- Técnica neuromuscular para os paravertebrais
- 7- Técnica de inibição para os paravertebrais lombares
- 8- *Stretching* dos trapézios e do angular da omoplata
- 9- Correntes analgésicas<sup>9</sup> - TENS lombar. As características desta corrente são as seguintes: corrente constante, frequência de 70 Hz, 70 micro-segundos, limiar de sensibilidade do paciente.
- 10- Massagem analgésica na região lombar e cervical<sup>5,6</sup>
- 11- Ensino de exercícios de correcção postural durante a actividade laboral<sup>2,39</sup>.

**Nota:** De salientar que estas técnicas não eram realizadas todas numa só sessão. Dependendo da sintomatologia do paciente e da reavaliação efectuada no final de cada sessão, iam-se efectuando as técnicas que se consideravam mais adequadas.

**Objectivos gerais do tratamento:** Recuperar a funcionalidade da coluna do paciente, de forma a poder realizar a sua vida normal.

Eliminar a dor.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Correcção das disfunções em ERS da charneira dorso-lombar e de L3; Correcção da disfunção do íliaco anterior
- 2- Promover o relaxamento do músculo quadrado lombar; Diminuir ou frenar o seu espasmo
- 3- Aumentar a mobilidade da charneira dorso-lombar, uma vez que havia uma fixação nesta região, pela tensão do quadrado lombar
- 4- Aumentar a mobilidade da articulação sacro-iliaca direita, pela existência de fixação desta articulação
- 5- Corrigir a disfunção do íliaco em anterioridade
- 6- Diminuir o espasmo e contractura dos músculos paravertebrais; Permitir que estes músculos obtenham um estado de alongamento-encurtamento para “realizarem” a sua função normal
- 7- Diminuir o espasmo e contractura dos músculos paravertebrais
- 8- Promover o relaxamento dos músculos trapézios e angular da omoplata
- 9- Diminuir a dor; Aumentar o relaxamento
- 10- Diminuir a dor; Aumentar o relaxamento; Aumentar o aporte sanguíneo à região em questão



11-Permitir que o paciente tenha auto-controlo na correcção da sua postura; Evitar futuras lesões na coluna vertebral; Corrigir a postura.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 1 hora.

**Duração do tratamento:** 10 sessões. **Horas totais de tratamento:** 10 horas.

**Evolução ao longo do tratamento:** A evolução ao longo do tratamento foi muito favorável, pois do primeiro para o segundo tratamento o paciente referiu melhorias. No entanto manteve-se em tratamento durante as 10 sessões, pois as melhorias foram progredindo. No início deixou de sentir dor quando estava sentado ou parado na posição de pé; depois deixou de lhe doer quando fazia movimentos para o lado mais afectado; depois quando pegava em pesos e finalmente quando realizava alguma tarefa com pesos nas mãos. Por isso foi uma evolução progressiva, mas bastante positiva, uma vez que o paciente ficou recuperado na sua totalidade.

**Discussão:** Apesar de não ter sido usada mais nenhuma técnica instruída no mestrado, conclui-se que as técnicas aplicadas no paciente foram eficazes. Foram seleccionadas técnicas baseadas na Osteopatia<sup>39</sup>, pois consideraram-se as mais apropriadas para o caso clínico e a sintomatologia apresentada pelo paciente. Ao efectuar-se a primeira avaliação pode-se concluir que o paciente apresentava uma série de disfunções, provavelmente decorrentes do espasmo do músculo quadrado lombar<sup>14</sup>. O tratamento do músculo é desta forma importante, mas também das disfunções a ele inerentes, optando-se por um tratamento baseado na prática osteopática para uma abrangência mais global. Neste caso teve óptimos resultados, pois a sintomatologia do paciente desapareceu. De notar, que no final de cada sessão era realizada uma reavaliação rápida, através do teste de *Mitchel* e de *Downing*, para verificar se as disfunções tinham sido corrigidas. Também no final de cada sessão o paciente referia que se sentia melhor e no início de cada sessão, o seu feedback foi a cada sessão que passava, cada vez mais favorável.

**Prognóstico:** O prognóstico do paciente neste caso específico é positivo. No entanto, tendo em conta a sua actividade profissional e os esforços que faz, é provável que volte a ter sintomatologia. Apesar disso, caso o paciente corrija as posturas, durante a sua actividade laboral, provavelmente a probabilidade de recidivas é menor.



# ***ESTUDO DE CASO***



## RESUMO

A Síndrome do desfiladeiro torácico é uma compressão de estruturas neurovasculares numa região denominada por *hiato escalénico*, localizada entre a clavícula e os músculos escalenos anterior e médio. Pode ser classificada em três tipos: neurológica clássica ou verdadeira, neurológica atípica e vascular. Cada uma constitui um mecanismo de compressão diferente. O seu diagnóstico é realizado por exames clínicos e exames radiológicos. O seu tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. O primeiro baseia-se em execução de exercícios de correcção postural, fortalecimento muscular e diminuição da dor. Opta-se pela cirurgia, caso o tratamento conservador não for eficaz, baseando-se na descompressão das estruturas que estão a ser sujeitas a “stress”. Deste estudo de caso fazem parte a revisão bibliográfica da patologia, a ficha clínica que caracteriza a patologia da paciente, com estudo do seu caso clínico.

*Palavras chave:* Síndrome do desfiladeiro torácico; Tratamento fisioterapêutico; Tratamento pós-cirúrgico

## ABSTRACT

The Thoracic Outlet Syndrome is a neurovascular structure compression in a region called *scalene hiatus*, between the anterior and medium scalene muscles and the clavicle. It can be classified as: neurological classic, atypical and vascular. Each one has a different compression mechanism. Its diagnosis is taken through clinical exams and radiologic exams. Its treatment can be conservative or surgical. The first one is based in the execution of postural correction exercises, muscular strengthening and pain diminution. The surgical treatment is chosen, in case of the conservative treatment don't be effective, based in structure decompression that are being subject a stress. Is part of this study a pathology bibliographic revision, the clinical that characterises the patient, with the study of her clinical case.

*Key words:* Thoracic outlet; Physiotherapy treatment; Pos-surgical treatment



## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Síndrome do desfiladeiro torácico (SDT) é um termo utilizado para denominar manifestações clínicas que apresentam sinais e sintomas decorrentes da compressão de estruturas neurovasculares, como o plexo braquial, artéria e veia subclávia, na região denominada por *hiato escalénico*, localizado entre a clavícula e os músculos escalenos anterior e médio<sup>40,41,42</sup>.

Pode ser classificada em três tipos: neurológica clássica ou verdadeira, neurológica atípica, e vascular. O primeiro tipo tende a ser unilateral, afectando principalmente mulheres adultas. Neste grupo, os pacientes apresentam sinais e sintomas neurológicos definidos e que são confirmados por exames complementares de diagnóstico. No segundo tipo, os pacientes não apresentam nenhuma das características do grupo anterior, ou seja, a sua sintomatologia é variável, inconstante e manifesta-se por períodos, havendo momentos sem dor e fases muito sacrificantes. Não é confirmada através de exames de diagnóstico. O terceiro tipo reúne os casos em que os pacientes apresentam lesões por compressão da artéria e da veia subclávia. Cada um dos tipos possui um mecanismo de compressão diferente, podendo ser por estruturas ósseas que tenham tido um desenvolvimento anómalo, redução do espaço costoclavicular, ou até pelo músculo pequeno peitoral durante um movimento de abdução do braço<sup>40,41,42</sup>.

O diagnóstico deste Síndrome baseia-se principalmente nas queixas subjectivas de dor e/ou parestesias no membro superior unilateral ou bilateralmente, sendo no entanto controverso, pela dificuldade em quantificar os sintomas. Cruz (2003) relata que até à data, nenhum exame complementar foi considerado *gold standard* para o diagnóstico da patologia, apesar de terem sido descritos vários testes clínicos, radiográficos e electromiográficos<sup>43</sup>.

O tratamento pode ser realizado de duas formas<sup>43,44</sup>:

- *Conservador*, que se baseia em correcção postural, exercícios de fortalecimento da cintura escapular, para controlo da dor e do edema.
- *Cirúrgico*, que abrange técnicas de descompressão do plexo braquial, com ou sem recessão da 1ª costela torácica. Porém este método só é utilizado quando o tratamento conservador não se mostra eficaz.

## ANATOMIA

Para melhor compreender a SDT torna-se necessário conhecer quais as estruturas que provocam a compressão



Segundo Novak (2003), são três áreas anatómicas as que estão relacionadas com este síndrome: o triângulo escalênico, o espaço costoclavicular e o espaço subcoracóide. Ao conjunto destas três regiões anatómicas, denomina-se hiato escalênico. O triângulo escalênico é formado pelos músculos escaleno anterior e médio. O espaço costoclavicular localiza-se entre a clavícula, a primeira costela, o ligamento costoclavicular e a porção final no músculo escaleno médio. E o espaço subcoracóide que se localiza abaixo dos músculos peitorais e do processo coracóide<sup>45,46</sup>.

Assim, o plexo braquial pode ser comprimido no espaço subcoracóide por onde passa, por uma elevação e/ou abdução do braço, ou por uma depressão do processo coracóide<sup>45,47</sup>.

A artéria e veia subclávias podem ser comprimidas no espaço costoclavicular, mais propriamente entre a primeira costela e o músculo escaleno anterior<sup>45,47</sup>.

Depois, as estruturas juntas, artéria e veia subclávias e plexo braquial passam juntas entre a clavícula, seguindo sob o tendão do pequeno peitoral, podendo também nesta região sofrerem compressão<sup>45,47</sup>.

