

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Amanda Avelar de Resende

Adesão às Diretrizes de Prática Clínica para Avaliação e Tratamento de Síndrome do Túnel
do Carpo por Fisioterapeutas Brasileiros

Uberaba, MG

2021

Amanda Avelar de Resende

Adesão às Diretrizes de Prática Clínica para Avaliação e Tratamento de Síndrome do Túnel
do Carpo por Fisioterapeutas Brasileiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, área de concentração “Avaliação e Intervenção em Fisioterapia”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito final para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Fernanda Rodrigues Martinho Fernandes

Uberaba, MG

2021

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

R341a	<p>Resende, Amanda Avelar de Adesão às diretrizes de prática clínica para avaliação e tratamento de síndrome do túnel do carpo / Amanda Avelar de Resende. -- 2021. 43 f. : tab.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2021 Orientadora: Profa. Dra. Luciane Fernanda Rodrigues Martinho Fernandes Coorientadora: Profa. Dra. Paula Regina Serrão</p> <p>1. Síndrome do túnel carpal. 2. Fisioterapeutas. 3. Guia de prática clínica. I. Fernandes, Luciane Fernanda Rodrigues Martinho. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p>CDU 615.8:617.57</p>
-------	---

RESUMO

A Síndrome do Túnel do Carpo é a neuropatia mais comum no mundo, tem seu quadro clínico extremamente variável e controverso. Em 2019 foram criadas diretrizes de práticas clínicas com o objetivo de apresentar as práticas baseadas em evidências, incluindo diagnóstico, prognóstico, intervenção e avaliação de resultados para distúrbios musculoesqueléticos. O objetivo deste estudo foi avaliar se os fisioterapeutas e alunos do último ano de graduação avaliam e reabilitam os pacientes com síndrome do túnel do carpo (STC), seguindo as diretrizes de prática clínica para STC. Fisioterapeutas e discentes do último ano de graduação em fisioterapia responderam um questionário eletrônico semiestruturado, dividido em duas partes: a primeira continham questões referentes as informações sociodemográficas dos fisioterapeutas e na segunda foram apresentados dois casos clínicos com questões referentes a avaliação e tratamento fisioterapêutico. Mesmo com o aumento das pesquisas no país, foi possível observar com base nas respostas do questionário, que uma porcentagem significativa dos fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia do último de graduação não seguem as diretrizes de práticas clínicas para avaliação e tratamento de síndrome do túnel do carpo.

Palavras-Chave: fisioterapia; síndrome do túnel do carpo; diretrizes de prática clínica.

ABSTRACT

Carpal Tunnel Syndrome is the most common neuropathy in the world, its clinical features are extremely variable and controversial. In 2019, clinical practice guidelines were created with the aim of presenting evidence-based practices, including diagnosis, prognosis, intervention and outcome assessment for musculoskeletal disorders. The aim of this study was to assess whether physical therapists and final-year undergraduates assess and rehabilitate patients with carpal tunnel syndrome (CTS) following clinical practice guidelines for CTS. Physiotherapists and students in the last year of graduation in physiotherapy answered a semi-structured electronic questionnaire, divided into two parts: the first contained questions related to the sociodemographic information of the physiotherapists and the second presented two clinical cases with questions related to the evaluation and physical therapy treatment. Even with the increase in research in the country, it was possible to observe, based on the responses to the questionnaire, that a significant percentage of physiotherapists and physiotherapy undergraduate students do not follow clinical practice guidelines for the assessment and treatment of carpal tunnel syndrome.

Key Words: physiotherapy; carpal tunnel syndrome; clinical practice guidelines.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Alto Nível de Evidência (A)	22
Figura 2 - Médio Nível de Evidência (B)	22
Figura 3 – Muito Baixo Nível de Evidência (D)	23
Figura 4 - Uso não recomendado no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica	23
Figura 5 - Instrumentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica	24
Figura 6 - Instrumentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica	24
Figura 7 - Médio Nível de Evidência (B)	25
Figura 8 - Baixo Nível de Evidência (C)	25
Figura 9 - Baixo Nível de Evidência (C)	26
Figura 10 - Uso não recomendado no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica	26
Figura 11 - Tratamentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica	27
Figura 12 - Tratamentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Características dos Participantes	21
Tabela 2-Aderência ao Guideline por Alunos e Profissionais	28
Tabela 3-Associação entre utilização de Guideline e aderência ao Guideline de STC	30
Tabela 4-Associação entre conhecimento de Guideline de STC e aderência ao Guideline de STC	32

LISTA DE SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
APTA	Associação de Fisioterapia
BCTQ	Boston Carpal Tunnel Questionnaire
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CEP-UFTM	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do setor de Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITOs	Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
d.C	Depois de Cristo
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire
D2P	Discriminador de Dois Pontos Estático
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
SWMT	Estesiômetro Monofilamento Semmes-Weinstein
BEM	Medicina Baseada em Evidências
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
STC	Síndrome do Túnel do Carpo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
WCPT	World Confederation for Physical Therapy

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	9
2.2 DIRETRIZES DE PRÁTICAS CLÍNICAS.....	11
2.3 DIRETRIZES DE PRÁTICAS CLÍNICAS PARA A SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO	11
2.4 SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO.....	12
3 ARTIGO: ADESÃO ÀS DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO POR FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS	15
3.1 INTRODUÇÃO	15
3.2 METODOLOGIA	16
3.2.1. Design do Estudo.....	16
3. 2. 2 Participantes	16
3.3.3 Instrumento	17
3.3. RESULTADOS	20
3.3.2 Resultados dos Casos Clínicos.....	22
3.3.2. 1 Adesão às diretrizes no processo de avaliação.....	22
3.3.2. 2 Adesão às diretrizes no processo de tratamento fisioterapêutico.....	25
3.3.2. 3 Adesão às diretrizes de prática clínica para STC por fisioterapeutas e alunos ..	27
3.4 DISCUSSÃO	34
4. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A	42

1 APRESENTAÇÃO

Essa pesquisa foi desenvolvida com o Grupo de Estudo e Pesquisa em Reabilitação da Mão e do Membro Superior, do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu*, nível mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU), sob a responsabilidade da Profa. Dra. Luciane Fernanda Rodrigues Martinho Fernandes.

As coletas foram realizadas por meio de questionário eletrônico semiestruturado, que dispunha de 02 componentes. O primeiro associado a informações sociodemográficas dos profissionais e o segundo relacionado aos questionamentos pertinentes às diretrizes de tratamento de STC.

O Artigo “Adesão às Diretrizes de Prática Clínica para Avaliação e Tratamento de Síndrome do Túnel do Carpo por Fisioterapeutas Brasileiros” será apresentado no corpo da dissertação, tem como objetivo avaliar se os fisioterapeutas brasileiros avaliam e reabilitam os pacientes com síndrome do túnel do carpo (STC) seguindo as diretrizes de prática clínica para STC.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Muitos profissionais ainda não apresentam conhecimento na área científica, por isso, não conseguem diferenciar a qualidade dos trabalhos e nem reconhecer detalhes importantes para sua prática clínica. Por esse motivo surgiu recentemente uma mobilização científica na área da saúde, a Prática Baseada em Evidência (PBE), que tem como objetivo avaliar e usar os resultados científicos para tomada de decisões clínicas (GUYATT, 2006).

A prática baseada em evidências consiste no uso das melhores evidências científicas atuais para a tomada de decisões, favorecendo o atendimento de pacientes. Ou seja, integra conhecimentos clínicos individuais com as melhores evidências científicas disponíveis, provenientes de pesquisa (SACKETT et al., 1996).

Há várias barreiras para a implementação da PBE, mas é necessário para que ocorram mudanças que estimula o profissional a buscar conhecimento científico por meio do desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para a transformação da prática de fisioterapia baseada em tradição, rituais e tarefas para prática baseada em pesquisas científicas (FILIPPIN; WAGNER, 2008).

