

Terapia Ocupacional

e

Disfunções Musculo Esqueléticas

DEDO EM GATILHO E OUTRAS TENOSSINOVITES AO NÍVEL DA MÃO

Caderno Nº3

TEXTO DE APOIO À UNIDADE CURRICULAR

CURSO DE LICENCIATURA EM TERAPIA OCUPACIONAL



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

28 DE FEVEREIRO DE 2020

ELISABETE J.C. ROLDÃO
PROFESSORA ADJUNTA CONVIDADA

ISBN 978-989-54779-7-5

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	4
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA	5
2.1 DEDO EM GATILHO E OUTRAS TENOSSINOVITES	5
2.1.1. DEFINIÇÃO DO DEDO EM GATILHO	5
2.1.2 ETIOLOGIA E CAUSAS	5
2.1.3. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA	5
2.1.4. CLASSIFICAÇÃO DO DEDO EM GATILHO E OUTRAS TENOSSINOVITES.....	6
2.1.5. QUADRO CLÍNICO - SINAIS E SINTOMAS	7
2.1.6. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO QUE NOS PERMITEM IDENTIFICAR A PATOLOGIA.....	7
2.1.7. EXAMES COMPLEMENTARES DO DIAGNÓSTICO	8
2.1.8. PROGNÓSTICO	9
2.1.9. FATORES DE RISCO	9
2.1.10. TRATAMENTO	10
III. ALTERAÇÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL	12
3.1 FATORES INERENTES AO CLIENTE	12
3.1.1. FUNÇÕES CORPORAIS	12
3.1.2. ESTRUTURAS CORPORAIS	12
3.2 COMPETÊNCIAS DE DESEMPENHO NAS ÁREAS DE OCUPAÇÃO	13
3.3 PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL	13
III. CONCLUSÃO	15
IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

I. INTRODUÇÃO

Este Caderno de Terapia Ocupacional e Disfunções Musculo Esqueléticas, sobre o tema Dedo em Gatilho e outras Tenossinovites, foi criado como texto de apoio e suporte à Unidade Curricular de Terapia Ocupacional e Disfunções Musculo Esqueléticas, lecionada no Curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Este Caderno pretende, em conformidade com o que é preconizado nesta Unidade Curricular, suportar os seguintes objetivos:

1. Identificar a etiologia, sinais, sintomas, tratamentos e prognóstico das principais patologias músculo-esqueléticas, doenças metabólicas, congénitas e do desenvolvimento ósseo.
2. Relacionar os fatores etiológicos e mecanismos fisiopatológicos com sinais / sintomas da doença, determinantes da disfunção ocupacional e respetivo comprometimento das funções corporais.
3. Definir as principais características das doenças e as suas causas.
4. Identificar a terminologia técnica inerente às diferentes abordagens em ciências da saúde.
5. Interpretar disfunções ocupacionais inerentes a perturbações nas estruturas e funções músculo-esqueléticas
6. Dominar o vocabulário e expressão verbal com recurso a terminologia técnica e científica adequada

O conteúdo deste caderno encontra-se alinhado com o conteúdo programático da Unidade Curricular de Terapia Ocupacional e Disfunções Músculo Esqueléticas, lecionada no segundo ano do curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional e apresenta um dos temas a abordar durante a mesma.

Este terceiro Caderno tratará questões de carácter fundamental e prático, que são comuns às condições de Dedo em Gatilho e outras Tenossinovites e que trazem diversos desafios aos Terapeutas Ocupacionais que trabalham em contexto clínico ou hospitalar.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA

2.1 DEDO EM GATILHO E OUTRAS TENOSSINOVITES

2.1.1. DEFINIÇÃO DO DEDO EM GATILHO

O “dedo em gatilho”, também, designado de Tenossinovite Estenosante dos flexores é caracterizado por dor no trajeto dos tendões flexores, na região do túnel osteofibroso, no entanto, pode-se manifestar sem dor (Júnior, 2008). Frequentemente, esta patologia dificulta ou impede o movimento dos dedos ou do polegar, que podem permanecer em posição de flexão, nos casos mais graves (Júnior, 2008).

