



UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

Recredenciada pela Portaria Ministerial nº 906 de 17/08/2016 - D.O.U. de 18/08/2016
ALBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

CURSO: FISIOTERAPIA

ANO / SEMESTRE: 2026/1

DISCIPLINA: SEMIOLOGIA FISIOTERAPÊUTICA I e II

PROFESSOR: Vítor Scotta Hentschke

ATIVIDADE PRÁTICA: Anamnese

ROTEIRO DE ATIVIDADE PRÁTICA

1. ATIVIDADE PRÁTICA (cada atividade tem duração prevista de um turno)

(x) 01 – de 02/03/2025 a 27/03/2026

() 02 – de 30/04/2025 a 24/04/2026

() 03 – de 27/04/2025 a 15/05/2026

() 04 – de 18/05/2025 a 03/06/2026

() 05 – de 08/06/2025 a 26/07/2026

2. EMENTA

Estudo sobre a anamnese.

3. COMPETÊNCIAS

- estabelecer diagnóstico fisioterapêutico em âmbito individual e coletivo
- aprender continuamente, com autonomia, a partir do próprio fazer como fonte de conhecimento, assim como proporcionar a aprendizagem de outrem, desenvolvendo a curiosidade, a criticidade, através da escuta, da observação e da comunicação efetiva;
- compartilhar seus conhecimentos, saberes e fazeres, estabelecendo ambiência acolhedora, com relações interpessoais respeitadas para a aprendizagem colaborativa e cooperativa;
- Avaliar, de forma integral, o ser humano, no âmbito individual ou coletivo, estabelecendo o diagnóstico fisioterapêutico em todas as fases dos ciclos da vida;
- Estabelecer objetivos, a partir da avaliação e reavaliação, elaborando o plano de intervenção fisioterapêutica.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS NO LOCAL DE PRÁTICA

- Cadeiras
- Mesas/classes
- Álcool 70%

5. MATERIAIS DE USO PESSOAL QUE SÃO RESPONSABILIDADE DISCENTE

- Jaleco de manga longa;
- Máscara facial.
- Papel e caneta ou computador

4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

Atividade prática: Anamnese

Objetivo: praticar a anamnese

OPÇÃO 1

Orientações para a atividade:

A partir dos casos clínicos abaixo, organize as informações dentro dos tópicos que compõem a anamnese:

Caso clínico 1

Pai faleceu aos 96 anos de "velhice". Mãe faleceu aos 70 anos de TB (sic). Nega qualquer doença crônico-degenerativa na família. Há 3 anos paciente iniciou quadro de fraqueza e dor em MMII, caracterizando-se como dor em peso, que piorava com a deambulação e melhorava com paracetamol, de leve a moderada intensidade e contínua. Os membros ficavam levemente quentes. Nega rubor e edema. Procurou AM, sem esclarecimento diagnóstico, controlando sintomas com paracetamol. Passava de 3 a 6 meses sem sintomas. Refere caxumba, catapora e sarampo na infância. Nega HAS, TB, CA, tireoidopatia, IAM e AVE. Refere hipercolesterolemia e DM. Nega cirurgias, outros internamentos, hemotransfusão e alergia. Menarca aos 12 anos, parou de menstruar há 30 anos, após um parto. G8P7A1. Nega DST. Casa com boas condições hidrossanitárias. Não cria animais. J.M, 66 anos, feminino, casada (união estável), aposentada, natural e procedente de Cidade X – Estado Y. Fuma desde os 26 anos, 4 cigarros/dia (fumo "pé duro"), parou há 3 semanas. Nega etilismo e drogas. Relata que há 2 semanas passou a apresentar piora da intensidade da dor, deixando de melhorar com paracetamol, mantendo as demais características. Associado a essa piora, relata tonturas ocasionais, que não sabe caracterizar, palidez e dificuldade de deambular. Procurou AM em Estado x e foi encaminhada para o HU com anemia a/e. Teve um episódio de hipoglicemia com rebaixamento do sensório neste hospital. Nega febre, calafrios, sangramentos, alteração de hábito intestinal e queixas urinárias. Relata hiporexia e perda de peso (não mensurada). Buscou atendimento por "Fraqueza e dor nas pernas"

