

Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade: Abordagem a queixas musculoesqueléticas

Campo Grande

2023

Gustavo Pasquim Guedes

**Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade:
Abordagem a queixas musculoesqueléticas**

Monografia apresentada como requisito para a
obtenção do título de Médico de Família e
Comunidade ao Programa de Residência em
Medicina de Família e Comunidade da
Secretaria Municipal de Saúde de Campo
Grande/ Fiocruz.

Orientador: Marcos Paulo Silva do Amaral
Coorientador: João Alfredo Cadorin da Silva

Campo Grande
2023

RESUMO

GUEDES, Gustavo Pasquim Guedes. *Manual do residente de Medicina de Família e Comunidade: Abordagem a queixas musculoesqueléticas*. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

Queixas relacionadas ao aparelho musculoesquelético representam grande parte dos atendimentos solicitados pela comunidade dentro da Atenção Primária à Saúde. Todavia, nota-se que boa parte resume-se a condutas não otimizadas, geralmente limitadas à prescrição de analgésicos comuns e antiinflamatórios. Este trabalho tem como objetivo fornecer de forma objetiva e organizada um guia com as principais queixas musculoesqueléticas, a fim de facilitar e melhorar o atendimento ao paciente. Foi realizada revisão com base em bibliografia relacionada ao assunto como livros e artigos em geral. Os resultados foram organizados de forma didática e de fácil acesso e leitura. Espera-se que o médico assistente tome conhecimento de variadas patologias, como abordá-las e também das condutas apropriadas ao final do estudo.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Doenças Musculoesqueléticas. Medicina de Família e Comunidade.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1) | INTRODUÇÃO | 4 |
| 2) | QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA | 6 |
| 3) | HIPÓTESE | 7 |
| 4) | OBJETIVO PRIMÁRIO | 8 |
| 5) | OBJETIVOS SECUNDÁRIOS | 9 |
| 6) | MÉTODOS | 10 |
| 7) | RESULTADOS | 11 |
| | (1) CERVICALGIAS | 11 |
| | (2) LOMBALGIAS | 15 |
| | (3) DOR EM OMBRO | 20 |
| | (4) DOR EM PUNHO E MÃO | 23 |
| | (5) DOR EM JOELHO | 26 |
| | (6) DOR EM TORNOZELO E PÉ | 31 |
| | (7) PREVENÇÃO QUATERNÁRIA | 35 |
| 8) | DISCUSSÃO | 37 |
| 9) | CONCLUSÃO | 38 |
| 10) | REFERÊNCIAS | 39 |

1) INTRODUÇÃO

Queixas relacionadas ao aparelho musculoesquelético formam grande parte de todas as queixas atendidas pelos profissionais na Atenção Primária, e disfunções de tal sistema são consideradas a principal causa de incapacidade crônica no mundo (WOOLF; AKESSON, 2001 *apud* DOVAL; MARTINS; ARAÚJO, 2022). Dado o grande volume de condições relacionadas a tal sistema, é de suma importância que quem promove assistência à população de forma geral tenha conhecimento das suas mais comuns patologias, além de saber o manejo pertinente a cada caso.

Existe alta prevalência de distúrbios musculoesqueléticos quando associados com trabalho físico pesado, mesmo com alta aptidão física e prática de atividade física regular pelo paciente (MASCARENHAS; FERNANDES, 2014). É importante, à luz deste fato, ressaltar que parcela significativa da população usuária da Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) tem nas atividades laborais grande demanda pelo desempenho físico, além de condições ergonômicas precárias frequentemente.

Cervicalgia é um sintoma comum visto dentro da prática clínica na Atenção Primária, e possui várias origens e fisiopatologias diferentes envolvidas, acometendo cerca de 55% da população em algum momento (TEIXEIRA *et al*, 2001 *apud* ZEIGELBOIM *et al*, 2016).

Quanto às lombalgias, aproximadamente 80% dos adultos sofrem com algum evento ao longo da vida (ALMEIDA; KRAYCHETE, 2017). É também causa de importante impacto econômico social, visto que 5 a 10% dos trabalhadores são afastados por mais de 7 dias anualmente por dor lombar. Não somente, cerca de 30 a 60% dos indivíduos com lombalgia relacionada ao trabalho apresentaram recidiva do quadro (PIRES; DUMAS, 2008).

Dor no ombro é responsável por 1% dos atendimentos na APS, e 50% dos pacientes que apresentam um episódio de dor evoluirão com quadro crônico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Estes são apenas alguns dados que remetem à importante epidemiologia relacionada ao aparelho musculoesquelético. Entretanto, é comum que o médico assistente negligencie suas queixas e limite a terapêutica ao uso de sintomáticos em

fase aguda, talvez por falta de conhecimento das múltiplas oportunidades que poderiam ser ofertadas ao paciente pela própria APS. Faz-se necessária portanto a criação de um método prático que oriente a equipe de referência e em especial o médico, inserido no contexto da saúde primária, a otimizar seu diagnóstico e conduta pertinentes a cada indivíduo.

2) QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como otimizar a abordagem às mais comuns patologias musculoesqueléticas e às suas condutas presentes na Atenção Primária à Saúde?

3) HIPÓTESE

Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade: capítulo
Abordagem a queixas musculoesqueléticas.

4) OBJETIVO PRIMÁRIO

Produção do capítulo "Abordagem a queixas musculoesqueléticas" do Manual do Residente de MFC, produzido por integrantes da turma da Residência de Medicina de Família e Comunidade SESAU/Fiocruz de Campo Grande - MS, do ano 2021-23, que objetiva facilitar o estudo do profissional assistencialista assim como fornecer consulta prática às condutas pertinentes a cada sistema e aparelho do organismo humano, além de abordar outros temas relacionados à Atenção Primária de forma geral.

5) OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Relatar as principais queixas, clínica e condutas relacionadas ao aparelho musculoesquelético em um capítulo que pertencerá ao manual citado no objetivo primário deste trabalho;
- Facilitar o acesso à informação de condições musculoesqueléticas comumente encontradas dentro da APS pelo médico assistente.

6) MÉTODOS

Foi realizada revisão e análise crítica de bibliografia remetente ao tema: o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ª edição, dos autores Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes e Leda Chaves Dias, diretrizes publicadas pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, além de artigos gerais publicados sobre o tema em plataformas públicas como Scielo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada de maio de 2022 a janeiro de 2023. Foram incluídos artigos que apresentavam revisão sobre a queixa musculoesquelética relacionada às estruturas apresentadas nos resultados deste trabalho, e excluídos artigos que não apresentavam tal revisão. Não se aplicam ao estudo riscos e benefícios.

Os resultados foram organizados de forma anatômica, com as principais estruturas relacionadas a queixas musculoesqueléticas, e cada tópico foi dedicado a uma estrutura, sendo todos os tópicos organizados em clínica, características e abordagem, diagnóstico, tratamento, indicação de exames, sinais de alarme, quando encaminhar à emergência e quando encaminhar ao especialista focal. Um último tópico foi dedicado a escrever quanto à prevenção quaternária dentro deste tema.

7) RESULTADOS

7.1 - Cervicalgias

7.1.1 - Clínica

A cervicalgia aparece de diversas formas dentro do consultório; são várias as alterações e patologias que produzem dor local ou irradiada para a região, e a dor é caracterizada das mais variadas formas. É dividida, de acordo com o tempo do sintoma, em aguda e crônica: cervicalgia aguda tem duração menor que 3 meses, e crônica tem duração maior.

Descrições como “agulhada” ou “choque” sugerem dor de caráter neuropático e podem estar associadas à parestesia (“dormência” e “formigamento”). Devemos ter cautela ao associar o sintoma referido como “perda de força” à parestesia neurológica, visto que pacientes podem relatar tal sintoma nos membros superiores, por exemplo, em lesões de caráter muscular ou articular, quando na verdade seria mais apropriado, para fins de raciocínio clínico, entendê-lo como limitação funcional pela dor.