2.1.2 ETIOLOGIA E CAUSAS

A Tenossinovite Estenosante dos flexores, como referido, é causada pelo estreitamento relativo do túnel osteofibroso (bainha flexora), que circunda os tendões no dedo afetado, sendo que esse estreitamento condiciona os tendões flexores na região distal da palma da mão e na região palmar dos dedos (Júnior, 2008). Gera-se, assim, um processo inflamatório ou proliferativo da sinóvia, que reveste o sistema de polias do túnel osteofibroso e tendões flexores (Júnior, 2008). Esta Tenossinovite leva a uma alteração no conteúdo do túnel osteofibroso, provocando atrito, isto é, perpetuação do processo inflamatório (Júnior, 2008). Consequentemente, os indivíduos começam por revelar dificuldade de deslizamento dos tendões flexores no túnel osteofibroso e de movimentação, bloqueio, dor e incapacidade funcional (Júnior, 2008). O atrito irá piorar, de forma progressiva, mantendo o quadro inflamatório e, assim, poderá levar ao aparecimento de um nódulo tendinoso (Júnior, 2008).

Porém, a etiologia é desconhecida e pensa-se que pode estar relacionada com o uso de determinados instrumentos, serviços domésticos e trabalhos pesados, tais como, tesoura para jardinagem, muletas, que causem pequenos traumas na palma da mão por esforço repetitivo (Camargo, Angelini, & Oliveira, 2009).

2.1.3. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

A Tenossinovite Estenosante dos flexores trata-se de uma doença relativamente frequente, afetando cerca de 1 a 3/1000 nascimentos (Botelho, 2018). O dedo em gatilho prevalece nas mulheres quando comparadas com os homens e, está mais presente nos pacientes diabéticos, com nefropatias, hipotiroidismo e outras endocrinopatias (Júnior, 2008). É, ainda, de realçar, que esta patologia afeta,

principalmente, mulheres entre os 50 e 59 anos e é, também, uma condição patológica considerada rara na raça negra (Camargo et al., 2009).

O dedo mais comprometido é o polegar, seguido dos dedos anelar, médio, mínimo e indicador, sendo que a mão dominante é cerca de quatro vezes mais afetada do que a mão não dominante (Camargo et al., 2009).

2.1.4. CLASSIFICAÇÃO DO DEDO EM GATILHO E OUTRAS TENOSSINOVITES

As Tenossinovites são classificadas em tendinites inflamatórias, síndromes nervosas periféricas compressivas, bursites e outras (Macedo, 2012). As Tenossinovites caracterizam-se pela existência de uma inflamação do tendão e da bainha sinovial resultante, maioritariamente, de traumatismos, causados por movimentos repetitivos e excessivos dos tendões, mas também, por disseminação bacteriológica (Macedo, 2012). A dor a nível do tendão e a tumefação, aumento de volume, visível nos tendões superficiais, são os principais sinais e sintomas desta patologia (Macedo, 2012).

As tendinites inflamatórias são aquelas cuja causa tem origem na inflamação aguda ou crónica dos tendões ou das bainhas (Macedo, 2012). Esta é caracterizada pela sensação de dor, edema, rubor e aumento da temperatura na região afetada (Macedo, 2012). Fazem parte desta classificação patologias como Tenossinovite ocupacional, Dedo em gatilho, Síndrome De Quervain, Tendinite da cabeça longa do bíceps, Epicondilite lateral e medial e Tendinite do supra-espinhoso (Macedo, 2012).

As síndromes nervosas periféricas são definidas pela existência de uma compressão, sendo esta gerada pelo próprio processo inflamatório (Macedo, 2012). Esta classificação integra patologias, como Síndrome do desfiladeiro torácico, Síndrome do supinador, Síndrome do túnel cubital, Síndrome do túnel do carpo, Síndrome de Guyon (Macedo, 2012).

As bursites correspondem a uma condição de inflamação e irritação da bursa, causando dor e edema local (Macedo, 2012). É mais frequente ocorrer nos ombros, cotovelos, joelhos e articulações coxofemorais (Macedo, 2012).

A principal diferença entre estas classificações reside na realização da anamnese clínica e ocupacional, no exame físico e, eventualmente, nos exames complementares de diagnóstico (Macedo, 2012).