Caso clínico 2

Etilista há 11 anos, parou há 3 meses, períodos de 3-4 dias com etilismo pesado (1-1,5L de cachaça + cerveja). Nega tabagismo ou uso de outras drogas. Relata prática de atividade física. Nega HAS, DM, TB, hipercolesterolemia ou outras comorbidades. Foi internado há 10 dias por dispnéia e disfagia. Nega cirurgias. Fratura em punho direito há 5 anos. Refere hérnia abdominal desde a infância. Refere luxações episódicas de ombro E. Paciente relata que há 3 meses, quando residia no RJ, iniciou quadro de artralgia e calor em joelho esquerdo, sem rigidez ou crepitação associadas. A dor era de fraca a moderada intensidade, diária, constante durante todo o dia. Refere que não tinha dificuldade de movimentação no início do quadro, mas que após 1 mês a dor piorou muito e passou a impedir a deambulação por dor. À mesma época, apresentou dor e calor em região lombossacra, sem relação de melhora ou piora com atividade física, sem rigidez pós-reposo, além de febre diária vespertina de 38 a 38,5°C, aferida em termômetro, associada a sudorese. Nega calafrios. Procurou assistência médica e fez uso de medicação para dor, evoluindo com melhora da dor em região lombossacra, porém sem melhora da dor em joelho esquerdo e da febre. Após 1 mês, apresentou melhora dos sintomas em joelho esquerdo, mas iniciou quadro semelhante de dor e calor em joelho direito, além de dor e tremores de repouso na coxa direita e dor no quadril direito. Procurou assistência médica após 1 semana e fez uso de dexametasona, dipirona e voltarem. Evoluiu com piora das dores e início de dor em região pélvica e parestesia e fraqueza progressivas em MMII, que passaram a impedir totalmente a deambulação. Refere que a febre manteve-se durante todo o período descrito. Foi internado em Icó, no dia 13 de julho, onde permaneceu por 14 dias, evoluindo com melhora do quadro. Atualmente não apresenta dores articulares, apresentando ainda fraqueza e parestesia em MMII. Associado ao quadro descrito apresentou disfagia baixa para sólidos, alimentando-se com alimentos pastosos e líquidos, e com perda de aproximadamente 15kg nos últimos 3 meses ($\approx 21\%$ peso corporal / $\approx 42\%$ corrigindo para 6 meses). Nega anorexia. Motivo da consulta: "Dor em joelho esquerdo". F.F. 30 anos, solteiro, natural e procedente de Icó, trabalhador da construção civil (servente), católico. Pai falecido aos 55 anos por AVC. Mãe hipertensa. Prima paraplégica por problemas de saúde que não soube relatar. Mora com a mãe e 3 sobrinhas. Adequadas condições hidrossanitárias. Bebe água de torneira. Possui animal doméstico (3 pássaros). Já trabalhou como agricultor.

Caso clínico 3

Mãe viva com HAS, pai falecido de IAM, uma tia com Ca de mama, irmão falecido com tumor cerebral. J.M, 61a, natural e procedente de Cidade X, católico, agricultor, casado. : Motivo da consulta: "dor na perna esquerda"

Paciente era previamente hígido até que há cerca de 2 meses começou a sentir uma dor no joelho esquerdo de moderada intensidade que irradiava para a raiz da coxa com características de queimação e aperto que melhorava com analgésico e piorava quando andava, nega rigidez de joelho ou coxofemural esq. Nega HAS, DM, TB, pneumo, cardio, hepato ou nefropatias prévias. Refere cirurgia na coluna por hérnia de disco há 16 anos, nega transfusões, TCE, internações prévias com exceção da cirurgia e alergias. A dor foi progredindo de intensidade até lhe impedir de caminhar. Aproximadamente 5 dias após a dor no joelho, sentiu uma dor torácica retroesternal de moderada intensidade que irradiava para as costas, não relacionada a esforços, com características de queimação e aperto, negou dispnéia, náusea, tosse e hemoptise sem fatores de melhora ou piora, fazendo-o procurar AM em sua cidade sendo encaminhado para Fortaleza para realização de exames. Alguns dias depois, associou-se ao quadro uma cefaléia de moderada intensidade, predominante em região occipital e temporal esquerda, com características de aperto que piorava com a movimentação do pescoço que ficou um pouco rígido. Fumante desde os 15 anos 1 maço/dia, etilista social. Vem em uso de analgésicos com controle da cefaléia e da dor torácica e com pouco controle da dor na coxa. Nega febre.

