

Tabela I - Programas de exercícios terapêuticos para adultos com lesão na mão. Resumo de evidências.

Autor/ano	Amostra/idade	Zona acometida	Intervenção cinesioterapêutica	Efeito terapêutico	Nota do estudo
Farzad <i>et al.</i> , 2014.	28 anos Com cirurgia na mão.	Zona 2.	<p>1) Mobilização: Um elástico foi anexado a um gancho colocado na unha e passado sob um palmar polia para causar flexão passiva das articulações interfalângicas.</p> <p>Exercício ativo: Solicitava-se a extensão ativamente dos dedos à tala de bloqueio dorsal, pelo menos dez repetições a cada hora de vigília por 21 dias. Recomendava-se flexionar passivamente os dedos usando a outra mão com o pulso em 30 graus de extensão e manter a posição do dedo ativamente, segurando por três a cinco segundos. Esses exercícios foram realizados por dez repetições, quatro vezes ao dia por 21 dias. Outros exercícios como o de planagem (extensão e flexão das articulações Metacarpofalangianas (MP) foram associados às quatro semanas. Em seis semanas, exercícios de bloqueio (flexão da articulação PIP enquanto a articulação MP é mantida em extensão; flexão da articulação DIP quando as articulações MP e PIP são mantidas extensão) e exercícios resistidos (por exemplo, espremer massa).</p> <p>2) Solicitava-se flexionar ativamente os dedos começando a partir das três primeiras semanas após a cirurgia, em que o edema diminuiu. Os reparos foram protegidos com uma tala estática dorsal que posicionava o pulso entre 0 e 30 graus de flexão e as articulações MP entre 70 a 90 graus de flexão. Exercícios proposto exigiam flexionar passivamente os dedos com o punho em 30° de extensão e manter a posição do dedo ativamente.</p>	<p>Os pacientes tratados com exercício de retenção ativa e local tiveram melhora significativa do movimento ativo total em oito semanas.</p> <p>A retenção ativa leva a mais movimentos consistentes na reabilitação do que o outro método. E não houve ruptura de tendão em nenhum dos grupos.</p>	(5/10)

Spark <i>et al.</i> , 2018.	15-62 anos.	Em qualquer zona e dedo (qualquer lesão neurovascular/ósea, porém, a zona V foi a que se apresentou mais predominante neste estudo (40%).	1) Terapia ocupacional durante 4 semanas com movimentos passivos ou movimento ativo controlado ou protocolos de movimentos ativos precoces. 2) O tratamento iniciou após 4 semanas de cirurgia, a intervenção teve duração de 3 a 6 meses.	Houve melhoria na TAM, na ROM e na força de aderência e de pressão.	(4/10)
Rigó <i>et al.</i> , 2017.	18-75 anos.	Reparos nas zonas 1 a 3.	Regime Kleinert modificado (isto é, extensão ativa e flexão passiva, com contração elástica através de uma polia anterior a palma da mão ou do grupo adição de flexão ao regime de Kleinert modificado descrito em o grupo anterior. 1) Exercícios de flexão passiva, flexibilidade passiva total e extensões ativas, com 10 extensões ativas e flexões passivas, seguido de 10 a 20 dedos ativos sem resistência. 2) No grupo regime de Kleinert realizou de 20 a 30 repetições a cada hora de vigília. 3) com duração de 4 a 12 semanas . Após 6 semanas foi permitida usar carga até a força total de preensão, permitido após 12 semanas.	Nos dois grupos, a ROM ativa aumentou gradualmente à medida que o tempo de acompanhamento aumentou. A força de preensão não diferiu entre os grupos, mas aumentou significativamente em ambos os grupos aos 6 e 12 meses em comparação com os registros anteriores Após 6 meses, a força de pinça foi significativamente maior com adição de flexão ativa. Não foi possível concluir a adição de flexão ativa dos dedos ao regime de Kleinert, modificando melhora nos resultados gerais de longo prazo dos reparos das zonas 1 a 3, embora a recuperação pareça mais rápida e as boas e excelentes recuperações dos reparos da zona 2 foi 17 % maior com o protocolo de flexão ativa.	(3/10)

ROM*= Amplitude de movimento ativa combinada.