De acordo com a sintomatologia, as Tenossinovites podem, ainda, ser classificadas em quatro graus diferentes: grau I (ou pré-gatilho), caracterizado pelo indivíduo apresentar somente dor local; grau II (ou ativo), quando o indivíduo tem o gatilho, mas consegue estender ativamente o dedo; grau III (passivo), divide-se em grau IIIA e grau IIIB, sendo o primeiro para um indivíduo em que a extensão do dedo requer um movimento passivo do mesmo, e o segundo quando o indivíduo apresentar inabilidade na flexão do dedo; grau IV (contratura), adquirido quando o indivíduo apresenta uma flexão fixa em contratura da articulação interfalângica proximal do dedo (Camargo et al., 2009).

Quanto ao desenvolvimento da patologia, este pode ser classificado como primário ou secundário (Camargo et al., 2009). O desenvolvimento primário ou idiopático refere-se aos casos em que apenas um dedo é afetado e não existe nenhuma doença associada (Camargo et al., 2009). Por outro lado, o desenvolvimento secundário traduz-se nos casos em que múltiplos dedos estão comprometidos ou, ainda, quando o indivíduo apresenta uma doença associada, como por exemplo, Síndrome do Túnel do Carpo, Tenossinovite de Quervain, Diabetes Mellitus, Osteoartrite, Artrite Reumatoide ou Hipotireoidismo (Camargo et al., 2009).

2.1.5. QUADRO CLÍNICO - SINAIS E SINTOMAS

Os principais sinais e sintomas do dedo em gatilho incluem: edema no dedo afetado; limitação do movimento e dor no trajeto dos tendões flexores; nódulo palpável na região da articulação metacarpo falângica comprometida; dificuldade de deslizamento dos tendões na entrada do túnel flexor; bloqueio do dedo e ressalto durante o movimento; dor intensa durante o movimento; incapacidade funcional na preensão de objetos; dificuldade na extensão do dedo comprometido (Júnior, 2008). A estenose e os sintomas são mais evidentes durante o período da manhã, devido ao agravamento do edema e à inatividade da mão durante a noite (Júnior, 2008).

2.1.6. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO QUE NOS PERMITEM IDENTIFICAR A PATOLOGIA

O médico ortopedista especialista em mãos realiza, primeiramente, a história clínica, que inclui a anamnese e o exame objetivo ou físico (Macedo, 2012). A anamnese consiste na observação da mão, mais especificamente do dedo comprometido, que não se estende ativa ou passivamente na articulação metacarpo falângica, após um período de flexão ou extensão (Macedo, 2012). O exame objetivo ou físico consiste na palpação do nódulo palmar sobre a articulação metacarpo falângica que, geralmente, adquire um

padrão de hiperextensão compensatório e o tendão aumenta de espessura (Macedo, 2012). Posteriormente ao exame físico, o médico deve solicitar exames complementares, tais como, radiografia e ultrassonografia, para confirmar e concluir o diagnóstico (Macedo, 2012). Deve-se ter em consideração para o diagnóstico médico os sintomas, a profissão do indivíduo e as atividades que envolvam movimentos repetitivos (Macedo, 2012).

Segundo Macedo (2012), o diagnóstico dos casos típicos é somente clínico, sendo que o raio X e a ecografia servem para confirmar o diagnóstico diferencial nos casos atípicos. É de salientar que a ultrassonografia é o exame diferenciador mais utilizado nestes casos, pois é o que melhor define o diagnóstico desta patologia (Arend, 2012).

A Tenossinovite Estenosante do polegar congénita é diferente do “dedo em gatilho” no adulto, visto que o quadro clínico não é doloroso e, na maioria das vezes, não é detetada a dificuldade de extensão do polegar, através dos testes clínicos para a deteção de doenças e alterações congénitas do sistema musculoesquelético (Fukushima et al., 2014). Só com o crescimento da mão e do polegar é que fica perceptível a dificuldade na extensão do polegar (Fukushima et al., 2014). Assim, quando o diagnóstico é feito numa fase inicial de vida, pode haver uma boa evolução (Fukushima et al., 2014). Quando acontece tardiamente ou quando não há uma resposta positiva ao tratamento clínico, recomenda-se o tratamento cirúrgico (Fukushima et al., 2014).