A fisioterapia está em crescente desenvolvimento, em busca de consolidação profissional, com isso, o tratamento fisioterapêutico vem tornando-se cada vez mais diversificado, com novos métodos. Para isso, é necessário o desenvolvimento de diretrizes de prática profissional baseada em evidências científicas, por meio de produção de conteúdo científico e pesquisas, para aperfeiçoar os profissionais e consolidar a profissão (SANTOS; CANDIDO; KUPPENS, 2010).

O trabalho do fisioterapeuta atualmente, não está pautado somente em reabilitação, mas também em ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, por isso, o profissional está inserido em equipes de saúde multiprofissionais (QUEIROZ, 2013).

É necessário a evolução de pesquisas em fisioterapia, para promover a formação de conhecimento próprio, gerando embasamento científico para evolução do tratamento fisioterapêutico, progresso profissional, solucionando obstáculos habituais (FILIPPIN; WAGNER, 2008).

O considerável crescimento nas pesquisas científicas em fisioterapia no país, além da simplificação ao acesso de material científico do Brasil e exterior, demanda dos profissionais senso crítico para reconhecer trabalhos recentes e de qualidade, utilizando as pesquisas significativas para a prática clínica (QUEIROZ, 2013).

O primeiro passo para o uso da prática baseada em evidências, uma das fases mais árduas do processo de pesquisa, é a definição problema a ser investigado e também da pergunta de investigação. Sendo bem desenvolvida, indica toda a pesquisa que deve ser realizada para obtenção de resultados adequados, capazes de responder o problema (SOUSA *et al.*, 2018).

O modelo PICO é o mais utilizado para a elaboração perguntas clínicas em palavras-chave pesquisáveis, para prática baseada em evidências em ciências da saúde e tem como significado: P – Pessoa com doença ou Problema; I – Intervenção; C – Comparação; O – Resultado. Atualmente, surgiram algumas variantes desse conceito, com a modificação de um ou mais elementos originais (ARMSTRONG, 1999; MARTÍNEZ DÍAZ; ORTEGA CHACÓN; MUÑOZ RONDA, 2016; THABANE *et al.*, 2009).

Atualmente os níveis de evidência são usados como orientadores para classificação de qualidade dos estudos científicos na área da saúde, as melhores fontes de evidência para avaliar alguma intervenção ainda são as revisões sistemáticas e estudos controlados aleatorizados, mas vale ressaltar que cada delineamento apresenta seus benefícios e desvantagens, para obtenção de respostas. Por esse motivo, existem escalas de avaliação metodológicas que auxiliam na elaboração e redação de artigos científicos, a escala PEDro para ensaios clínicos randomizados, a recomendação PRISMA para revisões sistemáticas de literatura (CAROLINE *et al.*, 2019).

O Sistema GRADE, constitui-se em um grupo internacional, formado por profissionais da área da saúde e pesquisadores. Tem como objetivo colaborar com o desenvolvimento de diretrizes, além de avaliar a evidência e para a formulação de recomendações, contribuindo para o processo de tomada de decisão (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com o sistema GRADE as evidências são classificadas em: alta, quando dificilmente novas pesquisas mudariam a confiança na estimativa de efeito; média, quando novas pesquisas possivelmente tenham um efeito considerável na estimativa de efeito, podendo alterá-la ; baixa, novas pesquisas certamente tem um resultado significativo sobre nossa confiança na estimativa de efeito e é possível que mude a

estimativa; muito baixo, qualquer estimativa de efeito é muito indefinido (BROEK et al., 2009).

2.2 DIRETRIZES DE PRÁTICAS CLÍNICAS

Diretrizes de Práticas Clínicas são um guia desenvolvido sistematicamente para auxiliar a tomada de decisão clínica de profissionais de saúde e pacientes, sobre cuidados de saúde em geral (CHEN et al., 2005).

Atualmente as diretrizes são utilizadas para auxiliar os fisioterapeutas na tomada de decisão clínica, e por esse motivo, vindo sendo tema de diversos estudos, como um realizado em 2017, que comprovou os fisioterapeutas brasileiros não aderem às diretrizes de tratamento para dor lombar (SOUZA; LADEIRA; COSTA, 2017).

A implementação de diretrizes e adesão na prática clínica depende de mudanças comportamentais por parte de todos profissionais, esse processo envolve vários fatores, como elaboração das diretrizes, criação de estratégias de planejamento, além de enfrentamento de obstáculos que dificultam a adesão definitiva (CORRÊA, 2011).

A dor lombar crônica gera restrições de atividades na vida dos pacientes e aumento da procura por serviços de saúde. Já a STC é responsável por aproximadamente 90% de todas as neuropatias periféricas compressivas, sendo extremamente frequente na população mundial podendo acometer de 10% a 15% da população durante a vida. Tem como prevalência de 0,5 a 5,8% da população mundial, e na última década sua incidência quadriplicou, ocorrendo cerca de 3,4 novos casos a cada mil habitantes por ano (CHEN et al., 2005; KIRCHHOFF et al., 2012).

Por esse motivo foi elaborado às diretrizes de práticas clínicas para STC em 2019, para auxiliar os profissionais na tomada de decisão clínica (ALTMAN et al., 2019).

2.3 DIRETRIZES DE PRÁTICAS CLÍNICAS PARA A SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO

Segundo Erickson et al. (2019), a Academia de Fisioterapia da Mão e da Extremidade Superior, a Academia de Fisioterapia Ortopédica da América, juntamente a Associação de Fisioterapia (APTA) tem realizado um esforço contínuo, para elaborar diretrizes de prática clínica baseadas em evidências para tratamento de pacientes com disfunções musculoesqueléticas apresentadas no documento da Organização Mundial da

Saúde (OMS) e também da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Para melhor compreensão das diretrizes de práticas clínicas para a STC, será apresentada um tópico sobre a Síndrome do Túnel do Carpo, manifestações clínicas e tratamento médico e fisioterapêutico.

2.4 SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO

A síndrome do túnel do carpo consiste na compressão do nervo mediano dentro do túnel do carpo. É causa cotidiana de queixas nos membros superiores, levando a graves consequências sociais (MONDELLI; GIANNINI; GIACCHI, 2002).

Sua incidência é menor do que 1% na população, podendo ser encontrados 15% em trabalhadores de risco. Cerca de 70% dos pacientes possuem de 40 a 70 anos, sendo acometidos em sua grande maioria em mulheres (TURRINI *et al.*, 2005).

O túnel do carpo é um sistema osteoligamentar, formado por três paredes ósseas (assoalho do carpo, tuberosidade do escafoide e o hâmulos do hamato) e uma parede ligamentar, o ligamento transversal do carpo. Tem sua localização distal à prega do punho, sua estrutura é imprescindível, pois suporta oito tendões dos músculos flexores dos dedos, sendo quatro superficiais e quatro profundos, e também o tendão do músculo flexor longo do polegar e o nervo mediano (ELUI *et al.*, 2006).

O nervo mediano se origina no plexo braquial, especialmente nas raízes C6 a T1, tem seu trajeto pelo braço chegando ao cotovelo medialmente e, no antebraço, assume a posição mediana no caminho do punho, passando pelo túnel do carpo simultaneamente com nove músculos flexores (MOORE, 1994).

O diagnóstico da STC é eminentemente clínico, o exame complementar de imagem é realizado apenas quando necessário. Quando há dúvidas em relação ao diagnóstico clínico de STC, pode ser realizado a eletromiografia, no caso de comprometimento substancial das fibras nervosas. A sensibilidade para o teste eletrodiagnóstico do nervo mediano varia entre 49% e 84%. Para confirmação de suspeita de STC são realizados dois sinais: Tinel e Phalen. O sinal de Tinel é efetuado com a percussão do punho, sendo positivo com dor ou formigamento no polegar e no indicador ou entre os dedos médios. O de Phalen é verificado com a flexão a 90° do punho; se os sintomas forem reproduzidos em 60 segundos, é considerado positivo. A sintomatologia

inclui fraqueza, hiperestesia ou parestesia no território do nervo mediano (TURRINI *et al.*, 2005).