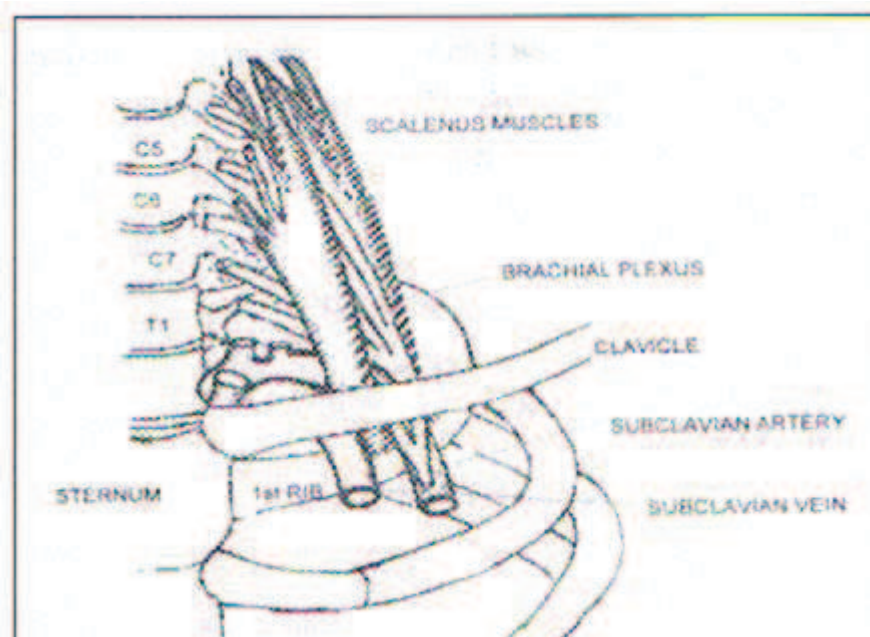


Fig.1 - Anatomia do desfiladeiro torácico. Fonte: Cooke, 2003, pág.333.

### **FISIOPATOLOGIA**<sup>40,41,45,48</sup>

A compressão pode ser devida ao estreitamento do hiato escalênico por inserção comum dos músculos escalenos, anterior e médio e por inserções costais anormalmente largas dos músculos escalenos anterior e médio. As fibras, tanto das raízes superiores quanto médias e inferiores do plexo braquial passam por entre as fibras desses músculos,



logo, se houver uma hipertrofia dos mesmos pode ser responsável por esse estreitamento e consequente compressão<sup>40,41,45,48</sup>.

Outras estruturas que podem causar compressão são bandas fibrosas ao nível da primeira costela, vértebras cervicais ou o processo transversal da sétima vértebra cervical, até à primeira costela torácica<sup>40,41,45,48</sup>.

Outros factores que podem causar compressão neurovascular são as estruturas ósseas anómalas, como megapófises de C7, ou a existência de costelas cervicais completas ou incompletas.

A primeira costela torácica constitui o limite inferior do hiato escalénico e da passagem costoclavicular. Acima dela, cruza-se o feixe neurovascular, estando em contacto directo com esta estrutura óssea as raízes de C7 e T1 ou o tronco inferior do plexo braquial. As variações anatómicas ou anormalidades desta costela como angulações, espessamento ou exostoses, por si só podem causar a compressão do feixe neurovascular do hiato escalénico ou na passagem costoclavicular. Este tipo de compressão pode ocorrer durante a prática de esforços físicos que acarretem movimento infero-posterior dos ombros, diminuindo desta forma o espaço costoclavicular.

A compressão pode ainda dar-se, segundo Tatagiba e tal (2003), quando se efectua uma abdução prolongada dos membros superiores por profissões que assim o exijam, por más posturas, nomeadamente durante o sono, levando a compressão do feixe neurovascular mais lateralmente, contra a inserção do tendão proximal do pequeno peitoral no processo coracóide da omoplata. Ainda se pode encontrar compressão do feixe neurovascular por doentes que tenham sofrido fracturas, luxações, ou pseudartrose, encontrando-se a compressão entre a 1ª costela e a clavícula.

A postura dos ombros pode ser importante na origem da SDT, sendo que a maior incidência é em mulheres, e esteja associada a ombros descaídos.

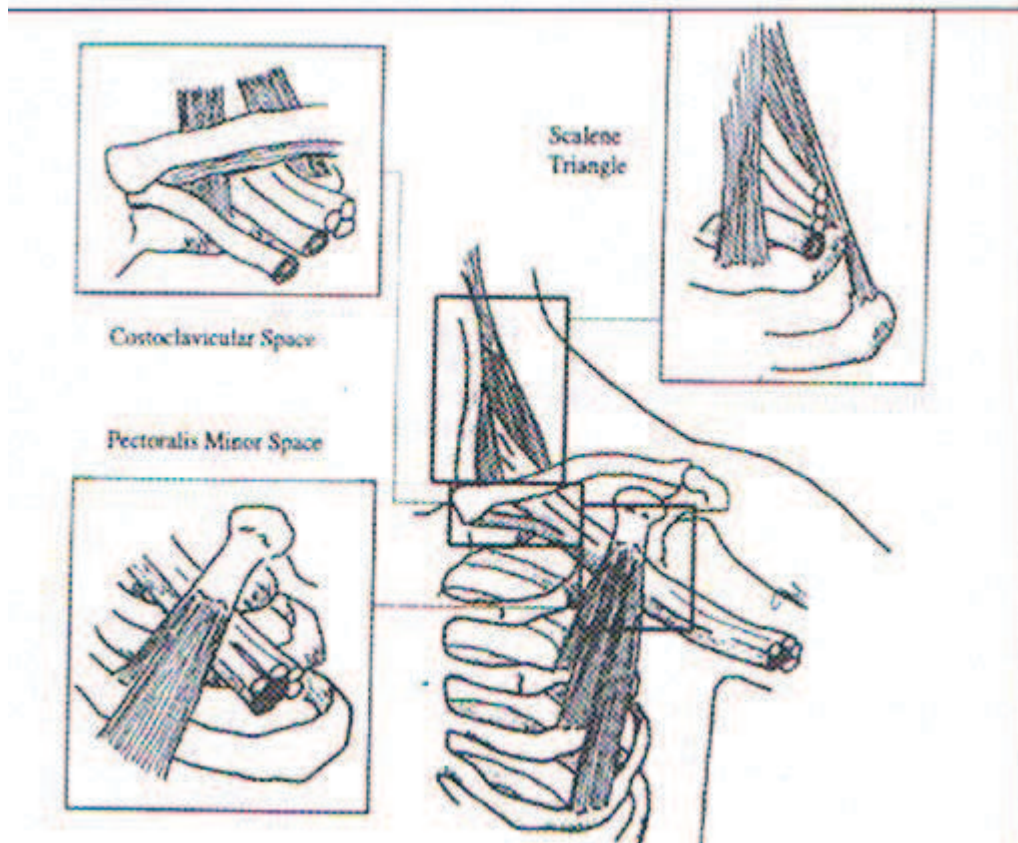


Fig.2 – Áreas anatómicas que podem comprimir estruturas neurovasculares. Fonte: Novak, 2003, pág.176.

### **MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**<sup>40,44,48,49</sup>

#### Síndrome neurológica clássica ou verdadeira

Este tipo geralmente encontra-se em mulheres na idade adulta, com sintomatologia unilateral, associada a longa história de parestesias, seguida de dores intermitentes e persistentes na face medial do antebraço, com fraqueza muscular e atrofia da região tenar. As parestesias e dores podem ter início na fossa subclavicular ou no braço, irradiando de seguida pela face medial do braço, antebraço e mão pelos territórios do nervo cubital e nervo músculo-cutâneo medial. Os sintomas motores causados pela SDT acontecem de forma intermitente. Geralmente há uma certa dificuldade na mobilidade da mão, associada à sensação de fraqueza nos dedos e hipotrofia na região do antebraço. As parestesias, embora também inespecíficas podem manifestar-se aquando da realização de alguns movimentos, como o pinçamento ou a abdução dos dedos.

#### Síndrome neurológica atípica

Há dúvidas quanto à compressão do plexo braquial, com este tipo de síndrome, pois as manifestações dos sintomas sensitivos são bastante semelhantes aos pacientes com a síndrome do tipo clássica ou verdadeira. Porém, os sintomas manifestam-se mais discretos,



menos graves e não tão bem definidos. Além disso, não são observadas perdas sensitivas nos exames neurológicos e as sensações de fraqueza muscular também são bastante indefinidas, acompanhadas de atrofia em regiões nem sempre características.

#### *Síndrome vascular (arterial e venosa)*

Este tipo da SDT é menos frequente, atingindo menos de 10% dos casos, embora por vezes haja controversa entre alguns autores relativamente a esta incidência. Quando ocorre compressão da artéria subclávia na SDT há manifestação de sinais de insuficiência circulatória periférica, como palidez, diminuição de temperatura do membro superior e mialgia. Essa compressão pode ser causada por fibroses ou aderências, porém normalmente é causada por más formações ósseas como costela cervical, anomalias na 1ª costela ou megapófise transversa de C7.

A compressão da veia subclávia pode gerar ingurgitamento venoso do membro superior afectado, edema postural, dores difusas e cianose, sem distribuição do território sensitivo bem definido e normalmente relacionado a exercícios físicos.

#### **DIAGNÓSTICO** <sup>40,44,46,50,51,52</sup>

O diagnóstico da SDT pode ser realizado de várias formas, entre elas o exame clínico, o radiográfico e o electrofisiológico.

- *Exame clínico:* em pacientes que apresentem a patologia, o exame clínico apresenta abaulamentos, dor à palpação e/ou sinal de Tinel na percussão da fossa supraclavicular positivo. No entanto, estes sintomas não são específicos da patologia. O exame neurológico em doentes com SDT verdadeira pode revelar hipoestésias na região medial do antebraço e da mão, hipotrofias predominantemente nas mãos com predomínio da região tenar. Outro sintoma comum é a perda de pulso radial, quando o membro superior é colocado em várias posições específicas, como se efectua na manobra de Adson. Além desta manobra existem outras também muito utilizadas, como o teste de Halstead (que consiste na retracção escapular associada a tracção inferior do braço do paciente) e o teste de Roos (que se baseia em realizar abdução, rotação externa, associando flexão do ombro e flexão/extensão dos dedos da mão).
- *Exame radiológico:* as radiografias simples da coluna cervical, auxiliam na demonstração da presença de anomalias ósseas, já mencionadas anteriormente. A tomografia axial computadorizada (TAC) ou a Ressonância magnética (RMN), também são exames complementares de diagnóstico, pois excluem a possibilidade de outras causas de compressão radicular por



hérnias discais, neoplasias, osteófitos ou outras patologias. A ultra-sonografia e arteriografia são exames igualmente importantes para o diagnóstico desta patologia porque nos permite averiguar se existem obstruções arteriais, formações de trombos, aneurismas e dilatações.

- *Exame electromiográfico:* este exame é positivo quando o paciente possui a síndrome neurológica verdadeira. Quando apresenta a síndrome neurológica atípica essas alterações não são tão bem definidas e quando possuem a vascular, não apresentam alterações. O electrodiagnóstico é de suma importância na confirmação desta patologia, pois auxilia na localização e determinação da extensão do comprometimento do plexo braquial, assim como diferencia a patologia de outras segmentais ou sistémicas. Os principais achados electromiográficos característicos da SDT verdadeira são sinais de perda axonal no tronco inferior, indicados por desnervação do abductor curto do polegar, do abductor do 5º dedo e/ou do flexor curto do polegar. Assim, para pacientes com suspeita desta patologia, deve ser indicada a electromiografia e a medida das conduções nervosas sensitivas e motoras do nervo cubital, ao nível do antebraço (para afastar lesões ao nível do cotovelo). No entanto, deve-se esperar que pacientes com SDT neurológica atípica apresentem exames electromiográficos normais.