Geralmente a dor cervical estará associada a sintomas como limitação funcional, contratura muscular, irradiação para membros superiores (cervicobraquialgia), ou até parestesia nestes, e restrição de movimento. Pode ocorrer associada à dor queixa de tontura/vertigem.

7.1.2 - Características e abordagem

Na avaliação do paciente com queixa de cervicalgia, é importante analisar aspectos sociais e laborais - como ambiente e função do trabalho, postura na qual o paciente fica ao longo do dia, sedentarismo e outros -, aspectos cotidianos do paciente relacionados à postura viciosa, comorbidades e história mórbida familiar, além de elucidar com riqueza de detalhes os aspectos da dor em si e sintomas associados. São pertinentes à anamnese idade, tempo do sintoma, presença de

sintomas neurológicos ou trauma associados, além das demais informações habitualmente obtidas.

No exame físico, podem ser notadas informações relacionadas à postura viciosa durante a inspeção. Pode-se solicitar ao paciente que execute movimentos de flexão, extensão, rotação e lateralização cervical a fim de se definir limitação ao movimento. Na palpação, devemos buscar pontos dolorosos e de gatilho (WAGNER *et al*, 2009).

O exame físico neurológico é de suma importância na investigação de neuropatias. Algumas manobras também devem ser executadas a fim de enriquecer a abordagem, dentre as quais a mais conhecida e comumente realizada é a manobra de Spurling, que auxilia na investigação de radiculopatias. Avaliar o grau de força dos membros superiores auxilia na diferenciação de paresia e limitação funcional pela dor, conforme descrito anteriormente.

Vale lembrar que no exame físico e anamnese devem ser excluídas causas de cervicalgia secundária como hipertensão, patologias orofaríngeas, tireoidopatias, otites, dor em articulação temporomandibular, entre várias outras que afetam a região cervical ou irradiam dor para a região.

7.1.3 - Diagnóstico

Dentre as causas mais comuns de cervicalgia estão as síndromes dolorosas miofasciais, que variam conforme a musculatura afetada. Geralmente são associadas a estresse e sobrecarga na função do músculo em sofrimento, além de postura viciosa. Normalmente no exame são encontrados pontos-gatilho, contraturas musculares, dor e limitação no movimento que tal musculatura é responsável por executar. Na radiografia simples, achados como retificação da lordose cervical podem corresponder à postura viciosa, o que corrobora com a suspeita de dor muscular (TEIXEIRA *et al*, 2001).

Outros diagnósticos diferenciais pertinentes: a fibromialgia pode também ser causa de cervicalgia, e seu quadro clínico deve ser explorado na anamnese e exame físico; artrose das articulações intervertebrais pode ser percebida por crepitação local e é evidenciada em radiografia simples por espessamento da

superfície articular; traumatismos podem ser causados por movimentos bruscos de hiperflexão e hiperextensão, como movimentos de chicote, e devem ser avaliados com cautela e preferencialmente em unidades de urgência (WAGNER *et al*, 2009).

7.1.4 - Tratamento

Nas cervicalgias agudas, afastando-se traumatismos e comprometimento neurológico, sugere-se uso de antiinflamatórios não esteroidais (AINES) e analgésicos comuns para manejo inicial, com uso de opióides se justificados. Quando há contraturas, o uso de relaxantes musculares pode ser benéfico. Em traumatismos, o uso de colar cervical é indicado se há suspeita de instabilidade; quanto a modalidades alternativas, não se indica, no primeiro momento, acupuntura, eletroterapia e fisioterapia (WAGNER *et al*, 2009).

A liberação miofascial é uma alternativa de baixo custo que pode ser reproduzida dentro do consultório e propicia resultados favoráveis nos quadros. Bloqueios anestésicos podem ser utilizados, de acordo com a capacitação do profissional. Entretanto, tais técnicas devem ser realizadas com cautela a fim de evitar a perfuração iatrogênica de estruturas adjacentes.

Nas cervicalgias crônicas, o uso de relaxantes musculares e AINES não é efetivo, podendo ser usados analgésicos comuns nas agudizações. A abordagem conjunta de analgesia, fisioterapia, psicoterapia e exercícios físicos apropriados e regulares produzem efeitos benéficos em pacientes crônicos sem comprometimento neurológico. A educação do paciente quanto à fisiologia da dor associado a disfunções musculoesqueléticas parece ter efeito positivo quando associado ao tratamento conservador, incluindo exercícios físicos (DOVAL; MARTINS; DE ARAÚJO, 2022). A acupuntura é também opção que tem se mostrado eficaz quando associada ao tratamento em quadros crônicos (WAGNER *et al*, 2009).

Antidepressivos, especialmente os tricíclicos como a amitriptilina, podem ser eficazes no controle da dor crônica de forma geral e também são alternativa.

7.1.5 - Indicação de exames

A radiografia simples da região cervical é o principal exame de imagem a ser solicitado inicialmente. Dentre as principais indicações para se realizar o exame estão história de trauma; idade maior que 50 anos; ausência de resposta satisfatória à conduta inicial; ou quando há sinais de comprometimento neurológico. Devem ser avaliados com ressonância magnética ou tomografia computadorizada da região pacientes que apresentam quadro ou queixas que levantem a suspeita de comprometimento neurológico mas que apresentam radiografia simples normal (WAGNER *et al*, 2009).

A indicação de demais exames complementares, como laboratoriais, variam conforme a suspeita diagnóstica, e estão mais relacionadas na investigação de comorbidades e função metabólica, além de afecções inflamatórias, infecciosas, tumorais, entre outras. A eletroneuromiografia é um importante exame para avaliar o comprometimento radicular e pode ser solicitado quando há essa suspeita.

7.1.6 - Sinais de alarme

São sinais de alerta nas cervicalgias, seja pela complexidade diagnóstica ou potencial de simulação do sintoma pelo paciente: ansiedade e depressão; interesse em afastamento do trabalho ou aposentadoria; história anterior de cervicalgia; sintomas gerais. Sinais de risco na cervicalgia, que requerem avaliação em unidade de urgência ou por especialista focal, são: instabilidade da região; fraqueza muscular; perda progressiva de função (WAGNER *et al*, 2009).

7.1.7 - Quando encaminhar à emergência

A cervicalgia por trauma, ou com instabilidade local, deve ser encaminhada à unidade de urgência para avaliação.

7.1.8 - Quando encaminhar ao especialista focal

É importante ressaltar que pacientes com comprometimento neurológico devem receber avaliação pelo especialista focal. Vale também o encaminhamento

aos casos que possuem necessidade de condutas e/ou exames complementares específicos realizados apenas pela Atenção Secundária, ou àqueles nos quais o tratamento fornecido dentro da APS foi esgotado.

7.2 - Lombalgias

7.2.1 - Clínica

As lombalgias são definidas temporalmente como agudas, subagudas e crônicas, sendo os períodos respectivamente: até 6 semanas, de 6 semanas a 3 meses, e maior que 3 meses.

Lombalgia é referida geralmente como dor em peso na região lombar, localizada entre o rebordo costal e linha média glútea superior, podendo ter irradiação para um ou ambos os membros inferiores - neste caso definida como lombociatalgia. Nos casos agudos/agudizações, em geral a dor tem início súbito porém em menor intensidade, evoluindo para seu ápice em algumas horas. O paciente geralmente se apresenta em posição antálgica, sendo esta uma contração reflexa da musculatura para alívio, e qualquer movimento fora desta posição desencadeia dor (PIRES; DUMAS, 2008).