Pacientes com STC apresentam comprometimento sensorial, motor e dor, pois o nervo mediano é um nervo misto. A dor é comum no período noturno, em queimação, que juntamente com o comprometimento motor gera limitação de atividade e incapacidade funcional (KAROLCZAK *et al.*, 2005).

Já o comprometimento sensorial apresenta como sintomas a parestesia que é a sensação de dormência e formigamento na mão, ou a hipoestesia que é diminuição da sensibilidade, podendo chegar até mesmo à anestesia que é a perda de sensibilidade na mão (BONGI *et al.*, 2013).

A STC é dividida em dois tipos, a primária que é idiopática, habitual em trabalhadores que desempenham atividades que sobrecarrega o punho, com movimentação extrema movimentação, ou movimentos finos repetidos com os dedos. Já a secundária tem como fator desencadeante a artrite reumatoide, hipotireoidismo, gestação, lesões traumáticas anteriores, retenção hídrica, tumores, obesidade e a dupla compressão (THURSTON, 2013).

De acordo com a Classificação Anatomoclínica de Lundborg, existem 3 estágios da ST. Precoce: sintomas inconstantemente noturnos. intermediário: sintomas noturnos e diurnos. Avançado: sintomas permanentes e, principalmente, sinais de déficit sensitivo ou motor (DE OLIVEIRA FILHO; DE OLIVEIRA, 2017).

Existem diversos fatores laborais que favorecem o surgimento da STC: movimentos repetitivos; continuidade de posturas impróprias; trabalho muscular inerte, esforço físico; invariabilidade de tarefas; pressão mecânica em segmentos do corpo específicos, fatores organizacionais e psicossociais. É necessário que sejam avaliados a intensidade, duração e frequência dos sinais, para que sejam classificados como de risco (DE OLIVEIRA FILHO; DE OLIVEIRA, 2017).

Para o tratamento desta síndrome a abordagem pode ser conservadora ou cirúrgica, dependendo da fase ou da gravidade da doença. O tratamento conservador consiste na atuação fisioterapêutica associada ao tratamento medicamentoso. A atuação da fisioterapia na STC deve ser direcionada tanto para a prevenção quanto para o tratamento da doença, realizando cinesioterapia, eletroterapia, associada com a prescrição e confecção de órteses de repouso, sempre aliada a orientações domiciliares (DAVID; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2009).

A cirurgia constitui na descompressão, através de uma pequena incisão palmar para não lesar o interior do carpo, permitindo seccionar o ligamento transversal do carpo e percorrer o nervo mediano, fendendo a fibrose localizada (SERRA; BENITO; MONNER, 1997).

A avaliação fisioterapêutica é fundamental para confirmar a complexidade da doença. Os resultados são determinantes para a escolha da conduta, de acordo com a fase em que o paciente se encontra. Preliminarmente, pode ser determinado um estudo biomecânico para correções e/ou alterações posturais, impedindo a incidência da doença. Quanto mais rápido o diagnóstico e o tratamento fisioterapêutico, mais rapidamente haverá o desaparecimento de sintomas álgicos, controle do processo inflamatório, evitando o uso de medicação, mas mantendo orientações ergonômicas (DAVID; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2009).

Para tratamentos não invasivos de STC existem há a infiltração de corticoide e/ou uma órtese de imobilização noturna. Devem ser submetidos ao tratamento cirúrgico, os pacientes que não respondem ao tratamento conservador, ou que mantêm quadro clínico de longa durabilidade (ZUMIOTTI *et al.*, 1996).

Embora complicações não sejam comuns após o procedimento cirúrgico, os sintomas de parestesia e dor no trajeto do nervo mediano ainda podem persistir. Além de apresentar novos e diferentes sintomas no pós-operatório (JONES; AHN; EO, 2012; THURSTON, 2013).

A síndrome do túnel do carpo recorrente ocorre raramente, sua causa deve ser analisada com exames de imagem e eletromiografia antes de ser realizada a cirurgia de revisão. Normalmente está relacionado a liberação incompleta, patologia do próprio nervo, desenvolvimento de cicatriz, presença de massa aumentada ou diagnóstico preliminar incorreto (PRITSCH; ROSENBLATT; CARMEL, 2004).

3 ARTIGO: ADESÃO ÀS DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO POR FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS

3.1 INTRODUÇÃO

A Síndrome do Túnel do Carpo é a neuropatia mais comum em diferentes populações ou a com maior incidência...etc, tem seu quadro clínico extremamente variável e controverso. Com isso, a sintomatologia da doença, juntamente com o tratamento não efetivo, ocasiona déficit funcional nos pacientes, impedindo que os mesmos realizem suas atividades de vida diária e profissional, levando a afastamentos do trabalho (NORA et al., 2005).

Em 2019 foram publicadas diretrizes de práticas clínicas com o objetivo de apresentar as práticas baseadas em evidências, incluindo diagnóstico, prognóstico, intervenção e avaliação de resultados para distúrbios musculoesqueléticos. Além de produzir um guia para profissionais de saúde, docentes, estudantes, estagiários, residentes, sobre as melhores práticas atuais de fisioterapia ortopédica e reabilitação da mão (ALTMAN et al., 2019).

Sem as melhores evidências, os fisioterapeutas tornam-se desatualizados, prejudicando a qualidade dos atendimentos e conseqüentemente o tratamento dos pacientes (SACKEIT et al., 1996). A adesão às diretrizes de prática clínica tem implicações importantes para criar um modelo de atendimento ideal, além da redução nos custos dos atendimentos (CHILDS et al., 2015).

O objetivo deste estudo é avaliar se os fisioterapeutas brasileiros aderem às diretrizes de prática clínica baseadas em evidências, para avaliar e tratar os pacientes com síndrome do túnel do carpo.

3.2 METODOLOGIA

3.2.1. Design do Estudo

Este estudo possui um delineamento transversal realizado por meio de questionário online, com uma amostra por conveniência, formada por fisioterapeutas brasileiros e estudantes matriculados no último ano de fisioterapia de instituições de ensino superior no Brasil.

Foi realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em parceria com a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e com a colaboração dos conselhos regionais (CREFITOS), associações de classe, além de instituições públicas e privadas de todo país na divulgação e envio dos formulários para os profissionais. Todos os CREFITOS foram convidados, mas obtivemos apoios do CREFITO 4, CREFITO 5, CREFITO 6, CREFITO 7 e CREFITO 12.

Seguindo a resolução CNS 466/12 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do setor de Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM), com parecer favorável número 3.903.325 de 07/03/2020. Os dados de contato dos pesquisadores foram fornecidos na primeira página do questionário, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceite para participar, orientações sobre preenchimento do questionário e objetivo do estudo.

3. 2. 2 Participantes

A coleta de dados ocorreu de maio de 2020 a setembro de 2020. Cerca de 50 estudantes de fisioterapia e 292 fisioterapeutas responderam ao questionário. No entanto, 10 fisioterapeutas foram excluídos por não trabalharem como fisioterapeutas atualmente, resultando em uma amostra de 322 participantes.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: a) ser fisioterapeuta brasileiro de ambos os sexos, b) ser estudante do último do curso de fisioterapia e c) ter formação brasileira. Os critérios de exclusão foram: a) não aceitar em participar da pesquisa e b) respostas inadequadas.

3.3.3 Instrumento

Esta pesquisa foi realizada por meio de um questionário estruturado autoaplicável online, elaborado por dois autores diferentes, no aplicativo de pesquisa profissional Google Forms, constituído de 15 perguntas fechadas. Primeiramente, o questionário foi enviado para cinco fisioterapeutas pesquisadores que avaliaram: a) adequação e ordenação das questões; b) abrangência do conteúdo; c) clareza de dúvidas e; d) viabilidade da tecnologia. Seu feedback foi incorporado na versão final da pesquisa eletrônica. O questionário estava em conformidade com a comprovação de CHERRIES, que é uma lista para garantir a qualidade de pesquisas realizadas na internet, e será apresentado no apêndice 02 (EYSENBACH, 2004).