2.1.7. EXAMES COMPLEMENTARES DO DIAGNÓSTICO

Relativamente aos exames complementares a usar nesta patologia, estes podem ser eletromiografia, radiografia (raio X), ultrassonografia/ecografia e ressonância magnética (Botelho, 2018) e (Macedo, 2012). A eletromiografia consiste num exame que descreve a atividade elétrica nervosa e muscular, possibilitando compreender se a causa reside na lesão de um nervo, de um músculo ou de uma doença neurológica (Brazil et al., 2004). A radiografia serve, neste caso, para verificar se os tendões e a bainha sinovial estão calcificados, sendo importante na exclusão de outras patologias (Brazil et al., 2004). A ultrassonografia averigua, neste caso, a espessura do tendão e avalia as articulações e tendões (Brazil et al., 2004). A ressonância magnética obtém imagens do corpo em vários planos, possibilitando a visualização dos órgãos e tecidos do corpo com maior detalhe, o que permite estabelecer um diagnóstico mais preciso (Brazil et al., 2004).

2.1.8. PROGNÓSTICO

Com a realização de um estudo referente à patologia em questão, Camargo et al (2009) concluíram que, de todos os casos estudados, o segundo e o quinto dedo foram os que apresentaram pior resposta ao tratamento. Pelo contrário, o terceiro dedo foi o que apresentou melhor evolução, seguindo-se o polegar e o quarto dedo (Camargo et al., 2009).

Nos casos leves a moderados é recomendado o repouso articular de 7 a 10 dias (Biase, 2009). Deve evitar-se atividades repetitivas e ainda as que provoquem o agravamento dos sintomas (Biase, 2009). Pode ser benéfico o uso de talas, de modo a manter o dedo em repouso e a combater a formação de nódulos (Biase, 2009). O quadro clínico desta patologia pode ser agravado com o derrame do líquido sinovial, tornando o deslizamento do tendão difícil (Murofuse & Marziale, 2005). À medida que a doença progride, há a tendência para o bloqueio do dedo, na posição de flexão, piorar, podendo gerar incapacidade funcional no que toca à motricidade fina e à preensão de objetos (Júnior, 2008). O indivíduo ao tentar realizar a extensão do dedo afetado leva a que ocorra um bloqueio e um ressalto, dificultando o movimento, podendo, ainda, haver a limitação da extensão total do dedo afetado (Júnior, 2008). Muitas das vezes, o indivíduo sente dor intensa nos movimentos de preensão (Júnior, 2008).

Vários estudos realizados mostraram que os indivíduos com diabetes mellitus, dependentes de insulina, apresentam uma resposta à injeção de corticosteroide pior que os restantes indivíduos (Camargo et al., 2009). No “Estudo prospectivo do tratamento conservador do dedo em gatilho” comprovou-se que estes indivíduos apresentaram uma pequena melhoria apenas ao fim de seis meses (Camargo et al., 2009). Tendo em conta o mesmo estudo, as recorrências ocorrem, maioritariamente, nos primeiros seis meses (Camargo et al., 2009). O tratamento cirúrgico é recomendável nos casos de persistência dos sintomas, após a ocorrência de três infiltrações (Camargo et al., 2009). O estudo confirma, ainda, a aplicação da injeção de corticosteroide no tratamento desta doença, sem nenhum efeito colateral (Camargo et al., 2009).

2.1.9. FATORES DE RISCO

O risco de desenvolvimento das Tenossinovites Estenosante dos flexores pode ser aumentado devido a vários fatores (Júnior, 2008). Estes fatores dividem-se em atividades propriamente ditas e em doenças associadas (Júnior, 2008). Algumas das atividades que constituem um fator de risco são todas aquelas que exigem uma

combinação de movimentos repetitivos e em esforço, como por exemplo, preensão forçada, compressão palmar, flexão de dedos e/ou falanges distais, compressão da bainha sinovial de tendões e, ainda, movimentos que submetam a mão a uma vibração intensa (Rossi & Silva, 2005). Dentro destas atividades estão englobadas atividades manuais, profissionais, desportivas, entre outras (Júnior, 2008). No que toca às doenças predisponentes, são elas artrite reumatoide, diabetes mellitus, hipotiroidismo, endocrinopatias, amiloidose e algumas infeções, como tuberculose e infeções fúngicas (Júnior, 2008).

