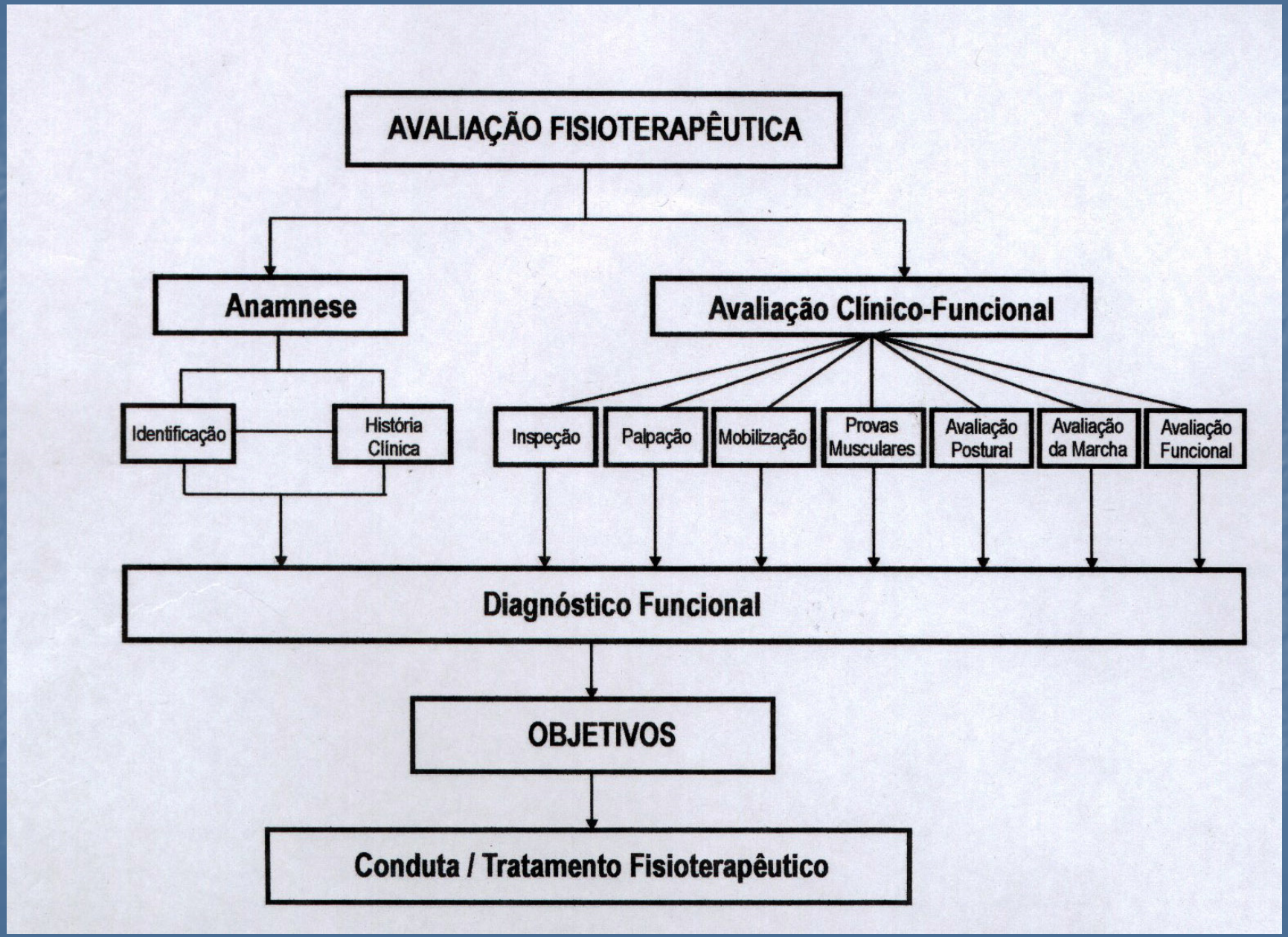
Métodos de Avaliação Osteomioarticular

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Profa. Dra. Sílvia Maria Amado João

MEDICINA
USP

smaj@usp.br


AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
Anamnese
Avaliação Clínico-Funcional
Identificação
História Clínica
Inspeção
Palpação
Mobilização
Provas Musculares
Avaliação Postural
Avaliação da Marcha
Avaliação Funcional
Diagnóstico Funcional
OBJETIVOS
Conduta / Tratamento Fisioterapêutico

smaj@usp.br

1. Avaliação Fisioterapêutica

- Anamnese (Identificação / História Clínica);
- Observação / Inspeção;
- Palpação;
- Mobilização / Goniometria / Testes de Comprimento Muscular / Testes Musculares Manuais;
- Avaliação Funcional;
- Testes Clínicos Especiais;
- Imageamento Diagnóstico.

smaj@usp.br

2. Avaliação da Dor

Questionários Básicos

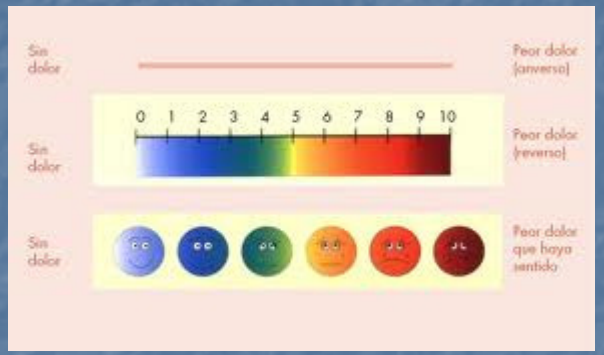
- Escala Numérica da Dor;
- Escala Analógica Visual;
- Questionário de McGill para Dor;
- Desenho da Dor.