Os questionários foram enviados por e-mail, redes sociais, pelos CREFITO's e sites institucionais. Os participantes foram convidados a participarem da pesquisa pela internet com link do formulário ou QRCode, por meio de redes sociais, e-mail ou app de mensagens. A divulgação ocorreu em redes sociais, CREFITOS e associações profissionais.

A pesquisa eletrônica estava relacionada à tomada de decisão relacionada a avaliação e ao tratamento de dois casos clínicos de pacientes com diagnóstico de Síndrome do Túnel do Carpo, serão apresentados resumidamente a seguir e exibido completamente no apêndice A.

Caso Clínico 01: uma mulher com 47 anos, professora, apresenta sobrepeso, caucasiana, relata que há mais ou menos 12 meses vem sentindo dor leve intermitente nos punhos e mãos, porém há 6 meses passou a acordar a noite com as mãos “formigando” e “dormentes”, principalmente na face palmar do I, II e III dedos. A “sensação de formigamento” diminui ao “sacudir as mãos” ou ao “apertar o punho”. Nega trauma, quedas ou cirurgia nos membros superiores nos últimos anos. Diabetes e hipotireoidismo controlados. Sedentária. Ao exame físico foi descartada radiculopatia cervical, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo e síndromes compressivas dos nervos ulnar e radial. Não apresenta atrofia na musculatura tenar. Não faz uso de medicamentos (corticosteroides). Devido a história e aos exames realizados a suspeita é de Síndrome do túnel do carpo leve. Havia 26 itens (opções de respostas), para a questão era necessário assinalar uma alternativa em cada item. Os participantes deveriam assinalar “SIM” para no mínimo 3 e no máximo 6 procedimentos de avaliação utilizaria como primeira opção. Para os itens restantes assinalaria “TALVEZ” se utilizasse algum item

com paciente e percebesse a necessidade, “NÃO” se não utilizaria de jeito nenhum e “NÃO CONHEÇO” se não conhecesse ou não se recordasse do teste/instrumento/exame.

Caso Clínico 02: mulher, 52 anos, cabelereira, obesa, refere dor no punho e na mão direita há mais de 2 anos. Queixa-se de dificuldade em manipular objetos, perdendo a força durante a preensão e derrubando constantemente os objetos. Relata dificuldade para abotoar uma camisa. Na data da avaliação queixa-se de dor 6 na escala EVA. Ao exame físico foi observada atrofia da eminência tenar, diminuição de sensibilidade (sensibilidade percebida no monofilamento vermelho fino 4,0g na região volar do primeiro, segundo e terceiro dedos). Testes especiais positivos em dois testes provocativos. Não há histórico de trauma. A radiografia não demonstrou lesões no punho ou mão. Em relação às medidas auto reportadas (questionários) relatou dificuldade moderada a intensa em relação a habilidade para fazer as atividades com as mãos (como por exemplo: escrever, tomar banho, vestir-se, segurar uma sacola, abrir a tampa do vidro) e score de 3,2 para a severidade dos sintomas. Foi descartada radiculopatia cervical, dupla compressão e outras síndromes compressivas. Na eletroneuromiografia a classificação para a STC é moderada (aumento da latência distal motora). Havia 25 itens (opções de respostas), para a questão era necessário assinalar uma alternativa em cada item. Os participantes deveriam assinalar “SIM” para no mínimo 3 e no máximo 6 opções de tratamento que utilizaria como primeira opção. Para os itens restantes assinalaria “TALVEZ” se utilizasse algum item com paciente e percebesse a necessidade, “NÃO” se não utilizaria de jeito nenhum e “NÃO CONHEÇO” se não conhecesse ou não se recordasse do teste/instrumento/exame.

Análise Estatística

Após a finalização da coleta de dados, os itens do questionário não foram randomizados, foram registrados automaticamente e organizados no Planilhas Google, sendo divididos em variáveis teóricas e numéricas.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas de frequências absolutas e relativas de todas as variáveis categóricas. Para comparar a associação de conhecimento e utilização às diretrizes para STC foi realizada uma análise bivariada. O Teste Qui-quadrado com correção de Yates foi usado para analisar a associação entre as variáveis. O teste exato de Fisher foi usado se o valor mínimo esperado em qualquer célula fosse <5 . O nível de significância foi de 0,05. As variáveis foram agrupadas em aderiu às

diretrizes, quando os todas as opções disponíveis eram assinaladas e não aderiu às diretrizes para o restante das respostas.

3.3. RESULTADOS

Conhecimento em relação à Prática Baseada em Evidências (PBE) e das Diretrizes de Prática Clínica....

O estudo contou com a participação de 332 sujeitos, sendo 282 (84,9%) fisioterapeutas e 50 (15,1%) estudantes cursando o último ano de graduação em Fisioterapia. Os profissionais possuíam média de 8,62 ($\pm 7,06$) anos de atuação como fisioterapeutas e média de 4,46 ($\pm 6,45$) anos de experiência em reabilitação de membro superior.

Cerca de 230 (69,3%) dos participantes afirmam que estudaram em instituição de ensino privada. Dos 282 fisioterapeutas, 151 (45,5%) possuem pós graduação lato sensu, 73 (22%) pós graduação strictu sensu e 88 (26,5%) atua com docência e/ou pesquisa. Os dados de frequência absoluta e relativa das variáveis estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos Participantes

Variável	Alunos N=50 (%)	Profissionais N=282 (%)	Total N=332 (%)
Experiência em Reabilitação de Mão ou Membro Superior			
Sim	0 (0%)	159 (56,4%)	159 (47,9%)
Não	0 (0%)	123 (43,6)	123 (37,0%)
Discente	50 (100%)	0 (0%)	50 (15,1%)
Conhece Prática Baseada em Evidências (PBE)			
Sim	48 (96%)	274 (97,2%)	322 (97,0%)
Não	02 (04%0	08 (2,8%)	10 (3,0%)
Conhece Guideline/Diretrizes de Prática Clínica			
Sim	41 (82%)	237 (84%)	278 (83,7%)
Não	09 (18%)	45 (16%0	54 (16,3%)
Utiliza Guideline/Diretrizes de Prática Clínica			
Sim	34 (68%)	188 (66,7%)	222 (66,9%)
Não	16 (32%0	94 (33,3%)	110 (33,1%)
Acesso ao Guideline/Diretrizes de Prática Clínica de STC			
Sim	11 (22%)	57 (20,2%)	68 (20,5%)
Não	39 (78%)	225 (79,8%)	264 (79,5%)

Estatística Descritiva; N = número de fisioterapeutas e alunos; % = percentual.

Em relação a somente profissionais (N=282), 190 (57,2%) afirmaram que a PBE é determinante na escolha da conduta, 78 (23,5%) utilizam a PBE parcialmente e 14 (4,2%) não utilizam a PBE.

3.3.2 Resultados dos Casos Clínicos

3.3.2.1 Adesão às diretrizes no processo de avaliação

As figuras a seguir apresentam a porcentagem das respostas de todos os participantes da pesquisa, referentes aos itens de avaliação dos casos clínicos apresentados. O primeiro caso clínico questionava a avaliação de STC.

Figura 1 - Alto Nível de Evidência (A)



Fonte: Elaborada pela autora

Os instrumentos apresentados são considerados padrão ouro para avaliação de STC, apenas 20,3% dos entrevistados afirmam utilizar Estesiômetro Monofilamento Semmes-Weinstein (SWMT) e 13,1% o Discriminador de dois pontos estático (D2P). No entanto, cerca de 38,1% declaram não utilizar o SWMT e 30,8% o D2P.

Figura 2 - Médio Nível de Evidência (B)



Fonte: Elaborada pela autora

Os instrumentos apresentados possuem recomendação moderada para avaliação de STC, 32,3% dos participantes utilizam o teste de compressão do carpo e 14% o sinal de tunel. A maioria dos participantes 54,4% não conhecem o Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ), mesmo sendo um importante instrumento para avaliação da STC.