A causa mais comum de dor lombar é a mecânica, correspondendo de 80 a 90% dos casos. Clinicamente pode ser caracterizada como lombalgia em peso que piora ao final da tarde e aos esforços (ALMEIDA; KRAYCHETE, 2017).

Sintomas como febre, emagrecimento e queda do estado geral sugerem diagnósticos sistêmicos; alterações no aspecto da urina ou na micção sugerem infecções do trato urinário; irradiação da dor e perda de força/sensibilidade em MMII, além de incontinência fecal/urinária, sugerem radiculopatia associada.

7.2.2 - Características e abordagem

Na lombalgia mecânica, em até 70% não se encontra uma causa definida, sendo definida como lombalgia inespecífica e atribuída à tensão muscular ou lesões ligamentares. Possíveis causas de lombalgia inespecífica incluem processo

degenerativo das pequenas articulações posteriores, provocando irritação das raízes lombares; acentuação da lordose por aumento da curvatura da coluna; fraqueza na musculatura abdominal que acarreta maior pressão nas articulações facetárias; e assimetria das facetas articulares lombares. Dentro das lombalgias específicas, causas mecânicas incluem fratura vertebral, deformidades da coluna como escoliose, degeneração discal/articular, espondilose e instabilidade. Outras causas de lombalgia e lombociatalgia específicas são neurogênicas (5 a 15%) como hérnia discal e estenose espinhal, condições sistêmicas (1 a 2%) como neoplasias, infecções e artrites inflamatórias, e ainda causas remetentes a outros sistemas, como somatização, fibromialgia, nefro/ureterolitíase e simulação (ALMEIDA; KRAYCHETE, 2017).

Existe ainda, como causa extrínseca à coluna de lombalgia mecânica, a incoerência entre carga funcional (esforço requerido para realizar as atividades diárias) e capacidade funcional (potencial de execução de tais atividades): a carga maior que a potência leva à deterioração das estruturas pelo estresse imposto ao sistema musculoesquelético (PIRES; DUMAS, 2008).

Na abordagem, além de elucidar as características da dor, é fundamental conhecer a profissão/atividade laboral do paciente. É importante na anamnese buscar sintomas associados, além de informações como história mórbida pregressa e histórico familiar, pois são importantes no esclarecimento dos diagnósticos sistêmicos citados anteriormente. Na semiotécnica, manobras comumente realizadas a fim de se avaliar compressão radicular incluem flexão lombar, manobra de Lasègue, do arco da corda e de Valsalva; avaliar o abdome pode também fornecer informações importantes quanto a diagnósticos diferenciais.

7.2.3 - Diagnóstico

A caracterização etiológica da síndrome dolorosa lombar é um processo eminentemente clínico, visto que não há relação fidedigna entre a clínica apresentada pelo paciente e os achados em exames de imagem; estes devem ser solicitados apenas para confirmação da hipótese diagnóstica (BRAZIL *et al*, 2004).

7.2.4 - Tratamento

Afastadas causas específicas de lombalgia aguda, seu tratamento envolve o controle da dor para que o paciente retorne às suas atividades o mais breve possível. Medicamentos incluem analgésicos comuns, AINES e relaxantes musculares. Opióides como tramadol e codeína podem ser empregados em casos de dor intensa refratária às medicações iniciais. É importante ressaltar que nenhuma destas medicações são indicadas na lombalgia crônica não agudizada, dados os riscos do seu uso a longo prazo. Infiltração epidural de analgésicos, glicocorticóides e opióides podem ser empregados em caso de dor radicular aguda refratária ao tratamento conservador. O repouso é eficaz nas lombalgias e lombociatalgias agudas, sendo aproveitado ao máximo com o paciente em posição de Zassirchon. O afastamento das atividades laborais varia conforme o caso, sendo em média de 2 a 6 dias (BRAZIL *et al*, 2004).

Na lombalgia mecânica crônica, o uso de antidepressivos tricíclicos traz benefícios mesmo sem associação da clínica do paciente a quadro depressivo. Benzodiazepínicos não são indicados como tratamento da lombalgia mecânica. Lombalgias específicas devem ser manejadas caso a caso, e a avaliação do especialista pode ser necessária especialmente em casos refratários ao tratamento conservador e quando há necessidade de intervenção cirúrgica.

Exercícios de alongamento são comprovadamente eficazes no controle da dor lombar (HAYDEN *et al*, 2005 *apud* RIBEIRO *et al*, 2018). Outras medidas integrativas no tratamento de lombalgia crônica, como a acupuntura, ainda carecem de comprovação científica. A educação e o esclarecimento do paciente quanto à sua condição também são fundamentais em sua reabilitação, visando a sua recuperação funcional e laboral o mais breve possível.

7.2.5 - Indicação de exames

Os exames de imagem auxiliam na avaliação de lombalgias com evolução insatisfatória (refratária a tratamento por mais de 6 semanas) ou atípica, quadro neurológico progressivo, e quando há presença dos sinais de alerta citados

posteriormente (BRAZIL *et al*, 2004). Inicialmente a radiografia é o exame de escolha, sendo também o de maior acessibilidade e disponibilidade na Atenção Primária; a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são exames importantes para avaliar o canal vertebral, processos degenerativos, desarranjos discais, articulações e forames, entre outros.

A eletroneuromiografia pode auxiliar nas lombociatalgias crônicas, sendo importante para descartar doenças do sistema nervoso periférico que mimetizam o quadro radicular, e não está indicada nas lombalgias agudas/crônicas e lombociatalgias agudas. Já a densitometria óssea não é um exame para avaliação inicial, sendo útil nos casos onde a radiografia encontra osteopenia ou deformidade vertebral em colapso. Deve-se ter em mente, porém, que o simples achado de perda de massa óssea não se justifica como causa de dor lombar (BRAZIL *et al*, 2004).

7.2.6 - Sinais de alarme

Dentro das lombalgias, as chamadas bandeiras vermelhas (sinais de alerta) e bandeiras amarelas são características que, se presentes, requerem maior atenção do profissional assistente. As primeiras estão relacionadas aos riscos físicos e nem sempre determinam presença de doença grave, e as últimas a condições psicossociais e denotam maior probabilidade de recorrência do quadro.

Tabela 2. Bandeiras vermelhas na avaliação da dor lombar e as estratégias de investigação^{15,16}

| Resultado | Diagnóstico possível | | | | Estratégia de investigação | | |
|---|--------------------------|---------|--------|----------|----------------------------|---------|-----|
| | Síndrome da cauda equina | Fratura | Câncer | Infecção | HMG, PCR ou VHS | Raios X | RNM |
| > 50 anos com história de trauma ou > 70 anos | | X | X | | X ^{**} | X | X |
| Febre, calafrios, ferida próxima à coluna, ITU ou infecção de pele recentes | | | | X | X | X | X* |
| Trauma moderado a grave | | X | | | | X | X |
| Dor à noite ou ao deitar | | | X | X | X ^{**} | X | X* |
| Déficit motor ou sensitivo progressivo | X | | X | | | | XE |
| Anestesia em sela, cialgia bilateral, fraqueza nas pernas, retenção urinária, incontinência fecal | X | | | | | | XE |
| Perda de peso inexplicada | | | X | | X ^{**} | X | X |
| História de câncer ou suspeita de câncer | | | X | | X ^{**} | X | X* |
| História de osteoporose | | X | | | X | X | X* |
| Imunossupressão | | | | X | X | X | X* |
| Uso crônico de corticoide | | X | | X | X | X | X* |
| Uso de fármaco intravenoso | | | | X | X | X | X* |
| Abuso de substância psicoativa | | X | | X | X | X | X* |
| Falha terapêutica após 6 semanas de tratamento (manutenção ou piora do quadro) | | X | X | X | X ^{**} | X | X* |

ITU = infecção do trato urinário; HMG = hemograma completo; PCR = proteína reativa; VHS = velocidade de hemossedimentação; RNM = ressonância nuclear magnética; *Considerar ressonância nuclear magnética para sequência de investigação; **Considerar antígeno prostático específico (PSA); E- Avaliação de emergência.

