

# **PROTOCOLOS DE ORTOPEDIA PARA ATENÇÃO BÁSICA**

**ELABORADO POR EDGAR RENÉ DELGADILLO ROJAS  
MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - SMS**

**2019**

## **REFLEXÕES PRELIMINARES**

A continuidade dos cuidados ao paciente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida por seu princípio de REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO. A operacionalização do mesmo está prevista a través do SISTEMA DE REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA. Este sistema garante ao paciente que mesmo tendo sido consultado inicialmente na Unidade Básica de Saúde, se a gravidade da sua doença assim o exigir, ele será encaminhado a níveis de maior complexidade até o diagnóstico e resolução do seu problema e o retorno ao consultório do seu bairro com as orientações necessárias para continuar com os cuidados e reavaliações se assim for preciso.

Embora os postulados do SUS sejam claros é necessário esclarecer uma dúvida frequente entre os profissionais da saúde dos diferentes níveis de complexidade. De quem é a responsabilidade sobre o paciente ou dito de maneira mais simples, de quem é o paciente? Propondo a mesma situação de outro ponto de vista: Se já encaminhei o paciente ao especialista, não é ele agora o responsável pelo mesmo, quer dizer já me livre do “abacaxi”. Ou no sentido contrário, se o especialista já “devolveu” o caso para o médico de origem, não é mais assunto dele?

Dúvidas desta natureza somente são concebíveis num âmbito desconexo de trabalhadores, não comprometidos com os princípios e objetivos da instituição ou num sistema de concorrência profissional. No assim denominado Sistema Único de Saúde todos os atores envolvidos e comprometidos na sua implementação e execução fazem parte de uma equipe única, escalada em unidades estrategicamente distribuídas e em níveis de complexidade diversos, para assim atender as exigências do sistema e garantir a continuidade das ações.

Convenhamos então que o paciente é nosso, é do SUS, sob responsabilidade de todos e cada um dos profissionais envolvidos nos seus cuidados em cada fase do seu tratamento, vale dizer: da equipe da Unidade Básica ou da Estratégia da Família, da equipe do hospital Regional e da equipe de Alta especialidade, no momento em que a sua participação é indispensável para a resolução do problema do paciente, participando todos como membros de uma só equipe e compartilhando informação com clareza e transparência, velando sempre o interesse do paciente. Fazendo uma analogia entre a equipe de saúde com as equipes de futebol, cujas particularidades são de domínio nacional, cada profissional de saúde desempenha uma função na defesa, marcação e ataque contra a doença e seus fatores agravantes com a única finalidade da vitória, que no nosso caso se traduz na integridade física e

emocional dos indivíduos. “Chutão pra frente” na Referência e Contra referência, assim como no futebol é motivo de desaprovação e críticas. Continuando com a comparação, cada trabalhador em saúde deverá receber, dominar e tocar. Receber o paciente, indagar sobre suas queixas, avaliar a gravidade e urgência e não tendo oportunidade segura para definir, tocar o caso para quem melhor possa continuar com os cuidados.

Surge deste raciocínio a necessidade de comprometimento de todos e cada um dos trabalhadores em Saúde, independente da função que desempenham e o nível de complexidade em que estão lotados. Um encaminhamento bem feito, observando detalhes tão simples porém relevantes como a legibilidade da caligrafia, clareza e precisão das informações contidas, realização de exames prévios, tratamento inicial, etc., serão fundamentais para o bom atendimento do nosso paciente em um nível superior. Lembremos que proporcionalmente existem menos especialistas e em consequência menor oferta de serviços conforme subimos na escala de complexidade. Uma boa guia de referência se traduz em otimização dos recursos materiais e humanos, enquanto uma guia ilegível e incompleta significará o desperdício de uma consulta com especialista, pois este precisará suprir as deficiências de quem encaminha, gerando assim a necessidade de outra consulta, que por sua vez aumenta as filas de espera.

Finalmente mencionar que embora o presente protocolo pretenda facilitar o cotidiano dos colegas na atenção básica, estamos cientes que a abrangência da patologia ortopédica é muito maior; no entanto tentamos incluir nestes capítulos os quadros mais prevalentes no consultório de uma Unidade Básica.

# **GUIA DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA**

A guia de Referência e Contra Referência (Guia de Encaminhamento) é o Documento médico que serve como instrumento para transferir um paciente de uma unidade para outra, no mesmo ou em níveis diferentes de complexidade. Por meio dele o Médico responsável direciona o caso clínico ao setor e profissional correspondente, transfere a informação relevante e faz a solicitação do serviço que complementa seu atendimento.

Ao ser parte integrante do Prontuário Médico é o nexo de continuidade entre os atendimentos realizados em serviços diferentes. É necessário destacar que não é uma ferramenta para deslindar responsabilidade, pois quem a assina continua a ser interlocutor do colega que fará o próximo atendimento.

Pode-se afirmar que constitui uma carta de apresentação do subscritor, pois a sua leitura e análise nos informa entrelinhas quem e como é o profissional que a assina, se ele foi metuculoso no atendimento, se brindou ao paciente a devida atenção e quão respeitoso é com os colegas com os que trabalha, sejam estes médicos ou não. Uma guia incompleta com rabiscos indecifráveis pode na verdade estar escondendo insegurança e desconhecimento. Do outro lado, uma guia completa, clara e legível nos informa que o profissional que a assina é organizado e competente.

Combinemos então que há necessidade de utilizar a guia de Encaminhamento como um instrumento de extrema importância no processo de atenção à saúde.

Nesta proposta de implementação do Sistema de Regulação, apresentamos ferramentas que vão auxiliar ao Médico numa adequada utilização da Guia de Referência e Contra Referência, proporcionando protocolos para atendimento com orientações do que fazer inicialmente, quando encaminhar, que informação e exames enviar.

Na prática diária nos deparamos com encaminhamentos realizados ao primeiro sintoma, sem uma avaliação mínima do paciente, sem uma tentativa de tratamento inicial ou pior ainda com encaminhamentos feitos a livre demanda do paciente; sinais da desvalorização e descrédito da Atenção Básica em Saúde e dos seus profissionais e devemos admiti-lo, são esses profissionais não comprometidos os responsáveis por parte do descrédito, pois não inspiram na população a confiança e credibilidade que se espera para um Médico “da Família”.