Figura 3 – Muito Baixo Nível de Evidência (D)



Fonte: Elaborada pela autora

Segundo o guideline, há evidências conflitantes sobre testes neurodinâmicos, por esse motivo, nenhuma recomendação pode ser feita para seu uso. No entanto, 16,6% dos participantes utilizam e 20,3% afirmam não fazer uso do método durante as avaliações.

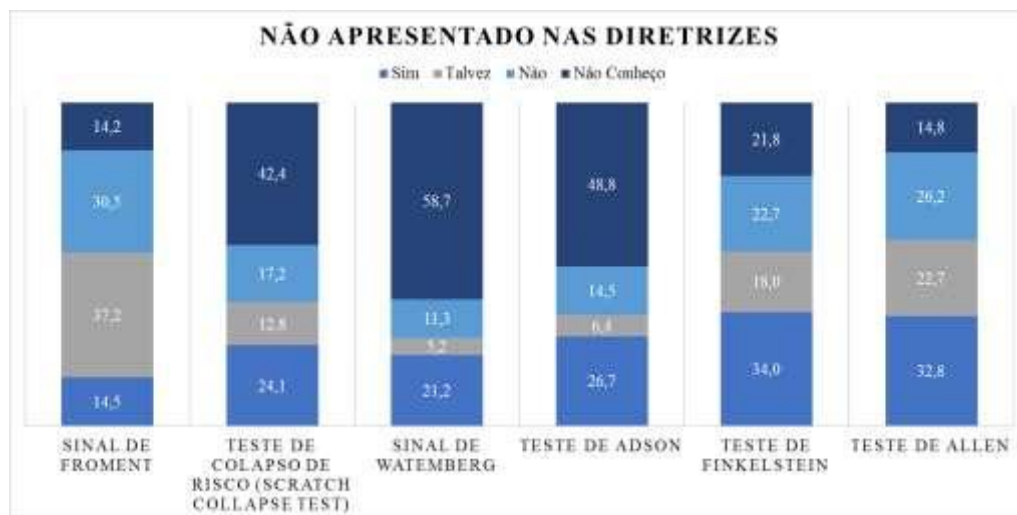
Figura 4 - Uso não recomendado no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica



Fonte: Elaborada pela autora

Os instrumentos apresentados não são recomendados para avaliação de STC. Cerca de 31,7% utilizariam força de pinça polpa-polpa com dinamômetro e 16,3% afirmaram não utilizar o teste de senso de vibração com diapasão de 256Hz.

Figura 5 - Instrumentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 6 - Instrumentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica



Fonte: Elaborada pela autora

As figuras 5 e 6 apresentam os instrumentos que não foram apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica de STC. Entretanto, são utilizados na rotina clínica de pacientes com queixas de dor (escala numérica), testes de sensibilidade tátil,

térmica e dolorosa. Testes que não são indicados para a Síndrome do Túnel do carpo como Sinal de Froment, Watemberg, Finkelstein, foram escolhas dos fisioterapeutas para seu uso no processo de avaliação, mesmo sendo testes utilizados para descartar outras doenças, como diagnóstico diferencial.

3.3.2. 2 Adesão às diretrizes no processo de tratamento fisioterapêutico

O segundo caso clínico se tratava de questionamento sobre tratamento de STC.

Figura 7 - Médio Nível de Evidência (B)



Fonte: Elaborada pela autora

Não existem tratamentos com nível de evidência alto (A) para STC. A prescrição do uso de órtese noturna é considerada médio nível de evidência, somente 9,6% utilizariam para tratar o caso proposto.

Figura 8 - Baixo Nível de Evidência (C)



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 9 - Baixo Nível de Evidência (C)



Fonte: Elaborada pela autora

As figuras 8 e 9 apresenta os métodos de tratamento que possuem baixo nível de evidência, onde apenas 1,2% dos participantes afirmam utilizar a educação sobre a doença, no entanto, 40,7% usariam alongamentos. Cerca de, 14% relatam usar diatermia por ondas curtas ou micro-ondas e 27% utilizariam mobilização articular no punho.

Figura 10 - Uso não recomendado no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica



Fonte: Elaborada pela autora

Os métodos apresentados não são recomendados pelo Guideline/Diretrizes de Prática Clínica, cerca de 39,5% usam mobilização neural/neurodinâmica, 35,8% utilizariam magnetos/imãs no tratamento de STC, mas cerca de 38,1% não utilizam iontoforese. Somente 12,8% afirmam utilizar laserterapia de baixa intensidade, e foi observado que 83,7% dos participantes talvez usariam ultrassom térmico para o tratamento deste caso clínico.

Figura 11 - Tratamentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 12 - Tratamentos não apresentados no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica



Fonte: Elaborada pela autora

Nas figuras 11 e 12 estão apresentados os tratamentos não estão disponíveis no Guideline/Diretrizes de Prática Clínica, mas alguns, são de extrema importância para o sucesso do tratamento dos pacientes. Cerca de 60,5% usariam acupuntura ou agulhamento a seco, 47,1% utilizam reeducação de sensibilidade, 40,4% encaminhariam para outros profissionais como terapeutas ocupacionais e psicólogos.

3.3.2. 3 Adesão às diretrizes de prática clínica para STC por fisioterapeutas e alunos

A tabela 2 apresenta os dados de frequência absoluta e relativa em relação a aderência ao guideline para alunos fisioterapeutas e alunos do último de graduação.

Tabela 2 - Aderência ao Guideline por Alunos e Profissionais

Variável	Alunos N=50 (%)	Profissionais N= 239 (%)
Alto Nível de Evidência para Avaliação de STC		
Aderiu ao Guideline	08 (16%)	43 (15,2%)
Não Aderiu ao Guideline	42 (84%)	239 (84,8%)
Médio Nível de Evidência para Avaliação de STC		
Aderiu ao Guideline	02 (04%)	10 (3,5%)
Não Aderiu ao Guideline	48 (96%)	272 (96,5%)
Muito Baixo Nível de Evidência para Avaliação de STC		
Aderiu ao Guideline	18 (36%)	110 (39%)
Não Aderiu ao Guideline	32 (64%)	172 (61%)
Uso Não Recomendado para Avaliação de STC		
Utiliza recursos não recomendados	01 (02%)	05 (1,8%)
Não utiliza recursos não recomendados	49 (98%)	277 (98,2%)
Médio Nível de Evidência para Tratamento de STC		
Aderiu ao Guideline	20 (40%)	139 (49,3%)
Não Aderiu ao Guideline	30 (60%)	143 (50,7%)
Baixo Nível de Evidência para Tratamento de STC		
Aderiu ao Guideline	0 (0%)	07 (2,5%)
Não Aderiu ao Guideline	50 (100%)	275 (97,5%)
Uso Não Recomendado para Tratamento de STC		
Utiliza recursos não recomendados	01 (02%)	06 (2,1%)
Não utiliza recursos não recomendados	49 (98%)	276 (97,9%)

Estatística Descritiva; N = número de fisioterapeutas e alunos; % = percentual.

A maioria dos profissionais 239 (84,4%) não aderiram ao guideline em relação a alto nível de evidência para avaliação de STC, a maioria afirmou não utilizar instrumentos que não são recomendados para avaliação de STC, cerca de 277 (98,2%), o mesmo ocorreu para tratamentos não recomendados, onde a maioria 276 (97,9%) afirmam não utilizar.

Em relação aos alunos, 42 (84%) não aderiram ao guideline em relação a alto nível de evidência para avaliação de STC, 49 (98%) não utilizariam instrumentos que não são recomendados para avaliação de STC e 49 (98%) não realizariam tratamentos não recomendados pelo guideline de STC.

