

EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA CONSERVADORA NO DEDO EM GATILHO

Júlia da Silva Pires Gonçalves¹

Roberta Cordeiro de Freitas²

Madson da Silva Matos³

RESUMO: O dedo em gatilho, ou tenossinovite estenosante, caracteriza-se pelo estreitamento do túnel fibroso por onde passam os tendões flexores, comprometendo o deslizamento tendíneo e gerando estalidos, dor e limitação funcional. O presente estudo teve como objetivo analisar a evolução fisioterapêutica de uma paciente do sexo feminino, 66 anos, com diagnóstico de dedo em gatilho no 2º quirodáctilo da mão direita, atendida na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia da Universidade Iguazu (UNIG). Trata-se de um estudo de caso, conduzido mediante avaliação detalhada incluindo anamnese, exames físicos específicos, testes articulares, força muscular, perimetria e sensibilidade. O plano terapêutico foi estruturado com aplicação de ultrassom terapêutico, laserterapia, mobilização articular, alongamentos, cinesioterapia e orientações ergonômicas. Durante as primeiras sessões, o ultrassom não promoveu melhora significativa da dor; entretanto, com a introdução da laserterapia contínua, observou-se resposta clínica imediata, com redução expressiva da dor e progressão funcional. Após onze sessões, foi constatada diminuição do edema, melhora da força muscular de grau 4 para grau 5, aumento das amplitudes de movimento do punho e dos dedos e normalização da sensibilidade, além de redução da EVA de 10 para 3. Os achados demonstram que a intervenção fisioterapêutica sistematizada, especialmente com o uso do laser terapêutico associado à cinesioterapia e mobilizações, contribuiu de forma significativa para o restabelecimento da função do dedo afetado. Conclui-se que a fisioterapia desempenha papel fundamental na reabilitação da tenossinovite estenosante, possibilitando recuperação funcional eficiente, redução das recidivas e retorno pleno às atividades de vida diária.

2329

Palavras-chave: Dedo em Gatilho. Fisioterapia Traumato-ortopédica. Tratamento conservador.

¹Acadêmica em Fisioterapia, Universidade Iguazu - Campus 1.

²Acadêmica em Fisioterapia, Universidade Iguazu - Campus 1.

³Mestre em Educação profissional em Saúde - FIOCRUZ - Rio de Janeiro. Fisioterapeuta, docente da graduação e pós-graduação da Universidade Iguazu, coordenador da Pós graduação em Fisioterapia Traumato ortopédica e Esportiva da UNIG, docente da Clínica Escola de Pesquisa e Ensino em Fisioterapia da UNIG.

ABSTRACT: Trigger finger, or stenosing tenosynovitis, is characterized by the narrowing of the fibrous tunnel through which the flexor tendons pass, compromising tendon gliding and generating clicking, pain, and functional limitation. This study aimed to analyze the physiotherapeutic evolution of a 66-year-old female patient diagnosed with trigger finger in the 2nd finger of the right hand, treated at the Teaching and Research Clinic in Physiotherapy at Iguazu University (UNIG). This is a case study, conducted through a detailed evaluation including anamnesis, specific physical examinations, joint tests, muscle strength, perimetry, and sensitivity. The therapeutic plan was structured with the application of therapeutic ultrasound, laser therapy, joint mobilization, stretching, kinesiotherapy, and ergonomic guidance. During the first sessions, ultrasound did not promote significant pain relief; however, with the introduction of continuous laser therapy, an immediate clinical response was observed, with a significant reduction in pain and functional progression. After eleven sessions, a decrease in edema, improvement in muscle strength from grade 4 to grade 5, increased range of motion of the wrist and fingers, and normalization of sensitivity were observed, in addition to a reduction in the VAS (Visual Analogue Scale) from 10 to 3. The findings demonstrate that the systematized physiotherapy intervention, especially with the use of therapeutic laser associated with kinesiotherapy and mobilizations, contributed significantly to the restoration of function of the affected finger. It is concluded that physiotherapy plays a fundamental role in the rehabilitation of stenosing tenosynovitis, enabling efficient functional recovery, reduction of relapses, and full return to activities of daily living.

Keywords: Trigger Finger. Traumatology and Orthopedic Physiotherapy. Conservative Treatment.