Tabela 3. Bandeiras amarelas^{15,16}

Humor deprimido ou negativo (principal fator de risco para cronicidade), isolamento social.

Crença que a dor e a manutenção da atividade são lesivas.

“Comportamento doentio” (insistência em ficar de repouso por longo período).

Tratamento prévio que não se adequa às melhores práticas.

Indícios de exagero na queixa e esperança de recompensa. História de abuso de atestado médico.

Problemas no trabalho, insatisfação com o emprego. Trabalho pesado com poucas horas de lazer.

Superproteção familiar ou pouco suporte familiar.

Fonte: extraído de ALMEIDA, D. C.; KRAYCHETE, D. C. **Low back pain – a diagnostic approach.** Rev Dor. São Paulo, 2017 abr-jun;18(2):173-7 (p 2).

7.2.7 - Quando encaminhar à emergência

Lombalgias agudas causadas por traumas moderados a graves, quando há suspeita de fratura, devem ser encaminhadas à urgência para melhor avaliação. Também devem ser encaminhados os casos que cursem com anestesia em sela ou

incontinência fecal/urinária, pois sugerem síndrome da cauda equina que requer avaliação e intervenção imediata.

7.2.8 - Quando encaminhar ao especialista focal

Pacientes com comprometimento neurológico devem receber avaliação pelo especialista focal. Vale também o encaminhamento aos casos que possuem necessidade de condutas e/ou exames complementares específicos realizados apenas pela Atenção Secundária, ou àqueles nos quais o tratamento fornecido dentro da APS foi esgotado.

7.3 - Dor em ombro

7.3.1 - Clínica

A maior parte dos atendimentos relacionados à dor no ombro é relacionada à síndrome do impacto, que se relaciona a lesões no manguito rotador. Clinicamente configura-se em um ombro cronicamente doloroso, com irradiação para o úmero em sua inserção do deltóide. Frequentemente a lesão do manguito rotador em paciente de meia idade está associada a tendinopatia por sobrecarga repetitiva (na atividade laboral por exemplo), especialmente ao elevar os membros superiores acima da cabeça. Na faixa etária mais idosa, geralmente está relacionada a impacto subacromial verdadeiro, causando atrito no manguito rotador (EJNISMANN; MONTEIRO; UYEDA, 2008).

Outros diagnósticos pertinentes: a capsulite adesiva apresenta, além da dor, rigidez articular e importante limitação nos movimentos do ombro, sendo conhecida como “ombro congelado”. Tem como principais fatores de risco a tendinopatia do manguito rotador, diabetes mellitus, trauma precedendo o quadro e imobilização prolongada, por exemplo, por tipoias; a tendinopatia do cabo longo do bíceps cursa com piora da dor, localizada na região anterior do ombro, à flexão do cotovelo contra resistência; nas lesões da articulação acromioclavicular, a dor é em região anterior e bem localizada, geralmente possibilitando que o paciente aponte para o local preciso

da dor. Já nas lesões da articulação glenoumeral, é comum haver dor ao movimento em várias direções. Na luxação de tais articulações é comum estar associada à dor e a deformidade do ombro (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

7.3.2 - Características e abordagem

Pensando em manguito rotador, deve ser avaliada a amplitude de movimento ativo e passivo da cintura escapular; para avaliar o impacto subacromial podem ser realizados os testes de Neer, Hawkins e Yokun; o teste de Jobe avalia o tendão do supra-espinal; o teste de Patte avalia o tendão do infraespinal; o teste de Gerber avalia o tendão do subescapular. A lesão do cabo longo do bíceps é evidenciada no exame físico pela palpação do tendão no sulco bicipital e pelos testes de O'Brien, Speed e Yergason (EJNISMANN; MONTEIRO; UYEDA, 2008). Na capsulite adesiva, o paciente apresentará importante limitação a movimentos em múltiplas orientações.

É importante que o examinador exclua causas extrínsecas ao ombro na anamnese e exame físico, como exemplo radiculopatia cervical e outras causas neurológicas, cardiovasculares ou torácicas, e abdominais.

7.3.3 - Diagnóstico

O diagnóstico geralmente pode ser obtido apenas pela anamnese e exame físico bem realizados, porém é comum a confirmação da patologia por meio de exames complementares, majoritariamente os de imagem.

7.3.4 - Tratamento

Em fase aguda, o controle da dor com analgésicos simples, AINES e aplicação local de gelo visando a redução do edema e processo inflamatório são eficazes. O repouso deve ser orientado e voltado a poupar o esforço nas estruturas lesadas, tendo sempre em mente que não deve ser prolongado pelo risco de evolução para, como exemplo de complicações, capsulite adesiva ou atrofia muscular.

Em quadros crônicos, afastando-se agudizações, a fisioterapia é indicada. Injeção intrarticular com corticosteróides pode ser realizada quando há falha no tratamento medicamentoso conservador.

7.3.5 - Indicação de exames

Na APS, a ultrassonografia de ombro é um exame atraente, visto a acessibilidade, baixo custo e capacidade de detectar lesões que envolvem tendões, atrofia muscular, calcificações e na mensuração do espaço subacromial. Devemos estar atentos, no entanto, à relação operador-dependente de tal exame, podendo ser pouco sensível se realizado por profissionais inexperientes (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A radiografia pode fornecer informações importantes sobre as alterações ósseas, como artrose glenoumeral, esporão acromial e ascensão da cabeça umeral em relação à glenóide (EJNISMANN; MONTEIRO; UYEDA, 2008)

A ressonância magnética é o exame padrão ouro para detectar lesões de partes moles do ombro, porém seu alto custo e baixa disponibilidade muitas vezes inviabilizam sua realização. A tomografia é útil na avaliação de lesões relacionadas a trauma.

7.3.6 - Sinais de alarme

Dada à escassa bibliografia que define com exatidão sinais de alarme em lesões de ombro, entendemos que a decisão de realizar acompanhamento minucioso do paciente varia conforme o caso clínico e a critério da equipe assistente.

7.3.7 - Quando encaminhar à emergência

O paciente que comparece ao consultório com história de trauma, especialmente de moderada a alta energia, ainda em fase aguda, deve ser

encaminhado à urgência dada a disponibilidade nesta de exames complementares a serem realizados de forma imediata, principalmente quando há suspeita de fratura.

7.3.8 - Quando encaminhar ao especialista focal

O encaminhamento para especialista focal é indicado especialmente quando há ruptura de estruturas ou falha no tratamento conservador. Também é indicado nos quais há necessidade de exames complementares como a ressonância magnética, indisponíveis em nossa APS atualmente.

7.4 - Dor em punho e mão

7.4.1 - Clínica

As patologias que causam dor em punho e mão podem ser divididas em traumáticas e não traumáticas. Dentro das traumáticas, a clínica varia conforme o mecanismo da lesão, e podem ser citados: dedo em martelo, cursando com dor no dorso da articulação interfalângiana distal; dedo em Jersey, cursando com dor na palma da articulação interfalângiana distal; fratura do boxeador, apresentando dor na cabeça do quinto metacarpo; fratura distal do rádio, com dor na região radial do punho; e fratura do escafoide, com dor na região tabaqueira anatômica (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Descartada a história de trauma desencadeando a lesão, devem ser investigadas as causas não traumáticas, dentre as quais as mais comuns são a tenossinovite de De Quervain, cursando com dor na face radial do punho e dificuldade no movimento de pinça; cisto ganglionar, que apresenta associado à dor nodulação de crescimento progressivo no punho; dedo em gatilho, com dor à extensão e flexão do dedo com bloqueio na posição fletida; síndrome da compressão do nervo mediano que geralmente causa dor em queimação e parestesia no trajeto de tal nervo; osteoartrite, com dor e rigidez de curta duração; e artrite reumatóide, cursando com poliartralgia simétrica e edema poliarticular (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Lesões por esforço repetitivo (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) cursam com dor e estão associadas às condições de trabalho do paciente, valendo lembrar que tais diagnósticos são da competência técnica da perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (DE GUIMARÃES; DE AZEVEDO, 2013).