Cerca de 156 (47%) dos participantes aderiram parcialmente ao guideline, assinalou 01 resposta dentre as 02 opções de respostas, para alto nível de evidência para avaliação de STC, 266 (80,1%) assinalaram 02 respostas dentre as 06 possíveis, para médio nível de evidência e 240 (72,3%) afirmaram utilizar pelo menos 01 dos 05 recursos que não são recomendados para avaliação de STC.

Em relação ao tratamento, 298 (89,8%) assinalaram 02 respostas dentre as 09 disponíveis, e 282 (84,9%) utilizariam pelo menos 01 dos 05 tratamentos disponíveis no caso clínico em questão.

As tabelas 4 e a 5 apresentam as associações entre utilização de guideline e conhecimento de guideline de STC em relação a adesão ao guideline para STC.

Tabela 3 - Associação entre utilização de Guideline e aderência ao Guideline de STC

Variável	Não Utiliza Guideline (N=110)	Utiliza Guideline (N=222)	p valor
Aderência ao Alto Nível de Evidência para Avaliação de STC			
Não Aderiu	95 (86,4%) ^a	186 (83,8%) ^a	0,629
Aderiu	15 (13,6%) ^a	36 (16,2%) ^a	
Aderência ao Médio Nível de Evidência para Avaliação de STC			
Não Aderiu	108 (98,2%) ^a	212 (95,5%) ^a	0,350
Aderiu	02 (1,8%) ^a	10 (4,5%) ^a	
Aderência ao Muito Baixo Nível de Evidência para Avaliação de STC			
Não Aderiu	72 (65,5%) ^a	132 (59,5%) ^a	0,338
Aderiu	38 (34,5%) ^a	90 (40,5%) ^a	
Uso Não Recomendado para Avaliação de STC			
Não utiliza recursos não recomendados	108 (98,2%) ^a	218 (98,2%) ^a	1,000
Utiliza recursos não recomendados	02 (1,8%) ^a	04 (1,8%) ^a	
Aderência ao Médio Nível de Evidência para Tratamento de STC			
Não Aderiu	57 (51,8%) ^a	116 (52,3%) ^a	1,000
Aderiu	53 (48,2%) ^a	106 (47,7%) ^a	
Aderência ao Baixo Nível de Evidência para Tratamento de STC			
Não Aderiu	106 (96,4%) ^a	219 (98,6%) ^a	0,226
Aderiu	04 (3,6%) ^a	03 (1,4%) ^a	
Uso Não Recomendado para Tratamento de STC			
Não utiliza recursos não recomendados	108 (98,2%) ^a	217(97,7%) ^a	1,000
Utiliza recursos não recomendados	02 (1,8%) ^a	05(2,3%) ^a	

^a Diferença significativa entre as variáveis pelo teste de Comparações Múltiplas; STC = Síndrome do Túnel do Carpo.

Foi identificado maior número de participantes que afirmam utilizar guideline/diretrizes de prática clínica n=222, mas somente 36 (16,2%) aderiram completamente ao guideline/diretrizes de prática clínica para alto nível de evidência para avaliação de STC e 106 (47,7%) ao médio nível de evidência para tratamento de STC. Não foi encontrada associação significativa em nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 4 - Associação entre conhecimento de Guideline de STC e aderência ao Guideline de STC

Variável	Não Conhece Guideline STC (N=264)	Conhece Guideline STC (N=68)	p valor
Aderência ao Alto Nível de Evidência para Avaliação de STC			
Não Aderiu	226 (85,6%) ^a	55 (80,9%) ^a	0,348
Aderiu	38 (14,4%) ^a	13 (19,1%) ^a	
Aderência ao Médio Nível de Evidência para Avaliação de STC			
Não Aderiu	258 (97,7%) ^a	62 (91,25) ^b	0,020*
Aderiu	06 (2,7%) ^a	06 (8,8%) ^b	
Aderência ao Muito Baixo Nível de Evidência para Avaliação de STC			
Não Aderiu	172 (65,25%) ^a	32 (47,1%) ^b	0,008*
Aderiu	92 (34,8%) ^a	36 (52,9%) ^b	
Uso Não Recomendado para Avaliação de STC			
Não utiliza recursos não recomendados	260 (98,5%) ^a	66 (97,1%) ^a	0,606
Utiliza recursos não recomendados	04 (1,55) ^a	02 (2,9%) ^a	
Aderência ao Médio Nível de Evidência para Tratamento de STC			
Não Aderiu	145 (54,95) ^a	28 (41,25) ^b	0,056
Aderiu	119 (74,8%) ^a	40 (25,2%) ^b	
Aderência ao Baixo Nível de Evidência para Tratamento de STC			
Não Aderiu	259 (98,15) ^a	66 (97,15) ^a	0,635
Aderiu	05 (1,95) ^a	02 (2,9%) ^a	
Uso Não Recomendado para Tratamento de STC			
Não utiliza recursos não recomendados	260 (98,5%) ^a	65 (95,6%) ^a	0,154
Utiliza recursos não recomendados	04 (1,5%) ^a	03 (4,4%) ^a	

*Diferença significativa pelo teste de Fischer; a e b Diferença significativa entre as variáveis pelo teste de Comparações Múltiplas; STC = Síndrome do Túnel do Carpo.

Foi identificado um menor número de participantes que conhecem o guideline para STC n=68, destes, 66 (97,1%) afirmam não utilizar os recursos não recomendados para avaliação e 65 (95,6%) para tratamento de STC, de acordo com o Guideline/Diretrizes de Prática Clínica de STC.

Foi encontrado associação entre conhecimento de Guideline/Diretrizes de Prática Clínica de STC e aderência ao médio nível de evidência para avaliação de STC.

3.4 DISCUSSÃO

Os fisioterapeutas possuíam longo tempo de atuação como fisioterapeutas, média de 8,62 anos e experiência em reabilitação de membro superior, média de 4,46 anos. As pesquisas no Brasil e no mundo campo da reabilitação da mão e do membro superior estão em constante desenvolvimento. A reabilitação precoce é uma necessidade devido a novas técnicas cirúrgicas, além do aperfeiçoamento das inovações das órteses, como a impressão 3D, surge novas oportunidades de tratamento (BARBOSA; PAIM; DELBONI, 2017).

De modo geral, a adesão completa às diretrizes de prática clínica para avaliação e tratamento de STC foi baixa. Isso pode ter acontecido devido as barreiras que os fisioterapeutas encontram na implantação de prática baseada em evidências como: resistência com o idioma do artigo científico; falta de tempo e qualidade das evidências; dificuldade para encontrar e alto valor de artigos na íntegra; de compreensão dos dados estatísticos e conseqüentemente dos resultados dos artigos, e principalmente a falta de treinamento em PBE. Essas barreiras dificultam a efetivação da PBE na rotina de trabalho (COSTA; DE SOUSA; CLAUDINO, 2020):

A maioria dos participantes afirmaram conhecer a PBE (97,2%), parte destes fisioterapeutas não aderiram completamente às diretrizes. No estudo de Costa; de Sousa; Claudino (2020), os fisioterapeutas afirmaram a necessidade de implementação do uso da PBE, com o desejo de aumentar seus conhecimentos e aplicabilidade na área, para empregar a melhor evidência científica na prática clínica.

O estudo de Pedrolo *et al.*, (2009), afirma que para o crescimento do uso da PBE é necessário que o profissional possua experiência a respeito de epidemiologia clínica, bioestatística e informática em saúde. É imprescindível propagar a PBE, facilitando o aprimoramento dos profissionais.

O fisioterapeuta necessita desenvolver o ponto de vista científico e metodológico, para que seja implantada a PBE em sua rotina profissional, para possibilitar a melhor prática clínica, juntamente com a melhor evidência científica, com experiência clínica e preferências do paciente (MARCOS; DIAS, 2006).

Cerca de 43 (15,2%) dos profissionais aderiram completamente às diretrizes para alto nível de evidência para de avaliação para STC e 139 (49,3%) aderiram para o médio nível de evidência para tratamento de STC. As diretrizes de prática clínica devem possibilitar o desenvolvimento no atendimento ao paciente, auxiliando nas decisões,

abrangendo a independência e permitindo a avaliação crítica por quem as utiliza (JATENE; BERNARDO; MONTEIRO-BONFÁ, 2001).