1. INTRODUÇÃO

O dedo em gatilho, também conhecido como tenossinovite estenosante, é descrito como uma condição onde ocorre o estreitamento do túnel fibroso que passa os tendões flexores dos dedos, no nível da polpa ou região da articulação metacarpofalângica. A presença do estreitamento ocasiona uma dificuldade no deslizamento normal do tendão, resultando na presença de travamento ou estalido do dedo durante o movimento, podendo gerar dor e limitação funcional.¹⁻²

A incidência dessa condição varia, sendo mais frequente em adultos entre 40 a 60 anos, principalmente aqueles que realizam atividades repetitivas das mãos como trabalhadores manuais, músicos e profissionais de informática, demonstrando uma relação significativa com sobrecarga funcional e microtraumas nos tendões flexores.³

A prevalência é estimada entre 2% e 3% da população geral, sendo mais comum no sexo feminino e no dedo polegar e no médio. Além disso, a condição apresenta maior ocorrência em pacientes com doenças sistêmicas, como diabetes mellitus e artrite reumatoide, evidenciando fatores predisponentes que aumentam a probabilidade de desenvolvimento da tenossinovite estenosante.³⁻⁴

Os principais sinais e sintomas do dedo em gatilho são: dor na região da base do dedo, presença de estalido ou travamento ao flexionar/estender o dedo, sensibilidade à palpação do nódulo e limitação funcional durante a execução de atividades diárias. Em casos mais graves, o dedo pode permanecer preso em flexão, exigindo manipulação manual para retornar à posição estendida.⁵⁻⁶

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na história do paciente e exame físico. Pode ser observado a presença de estalido característico durante a movimentação do dedo e palpação de nódulo doloroso na região da polpa ou da articulação metacarpofalângica. Pode ser utilizado também exames de imagem como ultrassonografia, para avaliar o espessamento do tendão e da bainha tendínea, confirmando o diagnóstico.⁷⁻⁸

A fisioterapia no tratamento do dedo em gatilho tem como objetivos reduzir a dor, melhorar a mobilidade articular e prevenir a recorrência desta condição. As intervenções consistem na aplicação de exercícios de alongamento e fortalecimento dos tendões flexores, técnicas de liberação miofascial, mobilização articular, terapia manual, uso de órteses para limitar ou proteger o movimento e recursos fisioterapêuticos, como ultrassom terapêutico e laser, visando diminuir a inflamação e favorecer o deslizamento tendíneo.⁸⁻⁹⁻¹⁰

O fisioterapeuta atua também na orientação ao paciente onde recomenda evitar 2331
movimentos repetitivos que exigem força com os dedos, utilizar técnicas de ergonomia para reduzir sobrecarga da mão, reduzir atividades que demandam preensão forte e realizar pausas durante atividades manuais.¹⁰

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDO

A seguinte pesquisa consistiu um estudo de caso, realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia, da graduação em Fisioterapia. Foi atendido uma paciente do sexo feminino, com diagnóstico de 2º dedo em gatilho da mão direita.

2.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO

O estudo foi realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia, Universidade Iguaçu/Graduação de Fisioterapia, - Avenida Abílio Augusto Távora, 2134 – bairro da Luz, Nova Iguaçu, RJ, Cep: 26275-580, Tel.: (21) 2765-4053.

2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado com o consentimento do paciente, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo a utilização dos dados para a descrição do relato de caso. De acordo com o CEP/CAAE: 51045021.2.0000.8044.

2.4. MÉTODOS

2.4.1. Métodos de Avaliação

Foram utilizados como métodos avaliativos a anamnese, diagnóstico médico, queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa, histórico familiar, histórico social e história medicamentosa. Também foi realizado o exame físico contendo inspeção, palpação, teste articular, teste de força muscular, perimetria, mensuração, teste de sensibilidade, teste de reflexos e testes específicos.

2.4.2. Métodos de Tratamento

Ultrassom terapêutico;

Laserterapia;

Mobilização Articular;

Alongamentos musculares;

Cinesioterapia;

Orientações terapêuticas.

2332

2.5. MATERIAIS

2.5.1. Materiais para avaliação

Esfignomanômetro e Estetoscópio (Premium e Littmann);

Oxímetro (Contec);

Termômetro (G-tech);

Goniômetro;

Fita métrica (Macro life).

2.5.2. Materiais para tratamento

Ultrassom terapêutico;

Laser terapêutico;

Theraband.

3. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

3.1. ANAMNESE

O seguinte caso foi realizado na Clínica de Ensino em Fisioterapia na UNIG, contendo uma amostra de uma única paciente, sendo avaliada no dia 01 de outubro de 2025.