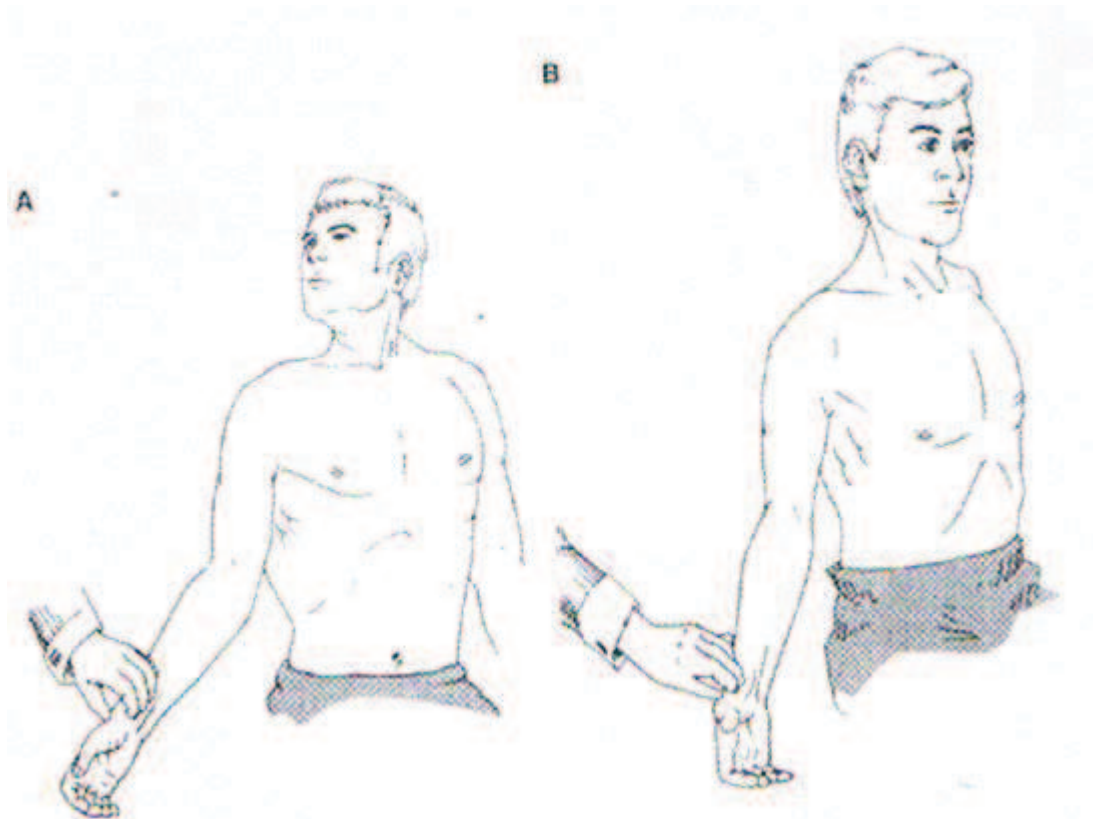


Fig. 3 – Manobra de Adson



### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**<sup>40,44,46,50,51,52</sup>

Muitas patologias que acometem a região cervicotorácica podem apresentar sintomas semelhantes com os da SDT, principalmente quando se trata do grupo neurológico atípico. As patologias neuropáticas do mediano e cubital e as que incluem complicações das raízes nervosas por osteófitos ou hérnias discais devem ser as primeiras a serem descartadas quando há suspeita de SDT, principalmente quando esta for do tipo atípica. Outro exemplo é a síndrome do túnel cárpico, que também produz atrofia dos músculos da região tenar. No entanto, neste caso as alterações sensitivas ocorrem nos três primeiros dedos. Em pacientes com compressão do nervo cubital, não apresentam atrofia da musculatura, porque o nervo que é responsável pela inervação desta área é o mediano. Patologias que causam insuficiência venosa no membro superior como arterosclerose, doença de Raynaud ou lúpus eritematoso sistémico, podem causar sintomas semelhantes com os da SDT. Porém, as suas manifestações sistémicas são diferentes, o que permitem um diagnóstico diferencial imediato.

### **TRATAMENTO**<sup>44,45,51,52,53</sup>

O tratamento da SDT pode ter duas abordagens, como já foi referido: conservador ou cirúrgico. Normalmente, primeiro recorre-se sempre ao tratamento conservador e em último recurso à cirurgia. Principalmente nos pacientes com os tipos, clássico e atípico, geralmente recorre-se ao tratamento conservador.

- *Tratamento cirúrgico:* Este tratamento é mais usado em pacientes com sintomatologia importante da síndrome vascular do desfiladeiro torácico. Este tratamento consiste na descompressão das estruturas venosas e nervosas na região do hiato escalénico. A escalenotomia foi a técnica mais utilizada, pelo menos até metade do século. Porém, hoje é considerada um procedimento ineficaz, por não ter em consideração outros elementos como a 1ª costela, e também por recidivar em 50% dos casos operados. Hoje, a técnica mais utilizada é, através de uma abordagem supraclavicular, faz-se descompressão do plexo braquial, com ou sem recessão da 1ª costela, dependendo do caso clínico presente. A escalenotomia também é opcional, dependendo do caso clínico. De acordo com Colli e Carlotti (2003), independentemente da técnica escolhida, o tratamento da SDT deve ter por objectivo uma descompressão neurovascular, eliminando não somente estruturas ósseas anómalas, como também possíveis fibroses que liguem as estruturas ósseas às estruturas do desfiladeiro torácico.



- *Tratamento conservador:* O tratamento conservador na SDT centra-se na diminuição da pressão extrínseca. De acordo com Crosby e Wehbé (2004) para que haja uma diminuição da inflamação na região do desfiladeiro torácico, é necessário existir uma correcta sincronia alongamento-fortalecimento da musculatura circundante, favorecendo o equilíbrio da região do hiato esplénico. Como é do conhecimento de todos os Fisioterapeutas, se for efectuada uma avaliação detalhada de cada caso clínico, consegue-se ter sucesso na reabilitação do paciente. A história clínica que o paciente nos conta pode ser uma mais valia em muitos dos aspectos da sintomatologia, nomeadamente, no esclarecimento da existência ou não de compressão nervosa, onde e qual a raiz afectada. Ainda da avaliação se pode traçar outro item do tratamento, quando se efectua a avaliação postural e se identificam alterações posturais que podem estar intimamente com a SDT. Quando este facto surge, é urgente fazer correcção da postura e consciencializar o paciente para realizar exercícios de correcção postural e um treino de fortalecimento com postura adequada. A obesidade ou o excesso de massa gorda em algumas mulheres pode ser um factor predisponente para o desenvolvimento da patologia, daí a importância de alertar o paciente para fazer uma dieta saudável, quando for o caso. Os principais objectivos do tratamento conservador nesta síndrome são o controle da dor, controle do edema (caso esteja presente), correcção e educação postural, relaxamento da musculatura do pescoço e cintura escapular e fortalecimento da musculatura postural. Ainda importante é certificar se existe uma boa mobilidade do tecido neural.

No caso clínico presente, o tratamento conservador não foi o aplicado, uma vez que a paciente foi submetida a cirurgia mal lhe foi diagnosticada a síndrome. Este facto deveu-se à sintomatologia já ser de longo prazo e esta se ter reproduzido por uma anomalia óssea, neste caso, da 1ª costela. No entanto, alguns dos objectivos do pós-operatório são os mesmos seguidos no tratamento conservador.

Pode-se constatar desta forma que a SDT é uma síndrome consideravelmente desconhecida e ainda não muito estudada clinicamente, devido à dificuldade que houve em encontrar literatura que suportasse este trabalho, e a existente é já de alguns anos atrás. Este facto talvez se deva a que esta síndrome não é muito incidente na população em geral. O seu diagnóstico deve ser o mais precoce possível, para se evitar a cirurgia. No entanto, muitas vezes isso não se verifica, tornando-se um diagnóstico tardio, com um tratamento complexo. Como é o caso da paciente estudada em que não lhe foi diagnosticada a patologia durante cerca de 4 anos. Após todo este tempo, a solução foi o recurso à cirurgia. Enfim, a Síndrome do Desfiladeiro Torácico merece ser mais explorada e estudada pelos profissionais de saúde.



A SDT é uma condição rara, mas deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes com dores e parestesias em algum local do membro superior.

O presente estudo de caso retrata uma jovem, com SDT, que há 4 anos apresentava sintomatologia na região tenar da mão esquerda. Em tanto tempo, com quadros intermitentes de reprodução da sintomatologia, procurou muito profissionais de saúde, nomeadamente médicos Ortopedistas, sendo diagnosticada de várias patologias. No entanto, nenhum dos médicos na altura procurou a origem exacta da sintomatologia, sendo frequentemente diagnosticada erroneamente. Tendo em conta a revisão bibliográfica efectuada e o quadro clínico que apresentava, esta síndrome foi classificada como neurológica clássica ou verdadeira. Apesar deste tipo ser diagnosticado através de exames de diagnóstico, este não foi o caso. No entanto a paciente apresentava uma mega costela, que mesmo assim não foi diagnosticada.

Segundo refere a paciente, a sua cirurgia consistiu no corte da 1ª costela e libertação de fibroses existentes entre esta e as estruturas do desfiladeiro torácico. Ainda refere que houve transposição do plexo braquial para uma localização mais protegida das estruturas que podem levar a compressão. Infelizmente a paciente não veio acompanhada de nenhum exame de diagnóstico ou relatório médico da cirurgia. Mas, vai ser tido em conta a história que a paciente apresenta e o que nos relata sobre a cirurgia. Neste caso clínico era esperado um diagnóstico precoce, pois radiologicamente apresentava alteração da costela. No entanto, durante os 4 anos que foi consultada por vários médicos, nunca nenhum lhe prescreveu um Rx nesta região. A única sintomatologia que a paciente apresentava era parestesia e dor na região tenar. Por vezes, sentia desconforto no ombro, mas com repouso logo passava. As dores na região tenar tornaram-se cada vez mais incapacitantes. A sintomatologia apresentada é justificada pela compressão do plexo braquial. O quadro clínico apresentado é compatível com o que está descrito na literatura. Assim, o tratamento vai ser efectuado, tendo em conta a sintomatologia da paciente, mas também não esquecendo o que a literatura nos disponibiliza.