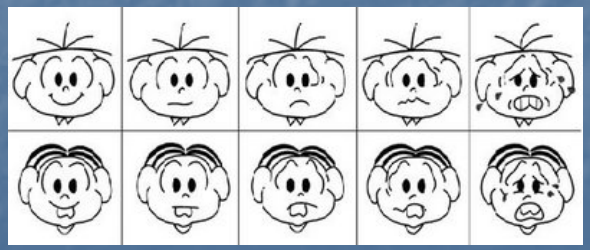
Questionários para Lombalgia;

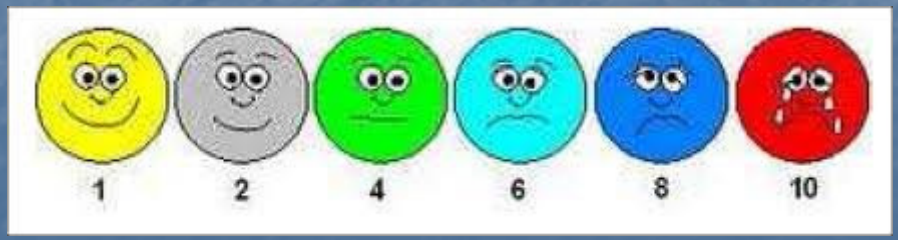
- Questionário para Lombalgia (de Dallas, de Oswestry).

smaj@usp.br

Escala Visual Analógica – EVA (0-10);







3. Observação e Triagem

- **Observação Geral: Exame das outras articulações adjacentes, acrescentando uma avaliação postural global.**

smaj@usp.br

4. Inspeção

Postura Global da Coluna Vertebral e Extremidades

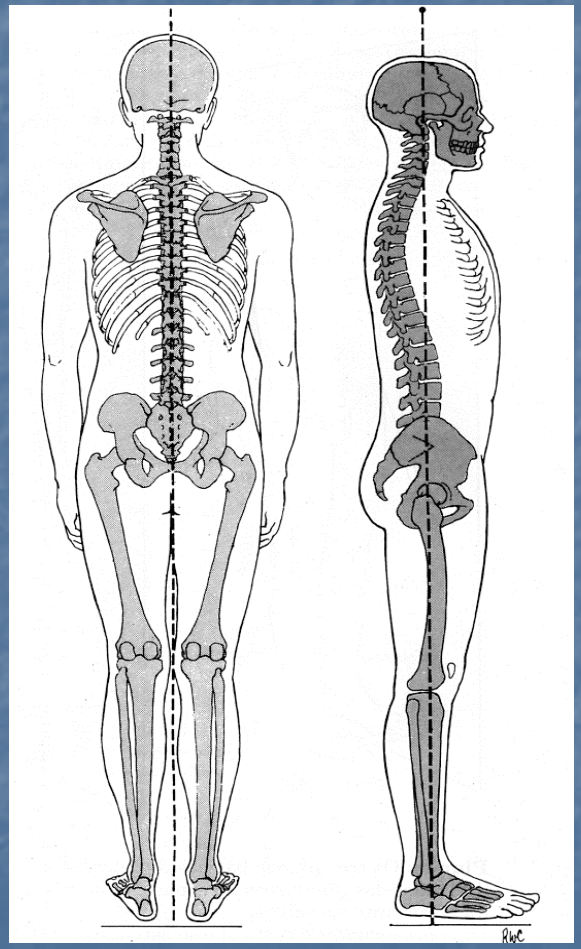
- O paciente deve ser examinado na postura relaxada habitual. Qual é o alinhamento corporal normal?
- O paciente deve ser observado em seu aspecto anterior, posterior e lateral;
- Observar deformidades, contornos ósseos, contornos dos tecidos moles, edema, vermelhidão, cor e textura da pele, cicatrizes;
- Há qualquer crepitação, estalos, ou sons anormais nas articulações
- Os padrões de movimento são normais?

smaj@usp.br

Postura Padrão

- Alinhamento esquelético ideal envolve uma quantidade mínima de esforço e sobrecarga, e conduz à eficiência máxima do corpo.
- Linha de gravidade: intersecção dos planos médios sagital e frontal do corpo.
- Fio de prumo: linha vertical-padrão para medir desvios.
- Ponto fixo da postura em pé: base onde os pés estão em contato com o solo.