## QUANDO ENCAMINHAR

Se entendermos a Referência como uma Inter consulta com o colega Especialista, existe o momento oportuno para realizá-la, pois deveremos munir-nos da informação básica para explicar o Caso Clínico e tudo aquilo que já foi feito, assim como a resposta ao nosso tratamento, justificando o requerimento.

## REFERENCIA: CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Na guia proposta junto com este protocolo reduzido, separamos espaços identificados para preenchimento obrigatório de:

1. **Sinais e sintomas**; onde deveram ser anotados de forma sucinta e ordenada os sintomas que levaram o paciente para consultar, início, duração, características, evolução, fatores desencadeantes e de alívio e os sinais encontrados no exame objetivo a que foi submetido, além do resultado de testes clínicos específicos.
2. **Tratamento inicial** realizado, especificando medicamento, dose, tempo e resposta ao mesmo, assim como as medidas não medicamentosas utilizadas.
3. **Exames** prévios solicitados, anotando a data e o resultado.
4. **Hipótese diagnóstica** com a que está sendo encaminhado e o CID correspondente.
5. **Solicitação**: Especificar se nosso requerimento se refere a Avaliação diagnóstica, Tratamento, Reavaliação, Retorno programado, Parecer, Inter consulta ou outro motivo.

## CONTRA-REFERENCIA

Lembremos que o Sistema de Referência e Contra Referência é uma via de ida e volta, em consequência assim como exigiremos um conteúdo descritivo mínimo na Referência, será cobrada a mesma clareza no caminho de retorno.

1. Diagnóstico (incluído CID)
2. Conduta: - Tratamento medicamentoso (dose, duração)
  - Procedimentos realizados e seus resultados
  - Medidas não medicamentosas
  - Outras orientações
3. Instruções para seguimento na UBS/ESF
4. Necessidade ou não de reavaliações, prazo e exames necessários para o retorno.

# **LESÕES TRAUMÁTICAS AGUDAS**

A maioria das lesões traumáticas agudas, tais como contusão, entorse, luxação e fratura, procuram socorro (ou deveriam) nas Unidades de Pronto Atendimento, porém pode acontecer que um paciente acuda a uma UBS/ESF. Após o acolhimento e triagem correspondente o paciente deverá ser encaminhado a essas unidades. Existem ocasiões que a procura por atendimento não é oportuna descaracterizando a urgência/emergência; nesses casos será necessária a avaliação do paciente e a subsequente adoção de medidas clínico-terapêuticas para a resolução do seu problema.

## **NA UBS/ESF**

1. Faça uma história detalhada:

- Sobre as circunstâncias, mecanismo e intensidade do trauma.
- Partes do corpo acometidas, descreva em cada uma se há presença de deformidades ou desvios, edema, equimose, escoriações ou feridas. Verifique pulso distal
- Déficit funcional, amplitude de movimento, força muscular, suporte de carga, claudicação.

2. Prescreva analgésicos, anti-inflamatórios, curativos e antibióticos; se for o caso.

3. Avalie a necessidade de imobilização do membro.

4. Avalie a necessidade de repouso.

## **QUANDO ENCAMINHAR PARA EMERGENCIA**

- Todos os casos de suspeita de fratura ou luxação que precisem de redução e/ou imobilização urgente.
- Todos os casos que precisem de avaliação radiográfica urgente.
- Suspeita de lesão/ruptura tendínea ou ligamentar aguda.
- Suspeita de complicações vasculares e síndrome compartimental.

## **QUANDO ENCAMINHAR PARA AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE**

Seqüelas funcionais de fraturas não diagnosticadas.

Lesões tendíneas e ligamentares não diagnosticadas na fase aguda.

# **DOR NAS COSTAS**

## **(CERVICALGIA, DORSALGIA E LOMBALGIA)**

### **NA UBS/ESF**

Avaliar características da dor: início e duração, irradiação, presença de sintomas neurológicos, claudicação, fatores desencadeantes e de alívio; atividade física, postura, sobrepeso, atividade laboral, etc.

Solicitar Radiografias de coluna cervical, torácica, lombar ou lombo sacra, nas incidências ântero-posterior e Perfil, conforme o caso.

Medicar com analgésicos, relaxantes musculares, anti-inflamatórios não esteroidais e opiáceos segundo o necessário em cada caso.

Fisioterapia, emagrecimento, atividade física e alongamento, também podem ajudar.

### **QUANDO ENCAMINHAR**

- Na presença de alterações radiográficas como osteófitos, diminuição de espaços discais, espondilolistese, deformidades, imagens sugestivas de neoplasia.

- Dor refrataria ao tratamento instituído e controlado por mais de oito semanas, recidivas frequentes, ou piora progressiva dos sintomas.

- Sinais e sintomas de compressão radicular, como irradiação a metâmera correspondente, paresia e ou parestesia.

- Diagnóstico de estenose de canal (claudicação neurogênica)

### **REFERENCIA.- CONTEUDO DESCRITIVO MINIMO:**

#### **1. Sinais e sintomas:**

a) Descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;

b) Presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;

c) outros sinais e sintomas relevantes

**2. Tratamento** em uso ou já realizado para dor (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

**3. Resultado de exame** de imagem, com data. (Anexar exame)

### **CONTRA-REFERENCIA.- ESPECIFICAR :**

1. Diagnóstico (incluído CID)
2. Conduta: - Tratamento medicamentoso (dose, duração)
  - Procedimentos realizados e resultado
  - Medidas não medicamentosas
  - Outras orientações
3. Instruções para seguimento na UBS/ESF
4. Necessidade ou não de reavaliações, prazo e exames necessários para o retorno.



# **DOR NO OMBRO**

## **NA UBS/ESF**

Em todos os casos de dor no ombro que não tenham histórico de trauma recente, indagar sobre antecedentes laborais e recreativos; verificar a localização exata da dor, sua relação com o movimento e esforço; horário de maior intensidade da dor. Lembrar que a maioria das dores nos ombros está relacionada ao movimento repetitivo.

As possibilidades diagnósticas para uma dor no ombro vão desde as tendinites e bursites, osteoartrite e instabilidades das articulações Acromioclavicular e Gleno-umeral, também podem ser irradiação de alterações na coluna cervical.

Levante uma hipótese diagnóstica, medique com antiinflamatórios não esteroidais e analgésicos por via oral, tópica e muscular se for o caso.