A seguir são apresentados os seus dados pessoais, a história mais pormenorizada, a avaliação, a intervenção em função das necessidades que apresenta e do seu quadro clínico elaborado na avaliação.

**FICHA CLÍNICA****PACIENTE XIII**

15 Sessões de Fisioterapia  
(de 1 a 19 de Fevereiro)

**Dados pessoais**

Nome: M.R.

Sexo: Feminino

Idade: 18 anos

Estado civil: Solteira

Profissão: Estudante

Ocupação dos tempos livres: Actualmente pintar, fazer trabalhos manuais, praticar natação, tocar guitarra, órgão e sair com os amigos. Anteriormente o que mais gostava de fazer era praticar judo, actividade que teve que abandonar por causa da lesão.

**Diagnóstico médico:** Pós-operatório de Síndrome de Outlet.

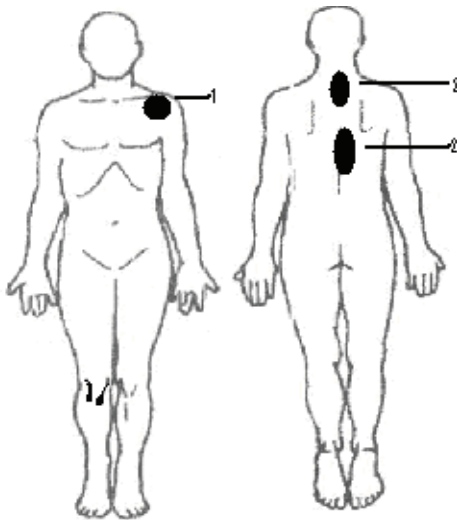
**História Clínica:** Há quatro anos, num treino de judo teve uma queda sobre a mão esquerda. Nessa altura apresentou dor, tumefacção e edema durante longo período de tempo na região do primeiro metacarpo e primeiro dedo da mão esquerda. As dores eram tão fortes que deixou durante algum tempo de praticar desporto. Procurou alguns médicos especialistas, porque a dor não passava e foi realizando exames de diagnóstico, como Rx, ecografia e TAC, que nada evidenciaram de relevante. Andou algum tempo imobilizada com tala na região tenar (já não se recorda bem quanto tempo foi, mas pensa que foram cerca de 4 semanas) e em simultâneo realizou Fisioterapia. A paciente refere que nessa altura o tratamento realizado consistiu em crioterapia, massagem, exercícios, alongamentos e ultrasounds. Mas, o tratamento não resultou. Continuou a procurar outras opiniões, sendo que um dos médicos na altura lhe prescreveu uma electromiografia, porque passado algum tempo



da lesão (cerca de um ano) começou a sentir algumas vezes uma sensação de formigamento pela manhã, ou quando realizava um esforço, que se localizava na face palmar do primeiro metacarpo. Mas, a electromiografia não deu nenhuma informação significativa. Esse mesmo médico pediu um Rx cervical, que não deu qualquer resultado. Aproximadamente entre os 2 anos e os 3 anos e meio de lesão, desistiu de procurar médicos que não lhe davam qualquer diagnóstico nem solução ao seu caso clínico e deixou de praticar desporto e continuou a usar a tala de imobilização, que tinha sido uma das opiniões de um dos médicos que procurou. Nas alturas de maior dor tomava analgésicos ou anti-inflamatórios, que também tinham sido os médicos a receitar em S.O.S.. Mas com o passar do tempo as dores tornaram-se insuportáveis, e falaram-lhe de um médico ortopedista especialista em tratamento e cirurgia das mãos. A paciente contou-lhe toda a história médica. Referiu ainda que nunca teve, nem tem mais nenhum problema de saúde. Depois de ouvir toda a história o médico disse logo que desconfiava de Síndrome de *Outlet*, pois “se todos os exames deram negativo, é porque não foi procurado o problema no sítio certo” (a paciente refere que foi exactamente a forma como o médico o disse). No entanto, para fazer um diagnóstico diferencial mais estreito mandou a paciente realizar mais uma electromiografia e um TAC. A electromiografia não deu nenhum resultado anormal. A TAC acusou hérnias discais em C3-C4 e C4-C5. O médico perante este resultado pediu uma ressonância magnética à coluna e complexo articular do ombro. A ressonância confirmou a existência de Síndrome de Outlet e veio confirmar a inexistência de hérnias discais. Perante este resultado foi marcada a cirurgia. A paciente refere que a cirurgia consistiu em corte da 1ª costela, que era muito grande e transposição do plexo braquial para outro local.

Andou duas semanas imobilizada, mas iniciou tratamento ao fim da 1ª semana de pós-cirúrgico. Os pontos foram caindo por si, não tendo que realizar o penso. Apenas tinha que mudar a compressa, segundo indicações médicas.

**Avaliação:** Durante a observação da paciente é notável uma alteração da postura, com notável elevação do ombro esquerdo e inclinação do tronco à esquerda. Quando se questiona a paciente sobre a cirurgia, esta refere que a cirurgia correu bem e que consistiu no corte da 1ª costela e transposição do plexo braquial para uma região mais protegida. Refere dor principalmente durante a noite e constante desconforto na região do ombro, escapular, região torácica e cervical. Quando se questiona sobre o grau de dor refere uma dor de 5/10 durante a noite e de 2/10 durante o dia, na Escala de Eva. Refere ainda que o maior incómodo é o facto de estar imobilizada. Foram avaliadas as amplitudes articulares activas e passivas de todos os movimentos da gleno-umeral. A medição da força muscular não foi avaliada inicialmente, sendo efectuada logo que possível. Foram realizados ainda testes osteopáticos, para a coluna cervical, coluna dorsal e costelas.

**Registos:**Body Charter

- 1- Dor e limitação funcional decorrentes da cirurgia
- 2- Dor e contracturas musculares por defesa e alteração da postura

Registo da avaliação posturalVista posterior

- Inclinação da cabeça para a esquerda
- Elevação do ombro esquerdo
- Omoplata esquerda subida relativamente à direita (notável ao nível do ângulo inferior)
- Coluna dorsal com convexidade à esquerda
- Ângulo ílio-costal mais fechado à direita relativamente ao esquerdo.
- Crista íliaca direita mais subida relativamente à esquerda.
- Espinha íliaca ântero-superior direita mais alta relativamente à esquerda.
- Joelho direito com ligeiro valgo em relação ao esquerdo.

Perfil

- Membro superior direito ligeiramente anteriorizado relativamente ao esquerdo
- Ligeira rotação anterior do íliaco direito em relação ao esquerdo.

Vista anterior

- Inclinação da cabeça para a esquerda
- Elevação do ombro esquerdo
- Clavícula direita mais alta relativamente à esquerda.
- Ângulo ílio-costal mais fechado à direita relativamente ao esquerdo.
- Umbigo desviado para a esquerda.
- Crista íliaca direita mais subida relativamente à esquerda.
- Espinha íliaca ântero-superior direita mais alta relativamente à esquerda.



- Joelho direito com ligeiro valgo em relação ao esquerdo.

### Registo das medições das amplitudes articulares do ombro

Paciente: M.R.

Examinador: Fisioterapeuta Cátia Albuquerque.

Medidor: Fisioterapeuta Marina.

**Tabela 15:** Valores goniométricos das amplitudes articulares referentes à articulação do ombro

Referência/Estrutura		Ombro 1/02/2010		Ombro 11/02/2010	
		Activo	Passivo	Activo	Passivo
Esquerdo (lesionado)	Flexão	30°	40°	100°	120°
	Extensão	10°	15°	20°	25°
	Abdução	10°	15°	40°	80°
	Rotação interna	*:60°	*:73°	*75°	*90°
	Rotação externa	*:50°	*:60°	*60°	*75°
	Direito	Flexão	180°	180°	* As medições correspondentes foram efectuadas na posição de abdução permitida, apresentada nesta tabela, e não da posição de 90° de abdução.
	Extensão	45°	45°		
	Abdução	180°	180°		
	Rotação interna	90°	90°		
	Rotação externa	90°	90°		



### Registo da força muscular dos músculos do complexo articular do ombro

**Tabela 16:** Registo das medições da força muscular dos músculos peri-articulares do complexo articular do ombro.

Músculo/Grupo Muscular	Grau de força muscular (08/02/2010)	
	Membro direito	Membro esquerdo (lesionado)
Bicípite	5	4
Tricípite	5	4-
Trapézio superior	5	4-
Trapézio médio	5	4-
Trapézio inferior	5	4-
Supra-espinhoso	5	4-
Infra-espinhoso	5	4-
Grande dorsal	5	4+
Deltóide	5	4-
Escalenos	5	3

### Registo da dor

**Tabela 17:** Registo da dor que a paciente apresentava, utilizando a escala de EVA

Dor (escala de 0-10)	1/02/2010	11/02/2010
Em repouso	Durante o dia: 2	Durante a noite: 2
	Durante a noite: 4	
Em movimento/esforço	5	3

### Registo dos resultados obtidos nos testes osteopáticos

Teste de Quick scanning Identificou-se região hipomóvel ao nível da charneira cervico-dorsal e região dorsal entre T5-T7 e T9-T12.

Teste de Mitchell: Depois de identificadas as regiões hipomóveis, foram-se verificar quais as disfunções que apresentavam. Assim, conclui-se que não só as vértebras destas regiões se encontravam em disfunção, como também as costelas correspondentes aos mesmos



segmentos. A charneira cervico-torácica encontrava-se em disfunção de FRS esquerda e as restantes disfunções, todas elas eram ERS direitas. Pois as costelas acompanharam o movimento das vértebras, estando na mesma disfunção, segundo esta avaliação.

**Notas:** Na avaliação postural e outras avaliações, apenas foram registados os resultados que estão alterados ou fora dos valores normais.

**Diagnóstico em fisioterapia:** Deficit de amplitude articular do ombro esquerdo; Alterações posturais; dor na coluna cervical, dorsal e ombro esquerdo; deficit de força muscular dos músculos periarticulares do ombro.

**Considerações/Conclusões gerais:** Perante a avaliação e os resultados dos testes obtidos, pode-se constatar que o maior problema da paciente é a alteração da postura, que foi decorrente de se defender da dor, da imobilização e até da postura que foi adoptando para realizar algumas tarefas. Assim, considera-se que a principal prioridade é a correcção da postura, pois se a postura não for corrigida não se conseguem fazer exercícios ou outro tratamento. Claro que em simultâneo, mal seja permitida a mobilização, o ganho de amplitude e de força indolor também são importantes, para que adquira a funcionalidade necessária do seu membro superior.