(Kendall et al., 1995)



smaj@usp.br

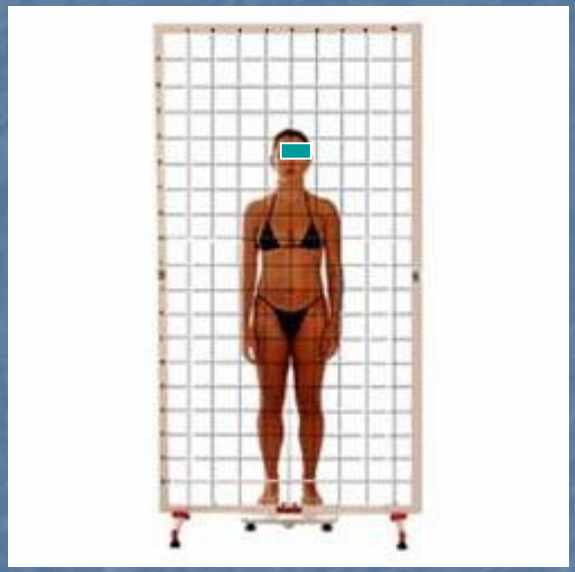
Avaliação Postural Qualitativa

- Método Clássico: análise visual (observação)

(Kendall et al., 1995; Watson e MacDonncha, 2000);

- Postura Natural

(Fedorak et al., 2003)



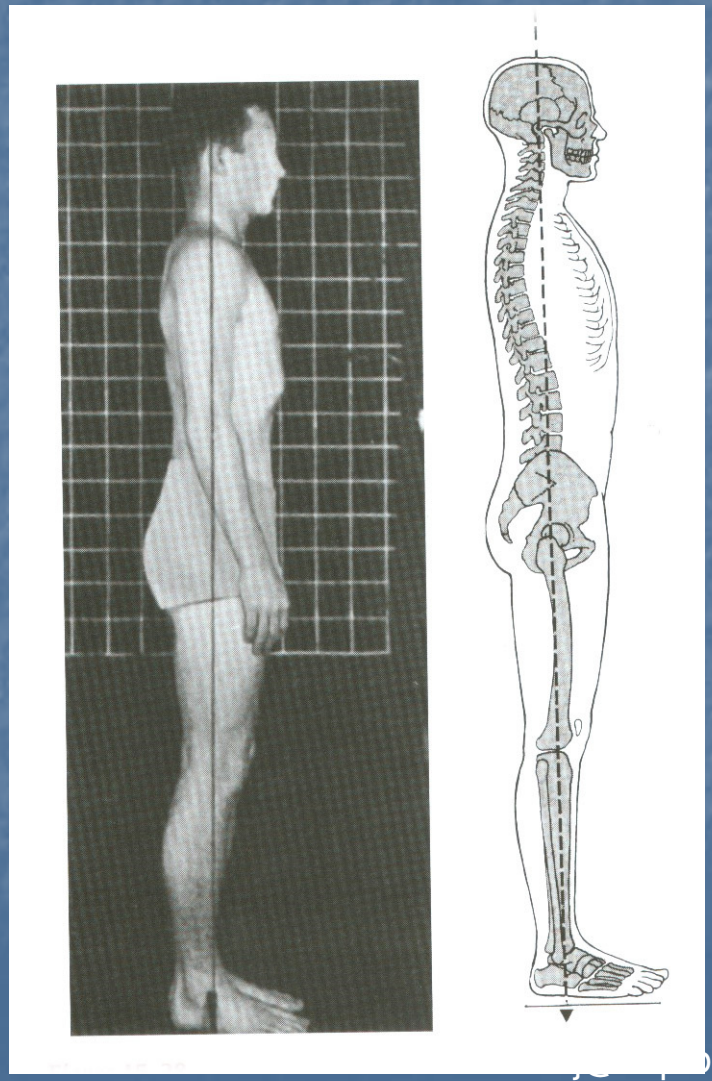
smaj@usp.br

Vista Lateral: Alinhamento ideal

- Na vista lateral, a linha de referência vertical, divide o corpo em secções anterior e posterior de igual peso;

- Na vista lateral, o ponto de referência fixo é levemente anterior ao maléolo externo e representa o ponto básico do plano médio-coronal do corpo em alinhamento ideal.

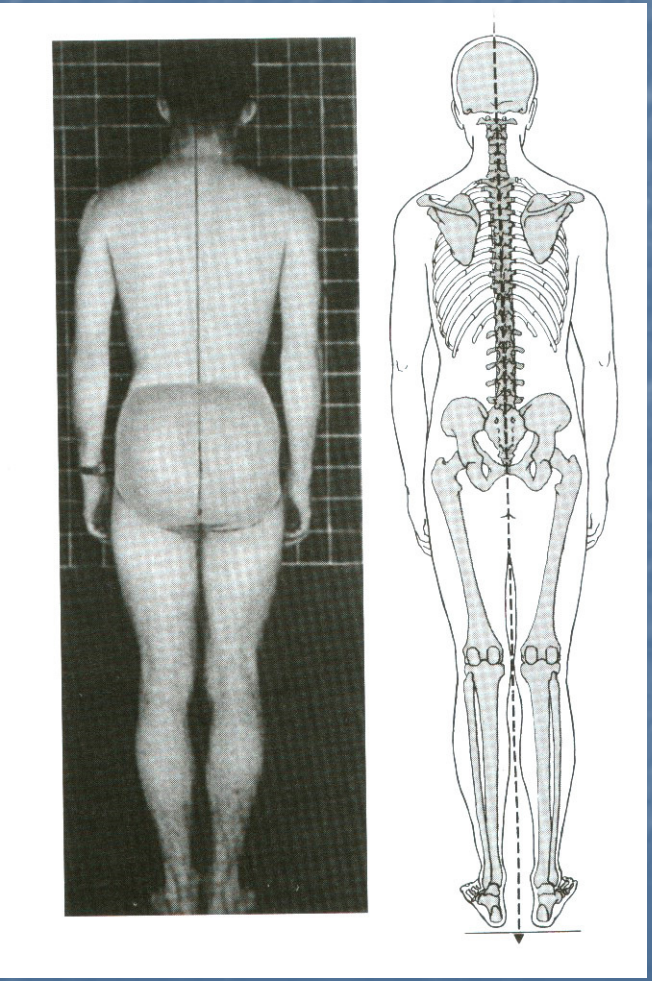
(Kendall et al., 1995)