Se a dor for muito intensa, imobilize o membro, indique repouso, fisioterapia, acupuntura. Não esqueça que sempre que indicar repouso, deverá atestar esse repouso.

Solicite radiografias e ultrassonografia segundo a suspeita diagnóstica para confirmar ou descartar a sua hipótese.

## **QUANDO ENCAMINHAR**

1. Não melhora após tratamento controlado por mais de 12 semanas.
2. Presença de ruptura de tendão na ultrassonografia.
3. Déficit funcional significativo.

# **DOR NO COTOVELO**

## **NA UBS/ESF**

Sempre que consultar um paciente com queixa de dor no cotovelo sem antecedente traumático agudo é necessário elaborar uma história clínica detalhada sobre a ocupação do paciente, esforços repetitivos mesmo que sejam leves e também traumas, inclusive os de pouca intensidade. Lembrar que o cotovelo é o local de inserção da musculatura flexora e extensora do antebraço, mão e dedos.

As diversas tendinites que acometem o cotovelo (epicondilite lateral e medial, do tríceps, etc.) geralmente são facilmente diagnosticadas porque a dor é referida no local de inserção, reproduzida pela palpação e manobras de contração contra resistência ou distensão da musculatura acometida. Já a bursite olecraniana é facilmente diagnosticada pelo aumento de volume de consistência líquida na face posterior do cotovelo, dolorosa ou não; e precisa diagnóstico diferencial com gota. Processos inflamatórios e degenerativos também podem acometer o cotovelo.

Levante uma hipótese diagnóstica, medique com antiinflamatórios não esteroidais e analgésicos por via oral, tópica e/ou muscular se for o caso.

Se a dor for muito intensa, imobilize o membro, indique repouso, fisioterapia, acupuntura.

Solicite ultrassonografia. Nos casos de bursite solicite também dosagem de ácido úrico. Se a suspeita clínica for de um processo osteoarticular solicite radiografias

## **QUANDO ENCAMINHAR**

1. Não melhora após tratamento controlado por mais de 12 semanas.
2. Presença de ruptura de tendão na ultrassonografia.
3. Déficit funcional significativo.

# **DOR NO PUNHO E MÃO**

## **NA UBS/ESF**

A patologia do punho e mão é diversa, faz-se necessário uma atenção redobrada nas queixas do paciente, na localização e irradiação da dor, nos fatores que desencadeiam ou pioram e os que aliviam a dor, deformidades e limitações na amplitude de movimento também devem ser mensuradas.

No punho e na mão como em outras localizações do membro superior as atividades laborais e recreativas do paciente, os hábitos como atividade física, aquecimento e alongamento antes do início da jornada; são determinantes na origem das diversas tendinopatias, que são as doenças diagnosticadas com maior incidência.

O diagnóstico da doença de Dupuytren (retração da fásia palmar) e do dedo em Gatilho é eminentemente clínico e se precoce, responde bem a fisioterapia.

A síndrome do túnel do carpo se manifesta principalmente pela parestesia e dor de predomínio noturno

As osteoartrites inter falangeanas com ou sem deformidade e a osteoartrite carpo metacarpianas como a Rizartrorse, respondem bem ao uso de antiinflamatórios tópicos e via oral.

O apoio da ultrassonografia é importante no diagnóstico das tendinopatias. Já nos casos de suspeita de osteoartrites e osteocondrites uma radiografia tem muita mais utilidade.

Em todos os casos medique para o controle da dor e da inflamação, indique sessões de fisioterapia e reavalie após. Se necessário for, imobilize o membro acometido.

## **QUANDO ENCAMINHAR**

1. Todos os casos de suspeita da síndrome do túnel do carpo, osteocondrite do semilunar e doença de Dupuytren.
2. Não melhora após tratamento controlado por mais de 12 semanas.
3. Presença de ruptura de tendão na ultrassonografia.
4. Déficit funcional significativo.

# **DOR NO QUADRIL**

## **NA UBS/ESF**

Entre os principais diagnósticos em pessoas que consultam por dor no quadril, estão a osteoartrose com ou sem protrusão acetabular, as tendinites dos glúteos e adutores e também as bursites trocantéricas. A localização da dor pela compressão digital pode ser orientadora na suspeita clínica (exemplo: dor na palpação do local de inserção dos tendões adutores, ou do glúteo médio, ou sobre as bursas trocatericas. Ao mesmo tempo a cintura pélvica pode ser local de irradiação de dores originarias em outros segmentos do corpo como coluna lombar e joelho.

Dores na virilha, além de patologia do quadril também podem ser devidas a hérnias inguinais e patologia geniturinária; uma história clínica detalhada será orientadora.

Exames subsidiários como radiografias e ultrassonografia, serão de utilidade no diagnóstico.

Prescreva analgesia em todos os casos. Antiinflamatórios tópicos, via oral ou até parenteral devem ser criteriosamente utilizados. Não esquecer da utilidade dos métodos terapêuticos não farmacológicos, como fisioterapia, acupuntura e outros disponíveis no NASF.

## **QUANDO ENCAMINHAR**

1. Não melhora após tratamento controlado por mais de 12 semanas
2. Déficit funcional significativo

# **DOR NO JOELHO**

O joelho devido a sua amplitude de movimento, sua função de sustentação e alta utilização no dia a dia, é sem dúvida uma das articulações que mais ocasiona consultas ao médico.

Tendinites do quadríceps, patelar e pata de ganso, são as mais freqüentemente diagnosticadas. A bursite pré-patelar pode ser assintomática e levar a consulta somente pelo aumento de volume ou ter todos os sinais flogísticos quando inflamada o que demanda uma atitude emergencial como a drenagem e antibioticoterapia. Devemos lembrar ainda que existem outras bursas menos superficiais que podem ocasionar sintomas.

Lesões pós-traumáticas e degenerativas das estruturas intrínsecas do joelho: cartilagem, meniscos, ligamentos e sinovial devem ser sempre lembradas.

A presença de derrame articular quando volumoso precisa de aspiração urgente e deverá ser encaminhada para o especialista no pronto socorro.

É importante avaliar o alinhamento e sobrecarga dos joelhos com o paciente em pé, pois deformidades angulares do tipo varo, valgo e obesidade são fatores importantes na persistência da dor e progressão da doença.

Peça uma radiografia com carga nas incidências anteroposterior e perfil e/ou uma ultrassonografia segundo o tipo de suspeita clínica.