No que diz respeito aos fatores desencadeantes das Tenossinovites em geral, temos que, segundo Facci, as Tenossinovites são comuns a várias profissões, englobando pianistas, músicos, datilógrafos, desportistas, atletas e operários de linhas de produção (Rossi & Silva, 2005). Conforme o estudo "Lesões por Esforços Repetitivos em Fisioterapeutas", as lesões por esforços repetitivos são manifestações ou síndromes patológicas do sistema músculo-esquelético, afetando, principalmente, os membros superiores, ombros e pescoço, adquiridos por trabalhadores cujas profissões exijam determinadas condições de trabalho (Ciarlini, Monteiro, Braga, & Moura, 2005). As Tenossinovites estão classificadas como lesões por esforços repetitivos mais frequentes (Ciarlini et al., 2005).

O desenvolvimento destas lesões é multicausal, dependendo de vários fatores, sendo de extrema importância analisar os fatores de risco envolvidos de forma direta e indireta (Ciarlini et al., 2005). Em suma, os fatores de risco mais comuns são a repetitividade de movimentos, a manutenção de posturas inadequadas, a invariabilidade de tarefas e atividades profissionais, a pressão mecânica sobre segmentos corporais, o trabalho muscular estático e, ainda, os choques e impactos, a vibração e o frio (Ciarlini et al., 2005).

2.1.10. TRATAMENTO

O tratamento indicado para cada caso depende da intensidade, gravidade, duração das alterações anatómicas e da sintomatologia (Júnior, 2008).

Nos casos leves, com sintomas intermitentes, são aconselhados os seguintes métodos: repouso, evitando atividades manuais que exijam esforço ou movimentos repetitivos; uso de ortótese extensora, durante algumas semanas, em período noturno, para diminuir temporariamente ou definitivamente os sintomas; exercícios leves e suaves, para manter a mobilidade, promover a drenagem linfática e combater o edema; calores

húmidos, principalmente pela manhã, para aliviar os sintomas de bloqueio e dor; massagem, para aliviar a dor e reduzir o edema (Júnior, 2008).

Nos casos mais graves, com bloqueio constante e limitação da movimentação dos dedos, o tratamento deve ser com:

- Anti-inflamatórios não esteroides, para promover o alívio dos sintomas, combater o quadro inflamatório, o edema, a dor e melhorar o deslizamento dos tendões flexores na região do túnel osteofibroso;
- Esteroides, como por exemplo, os corticosteroides sistêmicos podem ser utilizados se o paciente não apresentar comorbidades; geralmente, aliviam intensamente a dor e a inflamação; esteroides injetados localmente, como a infiltração com acetato de metil-prednisolona;
- Libertação percutânea do túnel osteofibroso, sendo a grande vantagem deste método poder ser realizado em consultório e a desvantagem relacionar-se com a causa de lesões iatrogénicas nos tendões flexores e estruturas vizinhas;
- Libertação cirúrgica inclui uma via de acesso palmar na região da prega palmar distal dos dedos ou prega de flexão metacarpo falângica do polegar e é recomendada em casos crónicos, quando o tratamento não cirúrgico não resulta (Júnior, 2008).

Quando o dedo em gatilho surge antes dos dois anos, pode ocorrer cura espontânea, segundo alguns autores (Botelho, 2018). Já nos casos de deformidades rígidas, os tratamentos com base em massagens e talas para extensão intermitente, acompanhados de exercícios suaves de mobilização não têm sucesso (Botelho, 2018). O tratamento cirúrgico deve ser realizado depois de um ano de idade e é bastante eficaz, sendo que consiste na abertura da bainha tendinosa, realizada sob anestesia geral em regime ambulatorio (Botelho, 2018). A incisão executada é pequena, transversal e localiza-se na prega de flexão metacarpo falângica (Botelho, 2018). A sutura da pele deve ser realizada com sutura absorvível e o dedo deve manter-se em extensão, durante os primeiros dias (Botelho, 2018).

III . ALTERAÇÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Uma pessoa com a condição de Dedo em Gatilho ou outra Tenossinovite apresenta alterações tanto ao nível das Funções e Estruturas do Corpo, incluídas nos fatores inerentes ao cliente, como nas competências de desempenho, nas áreas de ocupação e, ainda, nos padrões de desempenho de cada indivíduo. A gravidade e o tipo de Tenossinovite irão influenciar a funcionalidade de cada pessoa.