7.4.2 - Características e abordagem

Na presença de trauma como mecanismo de lesão, o médico assistente deve buscar por deformidades, edema, equimoses e posição anômala da mão ou dedos. Em todos os casos, deve ser avaliada perda funcional nos diferentes movimentos e com punhos abertos e cerrados, amplitude de movimento das articulações envolvidas, palpação de pontos dolorosos específicos, e realizados testes neurológicos de sensibilidade e força. Na artrite reumatóide, podem estar presentes as nodulações de Bouchard e Heberden, além de deformidades nas articulações.

Alguns testes específicos auxiliam na investigação: os testes de Tinel, Phalen e de compressão são úteis na síndrome de compressão do nervo mediano no carpo. Na presença de cistos ou tumorações, pode ser usada lanterna e realizar transiluminação do nódulo com lanterna em sala escura: cistos ganglionares são translúcidos, tumores sólidos não. O teste de Finkelstein auxilia na hipótese de tenossinovite de De Quervain (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

7.4.3 - Diagnóstico

O diagnóstico das patologias não traumáticas é clínico, com exames complementares sendo necessários apenas quando há dúvida diagnóstica. Já nos casos traumáticos, a radiografia simples é necessária para confirmação ou exclusão de fraturas.

7.4.4 - Tratamento

O tratamento da dor envolve analgésicos simples associados a AINEs por breve período. Quando há forte suspeita de fratura com radiografia normal, a imobilização é indicada até repetir o exame; na tenossinovite de De Quervain e no dedo em gatilho, além da analgesia, o uso de tala é recomendado por 2 a 6 semanas. Em quadros refratários, infiltração de corticosteróides pode ser realizada desde que o médico assistente tenha habilidade no procedimento. Em casos refratários, o tratamento cirúrgico pode ser necessário; na síndrome do túnel do carpo, o uso da tala no período noturno por 1 mês com o punho em posição neutra é indicado, associando corticosteróides via oral por breve tempo ou infiltração local se refratário ao tratamento conservador, mantendo a tala até melhora sintomática. Em casos moderados a severos, quando há sintomatologia importante ou perda axonal detectada em eletroneuromiografia, há indicação de tratamento cirúrgico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

7.4.5 - Indicação de exames

A radiografia do punho e mãos é necessária para confirmar a hipótese de fratura, especialmente nos casos em que trauma foi o mecanismo desencadeante. É interessante repetir a radiografia em 10 dias, para confirmar que não há fratura, nos casos em que há forte suspeita mesmo com a primeira radiografia normal; a radiografia eletiva é útil na investigação de patologias ósseas como artrose e artrite reumatóide, demonstrando osteófitos e diminuição do espaço articular, e erosões nas cartilagens e ossos respectivamente. A tomografia computadorizada ou ressonância magnética podem descartar fraturas, principalmente distais do rádio, na ausência de alterações em radiografias. Já a ultrassonografia pode ser utilizada para confirmar a presença de cistos ganglionares ou tumorações (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A eletroneuromiografia é importante no diagnóstico diferencial da compressão do nervo mediano no carpo, visto que a sintomatologia pode ser causada, além da síndrome do túnel do carpo, por polineuropatias, radiculopatias, plexopatias, entre outros (DE CAMPOS *et al*, 2003).

Exames laboratoriais são utilizados na hipótese de doenças reumatológicas, como a artrite reumatóide, ou na suspeita de infecções.

7.4.6 - Sinais de alarme

Dada à escassa bibliografia que define com exatidão sinais de alarme em lesões de ombro, entendemos que a decisão de realizar acompanhamento minucioso do paciente varia conforme o caso clínico e a critério da equipe assistente.

7.4.7 - Quando encaminhar à emergência

Na suspeita de fratura, o encaminhamento à urgência deve ser realizado.

7.4.8 - Quando encaminhar ao especialista focal

Quando há evidência de fratura, em casos refratários ao tratamento conservador, nos dedos em gatilho em que há incapacidade de fletir espontaneamente o dedo acometido, além de presença de instabilidade articular, lesões em dedo de Jersey e extensão passiva do dedo em martelo (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

7.5 - Dor em joelho

7.5.1 - Clínica

Nas lesões meniscais, geralmente há história de trauma torcional do joelho ou a dor, seja súbita ou insidiosa, surge após flexão total da articulação. Em casos mais graves, pode ocorrer dor associada a bloqueio do movimento articular com prejuízo da extensão do joelho e deambulação do paciente (LAURINO, 2010).

A lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) é a mais comum encontrada dentro das lesões ligamentares, sendo 70% relacionadas ao esporte e 70 a 90% em

condições sem contato direto com o joelho; mecanismos comuns de lesão do LCA envolvem aterrissagem, torção, desaceleração e mudanças súbitas do movimento. O paciente pode referir um “estalido” dentro do joelho associada a dor imediata, e evoluir horas após com edema decorrente de hemartrose. A sensação de falseio ou instabilidade da articulação é progressão comum desta lesão, especialmente ao retorno à deambulação ou prática esportiva (CHAVES *et al*, 2017); (LAURINO, 2010).

Lesões do ligamento posterior são incomuns e geralmente advêm da hiperextensão do joelho por trauma direto na parte antero-superior da coxa (DE CASTRO; VIEIRA, 2012). Lesões dos ligamentos colaterais podem ocorrer em trauma de alta energia na região lateral ou medial do joelho, com este hiperextendido em varo, e paciente refere dor e sensibilidade local com edema associado; sensação de instabilidade também pode ocorrer (CHAVES *et al*, 2017).

A gonartrose, ou osteoartrite, ou ainda artrose do joelho, é uma das doenças que mais causam impacto socioeconômico pela limitação funcional que causa ao paciente acometido. Dor, crepitação, edema e rigidez articular principalmente matinal, além de deformidades e restrição de movimento articular, podem estar presentes nesta patologia. Alguns como fatores de risco para seu desenvolvimento são idade avançada, obesidade, microtraumatismos de repetição, cargas excessivas sobre a articulação, atividades ocupacionais e fatores metabólicos, endócrinos e hereditários (CHAVES *et al*, 2017).

Algumas patologias relacionadas à musculatura, como tendinopatias, cursam com dor localizada ou difusa durante ou após o esforço físico (LAURINO, 2009).

7.5.2 - Características e abordagem

Na suspeita de lesões meniscais, manobras relacionadas ao exame físico que ajudam na formulação da hipótese diagnóstica são as de McMurray, compressão e distração e Apley, e de Steinmann. O paciente pode apresentar também crepitação durante a flexão-extensão da articulação.

Manobras na avaliação dos ligamentos cruzados são de Lachman e gavetas anterior/posterior, e para os colaterais podem ser realizados os testes de estresse em valgo e varo.

Na gonartrose, é comum a crepitação durante a flexão e extensão do joelho acometido, e em casos agudizados, edema e dor difusa são comuns, sendo o exame físico rico e por muitas vezes comprometido dada a dor intensa à manipulação da articulação.

Nas lesões musculotendinosas, são mais frequentes no exame físico dor localizada à palpação, edema, espessamento, assimetrias e deformidades (no caso de rupturas totais). Devem sempre ser palpados na avaliação os pólos superior e inferior patelares, tuberosidade tibial, epicôndilo lateral do fêmur (banda iliotibial), tendão patelar, inserção da pata de ganso e a cabeça da fíbula (LAURINO, 2009).