Caso clínico 4

Paciente, previamente hígido, relata dispneia aos grandes esforços, que não atrapalhava AVDs, há cerca de 8 meses, sem ortopnéia, DPN e edema em MMII. Relata aparecimento concomitante de astenia leve e queixas de palpitação. O quadro apresentado foi evoluindo e, há dois meses, o paciente refere parestesias nas mãos e nos pés, que não afetam AVDs e aparecem esporadicamente (4x na semana, aproximadamente), principalmente pela manhã e que melhoram espontaneamente, associadas ao aparecimento do empachamento pós-prandial. O quadro evoluiu para dispneia aos pequenos esforços e astenia importante, fazendo com que o paciente procurasse AM, sendo então encaminhado para o HUWC. É tabagista 3-4 cigarros/dia. Já fumou 40 maços/ano. Ex-etilista moderado (na adolescência), e agora só faz uso social. mora em casa com água encanada, lixo coletado e fossa sanitária. Dieta balanceada. Nega casos semelhantes aos seus nos vizinhos e nega viagens recentes. Nega febre, dor torácica, pirose, alterações do hábito intestinal. Paciente refere melena cerca de 2 a 3 vezes por semana desde o início do ano. Nega HAS, DM, ICC, AVC, TB, cancer, hepatite, DST. Nega internamentos, cirurgias ou transfusões prévias. Medicamentos em uso: AAS, captopril e digoxina por 4 dias. Nega quadro prévio semelhante. Nega alergias medicamentosas ou alimentares. Refere vacinação recente para gripe e VPIs. L.I, masculino, 66 anos, analfabeto, natural e procedente de Cidade X. agricultor, viúvo, pardo, católico. Motivo da consulta: "falta de ar" há 8 meses". Pai faleceu aos 60 anos de TB. Mãe viva aos 93 anos, com história de CA de boca tratado há 20 anos. Tinha 10 irmãos, sendo que 3 faleceram de acidentes e os demais irmãos são saudáveis. Tem 7 filhos e um teve TB há cerca de 1 ano.

Caso clínico 5

Dia da avaliação: 29/04/2016. Motivo da consulta: "Dormência nas pernas". Paciente MV , sexo feminino, parda , 42 aa, natural e procedente de Cidade Y, não trabalha há 6 meses (anteriormente trabalhava em serviços gerais), separada há 6 anos, católica . Refere sarampo, catapora, VPIs, nega caxumba, rubéola, asma, nega vacinas, alergias. Paciente refere em 25/09/2006 quadro súbito, inédito de dor retroorbitária em olho D e parestesia perioral, prescrito colírio ocular, perde a visão progressivamente em poucas semanas. Paciente relata que aproximadamente no dia 19/04/2016 inicia quadro de paresia e parestesia em MIE , constante, que evolui progressivamente em 3 dias para perda do controle esfinteriano e ao fim de 6 dias para plegia do membro inferior E e D (dia 25/04/2016) e parestesia até o 5 espaço intercostal . Durante este período fez uso de novarrutina , porem sem quaisquer fatores de melhora. Nega febre, cefaléia, tonturas, trauma, perda ponderal , náuseas, vômitos . Esta internada no HGF desde dia 28/04/2016. Paciente refere em 18/11/2008 quadro súbito de diminuição da acuidade

visual em olho E ,fez tratamento com prednisona e evoluiu com recuperação parcial da visão . Paciente relata que em 2008 teve quadro progressivo de paresia nos MMII, melhorando após uso por 40 dias de novarrutina. DM descoberto em 2009, nega PNM, TB, HAS, CA, DSTs, hepatites, transfusões sanguíneas. Cirurgias: 2 cesáreas e laqueadura tubária. Medicamentos: faz uso de metformina, glibenclamida regular.