**Tratamento efectuado:**

- 1- Crioterapia<sup>6,8,9</sup>, 10min.
- 2- Massagem cicatriz; Massagem de relaxamento ombro, coluna cervical e dorsal<sup>5,6</sup>, 15min.
- 3- Técnica de *thrust* para FRS esquerda da charneira cervico-dorsal; Técnica global da pélvis, com *kick*; Técnica de *thrust* para disfunção em ERS direita dos segmentos torácicos e costelas em disfunção<sup>54</sup>, 10min.
- 4- *Stretching* dos espinhais, rombóides, angular da omoplata<sup>54</sup>;
- 5- Mobilização passiva<sup>6</sup> da omoplata, gleno-umeral, acrómio clavicular, 15min.
- 6- Tensão neural<sup>55</sup>, mobilização do nervo mediano, usando alavanca ombro e mão, mantendo o cotovelo em extensão, e mobilizando os outros segmentos um de cada vez em sentidos opostos, 15min.
- 7- *Mulligan*<sup>56</sup> para alívio da dor e aumento da amplitude da gleno-umeral: Gleno-umeral-PA para ganho de flexão e AP+abdução em decúbto dorsal para ganho de abdução e numa fase mais avançada foi usado gleno-umeral-AP em pé+ função (utilizando alguns exercícios na parede) para ganhar função, 10min.
- 8- Inicialmente TENS (As características desta corrente são as seguintes: corrente constante, frequência de 70 Hz, 70 micro-segundos, limiar de sensibilidade do paciente) interescapular<sup>9</sup>, depois passou a fazer estimulação eléctrica neuromuscular<sup>9</sup> no músculo bicípite, alternado com tricípite, 20min. A corrente de electro-estimulação tem as seguintes características: frequência de 50Hz; 1,2seg. de



rampa ascendente, 4,0seg. de contracção efectiva, 0,8seg. de rampa descendente, 7,0seg. de repouso. A intensidade foi medida em ma e foi o limiar de contracção da paciente.

- 9- Exercícios terapêuticos<sup>26,52,53</sup>: bastão; exercício na parede, com mão fixas, para trabalho de activação do músculo infra-espinhoso; subir a parede com o membro superior, com tape ao nível dos músculos supra e infra-espinhosos, para correcto trabalho sinérgico entre os dois; esmagar o rolo contra a parede para trabalhar músculos da coifa dos rotadores; roldanas; exercícios pendulares; após algumas sessões começou a realizar exercícios de fortalecimento com pesos de 1Kg; 20min.

**Objectivos gerais do tratamento:** Reabilitar o membro superior da paciente para ter uma vida normal.

Permitir que o membro da paciente seja um membro funcional, tentando ainda que possa realizar desporto.

**Objectivos específicos de cada procedimento:**

- 1- Diminuir o edema local; Diminuir a dor
- 2- Promover a correcta cicatrização e o crescimento de fibras saudáveis; Provocar o relaxamento
- 3- Corrigir as disfunções presentes ao nível da charneira cervico-dorsal, pélvis, região dorsal e costelas
- 4- Fomentar o correcto alongamento dos músculos em encurtamento
- 5- Aumentar o grau de amplitude articular das articulações do complexo articular do ombro
- 6- Permitir uma boa condução nervosa em todo o membro superior
- 7- Aumentar o grau de amplitude articular da articulação gleno-umeral, minimizando a dor
- 8- Inicialmente: diminuir a dor e promover o relaxamento; Depois, aumentar o nível de força muscular do músculo bicípite e tricípite
- 9- Fomentar um membro superior funcional, com o máximo de estabilidade possível; Permitir que a paciente realize o máximo de tarefas possível, com o mínimo de dor e força e amplitude articular dentro dos trâmites normais.

**Duração de cada tratamento:** Aproximadamente 2 horas.

**Duração do tratamento:** 15sessões. **Horas totais de tratamento:** 30 horas.

**Evolução ao longo do tratamento:** A paciente teve uma óptima evolução ao longo do tratamento, pois a sua postura, após remoção de imobilização foi sendo corrigida totalmente, as dores diminuíram, as amplitudes articulares foram aumentando, e a força muscular ainda não aumentou significativamente.



**Discussão:** Perante toda a avaliação e tratamentos efectuados, pode-se concluir que as técnicas aplicadas foram benéficas para uma boa evolução da paciente. Logo a seguir ao pós-operatório, não se podem aplicar um vasto número de técnicas, respeitando a situação clínica e dor da paciente. No entanto, também é no início que tem que se “apostar” para uma recuperação eficaz. Muitas vezes, como neste caso, a dor foi um entrave ao tratamento, mas com as técnicas seleccionadas, foi possível a paciente ganhar amplitude e força muscular sem dor.

Este tipo de patologia é inicialmente tratada, na maioria dos casos de forma conservadora, como se pode constatar na investigação efectuada. Apenas quando se verifica que este tipo de tratamento já não está a ser viável é que se opta pela cirurgia. Este caso, pode-se considerar um pouco diferente, uma vez que o diagnóstico da patologia foi muito tardio, e quando foi consumado, optou-se logo pela via cirúrgica. Os tratamentos efectuados antes do correcto diagnóstico não eram direccionados à SDT, mas sim a outros diagnósticos que eram efectuados.

Para além de todas as consequências do pós-operatório, a paciente, quando iniciou tratamento, na minha opinião, apresentava sequelas quer da imobilização, quer de posturas que adoptou ao longo do tempo para se defender da dor e conseguir realizar determinadas tarefas, como é o caso das alterações posturais do complexo articular do ombro e cabeça e das disfunções encontradas ao nível da charneira cervico-dorsal e costelas. Estes resultados podem ser observados na avaliação, que também mostra que os seus principais problemas no início do tratamento eram essas alterações posturais, a dor, o deficit de amplitude articular das articulações do complexo articular do ombro e o deficit de força muscular.

Após pesquisa bibliográfica e o tratamento deste caso clínico pode-se concluir, que esta patologia necessita ainda de muita investigação, nomeadamente no que respeita ao tratamento de fisioterapia, pois é ainda pouco documentada. No que respeita à paciente em questão, tentei aplicar o máximo de técnicas vantajosas para a sua reabilitação, minimizando a dor, uma vez que mostrava muito medo da dor que podia passar, pois já tinha sofrido vários anos.

Após a correcção das disfunções ao nível da coluna e costelas, a paciente referiu uma melhoria ao nível da dor e postura. Mais uma vez, este caso foi outro exemplo em que a técnica de *Mulligan* teve resultados positivos, a paciente referiu muito conforto aquando da aplicação da mesma. Quanto ao restante tratamento, foi efectuado tendo em conta a avaliação e as necessidades da paciente, em termos de ganho de força muscular, amplitude e obtenção de um membro funcional. Outro item importante do tratamento, mas que é deixado um pouco separado dos outros é a aplicação de técnicas de tensão neural. Na minha opinião é deixado de parte porque, após a cirurgia, a paciente já não apresenta



sintomatologia referente a problema no sistema nervoso. No entanto, como na cirurgia se transpôs o plexo braquial, considerou-se pertinente realizar tratamento de mobilização do sistema nervoso. Assim, considera-se que foi efectuado um tratamento completo, com todas as técnicas essenciais para a sua reabilitação. Foi tido em conta toda a anatomia do complexo articular do ombro e, claro, o que foi efectuado na cirurgia, para se poder realizar um correcto tratamento. Perante as reavaliações efectuadas e a evolução da paciente, tendo em conta o seu feedback e evolução positiva do quadro clínico, também se considera que o tratamento teve resultados positivos e decorreu dentro do que era previsto, pois verificaram-se ganhos a todos os níveis.

**Prognóstico:** O prognóstico da paciente é muito favorável, uma vez que é jovem, sendo que a cirurgia à priori corrige o problema da paciente e resolve a sintomatologia, recuperando a funcionalidade do membro na sua totalidade.

**Conclusão:** A paciente tem uma história prévia desde há 4 anos. Não foi diagnosticada correctamente durante esses anos. Quando foi diagnosticada com SDT foi directamente remetida a cirurgia, após realizar alguns exames. A cirurgia não teve complicações e iniciou os tratamentos de fisioterapia precocemente. Apresentava no início do tratamento os déficits “normais” de um quadro clínico de um pós-operatório, como deficit de amplitude articular, deficit de força, dor e algumas alterações posturais, decorrentes não só da cirurgia, mas também de posturas adoptadas ao longo do tempo pela paciente. Acredita-se que esta paciente poderia ter sido diagnosticada mais cedo e tratada a este problema especificamente, tendo alívio dos sintomas. No entanto, como se tratava de uma mega costela, considera-se que nunca iria passar sem a cirurgia. Perante o seu quadro clínico e a sua situação no pós-operatório, considera-se que o tratamento decorreu favoravelmente, sem complicações e a reabilitação da paciente evoluiu como era esperado.

#### **Notas gerais:**

- Era meu objectivo fazer acompanhar este trabalho com fotografias e vídeos, não só das avaliações realizadas, como dos tratamentos efectuados. No entanto, tal facto não foi possível, pois o tempo durante a prática clínica era reduzido, realizando-se já as avaliações e reavaliações com todo o tempo contado. Daí, a justificação da não existência desses anexos
- Por uma questão de organização e para não tornar este trabalho muito extenso, apenas foram registadas as avaliações que deram resultados alterados, ou relevantes. Apesar de terem sido efectuadas outras avaliações, como não apresentaram resultados significativos, apenas foram citadas.



- Em anexo, são apresentados o consentimento informado de cada paciente (Anexo A) e as fichas de presença dos pacientes (Anexo B). Também em anexo aparecem algumas informações relevantes de alguns pacientes (Anexo C).



### Conclusão do trabalho

Após a realização deste trabalho, estão horas de trabalho em clínica, quer na avaliação e conseqüente estruturação do plano de tratamento, quer no tratamento propriamente dito. Para além do trabalho prático foi necessário decidir perante cada caso clínico, cada doente e cada patologia, quais as técnicas mais adequadas. Após essa decisão, averiguar dia-a-dia se o tratamento de cada um estava a ser favorável para a reabilitação do paciente, se era necessário alterar alguma técnica, perante a sintomatologia do mesmo. Este trabalho foi realizado todos os dias, junto de cada um, nunca esquecendo que o paciente é o centro da aprendizagem e conhecimento do fisioterapeuta. Nunca esquecendo o conforto do paciente a sua satisfação, considera-se que tudo foi aplicado da melhor forma possível e tentei dar o máximo para que todos os pacientes tivessem uma reabilitação plena.