7.5.3 - Diagnóstico

O diagnóstico geralmente pode ser obtido apenas pela anamnese e exame físico bem realizados, porém é comum a confirmação da patologia por meio de exames complementares, majoritariamente os de imagem.

7.5.4 - Tratamento

O tratamento das patologias ligamentares/meniscais, em fase aguda, envolve o uso de analgésicos e antiinflamatórios não-esteroidais (AINES), repouso, modificação das atividades e gelo local (por 15 a 20 min, a cada 4 a 6 horas). Eventual imobilização e muletas para evitar deposição de carga no joelho podem ser necessárias, especialmente se evidenciada instabilidade articular. A avaliação entre tratamento conservador e cirúrgico dependerá de fatores como demanda funcional da articulação, lesões associadas, nível de atividade do paciente, sua idade e ocupação laboral, além do grau da lesão (CHAVES *et al*, 2017).

Nas tendinopatias, a educação do paciente e correção de movimentos físicos realizados de forma inadequada é primordial. É indicada a interrupção parcial ou total da atividade realizada a depender do caso, e a substituição por atividades que

exigem menos esforço do tendão acometido contribui para sua recuperação; gelo e analgésicos conforme citados anteriormente são eficazes no controle da dor em fase aguda ou agudização; fisioterapia, embora discutível por não haver eficácia comprovada na regeneração do tecido lesado, é eficiente na correção de desequilíbrios musculares; o uso de órteses é indicado na correção também de instabilidades e aliviam a pressão no tendão acometido; acupuntura pode ser viável no controle dos sintomas dolorosos. Em caso de ruptura parcial ou total, a avaliação do especialista deve ser indicada pela possível necessidade de intervenção cirúrgica; casos refratários ao tratamento conservador também devem ser avaliados. A infiltração de corticosteróides no tendão não é indicada, visto que pode acelerar a sua degeneração (LAURINO, 2009).

Algumas indicações cirúrgicas em lesões de menisco incluem situações de quadro refratário ao tratamento conservador, bloqueio articular e manobras e testes especiais positivos. No caso de lesões do LCA, são indicações: pacientes com instabilidade sintomática para as atividades de vida diária e esportiva, desejosos de manter atividade esportiva, além da falha do tratamento conservador (LAURINO, 2010).

Na gonartrose, o tratamento sempre deve ser multifuncional e buscar melhorias funcionais e mecânicas, minimizando a progressão da doença e surgimento de deformidades, além de controle satisfatório da dor. Nas condutas conservadoras, são fundamentais a perda de peso em pacientes obesos, redução das atividades de alta demanda funcional e, especialmente, a fisioterapia. Pode ser útil, a fim de se evitar abuso de AINES em especial, infiltração articular de corticosteróides, respeitando-se as indicações, contraindicações e cautelas do procedimento. Por fim, medidas integrativas, discutidas no capítulo remetente à dor crônica, podem ser de bom uso e trazer melhoria na qualidade de vida deste paciente.

7.5.5 - Indicação de exames

A radiografia é o exame mais indicado nas patologias do joelho, e por vezes o único necessário. Nas lesões ligamentares pode demonstrar alguns sinais como

avulsões ósseas, fratura de Segond e a Síndrome de Pellegrini-Stieda; nas lesões meniscais podem aparecer calcificação dos meniscos ou fragmentos soltos calcificados (CHAVES *et al*, 2017); (LAURINO, 2010). A imagem caracterizada como edema ósseo pode surgir por traumas torcionais de alta energia, frequentemente associadas a lesões meniscais periféricas ou osteocondrais (LAURINO, 2010). Na gonartrose, são sinais clássicos a presença de osteófitos, redução do espaço articular, esclerose subcondral e presença de cistos subcondrais (CHAVES *et al*, 2017).

O método de imagem que melhor evidencia lesões da articulação do joelho é a ressonância magnética, porém seu elevado custo e baixa disponibilidade não exclui a importância do exame clínico, especialmente na APS.

A ultrassonografia pode auxiliar na avaliação dos ligamentos e tendões presentes na região do joelho, sendo um exame complementar de relativamente baixo custo e mais acessível.

7.5.6 - Sinais de alarme

A presença de sintomas sistêmicos como febre, fadiga, anorexia, dentre outros, levantam hipóteses de doenças reumatológicas. Na artrite séptica, é comum o quadro de dor intensa, edema, eritema e restrição de mobilidade articular, além de febre e mal-estar, e a dor geralmente possui caráter insidioso, com piora gradual em dias a semanas (GOMES; DE ARAÚJO; FLATO, 2009).

7.5.7 - Quando encaminhar à emergência

O paciente que comparece ao consultório com história de trauma, especialmente de moderada a alta energia, ainda em fase aguda, deve ser encaminhado à urgência dada a disponibilidade nesta de exames complementares a serem realizados de forma imediata, principalmente quando há suspeita de fratura.

A suspeita de artrite séptica é também motivo de encaminhamento, dada a urgência que se apresenta nesta de iniciar antibioticoterapia endovenosa.

7.5.8 - Quando encaminhar ao especialista focal

Os casos nos quais há falha no tratamento conservador, ou que exigem intervenção cirúrgica, ou ainda que necessitem de exames complementares como a ressonância magnética, devem ser encaminhados ao especialista.

7.6 - Dor em tornozelo e pé

7.6.1 - Clínica

As entorses do tornozelo são lesões ligamentares traumáticas comuns, e sua clínica varia conforme o mecanismo de lesão e a energia do trauma, com sintomas mais exuberantes quanto maior a cinética envolvida e mais grave a lesão. Dor intensa e agravada ao movimento, edema e equimose são frequentes, podendo se localizar lateralmente, medialmente ou anteroposteriormente ao tornozelo. A equimose é mais evidente após 48 horas do trauma, e geralmente o quadro é acompanhado por dificuldade ou incapacidade de deambular. As entorses do tornozelo podem complicar com instabilidade articular crônica, que persiste após 6 meses do evento agudo (RODRIGUES; WAISBERG, 2009).

Artrites cursam com dor intensa que piora ao movimento, hiperemia e edema articular, com demais sintomas variando conforme a etiologia (artrite reumatóide, gota, séptica, entre outras).

A fascíte plantar é a causa mais comum de dor na região plantar do calcanhar, e comumente cursa com dor pior ao final do dia, com melhora ao repouso do pé. É associada com a perda da elasticidade do coxim gorduroso, o que gera processo inflamatório pela perda do poder de "amortecimento" do impacto e pressão local à deambulação e ortostatismo prolongados. Edema e hiperemia discretos podem estar presentes. É importante denotar que o esporão do calcâneo está presente em 50% dos pacientes com síndrome dolorosa subcalcânea, porém apenas 5,2% dos pacientes que possuem esporão referem dor no calcanhar, sendo, portanto, sua associação ao quadro incerta (FERREIRA, 2014).

7.6.2 - Características e abordagem

Entorses de tornozelo podem ser qualificadas em instáveis ou estáveis, com tal qualificação preponderante para estabelecer conduta e prognóstico do paciente. Existe ainda classificação conforme a clínica observada, sendo grau I (leve), com edema, equimose e perda funcional discretos; grau II (moderado), com edema difuso e equimose mais ampla, além de instabilidade do tornozelo e maior incapacidade funcional; grau III (grave) com ruptura completa dos ligamentos laterais levando à grande instabilidade articular, além de edema e hematomas importantes. Em tornozelos instáveis podem ser notadas - ou referidas pelo paciente - amplitude de movimento aumentada e posição anômala do pé, além dos testes da gaveta anterior, tilt-talar e estresse em varo positivos ao exame físico (DA SILVA, L.; 2016); (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Na fascíte plantar, há dor à palpação da tuberosidade medial do calcâneo, e a fáscia plantar deve ser palpada buscando a localização da dor ou nodulações. A piora da dor plantar pode ser notada pelo aumento da tensão local ao realizar dorsiflexão do pé e dedos (FERREIRA, 2014).