GABARITO

Caso clínico 1

Identificação: R.M.L, 66 anos, feminino, casada (união estável), aposentada, natural e procedente de Itapipoca – CE.

#QP: “Fraqueza e dor nas pernas”

HDA: Há 3 anos paciente iniciou quadro de fraqueza e dor em MMII, caracterizando-se como dor em peso, que piorava com a deambulação e melhorava com paracetamol, de leve a moderada intensidade e contínua. Os membros ficavam levemente quentes. Nega rubor e edema. Procurou AM, sem esclarecimento diagnóstico, controlando sintomas com paracetamol. Passava de 3 a 6 meses sem sintomas. Relata que há 2 semanas passou a apresentar piora da intensidade da dor, deixando de melhorar com paracetamol, mantendo as demais características. Associado a essa piora, relata tonturas ocasionais, que não sabe caracterizar, palidez e dificuldade de deambular. Procurou AM em Fortaleza e foi encaminhada para o HU com anemia a/e. Teve um episódio de hipoglicemia com rebaixamento do sensório neste hospital. Nega febre, calafrios, sangramentos, alteração de hábito intestinal e queixas urinárias. Relata hiporexia e perda de peso (não mensurada).

HPP: Refere caxumba, catapora e sarampo na infância. Nega HAS, TB, CA, tireoidopatia, IAM e AVE. Refere hipercolesterolemia e DM. Nega cirurgias, outros internamentos, hemotransfusão e alergia. Menarca aos 12 anos, parou de menstruar há 30 anos, após um parto. G8P7A1. Nega DST.

Hábitos: Fuma desde os 26 anos, 4 cigarros/dia (fumo “pé duro”), parou há 3 semanas. Nega etilismo e drogas. Casa com boas condições hidrossanitárias. Não cria animais.

HF: Pai faleceu aos 96 anos de “velhice”. Mãe faleceu aos 70 anos de TB (sic). Nega qualquer doença crônico-degenerativa na família.

Caso clínico 2

Id. FFSM, 30 anos, solteiro, natural e procedente de Icó, trabalhador da construção civil (servente), católico.

QP. “Dor em joelho esquerdo”

HDA. Paciente relata que há 3 meses, quando residia no RJ, iniciou quadro de artralgia e calor em joelho esquerdo, sem rigidez ou crepitação associadas. A dor era de fraca a moderada intensidade, diária, constante durante todo o dia. Refere que não tinha dificuldade de movimentação no início do quadro, mas que após 1 mês a dor piorou muito e passou a impedir a deambulação por dor. À mesma época, apresentou dor e calor em região lombossacra, sem relação de melhora ou piora com atividade física, sem rigidez pós-reposo, além de febre diária vespertina de 38 a 38,5°C, aferida em termômetro, associada a sudorese. Nega calafrios. Procurou assistência médica e fez uso de medicação para dor, evoluindo com melhora da dor em região lombossacra, porém sem melhora da dor em joelho esquerdo e da febre. Após 1 mês, apresentou melhora dos sintomas em joelho esquerdo, mas iniciou quadro semelhante de dor e calor em joelho direito, além de dor e tremores de repouso na coxa direita e dor no quadril direito. Procurou assistência médica após 1 semana e fez uso de dexametasona, dipirona e voltarem. Evoluiu com piora das dores e início de dor em região pélvica e parestesia e fraqueza progressivas em MMII, que passaram a impedir totalmente a deambulação. Refere que a febre manteve-se durante todo o período descrito. Foi internado em Icó, no dia 13 de julho, onde permaneceu por 14 dias, evoluindo com melhora do quadro. Atualmente não apresenta dores articulares, apresentando ainda fraqueza e parestesia em MMII. Associado ao quadro descrito apresentou disfagia baixa para sólidos, alimentando-se com alimentos pastosos e líquidos, e com perda de aproximadamente 15kg nos últimos 3 meses ($\approx 21\%$ peso corporal / $\approx 42\%$ corrigindo para 6 meses). Nega anorexia.