## **QUANDO ENCAMINHAR**

4. Não melhora após tratamento controlado por mais de 12 semanas
5. Presença de ruptura de tendão na ultrassonografia
6. Déficit funcional significativo.

## **REFERENCIA**.- CONTEUDO DESCRITIVO MINIMO:

### **1. Sinais e sintomas:**

- a) Descrever características da dor, irradiação, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, ocupação, presença de fatores emocionais.
- b) outros sinais e sintomas relevantes

### **2. Tratamento** em uso ou já realizado, medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação). Medidas não medicamentosas

### **3. Resultado de exames** de imagem, com data. (Anexar exames)

**CONTRA-REFERENCIA.- ESPECIFICAR:**

1. Diagnóstico (incluído CID)
2. Conduta: - Tratamento medicamentoso (dose, duração)
  - Tratamento cirúrgico, tipo e resultado
  - Medidas não medicamentosas
  - Outras orientações
3. Instruções para seguimento na UBS/ESF
4. Necessidade ou não de reavaliações, prazo e exames necessários para o retorno.

## **DOR NO TORNOZELO E PÉ**

São múltiplas as patologias que podem provocar sintomas dolorosos no tornozelo e pé; desde doenças tendíneas como as dos tendões calcâneos, tibial posterior, fibulares laterais, extensores dos dedos; entesites, bursites, ou ainda a fasciite plantar e os esporões calcâneos.

Deformidades como dedo em malho, martelo e garra, halux valgus, pé plano, valgo e cavo, insuficiência do tibial posterior e outras, também são motivo de consulta.

Osteoartrite tíbio-talar, sub-talar, talo-navicular, carpo - metacárpica do hálux e outros dedos, as diversas osteocondrites precisam ser lembradas na hora de avaliar as queixas de dor nos pés.

### **NA UBS / ESF**

Ouçã com paciência e atenção as queixas do paciente para localizar com precisão o ponto de dor.

Peça sempre para retirar o calçado e poder examinar o pé descalço. Procure áreas de hiperemia devida a atrito ou inflamação. Presença de deformidades flexíveis ou rígidas. Observe o pé enquanto sustenta a carga do corpo. As deformidades flexíveis são mais evidentes com carga.

Observe também o calçado, principalmente se ele for usado ou velho, pois ele brinda informação importante sobre a forma de pisar e pontos de maior carga e atrito; presença ou não de salto e sua altura, lembrando que ausência de salto concentra o peso do paciente sob o calcanhar e saltos acima de 5 centímetros deslocam o peso para a cabeça dos metatarsianos

# **OSTEOARTRITE**

A osteoartrite, também denominada osteoartrose; é uma síndrome clínica progressiva de degradação articular que compromete a articulação em todas as suas estruturas, vale dizer cartilagem, osso subcondral, cápsula articular, membrana sinovial, ligamentos e musculatura peri-articular. Acontece devido a interação de fatores mecânicos como sobrecarga, traumas e mau alinhamento, metabólicos, bioquímicos e fisiológicos; existindo também aqueles casos considerados genéticos e primários.

É mais comum a partir dos 40 anos e mais prevalente entre as mulheres. Acomete uma ou várias articulações, sendo mais frequente nos joelhos, quadris, dedos das mãos, base do polegar e coluna.

São sintomas frequentes dor local protodinâmica, rigidez e crepitação.

## **NA UBS/ESF**

- Elaborar uma história minuciosa da dor e suas características.
- Identificar fatores etiológicos presentes (peso, alinhamento, histórico de trauma, doenças metabólicas ou autoimunes, etc.)
- Verificar antecedentes patológicos e familiares
- Solicitar radiografias em 2 incidências (para coluna torácica e lombo-sacra ortostática e para joelhos com carga). São achados frequentes o estreitamento do espaço articular, esclerose e cistos no osso subcondral, osteofitos, subluxações e corpos livres.
- Prescrever analgesia. Caso for utilizar anti-inflamatórios avalie perfil clínico e renal (cardiopatas, HAS, diabetes, etc.) que limitem ou contraindiquem seu uso.
- Inicie um condroprotetor por 3 meses
- O tratamento não farmacológico consiste em:
  - Educação para o melhor entendimento da doença e sua evolução a longo prazo.
  - Fisioterapia, terapia ocupacional, para manter a função articular e fortalecer a musculatura.
  - Controle da obesidade
  - Uso de bengalas e palmilhas.

## **SEGUIMENTO**



- Retorno em 3 meses para avaliar resposta terapêutica, emagrecimento, atividade física. Em caso de melhora (mesmo parcial) manter conduta por mais 3 meses.
- Reitere orientações. A doença pode ser controlada, não tem cura definitiva.
- No segundo retorno (6 meses) em caso de melhora da dor e função articular, emagrecimento e atividade física; suspenda o condroprotetor até novo episódio álgico.

### **QUANDO ENCAMINHAR**

- Todos os casos de fracasso terapêutico após 3 meses de tratamento controlado.
  - Casos com eventual indicação de tratamento cirúrgico: acima de 60 anos, estreitamento do espaço articular, subluxação, genu varo, genu valgo ou perda da função articular

# TENDINITES

Em teoria qualquer tendão pode inflamar; porém na prática diária algumas tendinites, tem incidência muito maior. Mencionamos as mais frequentes, com o intuito de ajudar a lembrar sempre que se suspeita de uma tendinite:

- Membro superior:
1. Ombro
    - supra espinhal
    - sub escapular
    - infra espinhal
    - cabeça longa do bíceps
  2. Cotovelo
    - Epicondilite lateral
    - Epicondilite medial
  3. Punho
    - Dos tendões extensores
    - Dos tendões flexores
  - Mão
    - Tenossinovite estenosante de Quervain
    - Dedo em gatilho
- Membro inferior:
1. Quadril
    - Glúteo médio
    - Adutores
  2. Joelho
    - Quadríceps
    - Patelar
    - Pé Anserino (Pata de ganso)
  3. Tornozelo
    - Tibial posterior
    - Fibulares
  - Pé
    - extensores dos dedos
    - extensor longo do halux
    - calcâneo

## NA UBS/ESF

Na anamnese, indagar se o início foi pós-trauma agudo, ou insidioso como sucede no trauma repetitivo, movimentos repetitivos em posição defeituosa ou condicionamento físico deficiente, caráter ocupacional. A dor das tendinites é de predomínio noturno, provoca dificuldade para movimentar o membro acometido. A presença de doenças reumatológicas como artrite reumatoide, psoriásica, gota; infecciosas como gonorreia e outras artrites reativas. Avaliar a presença de fator emocional tipo ansiedade e depressão.