Dados Pessoais: Paciente G. A., 66 anos, nascido em 27/02/1959, sexo feminino.

Diagnóstico Nosológico: 2º dedo da mão direita em gatilho

Queixa Principal (QP): “Dor muito intensa, não consigo escrever direito e o dedo não dobra e estica”.

História da doença atual: Paciente refere início de dor de forma súbita à 06 meses, que é do tipo queimação e algumas vezes cortante, localizada em região de todas as falanges proximais, medias e distais de todos os dedos da mão direita, porém o único que causa limitação para flexão e extensão é o 2º dedo na mão direita (EVA 10 ao fletir e estender), desenvolve todas as AVD's sem problemas, somente limita para escrever por longos períodos e em caso de necessidade de utilização de pinça fina em alguma atividade.

2333

Devido as queixas buscou ortopedista dia 12 de setembro de 2025, que encaminhou a mesma para realização de 10 sessões de fisioterapia. Paciente relata ter feito 10 sessões de fisioterapia 09 anos atrás pelo mesmo problema e que dentro desse período de 09 anos não houve reincidência até o momento. Paciente relata estar aposentada à 09 anos, e ter sido operadora de caixa em um supermercado por 15 anos.

História da Patologia Pgressa (HPP): Paciente apresenta diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes mellitus, glaucoma, facectomia à 27 anos, histerectomia parcial à 18 meses.

História Familiar: Paciente relata mãe com glaucoma e hipertensão, pai com Doença de Alzheimer.

História Social: Reside em casa térrea com esposo e dois pets, rua asfaltada, água potável, relata realizar 3 refeições ao dia, ingestão de 2lts de água ao dia, nega tabagismo e etilismo.

História Medicamentosa: Em uso de Glifage (6 meses), Hidroclorotiazida e Losartana (8 anos).

3.2. EXAME FÍSICO

3.2.1. Inspeção

Presença de discreto edema em região interfalangeana proximal dos 2º e 3º dedos da mão direita, pele íntegra e normocorada.

3.2.2. Sinais Vitais

P.A: 110 x 60 mmHg (normotensa);

FC: 63 bpm (normocárdica);

FR: 14 irpm (eupneica);

SAT: 98% sato₂ (normosaturando);

Temp.: 34,4 °C (afebril).

3.2.3. Palpação

Reação à dor ao palpar região interfalangeana proximal e medial de 2º e 3º dedos (EVA 8).

3.2.4. Testes Funcionais

- Teste articular

Quadro 1 – Avaliação do teste articular

Segmento	Direito	Esquerdo
Desvio radial	40º	42º
Desvio ulnar	40º	38º
Flexão	61º	60º
Extensão	60º	60º

Fonte: Os autores.

- Teste de força muscular

Quadro 2 – Avaliação de força muscular.

Segmento	Direito	Esquerdo
Preensão palmar	Grau 4	Grau 5
Flexão dos dedos	Grau 4	Grau 5
Extensão dos dedos	Grau 4	Grau 5

Adução dos dedos	Grau 4	Grau 5
Abdução de dedos	Grau 4	Grau 5
Desvio radial	Grau 5	Grau 5
Desvio ulnar	Grau 5	Grau 5

Fonte: Os autores.

- Perimetria

Quadro 3 – Avaliação de Perimetria

ACRÔMIO DIREITO	ACRÔMIO ESQUERDO
<input checked="" type="checkbox"/> 12 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 12 cm
26 cm	26 cm
<input checked="" type="checkbox"/> 06 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 06 cm
27 cm	27 cm
<input checked="" type="checkbox"/> 06 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 06 cm
24 cm	24 cm
EPICÔNDIOS	EPICÔNDIOS
<input checked="" type="checkbox"/> 03 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 03 cm
22 cm	23 cm
<input checked="" type="checkbox"/> 07 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 07 cm
21 cm	21 cm
<input checked="" type="checkbox"/> 11 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 11 cm
16 cm	16 cm

Fonte: Os autores.

- Mensuração

Quadro 4 – Avaliação de Mensuração.

Braço direito: 28 cm	Antebraço: 23 cm
Braço esquerdo: 28 cm	Antebraço: 22 cm

Fonte: Os autores.

- **Teste de sensibilidade:** Paciente apresentou normoestesia.

- **Teste de reflexos:** Não se aplica.

3.2.5. Teste específicos

Teste de Filkenstein – Ausente.

Teste de Phalen – Ausente.