HPP: Nega HAS, DM, TB, hipercolesterolemia ou outras comorbidades. Foi internado há 10 dias por dispnéia e disfagia. Nega cirurgias. Fratura em punho direito há 5 anos. Refere hérnia abdominal desde a infância. Refere luxações episódicas de ombro E.
Hábitos: Etilista há 11 anos, parou há 3 meses, períodos de 3-4 dias com etilismo pesado (1-1,5L de cachaça + cerveja). Nega tabagismo ou uso de outras drogas. Relata prática de atividade física. Mora com a mãe e 3 sobrinhas. Adequadas condições hidrossanitárias. Bebe água de torneira. Possui animal doméstico (3 pássaros). Já trabalhou como agricultor.
HF: Pai falecido aos 55 anos por AVC. Mãe hipertensa. Prima paraplégica por problemas de saúde que não soube relatar.

Caso clínico 3

ID: AFJ, 59a, natural e procedente de Itapajé, católico, agricultor, casado.

QP: "dor na perna esquerda"

HDA: Paciente era previamente hígido até que há cerca de 2 meses começou a sentir uma dor no joelho esquerdo de moderada intensidade que irradiava para a raiz da coxa com características de queimação e aperto que melhorava com analgésico e piorava quando andava, nega rigidez de joelho ou coxofemural esq. A dor foi progredindo de intensidade até lhe impedir de caminhar. Aproximadamente 5 dias após a dor no joelho, sentiu uma dor torácica retroesternal de moderada intensidade que irradiava para as costas, não relacionada a esforços, com características de queimação e aperto, negou dispnéia, náusea, tosse e hemoptise sem fatores de melhora ou piora, fazendo-o procurar AM em sua cidade sendo encaminhado para Fortaleza para realização de exames. Alguns dias depois, associou-se ao quadro uma cefaléia de moderada intensidade, predominante em região occipital e temporal esquerda, com características de aperto que piorava com a movimentação do pescoço que ficou um pouco rígido. Vem em uso de analgésicos com controle da cefaléia e da dor torácica e com pouco controle da dor na coxa. Nega febre.

Hábitos: fumante desde os 15 anos 1 maço/dia, etilista social.

HPP: Refere VPI's, nega HAS, DM, TB, pneumo, cardio, hepato ou nefropatias prévias. Refere cirurgia na coluna por hérnia de disco há 16 anos, nega transfusões, TCE, internações prévias com exceção da cirurgia e alergias.

HF: Mãe viva com HAS, pai falecido de IAM, uma tia com Ca de mama, irmão falecido com tumor cerebral.

Caso clínico 4

ID: L.I, masculino, 66 anos, analfabeto, natural e procedente de Cidade X. agricultor, viúvo, pardo, católico

Admissão: 08/09/11

QP: "falta de ar" há 8 meses

HDA: Paciente, previamente hígido, relata dispneia aos grandes esforços, que não atrapalhava AVDs, há cerca de 8 meses, sem ortopnéia, DPN e edema em MMII. Relata aparecimento concomitante de astenia leve e queixas de palpitação. O quadro apresentado foi evoluindo e, há dois meses, o paciente refere parestesias nas mãos e nos pés, que não afetam AVDs e aparecem esporadicamente (4x na semana, aproximadamente), principalmente pela manhã e que melhoram espontaneamente, associadas ao aparecimento do empachamento pós-prandial. O quadro evoluiu para dispneia aos pequenos esforços e astenia importante, fazendo com que o paciente procurasse AM, sendo então encaminhado para o HUWC. Nega febre, dor torácica, pirose, alterações do hábito intestinal. Paciente refere melena cerca de 2 a 3 vezes por semana desde o início do ano.

HPP: Nega HAS, DM, ICC, AVC, TB, cancer, hepatite, DST. Nega internamentos, cirurgias ou transfusões prévias. Nega quadro prévio semelhante. Nega alergias medicamentosas ou alimentares. Refere vacinação recente para gripe e VPIs.

Hábitos: é tabagista 3-4 cigarros/dia. Já fumou 40 maços/ano. Ex-etilista moderado (na adolescência), e agora só faz uso social. mora em casa com água encanada, lixo coletado e fossa sanitária. Dieta balanceada. Nega casos semelhantes aos seus nos vizinhos e nega viagens recentes.