7.6.3 - Diagnóstico

O diagnóstico das lesões musculoesqueléticas de tornozelo e pé são realizados geralmente pela anamnese e exame físico, com exames complementares úteis para confirmar a hipótese diagnóstica conforme a avaliação do médico assistente.

7.6.4 - Tratamento

O tratamento das entorses de tornozelo objetiva reduzir a inflamação e o retorno às atividades cotidianas com remissão da dor, edema e instabilidade. Repouso por 3 dias, aplicação de gelo local, elevação do membro e uso de protetores articulares com imobilizadores são efetivos na fase aguda. O uso breve de AINEs também demonstrou melhora precoce da função articular. Nas lesões

leves, o uso de imobilizadores semirrígidos pode ser necessário por uma ou duas semanas, período geralmente suficiente para a recuperação. (RODRIGUES; WAISBERG, 2009). Já em lesões graves, a imobilização pode ser prolongada até 6 semanas e o encaminhamento para especialidades focais e fisioterapia pode ser necessário. O paciente que cursar com instabilidade crônica após a lesão deve ser encaminhado para reabilitação fisioterápica (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

A primeira linha de tratamento para a fascíte plantar é a conservadora, visando a redução do processo inflamatório. Repouso associado a AINEs e/ou analgésicos comuns e crioterapia pode trazer alívio na agudização do quadro. É importante que o tratamento de manutenção inclua um programa de exercícios domiciliares, por 3 a 6 semanas diariamente, 3 vezes ao dia, para alongamento da fásia plantar e tendão de Aquiles, além do uso associado de palmilha pré-confeccionada ou sob medida. O uso da palmilha deve ser encorajado por vários meses. A atividade física ou ortostatismo prolongado devem ser reduzidos durante o tratamento conservador, e fisioterapia analgésica pode ser associada à conduta. O tratamento cirúrgico é indicado quando há persistência dos sintomas após pelo menos 6 meses de tratamento conservador adequado. É controversa a aplicação de corticosteróides na fascíte plantar dada a complicação de fibrose e atrofia do coxim gorduroso pela medicação, além do risco de ruptura da fásia plantar (FERREIRA, 2014).

A perda de peso é importante no controle dos sintomas da dor subcalcânea, e acompanhamento nutricional deve ser encorajado especialmente em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

7.6.5 - Indicação de exames

A radiografia é o exame mais importante a ser realizado na suspeita de fratura envolvida quando há história de lesão por traumatismo. As regras de Ottawa para o tornozelo são importantes para guiar a necessidade do exame de imagem de urgência, reforçando a hipótese com um ou mais dos critérios positivos:

- incapacidade do paciente imediatamente após a lesão e na sala de exame, de apoiar o pé no chão para dar 4 passos sem ajuda, ou
- dor à palpação do bordo posterior dos últimos 6 centímetros do maléolo lateral (A), ou
- dor à palpação do bordo posterior dos últimos 6 centímetros do maléolo medial (B), ou
- dor à palpação da base do metatarso V (C), ou
- dor à palpação do osso navicular (D).

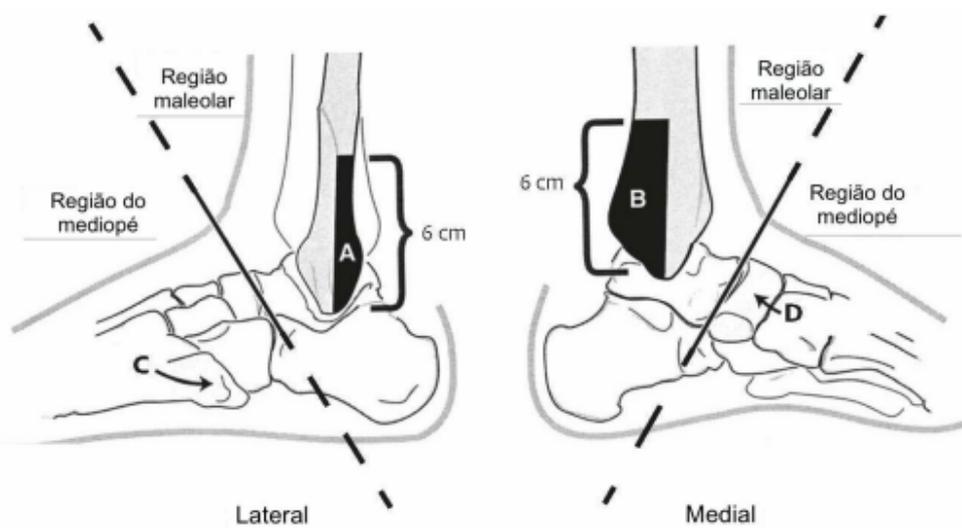


Figura Regras de Ottawa para tornozelo (Bachmann, 2003)

Fonte: extraído de BELO, J. *et al*, traduzido por COMAZZETTO, L. F. G. **Lesões ligamentares do tornozelo**. 2014.

Radiografia de tornozelo eletiva é indicada quando há instabilidade sintomática ou dor refratária após 6 meses de tratamento conservador, visando a investigação de complicações (instabilidade crônica, lesão osteocondral, entre outras). A ressonância magnética pode ser utilizada para este fim, permitindo também a avaliação de lesões ligamentares crônicas (RODRIGUES; WAISBERG, 2009).

A radiografia também é útil na avaliação da síndrome dolorosa subcalcânea, devendo ser feita com carga para avaliar informações quanto à biomecânica do pé e tornozelo; o esporão também pode ser evidenciado. A ressonância magnética raramente é indicada, sendo mais útil para descartar diagnósticos diferenciais como

tumores e fibromatose. A eletroneuromiografia é utilizada na suspeita de neuropatia periférica ou síndrome de Baxter (FERREIRA, 2014). A ultrassonografia de pé/calcâneo é um recurso geralmente disponível na APS e que pode fornecer informações importantes sobre partes moles, como tendinopatias.

Exames laboratoriais como dosagem de ácido úrico, fator reumatóide, anticorpos antinucleares e hemograma completo são importantes na investigação etiológica das artrites, sendo sua solicitação guiada para confirmar a hipótese diagnóstica.

7.6.6 - Sinais de alarme

Dor noturna em repouso, emagrecimento recente sem causa precisa, febre e sudorese noturna, além de dor intensa sem alívio, são sinais de alarme que levantam suspeitas de tumores ou infecção. Dor mal localizada em queimação no calcâneo e planta do pé, com irradiação para panturrilha e parestesia, levantam hipóteses de radiculopatia lombossacra ou síndrome do túnel tarsal (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

7.6.7 - Quando encaminhar à emergência

Nos casos em que há hipótese de ruptura de estruturas ou fratura, o encaminhamento para avaliação em unidades de urgência deve ser indicado. Instabilidade articular aguda por trauma também deve ser encaminhada.

7.6.8 - Quando encaminhar ao especialista focal

Tratamento conservador por pelo menos 6 meses sem resposta satisfatória, rupturas ligamentares e/ou tendinosas, sinais neurológicos progressivos associados ou complicações cursando com instabilidade no tornozelo são indicações de acompanhamento pelo especialista focal.

7.7 - Prevenção quaternária

É importante que, mesmo com a disponibilidade de exames complementares, o médico colete uma boa história clínica e enriqueça ao máximo possível seu exame físico, especialmente a fim de evitar a solicitação de exames desnecessários que não confirmariam nem agregariam à sua hipótese diagnóstica; consequências disso são tanto os danos inerentes aos procedimentos (ex: radiação) quanto as longas filas de espera para a realização dos mesmos dentro da APS.