Vista Posterior: Alinhamento ideal

- Na vista posterior, a linha de referência vertical, divide o corpo em secções direita e esquerda;

- Na vista posterior, o ponto fica a meio caminho entre os calcanhares e representa o ponto básico do plano médio sagital do corpo em alinhamento ideal.



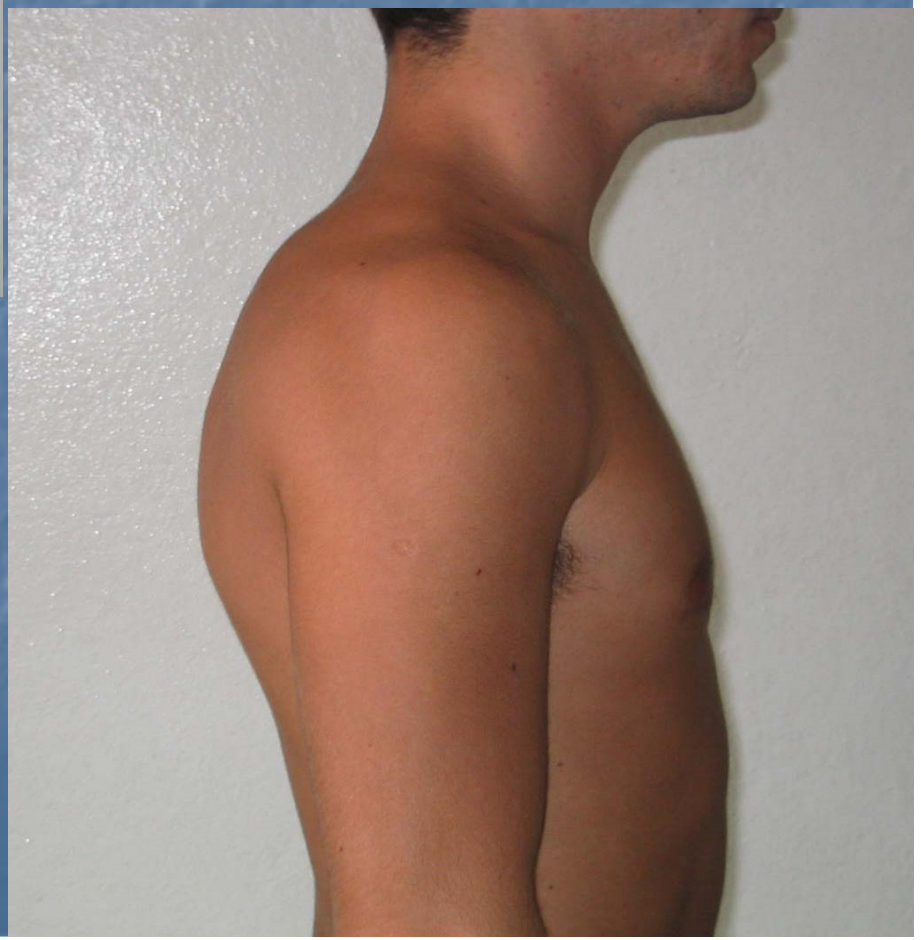
smaj@usp.br

Vista Anterior: Alinhamento ideal

- **Na vista anterior, a linha de referência vertical, divide o corpo em secções direita e esquerda;**

- **Na vista anterior, o ponto fica a meio caminho entre os calcanhares e representa o ponto básico do plano médio sagital do corpo em alinhamento ideal.**