Após todo este trabalho, foi tudo passado para papel, efectuando-se este trabalho extenso e de muitas horas, mas que penso que transmite toda a envolvimento dos tratamentos dos pacientes.

Conclui-se que, foi de todo vantajoso e especialmente necessário, após a parte curricular de um Mestrado, poder aplicar as técnicas aprendidas à realidade clínica e a cada caso específico.

Para mim, tive especial gosto em realizá-lo e em tentar todos os dias aplicar todo o conhecimento e conciliá-lo da melhor forma com todo o conhecimento anterior. Penso que tudo isto foi alcançado e transmitido neste trabalho.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1- Thévenon, André and Blanchard, Anne. 2005. Guia Prático de medicina física e reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 2- Kisner, Carolyn and Colby, Lynn Allen. 1998. Exercícios Terapêuticos fundamentos e técnicas – 3ª ed., 520-561. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- 3- Kisner, Carolyn and Colby, Lynn Allen. 2007. Therapeutic Exercise – 5a edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- 4- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 5- Thévenon, André and Blanchard, Anne. 2005. Guia Prático de medicina física e reabilitação, 21-24. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 6- Yeng LT., Stump P., Kasiyama HHS., Teixeira MJ., Imamura M., Greve JMD. 2001. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crónica. Revista Med. São Paulo. 80 (2): 245-55.
- 7- Neto, Francisco. 2009. Conceito de Mulligan. Aulas do Mestrado em Fisioterapia. Porto, Portugal.
- 8- Maxey, Lisa and Magnusson, Jim. 2003. Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico, 200-216. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 9- Kitchen, Sheila and Bazin, Sara. Electroterapia de Clayton. 10ª edição. Reino Unido: Editora Manole LTD.
- 10- Carvalho, Paulo. 2009. Exercícios Terapêuticos – Quadrante Inferior, joelho/quadrícipite. Aulas do Mestrado em Fisioterapia. Porto, Portugal.
- 11- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 76-79. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 12- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 30-33. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 13- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebentas das aulas do curso de Osteopatia, Seminário da coluna cervical. Madrid: EOM.
- 14- Ricard, François and Sallé, Jean-Luc. 2007. Tratado de Osteopatia. Madrid: Médica Panamericana.
- 15- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 31,32. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 16- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 33. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 17- Ward, Robert C. 2006. Fundamentos da medicina osteopática- 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- 18- Conceito de Mulligan. 2009. [www.bmulligan.com](http://www.bmulligan.com).



- 19- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminários de ombro e cotovelo. Madrid: EOM.
- 20- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminário tíbio-társica. Madrid: EOM.
- 21- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 61-64. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 22- Carvalho, Paulo. 2009. Exercícios Terapêuticos – Quadrante Inferior, tíbio-társica. Aulas do Mestrado em Fisioterapia. Porto, Portugal.
- 23- Shacklock, Michael. 2007. Neurodinâmica Clínica: Uma nova abordagem do tratamento da dor e da disfunção músculo-esqueléticas. Rio de Janeiro: Elsevier.
- 24- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 25- Sebenta das aulas de tensão neural da licenciatura. 2005. Porto.
- 26- Matias, Ricardo and Jardim, Marco. 2009. ESTSP – Sebenta das aulas do Mestrado em Fisioterapia – Exercícios Terapêuticos, Quadrante Superior. Porto, Portugal.
- 27- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Coluna cervical. Madrid: EOM.
- 28- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminário de ciáticas. Madrid: EOM.
- 29- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminário de pélvis. Madrid: EOM.
- 30- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminário de coluna dorsal, coluna lombar e sacro-iliaca. Madrid: EOM.
- 31- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminário da tíbio-társica e cadeias. Madrid: EOM.
- 32- Souchard, Philippe and Ollier, Marc. 2001. As escolioses – seu tratamento fisioterapêutico e ortopédico. São Paulo: É Realizações.
- 33- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Cadeias e Reflexologia. Madrid: EOM.
- 34- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminário de charneira cervico-dorsal e toraco-lombar. Madrid: EOM.
- 35- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Seminário de ciáticas. Madrid: EOM.
- 36- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Joelho. Madrid: EOM.
- 37- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 76-79. Póvoa de Varzim: Formaterapia.



- 38- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 30-33. Póvoa de Varzim: Formaterapia.
- 39- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Pélvis, coluna lombar e articulação sacro-iliaca. Madrid: EOM.
- 40- Colli, B.O. and Dias, L.A. 1993. A Síndrome do desfiladeiro torácico: revisão. Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia. 12(1): 24-38.
- 41- Dourado, A.P. 2005. Intervenção fisioterapêutica em pacientes portadores da síndrome do desfiladeiro torácico: Revisão Bibliográfica. Centro universitário Claretiano.
- 42- Steven, Greenberg. 2002. Neurologic thoracic outlet syndrme Neurology; 57(3A): 659-665.
- 43- Cruz M. et al. 2003. Angiografia como método de diagnóstico da Síndrome do desfiladeiro torácico neurovascular. A proposta de um caso. Revista Brasileira de Reumatologia. 43(4): 267-271.
- 44- Brantigan, CO and Ross, DB. 2004. Diagnosing Thoracic Outlet Syndrome. Hand Clinics. United States. 20(1): 27-36.
- 45- Novak, CB. 2003. Thoracic Outlet Syndrome. Clinics in plastic surgery. United States. 30(2): 175-188.
- 46- Cooke, RA. 2003. Thoracic Outlet Syndrome: aspects of diagnosis in the differential diagnosis of hand-arm vibration syndrome. Occupational Medicine. London. 53(5): 331-336.
- 47- Urschel, HC and Patel. 2007. A Thoracic Outlet Syndromes. Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine. 5: 163-168.
- 48- Tatagiba, M et al. 2003. Nervos periféricos: diagnóstico e tratamento clínico e cirurgico. Revinter.
- 49- Colli, BO and Carlotti, J. 2003. Síndrome do desfiladeiro torácico. In: Tatagiba. Nervos Periféricos: diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico. Revinter.
- 50- Tolson, TD. 2004. “EGM” for thoracic Outlet Syndrome. Hand clinics. United States. 20(1): 37-42.
- 51- Francisco, MC. Yang, JH. Barella, SM et al. 2006. Estudo por imagem da syndrome do desfiladeiro torácico. Revista Brasileira de Reumatologia. 46(5): 353-355.
- 52- Crosby, CA and Wehbé, MA. 2004. Conservative treatment for thoracic outlet syndrome. Hand clinics. Philadelphia. 20(1): 43-49.
- 53- Péricles, M. Márcia, W et al. 2008. Síndrome do desfiladeiro torácico neurogénica verdadeira. Relato de caso. Revista Brasileira de Neurologia. 44(4): 35-39.



- 54- Ricard, François. Escuela de Osteopatia de Madrid – Sebenta das aulas do curso de Osteopatia – Coluna dorsal, charneira cervico-dorsal, coluna dorsal e costelas. Madrid: EOM.
- 55- Shacklock, Michael. 2007. Neurodinâmica Clínica: Uma nova abordagem do tratamento da dor e da disfunção músculo-esqueléticas. Rio de Janeiro: Elsevier.
- 56- Stolz, Carole. 2007. Curso de Conceito de Mulligan, 52-54. Póvoa de Varzim: Formaterapia.

# ***ANEXOS***

## ANEXO A

### Anexo A

#### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) \_\_\_\_\_  
Belarmino Albuquerque,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 4 / Janeiro /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Belarmino Albuquerque

A Estagiária:

Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) \_\_\_\_\_  
Fábio Miguel Marques Rebelo,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 27 / Janeiro /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Fábio Rebelo

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) \_\_\_\_\_  
Maria Felicidade Caessa e Sá Albuquerque,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 1 / Março /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

M<sup>rs</sup> Felicidade Albuquerque

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) Ana  
Rafaela Marques Borreira,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 19 / Março /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Rafaela

A Estagiária:

Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) \_\_\_\_\_  
Fernando Jorge Jones Almeida,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 9 / Março /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Fernando Jorge Jones Almeida

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) Antonio  
Machado Rodrigues,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado  
em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá  
Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e  
procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer  
momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente  
ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo.  
Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão  
mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a  
que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de  
testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 15 / Março /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Antonio Machado Rodrigues

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) Micael Costa  
Gouveiro Albuquerque,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado  
em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá  
Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e  
procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer  
momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente  
ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo.  
Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão  
mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a  
que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de  
testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 17 / Março /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Micael Albuquerque

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

Anexo A

Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) \_\_\_\_\_  
Cláudia Virginia Fontes Garcia Palode,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado  
em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá  
Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e  
procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer  
momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente  
ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo.  
Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão  
mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a  
que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de  
testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 1 / Febrero /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Cláudia Virginia Palode

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) Isabel Janice  
Almeida Pires,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado  
em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá  
Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e  
procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer  
momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente  
ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo.  
Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão  
mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a  
que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de  
testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 1 / Março /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Isabel Janice Almeida Pires

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) Paulo  
Alexandre Figueiredo Silva,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 9 / Março /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Paulo Alexandre Figueiredo Silva

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) \_\_\_\_\_  
Nuno Ricardo Rocha Valério,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 18 / Junho /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Nuno Ricardo Rocha Valério

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) Ricardo  
José Sousa Salazar  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo. Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 18 / Janeiro /2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Ricardo José Sousa Salazar

A Estagiária:

Cátia Rêta Albuquerque

## Anexo A

### Declaração de Consentimento para participação na recolha de dados

Eu, abaixo assinada, (nome completo da voluntário/a) Marta  
Alexandra Pasário Nunes Ribeiro,  
declaro que aceito participar no estudo a ser realizado pela aluna do Mestrado  
em Fisioterapia, vertente Terapia Manual Cátia Mirela Caessa e Sá  
Albuquerque, do qual me foram dados a conhecer os objectivos, métodos e  
procedimentos do estágio, reservando-me o direito de a todo e qualquer  
momento, suspender a minha participação no estudo, podendo nomeadamente  
ser usadas fotografias devidamente tratadas, para complementar o estudo.  
Foi-me também informado, que os dados cedidos para o estudo, serão  
mantidos em absoluto sigilo e privacidade, sendo usados apenas para o fim a  
que se destina este trabalho.

Mais reitero o meu consentimento e disponibilidade na aplicação de  
testes e/ou inquéritos a serem propostos pela investigadora.