HF: pai faleceu aos 60 anos de TB. Mãe viva aos 93 anos, com história de CA de boca tratado há 20 anos. Tinha 10 irmãos, sendo que 3 faleceram de acidentes e os demais irmãos são saudáveis. Tem 7 filhos e um teve TB há cerca de 1 ano.

Medicamentos em uso: AAS, captopril e digoxina por 4 dias

Caso clínico 5

*ID: Paciente MV, sexo feminino, parda, 42 aa, natural e procedente de Cidade Y, não trabalha há 6 meses (anteriormente trabalhava em serviços gerais), separada há 6 anos, católica.

*QP: "Dormência nas pernas"

*HDA: Paciente relata que aproximadamente no dia 19/04 inicia quadro de parestesia e parestesia em MIE, constante, que evolui progressivamente em 3 dias para perda do controle esfinteriano e ao fim de 6 dias para plegia do membro inferior E e D (dia 25/04) e parestesia até o 5 espaço intercostal. Durante este período fez uso de novarrutina, porém sem quaisquer fatores de melhora. Nega febre, cefaléia, tonturas, trauma, perda ponderal, náuseas, vômitos. Esta internada no HGF desde dia 28/04.

*HPP: Refere sarampo, catapora, VPIs, nega caxumba, rubéola, asma, nega vacinas, alergias.

Paciente refere em 25/09/2006 quadro súbito, inédito de dor retroorbitária em olho D e parestesia perioral, prescrito colírio ocular, perde a visão progressivamente em poucas semanas. Paciente refere em 18/11/2008 quadro súbito de diminuição da acuidade visual em olho E, fez tratamento com prednisona e evoluiu com recuperação parcial da visão. Paciente relata que em 2008 teve quadro progressivo de parestesia nos MMII, melhorando após uso por 40 dias de novarrutina. DM descoberto em 2009, nega PNM, TB, HAS, CA, DSTs, hepatites, transfusões sanguíneas. Cirurgias: 2 cesáreas e laqueadura tubária. Medicamentos: faz uso de metformina, glibenclamida regular.

OPÇÃO 2

Orientações para a atividade:

1º. Revise os tópicos que compõem a anamnese;

2º. Leia atentamente todos os casos clínicos;

3º. Um integrante será o "fisioterapeuta/terapeuta";

4º. Um integrante será o "paciente";

5º. O "fisioterapeuta" deverá simular uma anamnese real ao seu "paciente". As perguntas devem seguir o roteiro da anamnese estudado em aula. O "terapeuta" deverá coletar o máximo de informações e transcrevê-las para uma ficha de avaliação (ver ANEXO);

6º. O "paciente" deverá simular os itens da anamnese descritos em cada caso clínico. Em caso de ausência de informação no caso clínico, o "paciente" diz "não lembro dessa informação";

7º. Todo restante do grupo deve acompanhar a anamnese.

8º. Prática de acessibilidade: ao final da atividade, selecione um caso clínico. O "paciente" deverá simular uma deficiência (auditiva, visual, fala...). Realize a anamnese e relate a experiência.

Caso clínico 1

M.P (27 anos) se apresentou a fisioterapia com um início insidioso de dor na face lateral do joelho direito. Ele identificou o cooper como uma atividade provocativa. O problema começou a 4 semanas atrás durante sua corrida usual de 30 minutos. No início a dor aparecia após 20 minutos de corrida, mas atualmente aparece após 5 minutos e o impede de correr mais do que 20 min. A dor também é notada subindo ou descendo escadas ou ao se levantar de uma cadeira. O paciente tem boa saúde e não tem história de trauma no membro inferior. Não há sintomas de formigamento, fraqueza ou crepitação. Dados do paciente: Natural de Cachoeira do Sul, pardo, solteiro, comerciante, diagnóstico clínico de dor no joelho, motivo da consulta "dor no joelho", católico. Relata cirurgia prévia em ombro direito e acidente automobilístico no TCE leve. Pai morreu de IAM. Fumante e etilista social. Praticante de corridas 6x/semana (30min). Nega HAS, DM e outras doenças. Dieta rica em lipídeos (lanches). Nega uso de

medicamentos contínuos. Trabalhos anteriores: entregador de pizza. Mora com os pais e com razoável condição socioeconômica.