A prescrição de AINEs deve ser feita com cautela nos pacientes com dor recorrente, a fim de evitar as consequências do abuso de tais medicações. Geralmente o indivíduo comparece à consulta referindo tomá-los quando crise álgica, sendo uma grande oportunidade então de orientá-lo quanto ao seu uso crônico. Além do dano renal ao uso crônico, sintomas gastrointestinais, especialmente atrofia gástrica e sangramentos, além da formação de úlceras gástricas, está relacionado ao abuso destas medicações principalmente entre os idosos.

8) DISCUSSÃO

Patologias relacionadas ao aparelho musculoesquelético são variadas e estão dentro das principais causas de procura a atendimento na APS, principalmente quando avaliamos as faixas etárias do adulto ao idoso independente do sexo; está relacionada às atividades laborais da população, que comumente envolvem trabalhos manuais, esforço físico intenso ou posturas que exigem demasiadamente do corpo como prolongado ortostatismo; está relacionada também ao envelhecimento do organismo e à conseqüente falha natural de estruturas que mantêm o bom funcionamento das estruturas anatômicas durante o movimento, como as articulações e ligamentos.

Ainda assim, são bastante negligenciadas, talvez por sua natureza comum; não à toa o bordão “cetoprofeno e casa” existe. Entretanto, tal frase se aplica apenas ao humor e à anedota: existem várias alternativas que a equipe assistente pode oferecer ao paciente que sofre de dor ou outra queixa musculoesquelética que não analgesia simples e AINEs. Embora, em sua maioria, os casos agudos podem ser manejados com sintomáticos, é imprescindível que o seguimento deste paciente seja realizado. Tão importante quanto a analgesia aguda são as orientações que o médico deve fornecer a fim de evitar a evolução a condições crônicas; além disso, o paciente com dor musculoesquelética crônica deve ser bem acompanhado a fim de evitar futuras agudizações. Tais quadros, quando não evitados, trazem não somente sofrimento e complicações à saúde do paciente, mas também superlotação dos atendimentos na unidade e prejuízo econômico, por exemplo pela realização de exames complementares e consumo de medicações de uso crônico, que podem ser evitados.

Para tal, o presente trabalho pretende ofertar ao médico assistente na APS, de forma objetiva, um guia com fácil acesso às informações mais pertinentes para manejo de diferentes queixas relacionadas à dor musculoesquelética, desde o diagnóstico até o fechamento do caso. Evita-se assim o paciente “em círculos”, aquele que frequenta constantemente a unidade por não ter sua condição resolvida ou atendida, muitas vezes por negligência ou falta de conhecimento da própria equipe que o assiste.

9) CONCLUSÃO

Sendo a Atenção Primária à Saúde a responsável pelo atendimento e acompanhamento inicial do paciente, e tendo em vista todo o poder resolutivo que possui, é importante que o médico assistente tome conhecimento de todas as ferramentas que o auxiliam na tomada de decisões, da entrada do paciente até o fim de sua jornada na unidade de saúde, sempre prezando pela melhor qualidade de vida possível ao indivíduo.

Esperamos que o presente trabalho tenha cumprido seu papel de facilitador na abordagem de queixas musculoesqueléticas dentro da Atenção Primária à Saúde, e que a equipe de referência tenha poder de cada vez mais dar suporte à comunidade a qual atende.

10) REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. C.; KRAYCHETE, D. C. **Low back pain – a diagnostic approach.** Rev Dor. São Paulo, 2017 abr-jun;18(2):173-7.

BRAZIL, A. V. *et al.* **Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias.** Rev Bras Reumatol. v. 44. n. 6. p.41 9-2 5. nov,dez.. 2004.

CHAVES, C. S. *et al.* **Patologias frequentes do joelho.** Acta méd. (Porto Alegre); 38: [7], 2017.

DA SILVA, L. **Entorse de tornozelo: melhores condutas terapêuticas.** 2016. Trabalho de conclusão de curso de especialização em fisioterapia ortopédica – Escola de educação física, fisioterapia e terapia ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

DE CAMPOS, C. C. *et al.* **Parestesia e/ou dor nas mãos e/ou punhos como motivo de encaminhamento para estudo eletroneuromiográfico.** Arq Neuropsiquiatr 2003;61(1).

DE CASTRO, D. M.; VIEIRA, L. C. R. **Joelho: revisão de aspectos pertinentes à fisioterapia.** EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, Nº 175, Diciembre de 2012.

DE GUIMARÃES, B.; DE AZEVEDO, L. S. **Riscos de distúrbios osteomusculares em punhos de trabalhadores de uma indústria de pescados.** Fisioter. Mov., Curitiba, v. 26, n. 3, p. 481-489, jul./set. 2013.

DOVAL, D.; MARTINS, M. da S.; DE ARAÚJO, F. X. **O efeito da educação na dor e funcionalidade em pacientes com disfunções musculoesqueléticas do membro superior: uma revisão sistemática.** Fisioterapia E Pesquisa, 29(Fisioter. Pesqui., 2022 29(3)). <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21018929032022PT>

EJNISMANN, B.; MONTEIRO, G. C.; UYEDA, L. F. **Ombro doloroso**. Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S133-S7.

FERREIRA, R. C. **Talalgias**: fascite plantar. Rev bras ortop. 2014;49(3):213–217.

GOMES, R. S.; DE ARAÚJO, D. B.; FLATO, U. A. P. **Diagnóstico da monoartrite aguda na emergência**. Rev Bras Clin Med, 2009;7:104-110.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: Princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2.

LAURINO, C. F. de S. **As tendinopatias do joelho**. DOI: 10.13140/2.1.4858.4008. [2009]. Disponível em: <https://www.institutosport.com.br/wp-content/uploads/2017/08/Tendinopatias-do-joelho.pdf>.

LAURINO, C. F. de S. **Lesões do joelho**: menisco, cartilagem e ligamento cruzado anterior. DOI: 10.13140/2.1.3547.6804. [2010]. Disponível em: <https://www.institutosport.com.br/wp-content/uploads/2017/08/Leso%CC%83es-do-joelho-menisco-cartilagem-e-ligamento-cruzado-anterior.pdf>.

MASCARENHAS, A. L. M.; FERNANDES, R. de C. P. **Aptidão física e trabalho físico pesado**: como interação para a ocorrência de distúrbio musculoesquelético? Cadernos De Saúde Pública, 30(Cad. Saúde Pública, 2014 30(10)). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00138512>

PIRES, R. A. M.; DUMAS, F. L. V. **Lombalgia**: revisão de conceitos e métodos de tratamentos. Universitas: Ciências da Saúde., Brasília, v. 6, n. 2, p. 159-168, jul./dez. 2008.

RIBEIRO, R. P. *et al.* **Relação entre a dor lombar crônica não específica com a**

incapacidade, a postura estática e a flexibilidade. Fisioterapia E Pesquisa, 25(Fisioter.Pesqui., 2018 25(4)). <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18001925042018>

RODRIGUES, F. L.; WAISBERG, G. **Entorse de tornozelo.** Rev Assoc Med Bras 2009; 55(5): 497-520.

TEIXEIRA, J. M. *et al.* **Cervicalgias.** Rev. Med. (São Paulo), 80(ed. esp. pt.2):307-16, 2001.

WAGNER, H.L. *et al.* **Cervicalgia:** diagnóstico na atenção primária à saúde. [Internet]. 2009. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/cervicalgia-diagnostico-na-atencao-primaria-a-saude.pdf.

WAGNER, H.L. *et al.* **Cervicalgia:** tratamento na atenção primária à saúde. [Internet]. 2009. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/cervicalgia-tratamento-na-atencao-primaria-a-saude.pdf.