Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fl. 02 Rubrica

PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ACESSO À ORTOPEDIA

SUS Sistema Único de Saúde

BARRA DO PIRAI 1864 1890

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fl. 03 Rubrica

Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Barra do Pirai
Secretaria Municipal de Saúde

SUS

PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ACESSO À ORTOPEDIA

ELABORAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAI

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

VERÔNICA TANCREDO DUARTE MANSUR MASSA

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

JOIRA PIGNATON

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

Secretaria Municipal de Saúde
Processo 13994/23
Fl. 04 Rubrica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 03

FLUXO DE ATENDIMENTO 04

PRIORIZAÇÃO 05

INTRODUÇÃO 06

1) DOR NA COLUNA 09

2) DOR NO OMBRO 12

3) DOR NO QUADRIL 14

4) DOR NO JOELHO 16

5) DOR NO PÉ E TORNOZELO 18

6) DOR NA MÃO, PUNHO E COTOVELO 19

7) OUTROS REUMATISMOS REGIONAIS 22

8) ATIVIDADE FÍSICA E CONDICIONAMENTO MUSCULAR .. 23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fl. 05 Rubrica MCS

APRESENTAÇÃO

A **Atenção Primária** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do **SUS** e como lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumprindo papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a **Atenção Primária** seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da **Atenção Básica** com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** (ou secundário) é marcado por diferentes "filtros" no que se refere ao seu acesso, em especial, no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na **Atenção Primária**, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.

Secretaria Municipal de Saúde
13994/23
Fls. 06 Rubrica

FLUXO DE ATENDIMENTO

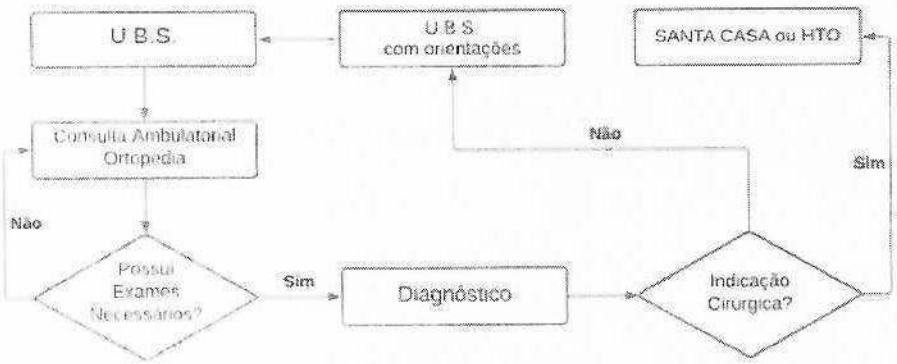
A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico / generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o referenciamento deste paciente.

É fundamental que os profissionais que pretendem encaminhar esgotem os recursos diagnósticos e terapêuticos (acompanhamento fisioterápico e tratamento farmacológico) da **Atenção Primária** antes de encaminhar aos serviços especializados.

Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.

O paciente será agendado de acordo com a classificação de prioridade e disponibilidade de vagas da Prefeitura.

O paciente, ao ser avaliado pelo serviço de especialidade, pode: retornar em consulta no serviço; ser encaminhado para tratamento em unidade de referencia ortopédica; receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na própria Unidade Básica de Saúde (UBS).



PRIORIZAÇÃO

P0 / URGÊNCIA

Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato (urgências e emergências). **Encaminhar ao PS** (Pronto-Socorro).

P1

Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 03 semanas).

P2

Situações clínicas sem gravidade, mas que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses.

P3

Necessitam de atendimento eletivo podendo ser acompanhados, inicialmente, pelos médicos da atenção básica. Agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

Obs: Referenciamentos classificados como **P1** devem ser encaminhados ao e-mail **regulacaobadopi@gmail.com**, para prioridade.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
FL. 08 Rubrica

INTRODUÇÃO

Estando as condições clínicas pertinentes com o encaminhamento para avaliação especializada e, de acordo com o **Protocolo Clínico de Acesso à Ortopedia**, é necessário descrever as características da dor músculo-esquelética: tempo de sintoma, localização (articular ou periarticular), irradiação, intensidade, fatores de melhora ou piora, ritmo (inflamatório ou mecânico) e se presença de rigidez matinal (duração prolongada ou fugaz). Assim como, especificar o objetivo do encaminhamento no documento de referência/contrarreferência.

Doenças reumatológicas inflamatórias sistêmicas (ex: lúpus, artrite reumatoide) fazem parte do escopo da **especialidade de Reumatologia**.

O **manejo da dor crônica**, não faz parte do escopo da especialidade de Ortopedia, portanto, **sem indicação de referenciamento**.

Osteoporose (suspeita, rastreamento, diagnóstico ou tratamento) **não é uma doença de escopo da ortopedia**, salvo casos de fratura com necessidade de intervenção cirúrgica. Trata-se de uma doença osteometabólica e silenciosa. Casos leves devem ser conduzidos na UBS e graves/refratários estão contemplados no Protocolo de Reumatologia. Salientamos que "dor nos ossos" não consiste em manifestação clínica de osteoporose.

Pacientes com **dor difusa/poliartralgia, transtorno de humor** e **sono não reparador** caracterizando **fibromialgia, não tem indicação de encaminhamento à ortopedia**. O diagnóstico de fibromialgia é clínico e seu tratamento multidisciplinar, conduzidos pela unidade básica de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994733
Fl. 09 Rubrica

INTRODUÇÃO

A ortopedia é uma especialidade, essencialmente, cirúrgica. Pacientes sem necessidade de intervenção cirúrgica, no momento da avaliação, estarão sujeitos a tratamento clínico (fisioterapia, analgesia), podendo, dessa forma, seguir acompanhamento na atenção primária à saúde, na maioria dos casos.