Caso clínico 2

Uma mulher de 53 anos se apresenta com uma história de 10 anos de dor cervical a esquerda geralmente provocada por períodos prolongados de tricô, que pode se estender até o ombro. Não há formigamento ou dor no braço. A dor é iniciada depois de 20 minutos de tricô e pode permanecer por todo o dia. A dor também é provocada ao tentar olhar sobre seu ombro esquerdo. Tem dificuldades de dormir por causa da dor. Notou um aumento da mesma há cerca de dois meses após um movimento brusco cervical. Dados do paciente: relata dor no quadril há cerca de 2 anos. Raio-x mostra artrose severa de quadril E. Raio X de cervical mostra redução dos espaços intervertebrais. Natural de Cachoeira do Sul, branca, divorciada, dona de casa, diagnóstico clínico de cervicálgia, motivo da consulta "dor no pescoço", católica. Mãe hipertensa e diabética. Nega fumo ou alcoolismo, HAS e DM. História de caxumba na infância. Sedentária. Diagnóstico de depressão. Trabalhos anteriores: costureira. Mora sozinha e com boas condições socioeconômicas. Relata queda há 3 meses com lesão em joelho esquerdo.

Caso clínico 3

Um paciente apresentou-se com uma história de dores de cabeça que se iniciou insidiosamente a 6 anos atrás. O paciente não se recorda de nenhum evento traumático ou de mudanças em sua atividade na época do início da dor. A saúde geral é boa. O paciente se queixa de dor difusa suboccipital, temporal e retroorbital essencialmente no lado esquerdo, que é agravada por períodos sustentados de flexão cervical (como ler um livro) e outros fatores desconhecidos pelo paciente. A dor não é acompanhada por alterações visuais ou sonoras e náusea, mas pode ser acompanhada por vertigem. Dados do paciente: M.P, 30 anos, dentista. Nega HAS, DM. Obesa, sedentária. Dieta rica em lipídeos e carboidratos. Solteira. Tabagista e etilista social. Irmão com mesma sintomatologia de cefaléia. História de depressão e ansiedade. Diagnóstico médico de miopia. Fez cirurgia de correção para miopia. Motivo da consulta "dor de cabeça muito forte".

Caso clínico 4

Uma dona de casa, J.A. de 40 anos se apresentou com uma história de dores lombares recorrentes por 7 anos. Um ano atrás ela notou uma dor "cansada" em sua perna esquerda. Na época, dois ou três tratamentos de mobilização passiva resolveram seus sintomas. O episódio atual começou a 3 semanas atrás, após a atividade de esfregar o chão de sua casa. Enquanto abaixada ela tinha consciência da dor em suas nádegas e na região posterior de sua perna esquerda. Uma dor difusa constante ia da área sacroilíaca esquerda, pela sua nádega até a região posterior do tornozelo, junto com parestesia na face lateral do pé esquerdo. A dor em sua panturrilha e a parestesia de seu pé pioravam quando ela sustentava uma posição flexionada (ex. passando aspirador no chão) por mais de 30 minutos ou quando se sentava por mais de 1 hora. Dados do paciente: 3 gestações e 2 filhos vivos. Relata sarampo. Alérgica a camarão. Asmática. Nega tabagismo e etilismo. Sedentária. Ocupação anterior: jardineira. Motivo da consulta: "dor nas costas que desce para as pernas". Cirurgia de retirada de vesículo e apendicite.