Data: 1 / Fevereiro / 2010

Assinatura do/a voluntário/a:

Marta Ribeiro

A Estagiária:

Cátia Mirela Albuquerque

**ANEXO B**



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo L2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
22	32	ADSE	000000000	
Nome			Sinistrado	
BELARMINO ALBUQUERQUE			<input type="checkbox"/>	
Morada			Data Nascimento	
TRAVESSA SANTO ANTONIO 21 REPESES			10-04-1958	
Cod. Postal	3500-728	C/Sessão	Localidade VISEU	
Telefone	232460895	€	Profissão PROFESSOR	

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4 ITX	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5 X	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6 X	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7 X	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8 X	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9 FDS	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10 FDS	10	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11 X	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13 X	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14 X	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15 X	15	15	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16 FDS	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17 FDS	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18 X	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20 X	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21 X	21	21	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22 X FT	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

Diagnóstico: *Espondilite Anquilosante. Transplante renal*

Tratamento: *Hidroterapia + Exercícios Terapêuticos +* Hora: *9h00 / 11h00*  
*+ Mobilização e técnicas de Rutiglian + massagem traquias e joelhos + jun bilha*  
*ps*

terça-feira, 29 de Junho de 2010

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €  
e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**  
Av. N. Sra. Castelo Lt2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
981	1070	GRUPO DESPORTIVO DE MANGUALDE	-----	
Nome			Sinistrado	
FABIO MIGUEL MARQUES REBELO			<input type="checkbox"/>	
Morada			Data Nascimento	
RUA DA LAGINHA N.º 68 MOURILHE			20-02-1990	
Cod. Postal	3530-302	C/Sessão	Localidade	MANGUALDE
Telefone	967894044	€	Profissão	

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1 X	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2 X	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3 X	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4 X	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5 X	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6 FDS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7 FDS	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8 X	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9 X	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10 X	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11 X	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13 FDS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14 FDS	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15 X	15	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16 X ⊗	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27 ITX	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28 X	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29 X	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30 FDS		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31 FDS		31		31		31		31		31	

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

⊗ O tratamento continua, mas não entra no estudo

Diagnóstico: Ligamentoplastia OTO joelho esquerdo

Tratamento: Gelot Electro - estimulação + Exercícios terapêuticos Hora: 14h00  
EAS + Mobilização p/ ganho de amplitude + Relaxação + Massagem + Alongamentos

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €

terça-feira, 29 de Junho de 2010

e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo L2 n.º 21 r/c B

3530-117 MANGUALDE

Telefone 232 623 500

Telemóvel

Fax

232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
55	56	SAD/PSP	130656000	
Nome				Sinistrado
MARIA FELICIDADE CAESSA E SA ALBUQUERQUE				<input type="checkbox"/>
Morada			Data Nascimento	
TRAVESSA DE SANTO ANTONIO, N.º 21			25-04-1959	
Cod. Postal	3500-728	C/Sessão	Localidade	REPESES-VISEU
Telefone	232460895	€	Profissão	AGENTE DA PSP

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1 ITX	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2 X	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3 X	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4 X	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5 X	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6 FDS	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7 FDS	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8 X	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9 X	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10 X	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11 X	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13 FDS	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14 FDS	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15 X	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16 X	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17 X	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18 X	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19 XPT	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

**Diagnóstico:** Epicondilitis esquerda + Tendinopatia do supra-espinal esquerda +  
+ Espinha bípida oculta + gonartrose bilateral  
**Tratamento:** Panafango coluna + TENS lombas + Fúlligam pr Epi Hora: 17h00  
condilitis + Técnicas osteopáticas pr Coluna cervical + Fúlligam cervical + Massagem  
cervical, ombro e cotovelo  
Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €  
terça-feira, 29 de Junho de 2010 e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo L2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

<b>Ficha N.º</b>	<b>N.º Ent</b>	<b>Entidade</b>	<b>Apolice/Proc. N.º</b>
1367	1523	MEDIS - CIA PORTUGUESA DE SEGUROS DE SAÚDE	22633654701
<b>Nome</b>			<b>Sinistrado</b>
ANA RAFAELA MARQUES CORREIA			<input type="checkbox"/>
<b>Morada</b>			<b>Data Nascimento</b>
QUINTA DE STO ESTEVÃO LOTE 26 RÉS DO CHAO ESQ			14-11-1999
<b>Cod. Postal</b>	<b>C/Sessão</b>	<b>Localidade</b>	
3515-145		ABRAVESES-VISEU	
<b>Telefone</b>	<b>€</b>	<b>Profissão</b>	
962351998		ESTUDANTE	

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10 ITX	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11 X	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13 FDS	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14 FDS	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15 X	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16 X	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17 X	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18 X	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20 FDS	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21 FDS	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22 X	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23 X FT	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24 X	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

**Diagnóstico:** Entorse tibio-társica esquerda (de repetição)

**Tratamento:** Gel + Turbilla + Massagem + Pulicam + Gen. Hora: 18h00  
Ciclos terapêuticos + Mobilização do sist. nerv. + Ionização e -ss + Exercícios p/carga

terça-feira, 29 de Junho de 2010

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €

e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**  
Av. N. Sra. Castelo Lt2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
1324	1478	C.A. SEGUROS	00585395	
Nome			Sinistrado	
FERNANDO JORGE TOMÁS HENRIQUES			<input checked="" type="checkbox"/>	
Morada			Data Nascimento	
RUA A,137-CONTENÇAS GARE				
Cod. Postal	3530-346	C/Sessão	Localidade	MANGUALDE
Telefone	918273227	€	Profissão	

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9 ITX	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10 X	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11 X	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13 FDS	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14 FDS	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15 X	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16 X	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17 X	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18 X	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20 FDS	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21 FDS	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22 XPT	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

Diagnóstico: Luxação do ombro do tipo recidivada

Tratamento: Gel + Mobilizações e Mulligan + Mec. sist. manuais + Exercícios terapêuticos progressivos + TENS + Computadores cervical e da mão  
CT + Colocação de tape  
terça-feira, 29 de Junho de 2010

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €  
e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo Lt2 n.º21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel

Fax

232 623 502

<b>Ficha N.º</b>	<b>N.º Ent</b>	<b>Entidade</b>	<b>Apolice/Proc. N.º</b>
1376	1532	MULTICARE Serviço Pessoal de Saúde	0010004750079110
<b>Nome</b>			<b>Sinistrado</b>
ANTONIO MARQUES RODRIGUES			<input type="checkbox"/>
<b>Morada</b>			<b>Data Nascimento</b>
RUA PRINCIPAL N.º13-ALMEIDINHA			01-01-1973
<b>Cod. Postal</b>	3530-100	<b>C/Sessão</b>	<b>Localidade</b> MANGUALDE
<b>Telefone</b>	96462223	€	<b>Profissão</b> EMPREGADO FABRIL

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15 ITX	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16 X	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17 X	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18 X	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20 FDS	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21 FDS	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22 X	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23 X	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24 X	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25 X	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26 XFT	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

**Diagnóstico:** Lombociatalgia esquerda

**Tratamento:** Manipulação dos deslocamentos + Técnicas osteopáticas musculares e articulares + Trab. Sist. Nervoso + TENS Hora: 15h30

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €

e-mail: medicastelo@gmail.com

terça-feira, 29 de Junho de 2010



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**  
Av. N. Sra. Castelo Lt2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
1380	1537	S.N. DE SAUDE - MANGUALDE	284555558	
Nome			Sinistrado	
MICAEL COSTA LOUREIRO ALBUQUERQUE			<input type="checkbox"/>	
Morada			Data Nascimento	
RUA DAS QUATRO ESQUINAS N.º1			29-08-1992	
Cod. Postal	3530-073	C/Sessão	Localidade PEDRELES	
Telefone	911091270	€	Profissão ESTUDANTE	

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17 ITX	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18 X	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20 TDS	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21 ITX	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22 X	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23 X	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24 X	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25 X	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26 X	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27 TDS	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28 TDS	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29 X	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30 XFT	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

Diagnóstico: Escaliose densa - lombo

Tratamento: Osteopatia - Manipulação + TSPG + Técnicas os. Hora: 18h30  
teopáticas musculares e articulares + Exercícios terapêuticos

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €

terça-feira, 29 de Junho de 2010

e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo LT2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º
1599	1804	S.N. DE SAUDE - MANGUALDE	000000000
Nome	MARIA VIRGINIA.MONTEIRO CORREIA CALADO		Sinistrado <input type="checkbox"/>
Morada	GANDUFE		Data Nascimento
Cod. Postal	3530	C/Sessão	Localidade MANGUALDE
Telefone	963834649	€	Profissão PROPRIETARIA DE UM LAR

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1 ITX	1 X	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8 X	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10 X	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17 X	17 X	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24 X	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25 X	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31 FTX		31		31		31		31	

Pn - n sessões Pagas F - Falhou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

Diagnóstico:

Tratamento:

Hora:

terça-feira, 29 de Junho de 2010

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €  
e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo Lt2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
1211	1329	ADSE	0173082567 SS	
Nome			Sinistrado	
ISABEL MARIA ALMEIDA PIRES FONSECA			<input type="checkbox"/>	
Morada			Data Nascimento	
AV. PRINCIPAL, N.º 7 - ANTAS			08-01-1968	
Cod. Postal	3550-011	C/Sessão	Localidade	PENALVA DO CASTELO
Telefone	271701017	€	Profissão	AUX. ACÇÃO EDUCATIVA

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1 ITX	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2 X	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3 X	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4 X	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5 X	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6 FDS	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7 FDS	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8 X	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9 X	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10 X	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11 X	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13 FDS	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14 FDS	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15 X	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16 XPT	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

Diagnóstico: *Lesão cartilaginosa parcial do menisco interno do joelho esquerdo*

Tratamento: *Ceb + MP no LLE + fob. q Mulligan + Osteopatia + Hora: 10h30*  
*+ Exercícios terapêuticos + Estimulação elétrica + TENS*

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €

terça-feira, 29 de Junho de 2010

e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo L2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

<b>Ficha N.º</b> 1245	<b>N.º Ent</b> 1371	<b>Entidade</b> CHARTIS INSURANCE EUROPE	<b>Apolice/Proc. N.º</b> PA09AH0126
<b>Nome</b> PAULO ALEXANDRE FIGUEIREDO LOPES			<b>Sinistrado</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Morada</b> MANGUALDE			<b>Data Nascimento</b> 18-04-1993
<b>Cod. Postal</b> 3530	<b>C/Sessão</b>	<b>Localidade</b> MANGUALDE	
<b>Telefone</b> 961836855	<b>€</b>	<b>Profissão</b> ESTUDANTE	