3.1 FATORES INERENTES AO CLIENTE

No que concerne as Funções e Estruturas do Corpo vamos encontrar algumas alterações específicas para esta condição de saúde.

3.1.1. FUNÇÕES CORPORAIS

Nas funções corporais, podem-se verificar alterações ao nível das funções sensoriais e dor e das funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento. As primeiras são perceptíveis através da sensibilidade e dor ao toque pela palpação, bem como na realização de determinados movimentos ativos e passivos, como por exemplo, a extensão do dedo afetado. As últimas são referentes a funções das articulações e ossos, particularmente na mobilidade articular da articulação metacarpo falângica, estando também a estabilidade articular comprometida. Ainda nestas funções, está implícito o controlo do movimento voluntário, que inclui o comprometimento a nível da preensão e da motricidade fina, uma vez que estes movimentos podem desencadear o ressalto do dedo, permanecendo este em gatilho. Como consequência possível do desuso do dedo, e devido à retração associada à dor, pode haver uma diminuição da força muscular.

3.1.2. ESTRUTURAS CORPORAIS

As estruturas relacionadas com o movimento, pele e estruturas relacionadas encontram-se comprometidas devido ao espessamento do tendão flexor dos dedos, provocando edema e nódulos, o que influencia o desempenho ocupacional do indivíduo nas diversas áreas de ocupação.

Estas limitações tanto ao nível das funções, como das estruturas corporais, influenciam o realizar de determinados movimentos, quando o dedo se encontra em gatilho, associados à articulação em causa, sendo eles: extensão do dedo; oponência do

polegar; abdução com extensão dos dedos; pinça em tríade, lateral ou digital, consoante o dedo afetado.

A realização de determinados movimentos, inerentes às atividades do dia a dia do indivíduo com esta patologia, pode propiciar o ressalto do dedo e, conseqüentemente, a sua permanência em gatilho, tal como, no agarrar de um objeto, através da adução e flexão dos dedos.

3.2 COMPETÊNCIAS DE DESEMPENHO NAS ÁREAS DE OCUPAÇÃO

Os comprometimentos nas competências de desempenho, associados à patologia, têm impacto direto nas áreas de ocupação da pessoa. No que diz respeito às AVD's, por exemplo, no vestir/despir, principalmente no abotoar dos botões, bem como ao nível da higiene oral, por exemplo, na colocação da pasta de dentes na escova, existe uma diminuição no desempenho ocupacional da mesma. Em relação às AVDI's, a preparação de refeições, especialmente o cortar dos alimentos encontra-se prejudicado. Atividades laborais que exijam movimentos manuais repetitivos, podem constituir um fator condicionante para pessoas com esta patologia. Por último, a nível do lazer, o uso do telemóvel, quando identificado como um interesse pessoal, pode constituir um exemplo de comprometimento nesta área. Assim o abotoar dos botões, a colocação da pasta de dentes na escova, o cortar dos alimentos, os movimentos manuais repetitivos e o uso do telemóvel, identificam-se como competências motoras e de praxis, que influenciam as áreas de ocupação. Nas competências de regulação emocional, a pessoa pode encontrar-se deprimida e menos colaborante na atividade e, conseqüentemente, ser menos produtiva no seu dia a dia. Esta patologia pode interferir com o autoconceito e a autoestima da pessoa, afetando a sua participação social.

3.3 PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

A intervenção deve ser adequada conforme a Tenossinovite em questão, mas também, conforme as necessidades do indivíduo.

O principal objetivo terapêutico centra-se em otimizar as áreas de ocupação significativas para o indivíduo, tendo em conta todas as ocupações, permitindo que a pessoa obtenha maior funcionalidade no seu dia a dia. Para isso o terapeuta ocupacional deve fornecer estratégias que permitam o alcançar destes objetivos com sucesso. Algumas das estratégias passam por estudo e aplicação de produtos,

nomeadamente talas de extensão, massagem em pontos estratégicos para alívio da dor e edema, adequar o posicionamento do dedo, aconselhamento de movimentos que devem ser evitados que agravam a lesão, por exemplo, não realizar movimentos repetitivos.