smaj@usp.br



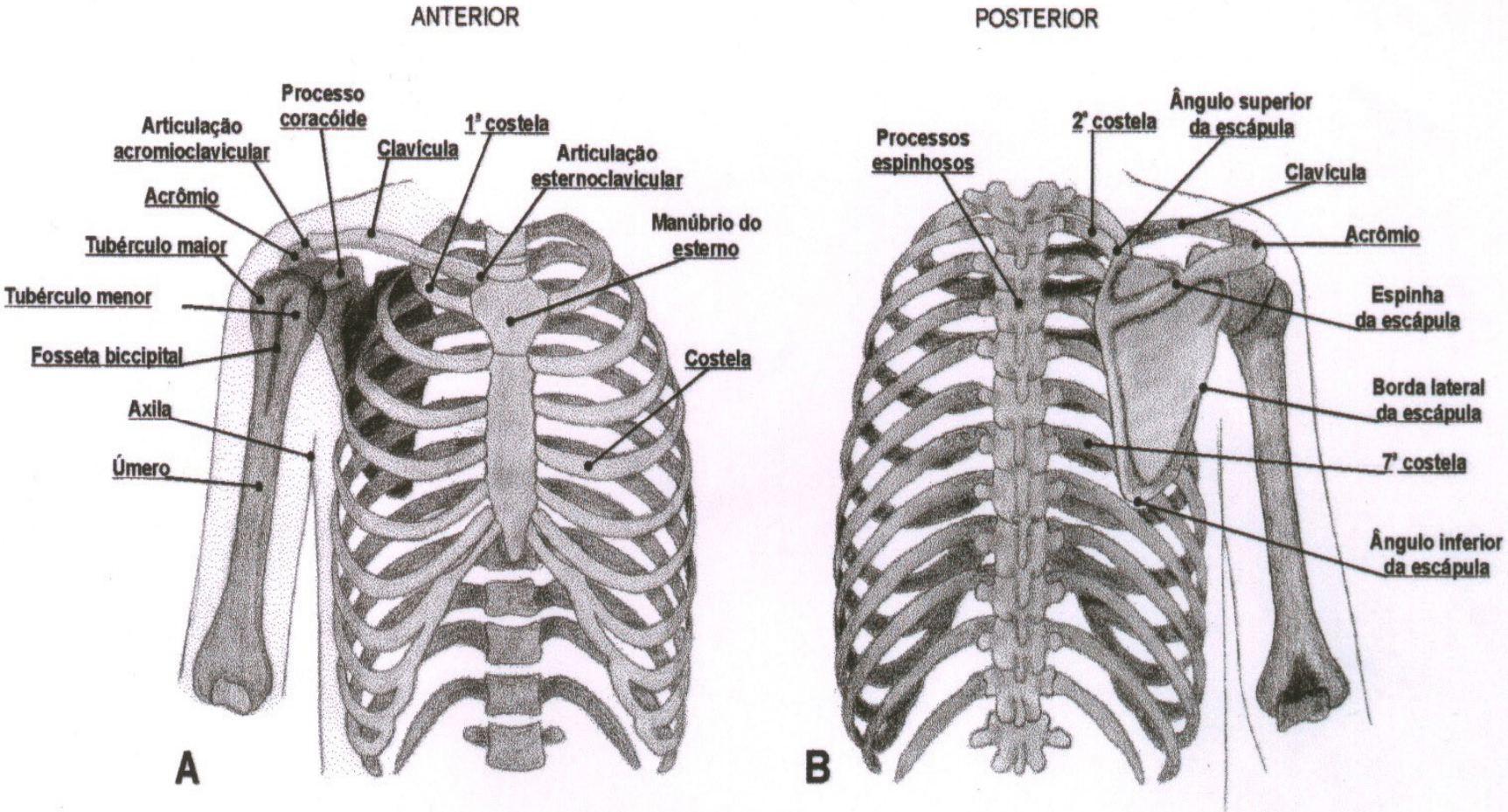
smaj@usp.br

5. Palpação

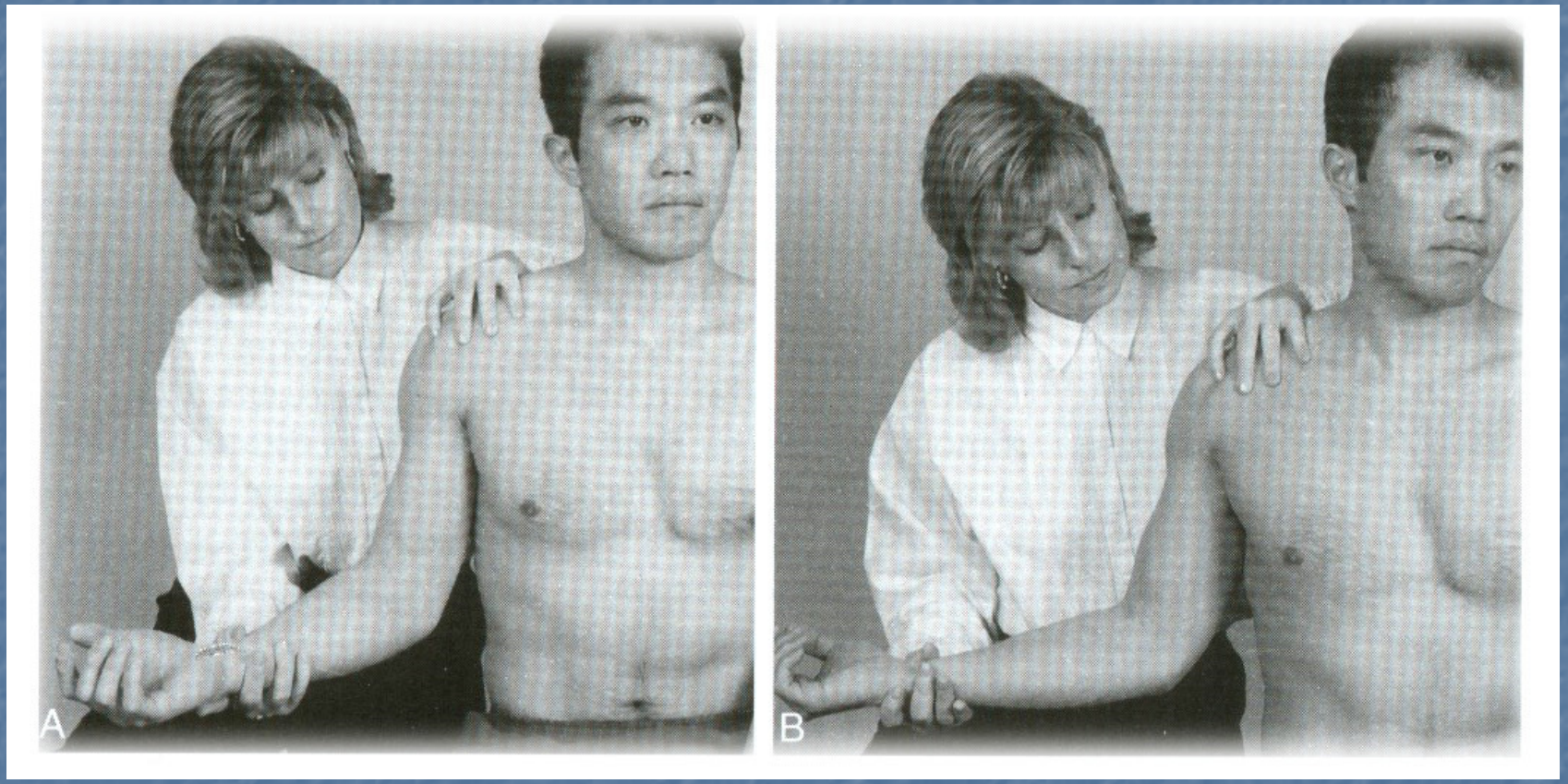
O fisioterapeuta deve observar:

- Diferença de tensão e textura dos tecidos;
- Diferença na espessura dos tecidos;
- Anormalidades ou deformidades;
- Dor à palpação;
- Variações de temperatura;
- Pulsos, tremores, fasciculações;
- Ressecamento ou umidade excessiva;
- Sensibilidade anormal.

smaj@usp.br


ANTERIOR
Processo coracóide
Articulação acromioclavicular
1ª costela
Clavícula
Articulação esternoclavicular
Acrômio
Manúbrio do esterno
Tubérculo maior
Tubérculo menor
Costela
Fosseta biccipital
Axila
Úmero
A
POSTERIOR
Ângulo superior da escápula
2ª costela
Processos espinhosos
Clavícula
Acrômio
Espinha da escápula
Borda lateral da escápula
7ª costela
Ângulo inferior da escápula
B

smaj@usp.br



smaj@usp.br

6. Amplitude de Movimento

- A amplitude de Movimento (ADM) é a quantidade de movimento de uma articulação. A posição inicial para se medir a amplitude de movimento de todas as articulações, com exceção dos movimentos de rotação, é a posição anatômica.

Triagem para amplitude de movimento:

- Consiste em determinar onde e se é necessária uma avaliação goniométrica específica;

- Se forem identificadas limitações na amplitude de movimento articular, deverá ser realizado um teste goniométrico específico para se obter um quadro das restrições, estabilização e registro das limitações.

smaj@usp.br

6. 1 Amplitude de Movimento Ativo

- Quantidade de movimento articular realizada por um indivíduo sem qualquer auxílio.
- Objetivo: o examinador tem a informação exata sobre a capacidade, coordenação e força muscular da amplitude de movimento do indivíduo.

smaj@usp.br

6.1.1 Movimento Ativo

O fisioterapeuta deve observar:

- Quando e onde, durante cada um dos movimentos, ocorre o início de dor;
- Se o movimento aumenta a intensidade e a qualidade da dor;
- A quantidade de restrição observável;
- O padrão de movimento;
- O ritmo e a qualidade do movimento;
- O movimento das articulações associadas;
- Qualquer limitação e sua natureza.

smaj@usp.br

6.2 Amplitude de Movimento Passivo

- Quantidade de movimento realizada pelo examinador sem o auxílio do indivíduo. A ADM passiva fornece ao fisioterapeuta a informação exata sobre a integridade das superfícies articulares e a extensibilidade da cápsula articular, ligamentos e músculos (Levangie & Norkin, 1997).