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9 ITX	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10 FDS	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11 FDS	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13 X	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14 X	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15 X	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16 X	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17 FDS	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18 FDS	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20 X	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21 X	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22 XPT	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

**Diagnóstico:** *tenisadomia parcial do menisco interno do joelho direito*

**Tratamento:** *Gel + massagem joelho e cintura + reb. e Mulligan Hora: 96h30*  
*+ Estimulação elétrica neuromuscular + exercícios terapêuticos*

Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €

terça-feira, 29 de Junho de 2010

e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo LT2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel 908227008 01  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
1212	1336	COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE-MUNDIA	908227008 01	
Nome			Sinistrado	
NUNO RICARDO ROCHA VALERIO			<input checked="" type="checkbox"/>	
Morada			Data Nascimento	
R. ARY DOS SNTOS, N.º 18			23-11-1980	
Cod. Postal	3520-000	C/Sessão	Localidade	CALDAS DA FELGUEIRA - NELAS
Telefone	964312016	€	Profissão	EMP. FABRIL

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1 X	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2 X	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3 FDS	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4 FDS	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5 X	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6 X	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7 X Ft	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18 ITX	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20 FDS	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21 FDS	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22 X	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23 X	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24 X	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25 X	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26 X	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27 FDS	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28 FDS	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29 X	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30 X	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31 X	31	31	31	31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

Diagnóstico: Pós-cirúrgico de transposição do menisco cubital direito

Tratamento: Gel + turbinel + Massagem cicatriz e cotovelo Hora: 10h00  
+ Exercícios terapêuticos + Reabilitação do sist. nervoso + Reabilitação e Realignam + Estimulação dos pontos motores Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €  
terça-feira, 29 de Junho de 2010 e-mail: medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**

Av. N. Sra. Castelo Lt2 nº21 r/c B

3530-117 MANGUALDE

Telefone 232 623 500

Telemóvel

Fax

232 623 502

<b>Ficha N.º</b> 670	<b>N.º Ent</b> 722 S.N. DE SAUDE - MANGUALDE	<b>Entidade</b>	<b>Apolice/Proc. N.º</b> 000000000
<b>Nome</b> RICARDO JOSE SOUSA SALVADOR			<b>Sinistrado</b> <input type="checkbox"/>
<b>Morada</b> LARGO DO CHAFARIZ Nº 10 PASSOS			<b>Data Nascimento</b> 05-12-1987
<b>Cod. Postal</b> 3530-240	<b>C/Sessão</b>	<b>Localidade</b> MANGUALDE	
<b>Telefone</b> 968255438	€	<b>Profissão</b> SERRALHEIRO CIVIL	

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18 ITX	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19 X	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20 X	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21 X	21	21	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22 X	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23 FDS	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24 FDS	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25 X	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26 X	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27 X	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28 X	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29 X IT	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30 FDS		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31 FDS		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

**Diagnóstico:** Dorsoalgia e lombalgia pós-entorse

**Tratamento:** Técnicas Osteopáticas + TENS + Massagem

**Hora:** 19h00

terça-feira, 29 de Junho de 2010

**Contribuinte N.º** 507 863 178 **Capital Social** 5000 €

**e-mail:** medicastelo@gmail.com



**MediCastelo**  
Especialidades Médicas  
Cirúrgicas  
Fisioterapia e Enfermagem

**MediCastelo Lda.**  
Av. N. Sra. Castelo Lt2 nº21 r/c B  
3530-117 MANGUALDE  
Telefone 232 623 500

Telemóvel  
Fax 232 623 502

Ficha N.º	N.º Ent	Entidade	Apolice/Proc. N.º	
1548	1738	S.N. DE SAUDE - VISEU I	-----	
Nome			Sinistrado	
MARTA ALEXANDRA MACARIO NUNES RIBEIRO			<input type="checkbox"/>	
Morada			Data Nascimento	
RUA SANTA ISABEL N.º15-REPEZES			12-10-1992	
Cod. Postal	3500-726	C/Sessão	Localidade	VISEU
Telefone	914782527	€	Profissão	ESTUDANTE

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1 F	1 ITX	1	1	1 F	1	1	1	1	1	1 F	1 F
2	2 X	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3 X	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4 X	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5 X	5	5	5	5	5	5	5	5 F	5	5
6	6 Fds	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7 Fds	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8 X	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8 F
9	9 X	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10 X	10	10	10	10 F	10	10	10	10	10	10
11	11 X	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12 X	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13 Fds	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14 Fds	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15 X	15	15	15	15	15	15 F	15	15	15	15
16	16 X	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17 X	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18 X	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19 XIT	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21 F	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25 F	25	25	25	25	25	25	25	25 F
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31		31		31		31	31		31		31

Pn - n sessões Pagas F - Faltou X ou V - realizou sessão NV - Não veio mas contabiliza IT - Início de Trat. FT - Fim de Trat.

Diagnóstico: Síndrome do desfiladeiro Torácico operado

Tratamento: Grb + Passagem ombro, Coluna cervical e dor Hora: 8h30  
sol e acupuntura + técnicas osteopáticas + reb. do sist. muscular + reb. passiva p/ gnrto  
do umpl. + Mulligan + TENS inici. Contribuinte N.º 507 863 178 Capital Social 5000 €  
terça-feira, 29 de Junho de 2010 e-mail: medicastelo@gmail.com  
alimentar, evoluindo para estimulação elétrica +  
+ exercícios terapêuticos.

## ANEXO C

*Valle & Ruas, S. A.*

MÉDICOS RADIOLOGISTAS  
Contr. N° 500 665 567  
T A C  
Telef. 232 420 666 - Fax 232 420 669  
Avenida Alberto Sampaio, 5  
3510-030 VISEU

**Isabel Maria Almeida Fonseca**  
17/11/2009

### **RM do joelho esquerdo**

#### **Informação clínica:**

*Entorse do joelho esquerdo. Suspeita de lesão menisco-ligamentar.*

#### **Técnica:**

Planos axial, sagital e coronal ponderados em T2 com supressão de gordura. Plano sagital ponderado em DP com supressão de gordura e plano coronal ponderado em DP.

#### **Descrição das imagens:**

Observa rotura horizontal da ponta posterior do menisco interno.

Identifica-se também alteração do trajecto e morfologia do ligamento cruzado posterior, sugerindo rotura completa desta estrutura. Associadamente verifica-se a presença de discretas áreas de edema ósseo ao nível da fossa intercondilar.

Não se observam outras alterações meniscais. Ligamento cruzado anterior, ligamentos laterais, tendão quadricipital e tendão rotuliano sem alterações morfológicas ou estruturais.

Não se observam alterações ósseas ou derrame articular.



Bruno Graça  
OM 42422



**HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, E.P.E.**  
Unidade de Cirurgia Ambulatória

**Unidade de Cirurgia Ambulatória**  
**Relatório Clínico de Alta Hospitalar**

Episódio N: 10001334 Data-Hora 05/02/10-13:30 Sessão N:41694  
ORTOFEDIA Doente N: 95028499  
ISABEL MARIA ALMEIDA PIRES FONSECA  
Data Nasc:08/01/1968 - 42 Anos Fem  
AVD PRINCIPAL, N.7 Tel.271-701017  
ANTAS 3550 ANTAS PCT  
ADGE - ASSISTENCIA DOENÇA SERVIDORES ES N.01730826788

**Motivo de Admissão**

Gonalgia esquerda

Internado a 5.2.2010

Especialidade CRT

**TRATAMENTO**

Procedimento cirúrgico Data 5.2.2010 Anestesia Bloqueio femoral

Artroscopia Joelho eq - Remoção de parietalite eq.  
Lava com chuveir Green II rotule  
Visco Suplementação

**COMPLICAÇÕES**

Cirúrgicas

Médicas

7

Vem à Consulta a 02.03.2010

Tira pontos a 16.02.2010

**ORIENTAÇÕES PARA O DOMICILIO**

Tranca com 2 bandagens (2 semanas). Gelo local. ANE.  
Exercícios de mobilização do joelho e contração quadrupl.

O médico assistente

nº mec 5 1 0 5

Data 05.02.2010

Ex.mo(a) Sr(a):

**ANTONIO MARQUES RODRIGUES**RUA PRINCIPAL N.13 - ALMEIDINHA  
MANGUALDE**TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA DA COLUNA LOMBAR****Informação clínica:**

Deiscência do arco posterior de S1. Parestesias do MIE.

**Descrição técnica:**

Orientados por topograma de perfil, obtiveram-se cortes axiais contíguos com 3mm de espessura, segundo os planos em referência, para estudo da coluna lombar (L2-S1) que completámos com reformatações multiplanares.

**Análise das imagens:**

Canal raquidiano lombar com dimensões constitucionalmente normais.

Identifica-se pequena protrusão discal postero-lateral esquerda em L2-L3, deformando a face adjacente do saco dural.

Em L3-L4 e L4-L5 registam-se moderadas protrusões discais postero-medianas, a determinar compressão da face adjacente do saco dural.

Observa-se estreitamento posterior do espaço inter-corporal em L5-S1, acompanhando-se de pequena protrusão disco-osteofitária postero-mediana, apagando os planos adiposos epidurais e deformando o saco dural, sem evidente compromisso das emergências radiculares S1.

Individualizam-se pequenas hérnias intra-esponjosas nas plataformas somáticas inferiores de L3 e L4.

Registam-se discretas alterações degenerativas nos maciços articulares.

Não se definem desvios listésicos significativos.

Com os melhores cumprimentos,



Dr. Nuno Santos  
(Médico Neurorradiologista)

DIMAG – DIAGNOSTICO MEDICO PELA IMAGEM, S.A.

\*\* ECOGRAFIA - RAIOS X - TAC \*\*

Rua Camilo Castelo Branco, N° 24 Lote 7  
3500 - 417 VISEU  
Telef.: 232423956 / Fax: 232426493

MICAEL COSTA LOUREIRO ALBUQUERQUE  
PEDRELES  
MANGUALDE

Obs: 2010.007150  
Data: 11-03-2010

Exmo(a) Sr(a) Dr(a):

RX DA COLUNA DORSAL E LOMBAR 2 PP

Ligeira escoliose dorso-lombar de convexidade esquerda.  
Deiscência do arco posterior da primeira peça sagrada.

RX DA BACIA 1 INC

Bacia simétrica com algum grau de valgismo coxo-femural bilateral, sem outras alterações com significado.

Com cumprimentos,  
(*Dr. Ilídio Beirão*)