Em suma, o terapeuta deve adaptar as atividades significativas para a pessoa, no que diz respeito aos materiais e à sua execução. Para proceder à realização de atividades, deve-se executar métodos preparatórios, de modo a preparar os músculos, as articulações e os tendões, bem como, diminuir a dor e o edema, a fim de obter um melhor desempenho ocupacional na mesma.

Pode ser importante a intervenção do terapeuta ocupacional, tanto a seguir ao diagnóstico desta patologia, como também, após eventual procedimento cirúrgico.

III. CONCLUSÃO

A condição de dedo em gatilho dificulta ou impede o movimento dos dedos e/ou do polegar, refletindo-se nos movimentos de preensão da mão, ficando esta limitada na realização de algumas tarefas em diversas atividades.

Esta condição, restringe o desempenho ocupacional das pessoas sendo muitas vezes causadora de absentismo, trazendo custos acrescidos seja aos Serviços da Segurança Social, devido a baixas médicas, seja aos Serviços de Saúde, através dos tratamentos e intervenção cirúrgica que muitas vezes é necessária.

A dor é também ela limitadora da funcionalidade durante a execução das AVD's.

Desta forma é uma condição da qual devemos ter conhecimento e manter-nos atualizados em relação às guidelines a seguir no seu tratamento.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arend, C. F. (2012). Tenossinovite e sinovite do primeiro compartimento extensor do punho: o que o ultrassonografista precisa saber. *Radiologia Brasileira*, 45(4), 219–224. <https://doi.org/10.1590/s0100-39842012000400008>
- Biase, B. (2009). Ortopedia, Traumatologia, Cirurgia da Mão, Microcirurgia Reconstructiva. Retrieved March 7, 2019, from <https://cirurgiademao.wordpress.com/>
- Botelho, J. C. (2018). Polegar “em mola” infantil. Retrieved February 20, 2019, from <http://www.pedipedia.org/pro/artigo-profissional/polegar-em-mola-infantil?fbclid=IwAR34U7lxmDOYxEuH9sqQSoN1VQe-WyXhcU4XUvKcvWcKbrf6-hQAI41UDZw>
- Brazil, A., Ximenes, A., Radu, A., Ar, F., Lf, A., Lrg, V., ... Xmg, S. (2004). Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(6), 419–425. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042004000600005>
- Camargo, D., Angelini, L., & Oliveira, M. de. (2009). Estudo prospectivo do tratamento conservador do dedo em gatilho – avaliação de 131 dedos. *Einstein*, 7, 76–80. Retrieved from http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/1118-Einsteinv7n1p76_80.pdf
- Ciarlini, I., Monteiro, P., Braga, R., & Moura, D. (2005). Lesões por Esforços Repetitivos em Fisioterapeutas. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 18(1), 11–16.
- Fukushima, W. Y., Nascimento, F. P., Milani, C., Cho, Á. B., Mattar, T. D. M., Fujiki, E. N., ... Aita, M. A. (2014). Diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico do polegar em gatilho congênito na criança utilizando o sistema de internação hospital-dia. *Arquivos Brasileiros de Ciências Da Saúde*, 35(1), 24–27. <https://doi.org/10.7322/abcs.v35i1.105>
- Junior, R. M. (2008). Stenosing tenosynovitis of the flexors – or trigger finger, 6(3), 143–145.
- Macedo, R. (2012). *Segurança, Saúde, Higiene e Medicina do Trabalho*. (IESDE Brasil S.A., Ed.). Curitiba - Brasil. Retrieved from <https://books.google.pt/books?id=mwXO5PXVgNQC&pg=PA135&lpg=PA135&dq>

=exames complementares a usar no dedo a gatilho&source=bl&ots=cNxZzJwIAL&sig=ACfU3U2sniG_ObWqCvi2odfcOPe0Xul-Sw&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwil4LztrM3gAhUGJhoKHXg8DccQ6AEwCHoECAE

Murofuse, N., & Marziale, M. (2005). DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM Neide Tiemi Murofuse 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(3), 364–373. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a11>

Rossi, M. A., & Silva, J. (2005). A contribuição da ergonomia na prevenção das lesões por esforços repetitivos: a tenossinovite na linha de produção em indústrias gráficas, (August 2015).

Referência da imagem da capa: <http://drstefanzolin.com.br/dedo-em-gatilho-porto-alegre-florianopolis/>