Cerca de 79,5% dos voluntários não tiveram acesso ao guideline para STC. Segundo pattison-Gordon *et al.*, (1996), os guidelines on-line demonstram diversos benefícios em relação à sua exibição em papel. Também pode-se integrar recursos de imagens, sons, vídeos, simulações Além do material de evidências.

O estudo de Bernhardsson *et al.* (2014), investigou as atitudes e conhecimentos dos fisioterapeutas sobre a importância das diretrizes de prática clínica. Todos os entrevistados reconheceram a importância das diretrizes, mas somente, 9% tiveram fácil acesso aos guidelines. Por isso, é necessário a divulgação ampla e gratuita dessas diretrizes, por meio de conselhos regionais, associações profissionais e principalmente universidades.

Os participantes não aderiram completamente às diretrizes de avaliação, levando a uma avaliação incorreta. O sucesso do tratamento está ligado a avaliação, além de formulação de objetivos e condutas (GAVIM *et al.*, 2013).

Ainda não existem no guideline, tratamentos com alto nível de evidência (A) para STC, é necessário que haja um aumento da qualidade dos estudos científicos. De acordo com Schneider; Pereira; Ferraz (2018), os serviços de saúde devem fomentar a produção e utilização de evidências científicas, realizando parcerias com as instituições de ensino e pesquisa. Também é necessário que ocorra uma estrutura organizacional, ou seja, um ambiente de trabalho com espaço propício para oportunidade de trocas de experiência entre os profissionais.

Um dos aspectos mais fundamentais para o ensino da PBE é a avaliação de como os fisioterapeutas estão sendo formados, em nosso estudo, os alunos, também não aderiram completamente às diretrizes de STC. Isso pode ter ocorrido devido a formação generalista dos fisioterapeutas no país . Hoje em dia os cursos de fisioterapia aderem as normativas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que orienta que os fisioterapeutas tenham formação generalista, com competência para trabalhar em todos os níveis de atenção à saúde (SIMONI *et al.*, 2015).

A maioria dos alunos afirmaram conhecer a PBE, cerca de 48 (96%), mas somente 08 (16%) dos alunos aderiram completamente às diretrizes para nível de evidência para avaliação de STC. O estudo realizado em 2020, avaliou o nível de conhecimento dos graduandos em fisioterapia de três instituições particulares de ensino, em relação aos conceitos relacionados a prática baseada em evidências. Foi encontrado nesse estudo que

os estudantes possuem conhecimento restrito em relação a prática baseada em evidências. Este fato pode estar ligado a não oferta de disciplinas ou a deficiência da inclusão destes conceitos para conhecimento e ensino de PBE (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020).

Há uma grande diferença entre as habilidades necessárias para atuação profissional baseada em métodos científicos e qualidade da formação profissional. São necessárias revisões curriculares e pedagógicas, pra que o aluno seja formado para utilizar as evidências científicas de forma crítica, identificando a qualidade desta evidência, verificando sua relevância e aplicabilidade à situação clínica (MARCOS; DIAS, 2006).

4. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que uma porcentagem elevada de fisioterapeutas brasileiros e estudantes de fisioterapia do último não avaliam e reabilitam pacientes com síndrome do túnel do carpo, seguindo as diretrizes de prática clínica para STC.

São necessárias medidas para melhorar a adesão às diretrizes de prática clínica para síndrome do túnel do carpo.

REFERÊNCIAS

ALTMAN *et al.* Hand Pain and Sensory Deficits: Carpal Tunnel Syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther.* v.49, p. 1-85, 2019.

ARMSTRONG, Eamon C. **The well-built clinical question: The key to finding the best evidence efficiently.** [S. l.: s. n.]

BERNHARDSSON, Susanne *et al.* Determinants of guideline use in primary care physical therapy: A cross-sectional survey of attitudes, knowledge, and behavior. **Physical Therapy**, [S. l.], v. 94, n. 3, p. 343–354, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20130147>

BONGI *et al.* A manual therapy intervention improves symptoms in patients with carpal tunnel syndrome: a pilot study. **Rheumatol Int.**, v. 33, p.1233–1241, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DIRETRIZES METODOLÓGICAS - Sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde.** v. 33

BROEK, J. L. *et al.* Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines: Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. **Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology**, [S. l.], v. 64, n. 5, p. 669–677, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.01973.x>

BRUGNOLLI, Anna; CAVADA, Luisa; SAIANI, Luisa. **II sistema GRADE.** [S. l.: s. n.]. v. 33

CAROLINE, A. N. A. *et al.* Fisioterapia Motora Em Pacientes Críticos No Brasil : Revisão Integrativa De Literatura Level of Scientific Evidence of Publications on Motor Physiotherapy in Critical Patients in Brazil : Integrational Review of Literature. [S. l.], v. 26, 2019.

CHEN, Q. *et al.* SU- FF- J- 85: Automatic Seed Detection in MVCT Images for Prostate Radiotherapy. **Medical Physics**, [S. l.], v. 32, n. 6, p. 1939, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1118/1.1997631>

CHILDS *et al.* Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. **BMC Health Serv Res.**, v. 15, p. 150, 2015

CORRÊA, Ricardo de Amorim. Diretrizes: necessárias, mas aplicáveis? **J Bras Pneumol**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 139–141, 2011.

COSTA, Pamela Dutra Collato; DE SOUSA, Tatiane Regina; CLAUDINO, Renato. Prática baseada em evidência: um levantamento em profissionais atuantes na área de fisioterapia hospitalar: um estudo transversal. **ConScientiae Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 414–428, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v18n4.14364>

DAVID, Débora Rodrigues; OLIVEIRA, Deise A. A. Pires; OLIVEIRA, Rodrigo Franco de. Atuação da fisioterapia na Síndrome do Túnel do Carpo: estudo de caso. **ConScientiae Saúde**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 295–300, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v8i2.1657>

DE OLIVEIRA FILHO, João Rodrigues; DE OLIVEIRA, Aline Cristina Rodrigues. Síndrome do túnel do carpo na esfera trabalhista. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 182–192, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520173162>

ELUI et al. Síndromes compressivas no membro superior. In: FREITAS, P. P. (Org.). Reabilitação da mão: edição revisada e atualizada. São Paulo: **Atheneu**, p.275-299, 2006.

ERICKSON, Mia *et al.* Hand pain and sensory deficits: Carpal tunnel syndrome. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, [S. l.], v. 49, n. 5, p. CPG1–CPG85, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0301>

EYSENBACH, Gunther. Improving the quality of web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 1–6, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>

FILIPPIN, L. I.; WAGNER, M. B. Evidence based Physical Therapy: A new perspective. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 432–433, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-35552008000500014>

GAVIM, A. E. O. *et al.* A influência da avaliação fisioterapêutica na reabilitação neurológica. **Saúde em Foco**, p. 71–77, 2013.

GUYATT G. **Evidence-based medicine - a new approach to teaching the practice of medicine**. *Jama-J Am Med Assoc.* 1992;268(17):2420-5.

JATENE, Fabio B.; BERNARDO, Wanderley Marques; MONTEIRO-BONFÁ, Rosângela. O processo de implantação de diretrizes na prática médica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 89–93, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-76382001000200001>

JONES, Neil; AHN, Hee; EO, SuRak. **Plast. Reconstr. Surg.** 129: 683, 2012.

KAROLCZAK et al. Síndrome do Túnel do Carpo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v. 9, p. 117-122, 2005.

KIRCHHOFF, D. C. et al. Causuística e follow up de 1639 casos de síndrome do túnel do carpo operados por técnica aberta protocolada no serviço: comparação dos nossos resultados com os obtidos por outras técnicas segundo a literatura. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, v.23, n.1, 2012.