Identificada a causa, é importante eliminá-la para evitar cronificação e recidivas.

O uso de analgésicos, anti-inflamatórios, via oral, parenteral ou tópica é necessária.

Entre as medidas não medicamentosas, lembrar do repouso, imobilização, fisioterapia, frio e termoterapia, atividade física e alongamentos.

Radiografias podem ajudar no diagnóstico de deformidades ósseas que ocasionam atrito e no diagnóstico diferencial, porém a Ultrassonografia tem se mostrado de maior utilidade.

## QUANDO ENCAMINHAR

7. Não melhora após tratamento controlado por mais de 12 semanas
8. Presença de ruptura de tendão na ultrassonografia
9. Déficit funcional significativo.

**REFERENCIA .- CONTEUDO DESCRITIVO MINIMO:**

**4. Sinais e sintomas:**

- a) Descrever características da dor, irradiação, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, ocupação, presença de fatores emocionais.
- b) outros sinais e sintomas relevantes

**5. Tratamento** em uso ou já realizado, medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação). Medidas não medicamentosas

**6. Resultado de exames** de imagem, com data. (Anexar exames)

**CONTRA-REFERENCIA.- ESPECIFICAR:**

3. Diagnóstico (incluído CID)
4. Conduta: - Tratamento medicamentoso (dose, duração)
  - Tratamento cirúrgico, tipo e resultado
  - Medidas não medicamentosas
  - Outras orientações
3. Instruções para seguimento na UBS/ESF
4. Necessidade ou não de reavaliações, prazo e exames necessários para o retorno.

# BURSITES

Embora as bursas dos ombros sejam as mais frequentemente inflamadas, outras também podem ser afetadas: cotovelos, punhos, dedos, quadril, joelhos, calcâneos. É frequente a presença de sinais flogísticos que exigem maior atenção no diagnóstico diferencial com as artrites, principalmente a séptica. Com frequência está associada a tendinites ou tenossinovites.

## NA UBS/ESF

Dor com dificuldade para movimentar a articulação acometida, de predomínio noturno, piora após atividade física repetitiva. Investigar a presença de artrite reumatoide e gota.

Prescreva analgésicos, anti-inflamatórios, via oral, parenteral ou tópica.

Entre as medidas não medicamentosas, lembrar do repouso, imobilização e fisioterapia.

As bursites olecraneana e pré-patelar, tem aspecto característico e antecedente de trauma as vezes mínimo; quando muito volumosas podem ser aspiradas e seu conteúdo encaminhado para análise laboratorial.

Radiografias podem ajudar no diagnóstico de deformidades ósseas que ocasionam atrito e no diagnóstico diferencial, porém a Ultrassonografia tem se mostrado de maior utilidade.

## QUANDO ENCAMINHAR

10. Não melhora após tratamento controlado por mais de 12 semanas
11. Déficit funcional significativo

## REFERENCIA.- CONTEUDO DESCRITIVO MINIMO:

### **7. Sinais e sintomas:**

- a) Descrever características da dor, irradiação, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, ocupação, presença de fatores emocionais.
- b) outros sinais e sintomas relevantes

**8. Tratamento** em uso ou já realizado, medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação). Medidas não medicamentosas

**9. Resultado de exames** de imagem, com data. (Anexar exames)

## CONTRA-REFERENCIA.- ESPECIFICAR:

5. Diagnóstico (incluído CID)
6. Conduta: - Tratamento medicamentoso (dose, duração)  
- Tratamento cirúrgico, tipo e resultado

- Medidas não medicamentosas

- Outras orientações

3. Instruções para seguimento na UBS/ESF

4. Necessidade ou não de reavaliações, prazo e exames necessários para o retorno.

## **OSTEOCONDRISES**

Popularmente conhecidas como dores do crescimento, as osteocondrites ou osteocondroses, são condições clínicas nas quais a cartilagem de crescimento (fise) de determinados ossos, sofre um processo de necrose, fragmentação e remodelação em alguma fase do crescimento. Na maioria das vezes são autolimitados e tem resolução espontânea sem seqüelas, porém precisam de um diagnóstico e classificação adequados para evitar seqüelas graves que possam comprometer a postura e deambulação do paciente adulto. Existem também aquelas que acometem o osso adulto relacionadas a prováveis fatores vasculares ou compressivas cuja evolução é similar porém quase sempre seguidas de alterações da estrutura e função articular.

**DOENÇA DE PANNER:** Lembra a osteocondrite dissecante do capítulo umeral, porém neste caso é necessário que o centro de ossificação do capítulo ainda esteja aberto. Já a osteocondrite dissecante como tal, ocorre após o fechamento da cartilagem de crescimento e é freqüente em atletas de arremesso e ginastas.

**DOENÇA DE KIENBOCK:** Quadro clínico de dor e perda progressiva da amplitude de movimento do punho, devido a necrose, fragmentação e colapso do semilunar. Mais freqüente no sexo masculino entre os 20 e 40 anos.

**DOENÇA DE LEGG CALVÉ PERTES:** É uma osteonecrose da cabeça femoral que ocorre na infância, com mais freqüência entre os 3 e 12 anos; diferente da osteonecrose avascular da cabeça femoral do adulto. A doença é auto-limitada, porém em geral evolui com deformidade da cabeça do fêmur que no futuro terminará provocando artrose. O tratamento consiste em manter a cabeça femoral centrada no acetábulo. Isso pode ser feito com Orteses, porém, algumas vezes a criança requer tratamento cirúrgico.

**OSTEOCONDRITE DISSECANTE:** Causa frequente de dor em joelho de crianças e adultos jovens entre 13 e 21 anos, é uma condição patológica adquirida de necrose avascular do osso subcondral que precisa diagnóstico precoce para evitar complicações tais como desprendimento a cartilagem articular suprajacente e processos de artrose precoce. Atinge em até um 75 % dos casos a face postero lateral do côndilo femoral medial.