Teste de Tínel - Ausente.

3.3. DIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL

Paciente apresenta quadro álgico, edema, diminuição da força muscular e limitação funcional.

3.4. PROGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

Favorável.

3.5. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Curto Prazo:

- Reduzir quadro álgico;
- Diminuir o edema local nos dedos afetados;
- Ganhar amplitude de movimento.

Médio Prazo:

- Restaurar a amplitude de movimento;
- Reeducar o movimento de flexão e extensão do dedo acometido;
- Aumentar a força muscular dos músculos da mão direita (Grau 5);
- Melhorar a funcionalidade para escrita e tarefas de motricidade fina;
- Prevenir aderências e rigidez articular.

Longo Prazo:

- Reestabelecer a função completa da mão direita;
- Prevenir recidivas futuras com orientações ergonômicas e domiciliares;
- Promover autonomia total para atividades que exigem preensão e pinça fina;
- Manter força e mobilidade por meio de exercícios de manutenção.

3.6. CONDUTA TERAPÊUTICA

- Ultrassom terapêutico: Frequência de 1MHz, intensidade de 0,8W/cm², modo pulsado (20%), tempo de 5 minutos sobre o tendão flexor do 2º dedo;
- Mobilizações articulares passivas e ativas no 2º dedo;

Alongamentos passivos e ativos;

Cinesioterapia ativa livre e ativa resistida;

Reinserção em AVDs;

Orientações terapêuticas.

Na data do dia 22/10/2025, foi substituído o ultrassom terapêutico pelo Laser terapêutico no modo contínuo, potência 100mw, energia 3 Jaules na região do tendão flexor do 2 quirodáctilo.

4. DISCUSSÃO

O Ultrassom Terapêutico se destaca como uma ferramenta importante, pois suas ondas mecânicas profundas auxiliam na diminuição da dor, no aumento da extensibilidade tecidual e na aceleração do reparo dos tendões acometidos. Magalhães *et al.*¹¹ destaca os principais efeitos do ultrassom, sendo a redução da dor, diminuição do espasmo muscular e da sensibilidade neural, diminuição da inflamação, aumento da extensibilidade das estruturas tendíneas e da bainha sinovial, facilitando o deslizamento tendíneo, frequentemente limitado em quadros de dedo em gatilho. Esse efeito contribui diretamente para reduzir o travamento do dedo e restaurar a mobilidade funcional.

2337

Silva *et al.*¹² indica o manejo fisioterapêutico do dedo em gatilho sobre as mobilizações articulares assumindo um papel fundamental. Elas auxiliam na redução da dor, melhora da amplitude de movimento e diminuição do bloqueio mecânico provocado pelo espessamento do tendão e da polia flexora. Ao favorecer o deslizamento tendíneo e a lubrificação local, as mobilizações contribuem para restaurar a função da mão, prevenir rigidez secundária e otimizar o processo de reabilitação. Portanto, intervenções precoces e adequadas, incluindo mobilizações articulares, são essenciais para preservar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida de pacientes com esse perfil clínico.

Os alongamentos musculares têm papel fundamental, pois auxiliam na redução da tensão sobre a polia A1 e sobre o tendão flexor, diminuindo o atrito que desencadeia o travamento do dedo. Além disso, contribuem para melhorar a amplitude de movimento, reduzir a dor e prevenir recorrências, sendo uma estratégia segura e de baixo custo. O estudo de Devito *et al.*¹³ indica que os alongamentos musculares despontam como recurso complementar importante, especialmente na fase inicial e como manutenção funcional, contribuindo para o alívio dos sintomas e potencializando os efeitos das demais intervenções conservadoras.

Já Silva *et al.*¹⁴ indica que a cinesioterapia emerge como intervenção essencial para recuperar função, prevenir recidivas e potencializar os resultados de outros tratamentos conservadores. São utilizados exercícios específicos de mobilidade, alongamento e fortalecimento, é possível restaurar a amplitude de movimento, diminuir a dor e prevenir a formação de aderências que perpetuam o travamento do dedo. Além disso, a cinesioterapia contribui para a reeducação funcional da mão, favorecendo a recuperação das atividades diárias e reduzindo o risco de recidivas.