Caso clínico 5

A paciente H.M.S., 27 anos, secretária, apresentou-se com queixa de dor em ombro e membro superior direito ("dor no ombro que desce para o braço direito"). A paciente queixa de aumento da dor no final de um dia de trabalho, tornando-se intensa a ponto de incapacitá-la, principalmente com excesso de atividades do membro superior direito. O início da condição foi insidioso, com progressão gradual dos sintomas nos últimos três meses. Há uma dor difusa, intermitente localizada sobre o ombro direito, face anterior e lateral do braço direito e punho direito. A dor que pode ser em queimação e também em "pontadas", é pior ao fim do dia e geralmente acorda a paciente durante a noite. Não há a presença de parestesias e anestésias ou sinais e sintomas que indiquem alteração do sistema nervoso simpático (cor da pele, temperatura e sudorese). A dor é agravada com posições sustentadas do membro superior, movimentos freqüentes do mesmo (ex: digitação, levantar objetos). Posições cervicais

sustentadas em flexão cervical (como ao ler um livro, por exemplo) também agrava os sintomas. A paciente obtém alívio da dor com o repouso do membro numa posição junto a seu corpo. A saúde geral da paciente é boa. Não toma nenhuma medicação. Raios X da coluna cervical e ombro não revelaram alterações significantes. Dados do paciente: cirurgia em joelho (menisco) há 3 anos. Solteira, 1 filho. Nega tabagismo e etilismo. Caxumba na infância. Ocupação anterior: estudante. Realizada academia 3x/semana; 1 hora por dia; desde os 20 anos. Sem filho possui diagnóstico de PC e necessidade de cuidados especiais. Lesão em cotovelo com diagnóstico de epicondilite lateral.

OPÇÃO 3

Orientações para a atividade:

- 1º. Revise os tópicos que compõe a anamnese;
- 2º. Um integrante será o "fisioterapeuta/terapeuta";
- 3º. Um integrante será o "paciente". Esse "paciente" deve obrigatoriamente apresentar uma queixa (ex: dor de cabeça, dor na costas, entorse...)
- 4º O "fisioterapeuta" deverá realizar uma anamnese real ao "paciente". As perguntas devem seguir o roteiro da anamnese estudado em aula. O "terapeuta" deverá coletar o máximo de informações e transcrevê-las para uma ficha de avaliação (ver ANEXO).

ANEXO – Modelo de ficha de avaliação fisioterapêutica

Lembre-se que este é apenas um modelo ficha de avaliação fisioterapêutica. Você pode construir o seu!

**ULBRA****UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL****FISIOTERAPIA****CURSO DE FISIOTERAPIA****AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

Nome do Paciente _____

Leito _____ Unidade _____

PSF: _____

Data ____/____/____ Hora _____

Sexo _____ Idade _____ Profissão _____

Telefones _____

Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____

Médico _____

Estagiário _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

Autorização para atendimento no curso de Fisioterapia

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento para fazer qualquer diagnóstico fisioterapêutico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo desta graduação.

Tenho pleno conhecimento do questionário referente ao exame cinesiológico-funcional, os quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento. Concorde pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnósticos e/ou tratamento fisioterapêutico.

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras.

Concordo plenamente que todas as radiografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concorrentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, sejam utilizados para fins de ensino, pesquisa e de divulgação em publicações científicas do país e do estrangeiro.

Cachoeira do Sul, _____ de _____ de _____

Frequência semanal recomendada: _____

Assinatura do paciente, pai, Tutor ou Responsável



ULBRA

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

FISIOTERAPIA

ANAMNESE / ANTECEDENTES PESSOAIS

Q.P.

H.D.A

H.D.P.

H.F.

H.S.

Atividade Física (n^ovezes/semana) _____

Medicamentos _____

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS



ULBRA

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL



INSPEÇÃO

FISIOTERAPIA

PALPAÇÃO

TESTES ESPECÍFICOS

LAUDO DA AVALIAÇÃO POSTURAL

EXAMES COMPLEMENTARES

**ULBRA****UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL****FISIOTERAPIA****DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO**

OBJETIVOS**Curto Prazo****Longo Prazo**

CONDUTAS:**Curto Prazo****Longo Prazo**

Acadêmico

Supervisor

6. REGISTRO DE PRÁTICA

Todos os resultados e respostas as perguntas aqui formuladas devem ser digitadas em formato e postadas em um documento no Aula. Tal atividade é considerada EXERCÍCIO e não se atribui nota a ela.

6. LEITURA COMPLEMENTAR

Porto & Porto, Exame clínico 7ª. Edição Guanabara Koogan Rio de Janeiro 2017.