**DOENÇA DE OSGOOD-SCHLATTER:** A osteocondrite da tuberosidade anterior da tíbia, é considerada cada vez com mais freqüência como uma tendinite insercional do tendão patelar, que pode ocasionar microfraturas no local de inserção e proeminência óssea. É a doença que mais causa dor no joelho em crianças que praticam atividade física, geralmente na fase de crescimento rápido entre os 9 e 16 anos.

**DOENÇA DE SINDING-LARSEN-JOHANSEN :** osteocondrite do pólo inferior da patela. Considerada também como uma tendinite insercional proximal do tendão patelar.

**DOENÇA DE BLOUNT:** Ou tíbia vara de Blount que pode ter seu início entre os 2 e 8 anos e consiste na presença de deformidade em varo e rotação

interna da tíbia mais evidente no terço superior da perna, pode ser unilateral ou bilateral. Precisa avaliação especializada precoce.

**DOENÇA DE SEVER:** osteocondrite da tuberosidade posterior do calcâneo; acomete principalmente crianças entre 7 e 12 anos, e esta relacionada a atividades de impacto como futebol, basquete, vôlei ou handebol. Acomete mais os meninos do que meninas (6:1); com freqüência é bilateral. Não deixa seqüelas.

**DOENÇA DE KOHLER:** osteocondrite do navicular do tarso; ocorre mais frequentemente entre meninos de 3 a 7 anos numa relação de (5:1). Embora tenha evolução benigna, sua resolução pode demorar de 6 meses a muitos anos.

**DOENÇA DE MULLER-WEISS:** osteocondrite do navicular do adulto, de evolução diferente a anterior pois frequentemente termina com a necrose e osteoartrose subsequente.

**DOENÇA DE THIEMANN:** Osteocondrite das epífises de falanges de evolução benigna; deve ser diferenciada da Artrite reumatóide juvenil, reativa, psoriásica, etc. Tem caráter hereditário autosômico dominante e se apresenta antes ao fechamento das cartilagens de crescimento das falanges. Em determinados casos pode evoluir para a degeneração e deformidade articular.

**DOENÇA DE ISELIN:** Osteocondrite da apófise proximal do 5º Metatarso; mais comum entre os jovens esportistas de 7 a 10 anos, apresenta-se como uma protuberância dolorosa de evolução benigna

**DOENÇA DE FRIEBERG** osteocondrite da epífise dos metatarsianos; sendo mais freqüente na epífise distal do II metatarso, em mulheres entre 12 e 15 anos. Alguns casos que não melhoram com tratamento conservador, podem requerer tratamento cirúrgico.

**DOENÇA DE KAPPIS:** A osteocondrite dissecante da cúpula talar, foi associado a microtraumas e entorse de tornozelo. Não é propriamente uma doença da fase de crescimento, mesmo assim requer um diagnóstico e tratamento precoces para evitar a degeneração articular.

**DOENÇA DE RENNANDER:** osteocondrite do sesamóides das MTTF do hálux; mais comum entre mulheres de 18 a 25 anos, relacionada ao tipo de calçado e impacto

DOENÇA DE LANCE: osteocondrite do Cubóide;

DOENÇA DE MOUCHET: osteocondrite do carpo;

DOENÇA DE WAGNER: osteocondrite de epífise do 1º MTT;

DOENÇA DE BUCHMAN: osteocondrite da cunha medial;

**DOENÇA DE FRIEDICH:** necrose avascular da extremidade esternal da clavícula, patologia rara que se apresenta com dor e aumento de volume da clavícula medial, com evidencias de necrose asséptica.

### **NA UBS/ESF:**

A principal queixa é a dor e o inchaço da articulação, que piora com o movimento e com atividades de impacto (durante ou após). Com a evolução da lesão, pode ocorrer limitação do movimento e deformidade articular.

A avaliação inicial é feita através dos raios-X, sendo possível classificar a doença em estágios evolutivos, desde uma esclerose, fragmentação ou fratura subcondral, até a completa degeneração articular com achatamento e artrose. Deve se lembrar, porém, que nos casos iniciais as radiografias podem ser normais.

O tratamento é conservador, inicialmente com o uso de medicação analgésica e afastamento das atividades de impacto (corrida e/ou salto), ou uso de calçado adequado

Se a dor inicial for intensa, a retirada do apoio com muletas e a imobilização com tala gessada, bota imobilizadora ou palmilhas que evitam a carga na articulação acometida podem ser usadas temporariamente.

**QUANDO ENCAMINHAR:**

1. Todos os casos de suspeita de osteocondrite em paciente adultos, (Kiembock, Muller-Weiss, Freiberg, Kappis, Osteocondrite dissecante seja no joelho ou cotovelo,
2. Todos os casos de suspeita de Legg Calvé Perthes, Scheuermann, Blount
3. Casos sem controle dos sintomas após tentativas de tratamento controlado ou aqueles casos de muita dor que interferem com as atividades diárias do paciente.



# **OSTEOPOROSE**

## **DENSITOMETRIA (INDICAÇÕES)**

- Mulheres de 65 anos ou mais
- Mulheres menores de 65 anos com
  - Fratura de vértebra, ombro, punho ou quadril após os 40 anos
  - hipogonadismo crônico ou menopausa antes dos 45 anos.
  - Hiperparatireoidismo primário.
  - Uso prolongado de corticóide (Prednisona 7.5 mg/dia ou equivalente por mais de 3 meses)
  - Síndromes de má absorção crônica ou desnutrição
  - Síndrome de Cushing.
  - Quimioterapia (sobrevida esperada superior a 5 anos)
  - IMC menor que 20
- Homens a partir dos 70 anos.

## **DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE**

O diagnóstico é feito toda vez que o T-score atinge ou ultrapassa -2,5 DP na Densitometria óssea

## **TRATAMENTO**

Os medicamentos de primeira escolha no SUS são sempre:

- Alendronato de Sódio 70 mg, semanal em jejum
- Carbonato de Cálcio 500 mg + Vitamina D3 200 UI diários, após almoço.

## **SEGUIMENTO**

Trimestral: Aderência ao tratamento.

Renovação de receita.

Reforço nas orientações nutricionais e gerais.

Semestral: Dosagem de Cálcio sérico e urinário, PTH intacto, função renal.