MARCOS, João; DIAS, Domingues. Prática Baseada Em Evidências : Uma Metodologia Para A Boa Prática Fisioterapêutica Evidence-Based Practice : a

Methodology for a Best Physical Therapy Practice. **Fisioterapia em Movimento**, [S. l.], v. 19, n. C, p. 11–16, 2006.

MARTÍNEZ DÍAZ, Juan Daniel; ORTEGA CHACÓN, Verónica; MUÑOZ RONDA, Francisco José. Design of clinical questions in evidence-based practice. Formulation models. **Enfermería Global**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 431–438, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.239221>

MONDELLI, Mauro; GIANNINI, Fabio; GIACCHI, Mariano. Carpal tunnel syndrome incidence in a general population. **NEUROLOGY**, v.58, p.289–294, 2002.

MOORE, K. L. O membro superior. In: _____. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan SA**, p.454-577, 1994.

NORA, D. B. et al. What symptoms are truly caused by median nerve compression in carpal tunnel syndrome? **Clinical Neurophysiology**, v.116, p. 275-283, 2005.

PATTISON-GORDON, Edward *et al.* Requirements of a sharable guideline representation for computer applications (SMI-96-0628). [S. l.], p. 5, 1996.

PEDROLO, Edivane *et al.* a Prática Baseada Em Evidências Como Ferramenta Para Prática Profissional Do Enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 14, n. 4, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>

PRITSCH, Tamir; ROSENBLATT, Yishai; CARMEL, Avshalom. Carpal tunnel syndrome. **Harefuah**, [S. l.], v. 143, n. 10, p. 743–748, 2004.

QUEIROZ, P. S. **Facilidades e habilidades do fisioterapeuta na procura, interpretação e aplicação do conhecimento científico na prática clínica: um estudo piloto**. [S. l.], v. 26, n. 1, p. 13–23, 2013.

SACKETT *et al.* **Evidence based medicine**: what it is and what it isn't. **BJM**, v. 312, 1996.

SANTOS NCF, CANDIDO LFO, KUPPENS CL. Produtividade em pesquisa do CNPq: análise do perfil dos pesquisadores da Química. **Quím Nova**. 2010;33(2):489-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40422010000200044>

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; FERRAZ, Lucimare. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 1–18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300232>

SERRA, J. M.; BENITO, J. R.; MONNER, J. Carpal tunnel release with short incision. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v.99, p.129-135, 1997.

SIMONI, Daniela Espíndola *et al.* A formação educacional em fisioterapia no Brasil: fragmentos históricos e perspectivas atuais. **HERE - História da enfermagem: revista eletrônica**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 10–20, 2015.

SOUSA, Luís *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Revista Investigação em Enfermagem**, [S. l.], n. September 2019, p. 31–39, 2018. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>

SOUZA, Fabrício S.; LADEIRA, Carlos E.; COSTA, Leonardo O. P. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists. **Spine**, [S. l.], v. 42, n. 21, p. E1251–E1258, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002190>

THABANE, Lehana *et al.* Posing the research question: Not so simple. **Canadian Journal of Anesthesia**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 71–79, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-008-9007-4>

THURSTON, A. Carpal tunnel syndrome. **Orthopaedics and trauma**, v.27, n.5, p.332-341, 2013.

TURRINI, Elizabete *et al.* Diagnóstico por imagem do punho na síndrome do túnel do carpo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [S. l.], v. 45, n. 2, p. 81–83, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0482-50042005000200006>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**; 2001.

APÊNDICE A

Caso Clínico 01

História: Uma mulher com 47 anos, professora, apresenta sobrepeso, caucasiana, relata que há mais ou menos 12 meses vem sentindo dor leve intermitente nos punhos e mãos, porém há 6 meses passou a acordar a noite com as mãos “formigando” e “dormentes”, principalmente na face palmar do I, II e III dedos. A “sensação de formigamento” diminui ao “sacudir as mãos” ou ao “apertar o punho”. Nega trauma, quedas ou cirurgia nos membros superiores nos últimos anos. Diabetes e hipotireoidismo controlados. Sedentária. Ao exame físico foi descartada radiculopatia cervical, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo e síndromes compressivas dos nervos ulnar e radial. Não apresenta atrofia na musculatura tenar. Não faz uso de medicamentos (corticoesteróides).

Devido a história e aos exames realizados a suspeita é de Síndrome do túnel do carpo suave. Para confirmar o diagnóstico escolha no mínimo 3 e no máximo 6 procedimentos que você usaria dentre os descritos abaixo:

Força manual da eminência tenar (principalmente do abductor curto do polegar)	Estesiômetro Monofilamento Semmes-Weinstein (SWMT)	Teste de Phalen	Força de pinça lateral com dinamômetro	Teste de senso de vibração com diapasão de 30hz
Discriminador de dois pontos estático	Sinal de Tinel	Diagrama da mão de Katz	Teste de senso de vibração com diapasão de 256Hz	Força de pinça polpa-polpa com dinamômetro
Quente/Frio Agulha Algodão	Força de preensão palmar com dinamômetro	<i>Boston Carpal Tunnel Questionnaire</i> (BCTQ)	Teste de compressão do carpo (Durkan)	Teste de Phalen invertido (prece)
<i>Disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire</i> (DASH)	Sinal de Froment	Sinal de Waternberg	Teste de Finkelstein	Teste de Allen
Testes neurodinâmicos	Teste de Colapso de Risco (<i>scratch collapse test</i>)	Teste de Adson	Força manual da eminência tenar (principalmente do abductor longo do polegar)	Teste de pick-up de Dellon (modificado de Moberg).

Caso Clínico 02

História: Mulher, 52 anos, cabelereira, obesa, refere dor no punho e na mão direita há mais de 2 anos. Queixa-se de dificuldade em manipular objetos, perdendo a força durante a preensão e derrubando constantemente os objetos. Relata dificuldade para abotoar uma camisa. Na data da avaliação queixa-se de dor 6 na escala EVA.

Ao exame físico foi observada atrofia da eminência tenar, diminuição de sensibilidade (sensibilidade percebida no monofilamento vermelho fino 4,0g na região volar do primeiro, segundo e terceiro dedos). Testes especiais positivos em dois testes provocativos. Não há histórico de trauma. A radiografia não demonstrou lesões no punho ou mão. Em relação às medidas auto-reportadas (questionários) relatou dificuldade moderada a intensa em relação a habilidade para fazer as atividades com as mãos (como por exemplo: escrever, tomar banho, vestir-se, segurar uma sacola, abrir a tampa do vidro) e score de 3,2 para a severidade dos sintomas. Foi descartada radiculopatia cervical, dupla compressão e outras síndromes compressivas. Na eletroneuromiografia a classificação para a STC é moderada (aumento da latência distal motora). Escolha dentre as opções abaixo um mínimo de 01 e máximo de 3 opções de intervenção fisioterapêutica que você usaria para a primeira semana de tratamento para o caso em questão.

Educação sobre a doença, riscos, autogestão dos sintomas e posturas e atividades que agravam.	Prescrição para o uso de órtese noturna em posição neutra para alívio dos sintomas e melhora funcional.	Prescrição para o uso de órtese diurna associada se o uso noturno for ineficaz.	Calor superficial	Diatermia por ondas curtas ou microondas
Ultra som térmico	Laserterapia de baixa intensidade	Iontoforese	Kinesio Tapping	Acupuntura ou agulhamento seco (Dryneedling)
Crioterapia	Exercícios de fortalecimento dos flexores extrínsecos com uso de exercitadores.	Mobilização neural/ neurodinâmica	Alongamentos dos flexores e extensores do punho	Mobilização da coluna cervical.
Uso de magnetos/imãs	Correntes interferenciais ou TENS	Terapia manual: Mobilização articular no punho	Fonoforese	Encaminhar para o médico para infiltração com corticóide
Reeducação de sensibilidade	Fortalecimento da musculatura intrínseca	Uso de FES para os músculos com atrofia	Encaminhar para outros profissionais como psicólogo ou terapeuta ocupacional.	Terapia manual: Mobilização articular na coluna cervical