smaj@usp.br

6.2.1 Movimento Passivo

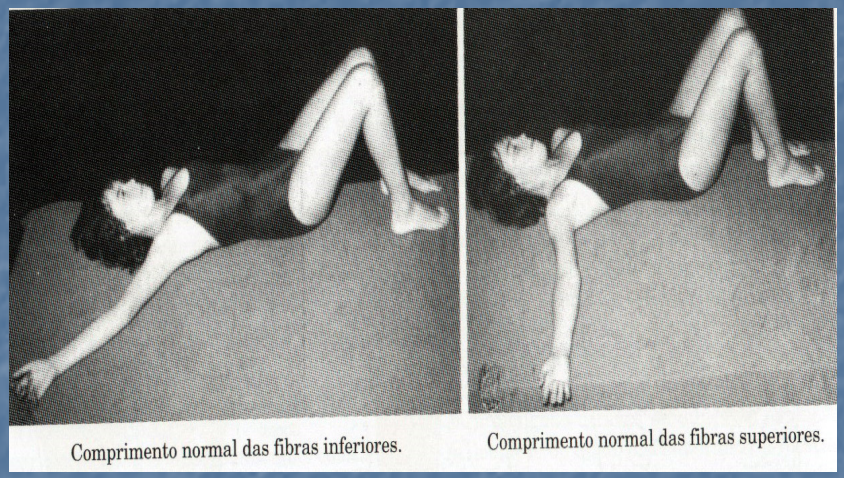
O fisioterapeuta deve observar:

- Quando e onde, durante cada um dos movimentos, ocorre o início de dor;
- Se o movimento aumenta a intensidade e a qualidade da dor;
- O padrão de limitação do movimento;
- A sensação final do movimento;
- O movimento das articulações associadas;
- A amplitude de movimento disponível.

smaj@usp.br

Testes de comprimento muscular

- A finalidade da avaliação do comprimento muscular (flexibilidade) consiste em determinar se a ADM que ocorre em uma articulação é limitada ou excessiva em virtude das estruturas articulares intrínsecas ou dos músculos que cruzam as articulações;
- O comprimento do músculo é determinado pela distância entre as extremidades proximal e distal do músculo, sendo medido por seu efeito sobre a ADM da articulação.



Comprimento normal das fibras inferiores. Comprimento normal das fibras superiores.

smaj@usp.br

7. Testes Musculares Manuais

Princípios Gerais:

- **No TMM, os graus musculares expressam a avaliação objetiva realizada pelo fisioterapeuta da força funcional do músculo;**
- **Os TMMs são utilizados para determinar os graus de fraqueza muscular que resultam de doença, lesão ou desuso;**

smaj@usp.br

Triagem Muscular Preliminar

- Fornece uma idéia do estado funcional do paciente e determina rapidamente o nível de força muscular;
- O teste de triagem classifica os níveis de força e direciona o fisioterapeuta para o teste muscular manual específico;
- O teste de triagem do corpo inteiro não deve levar mais que 5 minutos.

smaj@usp.br

8. Avaliação Funcional

- A avaliação funcional pode ser baseada em atividades da vida diária, trabalho ou recreação;
- Utilização de escalas numéricas para lesões específicas;
- A avaliação funcional pode envolver análise de tarefas ou simplesmente a observação de certas atividades do paciente;
- Determinar o que o paciente espera de um resultado funcional apropriado, e o que ele pode e não pode fazer funcionalmente é de extrema importância na escolha de tratamentos;

smaj@usp.br

Avaliação Funcional

- Goldstein, 1995 dividiu habilidosamente as atividades humanas em 4 amplas áreas funcionais: Atividades da Vida Diária (AVDS) básicas ou pessoais, Atividades de AVDS Instrumentais, Atividades de Trabalho e Atividades Esportivas e Recreacionais (Goldstein, TS. Functional Rehabilitation in Orthopedics, 1995, p.19-23)

smaj@usp.br

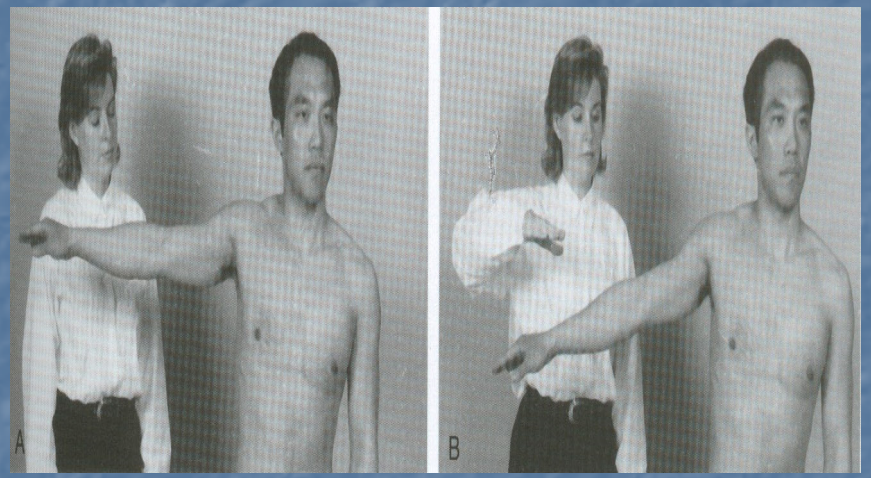
Avaliação Funcional

- “Knee strenght evaluation” (modificado de P. Kannus, M. Jarvis & K. Latvala, Scan J. Sport Sci. 9:9, 1987.);
- “ Sistema de graduação para o joelho de Cincinatti” (FR Noyes, GH McGinniss & IA Mooar, Sports Med. 1:287-288, 1984). Sistema de graduação funcional para pessoas ativas;
- Escala para o joelho da Knee Society (JN De insall, LD Dorr, RD Scott & WN Scott, Clin. Orthop. 248:14, 1989).