Densitometria óssea: Repetir após primeiro ano de tratamento

A cada dois anos em pacientes em tratamento estabelecido

### **QUANDO ENCAMINHAR**

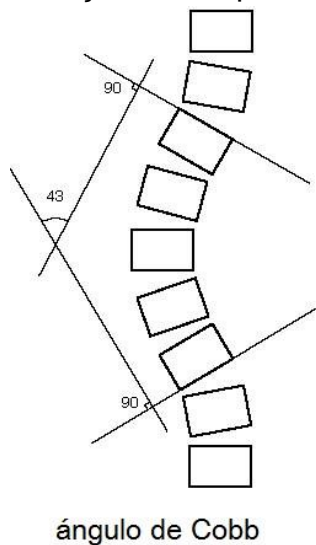
- Pacientes com Osteoporose e fraturas secundarias.
- Pacientes com Osteoporose grave (T-score  $\leq -2,5$  ou maior)
- Investigação de causas secundarias, quando houver utilidade clínica.
- Falta de melhora após 2 anos de tratamento regular.
- Piora progressiva após 1 ano de tratamento regular.

# DEFORMIDADES DA COLUNA

É importante lembrar que existem desvios do eixo da coluna normais, como é o caso da cifose e lordose; somente a escoliose é considerada anormal e será tratada sempre que o desvio a inclinação lateral seja superior a  $10^\circ$ . No caso da cifose, curvaturas superiores a  $45^\circ$  deverão ser tratadas. A idade do paciente também é importante para indicar tratamento, após o término do crescimento por volta dos 16 anos, não mais responderão as medidas incruentas e o tratamento cirúrgico tem suas indicações precisas.

## NA UBS/ESF

- 1.- Realize a manobra de Adams, em todos os pacientes com potencial de crescimento.
2. Peça duas radiografias da coluna toraco-lombar (ou panorâmica se tiver) antero-posterior e perfil para escoliose, ortostática.
3. Meça a curva pelo método de Cobb.



Para medir o ângulo de Cobb, primeiro devemos decidir quais são as vértebras da extremidade da deformidade. Traçar linhas sobre a borda superior da vértebra mais inclinada superior e borda inferior da vértebras mais inclinada inferior. Depois traze uma perpendicular ( $90^\circ$ ) a estas líneas de modo a que estas se cruzem, o ângulo resultante equivale a curvatura em graus.

4. Indique atividade física, natação e fisioterapia

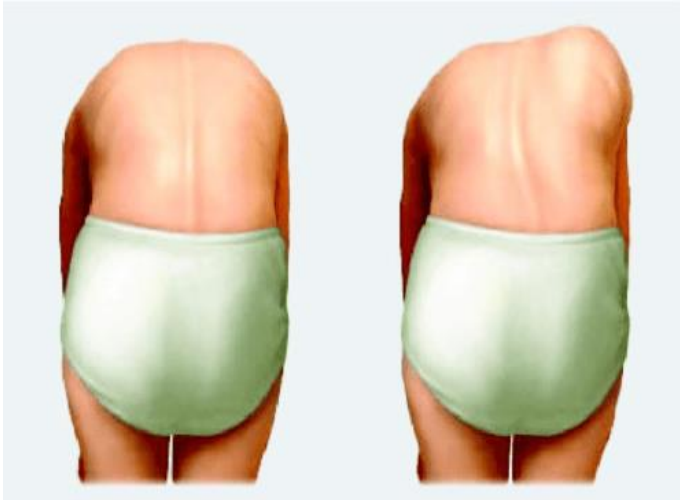
## SEGUIMENTO:

- Retorno para reavaliação clínica e radiológica a cada 4 meses, até o término do crescimento (16 anos).

## QUANDO ENCAMINHAR:

- Pacientes com escoliose de 30 graus ou mais.
- Pacientes com suspeita de doença de Scheuermann.
- Progressão da curva em dois controles sucessivos.

## MANOBRA DE ADAMS



## Diagnóstico diferencial

**Scheuermann**



**Postural**



# **DEFORMIDADES ANGULARES E ROTACIONAIS DOS MEMBROS INFERIORES**

Ao longo do crescimento os membros inferiores passam por uma série de modificações angulares e rotacionais normais antes de seu alinhamento definitivo da idade adulta. Do conhecimento e adequada avaliação desse processo depende o diagnóstico dos casos particulares que escapam ou se desviam da normalidade.

## **JOELHO VARO-VALGO**

Lembrar que a criança nasce com discreto desvio em varo com torção tibial interna, tal desvio é normalizado até os 2 anos em média. Depois inverte para valgo até os 4 anos diminuindo e realinhando progressivamente até os 8 anos.

A persistência do varo aos 2 anos ou sua piora progressiva devem ser motivo de avaliação especializada. Da mesma forma a piora progressiva do valgo após os 4 anos. Outro detalhe que é preciso observar é a simetria nos desvios, devendo encaminhar qualquer caso de desvio assimétrico.

Diferente da criança pequena, o desvio em valgo do joelho após os 8 anos precisa seguimento especializado sempre que o ângulo femoro-tibial for superior a  $10^{\circ}$  ou a distância intermaleolar superior a 5 centímetros.

Outro desvio do joelho na criança pequena a ter em mente, é a Tibia vara de Blount que se caracteriza pela persistência ou aumento do varo fisiológico a partir dos dois anos de idade, seja unilateral ou bilateral.

## **ANTEVERSÃO FEMORAL**

Fala-se de anteversão femoral, quando a criança anda com os membros inferiores rotados para dentro e tanto joelhos como pés tendem a bater entre sim. Encaminhe para avaliação especializada todos os casos em que o ângulo de progressão seja negativo

## **RETROVERSÃO FEMORAL**

É o desvio contrário ao anterior, e o paciente tem tendência a andar com os pés rodados para fora. Importante lembrar que em condições normais os pés têm uma rotação lateral de  $5^{\circ}$  em média.

# **DEFORMIDADES DOS PÉS**

## **PÉ EQUINO VARO**

O diagnóstico do “pé torto congênito” é feito geralmente na maternidade, durante a primeira avaliação pediátrica, pois o tratamento deve ser iniciado precocemente.

## **PÉ TALUS VERTICAL**

Consiste na verticalização do talus que confere ao pé um aspecto de “mata borrão” e rigidez. O diagnóstico e tratamento também devem ser precoces

## **PÉ PLANO VALGO**

O “pé chato” ou ausência da curvatura interna do pé é uma queixa frequente dos pais com o início da marcha. É preciso aguardar até os dois anos de idade quando o tecido adiposo da planta do pé diminui, começa a formação do arco plantar e pode ser feita uma avaliação mais precisa da curvatura medial ou sua ausência. Lembrar que com aproximadamente 6 anos de idade o arco plantar já está formado.