Por fim, Rocha *et al.*¹⁵ investigou os efeitos da laserterapia associada à cinesioterapia em um paciente com diagnóstico de dedo em gatilho. Após 20 sessões, houve eliminação completa da dor, aumento de 20% na força de preensão manual e melhora significativa da funcionalidade, evidenciada pela redução do score no HAQ-20. Esses resultados reforçam a importância da laserterapia como complemento terapêutico capaz de potencializar a recuperação, restabelecendo a função da mão e favorecendo o retorno às atividades de vida diária.

A comparação entre os diferentes recursos fisioterapêuticos aplicados ao dedo em gatilho evidencia que cada intervenção atua por mecanismos específicos, porém complementares. Nesse conjunto de abordagens de cinesioterapia, mobilização e alongamento, a laserterapia surge como um recurso diferencial ao promover analgesia, modulação do processo inflamatório e estímulo à reparação tecidual, potencializando os efeitos das demais terapias. Assim, embora cada técnica desempenhe um papel importante isoladamente, a combinação delas demonstra potencial superior na restauração da função e na otimização do processo de reabilitação.

5. RESULTADOS

A avaliação física inicial realizada no dia 01/10/2025 evidenciou um quadro doloroso intenso e limitação funcional importante na mão direita, especialmente envolvendo os 2º e 3º quírodáctilos. Na inspeção inicial, observou-se discreto edema em interfalangeanas proximais, associado à dor importante à palpação, com EVA 8 no momento do exame. No desempenho funcional, verificou-se redução da força muscular na mão direita (grau 4 em preensão palmar, flexão e extensão de dedos), bem como limitação leve nos arcos de movimento. Apesar disso, os testes específicos (Phalen, Tinel e Finkelstein) mostraram-se negativos, auxiliando na exclusão de síndromes compressivas como túnel do carpo e tenossinovite de De Quervain.

Durante as primeiras sessões, mesmo com o uso do ultrassom terapêutico, não houve melhora significativa do quadro algico, com a paciente mantendo relatos de EVA 10 em todos

os atendimentos. Diante da ausência de evolução, no 6º atendimento (22/10/2025) optou-se pela substituição do recurso para laser terapêutico contínuo (100 mW, 3 J) aplicado sobre o tendão flexor do 2º quirodáctilo. Logo no atendimento subsequente, observou-se mudança expressiva do quadro algíco, com EVA reduzida para 4 no início e 3 no fim da sessão, demonstrando resposta terapêutica imediata e superior ao recurso utilizado anteriormente.

Ao longo dos atendimentos seguintes, totalizando 11 sessões até 07/11/2025, a paciente manteve melhora progressiva da dor, estabilizando-se em EVA 3, o que representa uma redução significativa quando comparado ao quadro inicial (EVA 10). Na atualização realizada em 24/11/2025, constatou-se ainda desaparecimento do edema previamente observado, evidenciando diminuição do processo inflamatório local.

No aspecto funcional, houve avanços tanto nos arcos de movimento quanto na força muscular. Registrou-se ganho de 3º nas amplitudes de flexão de punho bilateral, bem como nos movimentos de desvio radial e ulnar. Especificamente no 2º quirodáctilo direito, foco principal da queixa inicial, verificou-se ganho de 8º na flexão, sugerindo melhora no deslizamento do tendão flexor e diminuição do bloqueio mecânico característico da condição. Na força muscular, a paciente evoluiu de grau 4 para grau 5 em todos os movimentos dos quirodáctilos (1º ao 5º) da mão direita, incluindo flexores, abdutores e adutores, restabelecendo força simétrica em relação à mão esquerda.

2339

Assim, a comparação entre a avaliação inicial e as reavaliações demonstra melhora global, tanto em parâmetros objetivos como amplitude de movimento, força muscular e ausência de edema, quanto subjetivos, como dor referida pela paciente. A mudança de conduta terapêutica, com adoção do laser terapêutico, mostrou-se decisiva para acelerar a evolução clínica, destacando sua eficácia para quadros inflamatórios tendíneos do tipo dedo em gatilho.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo de caso demonstrou que a abordagem fisioterapêutica multidisciplinar aplicada ao dedo em gatilho é eficaz para reduzir dor, restaurar mobilidade e melhorar a funcionalidade da mão, especialmente quando os recursos são utilizados de forma integrada e direcionada às necessidades do paciente. Embora o ultrassom terapêutico, as mobilizações, os alongamentos e a cinesioterapia desempenhem papéis importantes no controle de sintomas e na melhora mecânica do deslizamento tendíneo, os resultados obtidos evidenciaram que a laserterapia exerceu impacto superior e determinante na evolução clínica do caso.