smaj@usp.br

9. Testes Clínicos Especiais

- São testes clínicos acessórios, provocativos ou estruturais;
- Cada avaliação de articulação apresenta testes específicos;
- Os testes especiais são testes de confirmação de um suposto diagnóstico, para fazer um diagnóstico diferencial e para esclarecer sinais e sintomas difíceis;
- Os testes especiais devem ser realizados com cautela e podem ser contra-indicados na presença de dor grave, condições agudas e irritáveis das articulações, instabilidade, osteoporose, doenças ósseas patológicas, etc

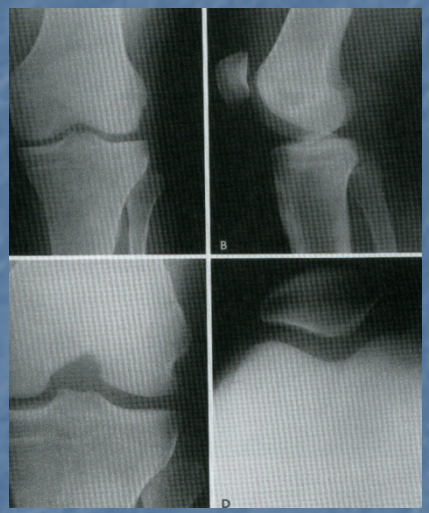


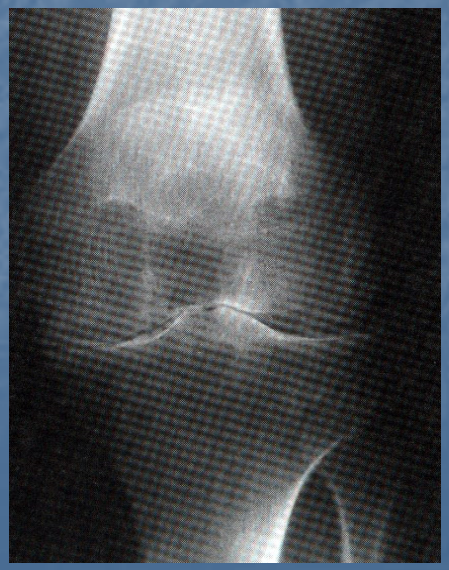
smaj@usp.br

10. Imageamento Diagnóstico

Ao examinar uma radiografia, o examinador deve observar:

- Tamanho e forma global do osso;
- Tamanho e forma local do osso;
- Espessura do córtex;
- Padrão trabecular do osso;
- Densidade geral do osso e local de densidade alterada;
- Margens das lesões locais;
- Descontinuidade do osso, alteração perióstica;
- Alteração de tecido mole, relação entre os ossos;
- Espessura da cartilagem (espaço de cartilagem dentro das articulações).





smaj@usp.br

CASO CLÍNICO

- I- **Identificação**
- Nº Reg CDP: 2918
- Nome: R. P.
- DN: 28/11/79 Sexo: M Cor: Branca
- Profissão: estudante (FAU)
- Procedência: São Paulo (capital)
- Data da Avaliação: 11/03/03 / Data do diagnóstico: 13/01/03
- Diagnóstico médico: Tendinite bilateral da cabeça longa do bíceps

smaj@usp.br

CASO CLÍNICO

- II- Anamnese

- Queixa principal: Dor bilateral no ombro
- HPMA: 1 ano e meio atrás durante um jogo de tênis sentiu mal jeito no ombro direito, neste período praticava musculação mesmo sentindo dor na realização de alguns movimentos. Quando a dor piorou o paciente procurou orientação médica e fez administração de corticoide, o qual não surtiu o efeito esperado. Há 4 meses ocorreu o mesmo no ombro esquerdo, fazendo salto. Dirigiu-se imediatamente ao HU com queixa de dor e desconforto na região, neste local foi encaminhado para o CDP para tto fisioterapêutico.
- Até o momento da entrevista ele tinha realizado 8 sessões de Fisioterapia.

smaj@usp.br

CASO CLÍNICO

- **Dor:**
- Início do quadro: súbito
- Local principal da dor: cabeça longa do bíceps
- Tipo da dor: agulhada (bem localizada)
- Caráter: permanente e progressivo com a execução de exercícios e ao dirigir
- Período: início da manhã
- Fatores agravantes: atividade física intensa
- Fatores de alívio: repouso, gelo, bolsa de água quente e postura correta
- SCORE da EVA: 4

smaj@usp.br

CASO CLÍNICO

- Descrever a Avaliação Fisioterapêutica neste CASO CLÍNICO. Justificar cada uma das etapas da avaliação.

smaj@usp.br

Referências Bibliográficas

1. Marques AP. Introdução. In: Manual de Goniometria. 2 ed. São Paulo: Editora Manole. 2003, p.1-10.

2. Palmer, LM.; Epler, ME. Princípios das Técnicas de Exame. In: Palmer, LM.; Epler, ME. Fundamentos das Técnicas de Avaliação Musculoesquelética. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.7-33.

3. Amado-João, SM. Avaliação Fisioterapêutica. In: Métodos de Avaliação Clínica e Funcional em Fisioterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p 1-23.

smaj@usp.br