## **PE CAVO**

Pé cavo é aquele cuja curva interna do pé muito alta. Geralmente se torna evidente a partir dos 6 anos de idade. Podem existir outros casos na família. Na maioria dos casos é devido a doença neurológica. Pode cursar com desvio em varo do calcanhar.

## **PÉ METATARSO VARO**

É uma deformidade na qual o ante-pé fica virado para dentro, deve ser diferenciado das deformidades rotacionais dos membros inferiores. Precisa um diagnóstico precoce.

## **PÉ EQUINO**

Esta deformidade determina a marcha na ponta dos pés. No início da marcha pode ser normal e corrige até os 4 anos de idade. A persistência ou piora progressiva deve levantar suspeita de doença neurológica.

## **NA UBS/ESF**

- A consulta acontece depois de reiteradas observações e comparações feitas em família. Observe o pé da criança descalça na maca, no chão e durante a marcha. Evite liberar a criança somente porque “melhora com o crescimento”.

Na dúvida reavalie em 3 meses e se persistir a dúvida encaminhe para o especialista.

- Nos casos de Pé eqüino varo e Pé talo vertical não diagnosticados na maternidade, encaminhe com **prioridade** e entre em contato com a central de regulação.

# **SINDROMES COMPRESSIVAS MEMBROS SUPERIORES**

Segundo Sunderland “A pressão de 50-60 mm Hg aplicado a um tronco nervoso é suficiente para obstruir o fluxo vascular intraneural” e provocar sintomas compressivos.

Os locais mais frequentes de compressão de nervos periféricos no Membro Superior são: Raízes cervicais e plexo braquial, no desfiladeiro cervico-torácico, Cotovelo e punho.

As síndromes compressivas são divididas em:

Altas ou proximais:

Síndrome do desfiladeiro torácico  
Compressão do nervo supra-escapular

Baixas ou distais:

Nervo mediano: síndrome do túnel do carpo  
síndrome do pronador  
síndrome do interósseo anterior

Nervo ulnar: síndrome do canal de Guyon  
síndrome do túnel cubital

Nervo radial: síndrome do interósseo posterior  
síndrome do túnel radial

Os sintomas predominantes nestas síndromes são dor urente localizada ou irradiada ao membro superior inteiro, inclusive pescoço, região peitoral e dorsal, dependendo do nervo acometido a irradiação pode acompanhar o trajeto dele. O paciente reclamará também de “formigamento ou dormência” segmentar ou no membro todo de predomínio noturno ou de madrugada. Avaliar e anotar sinais motores e sensitivos, sua extensão e a presença ou não de hipotrofias e deformidades espásticas ou flácidas.

O tratamento inicial consiste em repouso, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, corticoides, fisioterapia.



A Eletroneuromiografia é de utilidade para o diagnóstico, embora em cada caso específico, radiografias e ultrassonografias podem ajudar no diagnóstico diferencial de outras patologias locais.

#### **QUANDO ENCAMINHAR**

Todos os casos que não respondam ao tratamento conservador após 12 semanas.

Casos moderados e graves na Eletroneuromiografia

Presença de hipotrofia muscular, paralisia espástica ou flácida

#### **REFERENCIA.- CONTEUDO DESCRITIVO MINIMO:**

##### **10. Sinais e sintomas:**

- a) Descrever características da dor, irradiação, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
- b) Descrever as alterações neurológicas: parestesias, hipotrofias, deformidades
- c) Outros sinais e sintomas relevantes

**11. Tratamento** em uso ou já realizado, medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

**12. Resultado de exames** de imagem, com data. (Anexar exames)

#### **CONTRA-REFERENCIA.- ESPECIFICAR:**

7. Diagnóstico (incluído CID)

8. Conduta: - Tratamento medicamentoso (dose, duração)

- Tratamento cirúrgico, tipo e resultado

- Medidas não medicamentosas

- Outras orientações

3. Instruções para seguimento na UBS/ESF

4. Necessidade ou não de reavaliações, prazo e exames necessários para retorno.

o

# **SINDROMES COMPRESSIVAS DOS MEMBROS INFERIORES**

**Radiculopatias lombo-sacras.-** As mais frequentes são das raízes de L5-S1 e L4-L5. Entre as causas mais comuns lembrar sempre de Hérnia discal, Alterações degenerativas da coluna, Espondilolistese e tumores metastásicos.

**Meralgia parestésica.-** Compressão do nervo cutâneo femoral lateral que se origina das raízes L2/L3, percorre ao redor da borda pélvica, desde a espinha ilíaca antero-superior desce sob o ligamento inguinal e é responsável pela sensibilidade cutânea antero-lateral da coxa. Frequente em obesos, trabalhadores que usam cinto pesado de ferramentas e pessoas que usam roupa apertada.

**Síndrome do Piriforme.-** Inflamação do Nervo Ciático na sua passagem pelo Piriforme, frequente em quem fica sentado por longos períodos e também em treinos intensos. Piora quando sentado e cruzando as pernas.

**Neuropatia Peroneal.-** É a mononeuropatia mais frequente dos membros inferiores. Geralmente a compressão está no colo da fíbula. Lembrar dela sempre que tiver pé pendente.

**Síndrome do túnel tarsal.-** Compressão do Nervo Tibial na sua passagem no túnel do tarso, entre o retináculo dos flexores e o maléolo medial.

**Neuroma de Morton.-** Fibrose do nervo intermetatarsal, mais frequente na base do III e IV pododáctilos.

## **NA UBS/ESF**

- Elaborar histórico detalhado da dor e dos sintomas neurológicos.
- Sinal do Tinel e digito-compressão no local acometido costumam ser positivos.
- Radiografias, Ultrassom e Eletroneuromiografia podem auxiliar no diagnóstico.
- Prescreva analgésicos, anti-inflamatórios, corticoides, fisioterapia

## **QUANDO ENCAMINHAR**

Todos os casos que não respondam ao tratamento conservador após 12 semanas.

Casos moderados e graves na Eletroneuromiografia

Piora progressiva

Presença de hipotrofia muscular, paralisia espástica ou flácida