A substituição do ultrassom pelo laser terapêutico possibilitou rápida redução da dor, diminuição do processo inflamatório e melhora progressiva dos arcos de movimento e da força muscular, favorecendo o retorno funcional da paciente às atividades de vida diária. A evolução observada após a introdução do laser destaca sua relevância como recurso adjuvante, especialmente em quadros refratários às intervenções iniciais. Conclui-se, portanto, que a combinação de técnicas fisioterapêuticas, com ênfase na laserterapia, mostrou-se altamente eficaz, reforçando a importância da intervenção precoce, individualizada e baseada em evidências para otimizar a recuperação de pacientes com tenossinovite estenosante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KASHIWABARA, TGB; Alves, MG; Moraes, PFF; Albergaria, VDG; Mendes, VHO. Medicina ambulatorial X: Com ênfase em ortopedia. 10. ed. Montes Claros: Editora HD; 2023. 344 p.
2. PEDROSA, EM et al. Efetividade do tratamento não cirúrgico na recuperação do movimento do dedo em gatilho - tenossinovite estenosante. Revista de Acadêmicos e Egressos da Medicina. 2023; 1(1): 1-10.
3. RODRIGUES, T; Leitão, C; Rodrigues, G; Belo, C; Afonso, A; Antunes, I. Tenossinovite Estenosante e Rizartrose em profissional de saúde hospitalar - Um estudo de caso. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2025; 19(30): 1-15.
4. RODRIGUES, ML. Estudo da prevalência do dedo em gatilho em pacientes com diabetes tipo 2 no Ambulatório da Cirurgia da Mão do Hospital do Servidor Público Municipal. ColecionaSUS. 2022; 1(1): 1-10.
5. OLIVEIRA, FAC. Epidemiologia da Síndrome do Túnel do Carpo e Dedo em Gatilho de um hospital público de São Paulo. ColecionaSUS. 2024; 1(1): 34-40.
6. BELLOTI, JC; Sato, ES; Faloppa, F. Tratamento do dedo em gatilho. Rev Bras Ortop. 2022; 57(6): 911-916.
7. SILVA, PHJ; Moraes, VY; Segre, NG; Sato, ES; Faloppa, F; Belloti, JC. Diagnóstico e tratamento do dedo de gatilho no Brasil - Estudo transversal. Rev Bras Ortop. 2021; 56(2): 181-191.
8. MENEZES, TPM; D'Emiglio, MCN; Zanchetta, CB; Peliciari, DD; Andrade, FR; Rezende, LGRA. Dedo em Gatilho: Tratamento Cirúrgico com Retinaculótomo. Archives of Health Investigation. 2024; 13(6): 1941-1946.
9. SILVA, WT. Protocolo piloto: Terapia de Ondas de Choque na tenossinovite estenosante dos flexores dos dedos - "dedo em gatilho". Estudo em Ciências da Saúde. 2025; 6(1): 1-15.
10. FUKUSHIMA, WY; Fujiki, EM; Ruggiero, GM; Cho, AB; Aita, MA; Nascimento, FP et al. Diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico do polegar em gatilho congênito na criança

- utilizando o sistema de internação hospital-dia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2010; 35(1): 24-27.
11. MAGALHÃES, TF; Pires, LS; Neumann, LAO; Ramos, LV. Physiotherapeutic approach to De Quervain's Stenosing Tenosynovitis caused by excessive smartphone use in adults. *Concilium*. 2023; 23(23): 222-234.
 12. SILVA, REBG et al. Comprometimento de mãos e punhos no diabetes tipo 2: relato de caso. *Rev Med UFC*. 2020; 60(4): 57-60.
 13. DEVITO, FS; Corrêa, VE; Fernandes, EG; Cunha, MB; Santana, RFM; Maciel, GNC. Tratamento do dedo em gatilho: Revisão de ensaios clínicos e observacionais. *Cuid. Enferm*. 2023; 17(1): 124-131.
 14. SILVA, GF. Estratégias de tratamento para a tenossinovite estenosante em adultos: uma revisão da literatura [monografia]. Belo Horizonte: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. 36 f.
 15. ROCHA, MFG; Soares, RS; Batista, RC; Silva, DH. Uso da laserterapia de baixa frequência no tratamento da tenossinovite estenosante – relato de caso. *Anais Do Congresso Brasileiro Da Associação Brasileira De Fisioterapia Traumato-Ortopédica – ABRAFITO*. 2017; 2 (1): 1-10.