Pacientes com indicação cirúrgica serão referenciados pelo ortopedista da atenção secundária aos serviços terciários (**Casa de Caridade Santa Rita** ou **INTO Paraíba do Sul**), que são responsáveis pela regulação da fila de espera e realização do procedimento cirúrgico. Os pacientes em fila cirúrgica mantêm acompanhamento (analgesia e/ou fisioterapia) na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Patologias musculoesqueléticas inflamatórias agudas têm indicação de encaminhamento imediato ao **pronto-socorro a fim de descartar quadros infecciosos e traumáticos com necessidade de pronta intervenção**.

Suspeitas de infecção, metástase e fratura são consideradas situações de emergência e, portanto, devem ser avaliadas em serviço de pronto atendimento ortopédico.

Antes de referenciar à especialidade é importante que tenha sido instituído tratamento clínico otimizado previamente. O tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente, **aplicados por pelo menos 6 meses antes do referenciamento.**

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fl. 10 Rubrica

INTRODUÇÃO

Deixar descrito no encaminhamento a hipótese diagnóstica e não mencionar exames a serem solicitados pelo especialista. Além das características da dor musculoesquelética mencionados acima, deve constar a presença de comorbidades, medicamentos em uso e atividade laboral, esta última constar se existe relação com a sintomatologia.

É desejável que o paciente apresente, no dia da consulta com o especialista, a radiografia da região acometida. Preferencialmente, essa radiografia deverá ser recente, com menos de 6 meses de realização. O médico da unidade de saúde deverá especificar na guia de referência/contrarreferência a radiografia realizada e datada para que o agendador possa solicitar ao profissional um novo exame, caso o tempo decorrido ultrapasse 6 meses (entre radiografia e a consulta com o ortopedista).

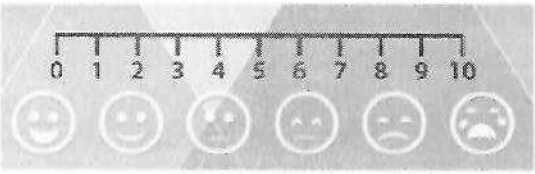
Secretaria Municipal de Saúde
Processo 13994/23
Fl. 14 Rubrica

1) DOR NA COLUNA

As dores na coluna, de uma forma geral, estão diretamente relacionadas à perda de massa muscular e tem forte associação com questões mecânicas e funcionais. O manejo inicial das dores na coluna, é feito com exercício físico, fortalecimento muscular global e fisioterapia, associado a medicação analgésica gradual (conforme escala abaixo).

Nos casos de **dor leve aguda** iniciar manejo inicial na atenção primária (UBS): analgesia, fisioterapia e solicitar radiografia; após condutas iniciais avaliar a radiografia da coluna. Encaminhar à especialidade na presença das seguintes alterações: escorregamentos/listeses maior que 50%, escoliose com curvatura acentuada e/ou fraturas. E alterações com queixa de dor grau 9 ou 10 na Escala Visual Analógica e/ou parestesias documentadas e/ou alteração de sensibilidade.

Segue abaixo Escala Visual Abalógica (EVA):



Os casos refratários ao manejo inicial: 6 meses de tratamento ATIVO E REGULAR também devem ser encaminhados à ortopedia. Importante descrever o tratamento já realizado, medicação utilizada e em uso.

Encaminhar com radiografia do segmento afetado: coluna cervical (AP e perfil), dorsal (AP e perfil) ou lombar (AP e perfil), incluindo a radiografia de Bacia AP.

Secretaria Municipal de Saúde
Valor
Contrato 13994023
Nº 15 Rubrica

1) DOR NA COLUNA

Dor crônica não agudizada: segmento na atenção primária à saúde.

Observação: Alterações encontradas na maioria dos indivíduos como "redução do espaço vertebral" e "osteofitose marginal" são achados esperados e normais, principalmente, com o avanço da idade. O corpo responde à pressão constante aumentando a base óssea formando osteófitos, o famoso "bico de papagaio".

A diminuição do espaço vertebral condiz com a diminuição da hidratação dos discos intervertebrais, também atrelado à pressão da gravidade.

O manejo dessas situações não é cirúrgico e deve seguir o tratamento clínico básico - analgesia, fortalecimento muscular e mudança de hábitos de vida.

É importante ressaltar que essas alterações são normais e naturais da idade, porém podem estar associadas a outros sintomas clínicos como perda de força e alteração de sensibilidade nos dermátomos específicos.

Secretaria Municipal de Saúde
Processo 13994/23
Fl. 16 Rubrica

1) DOR NA COLUNA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0 / URGÊNCIA

- Suspeita de compressão medular: com sinais e sintomas como diminuição de força motora e alteração da sensibilidade, anestesia regional e alteração de controle de esfíncteres;
- Dor intensa; déficit neurológico; trauma; febre; dificuldade moderada para deambular, diminuição de força motora e/ou sensibilidade.

P1

- Dor refratária associada a sintomas constitucionais (perda de peso e febre);
- Suspeita de fratura vertebral por fragilidade;
- Dor intensa já descaracterizada na emergência.

P2

- Paciente sem melhora do quadro após manejo clínico otimizado por 6 meses e apresentando alterações importantes (diminuição acentuada de espaço discal, osteofitose proeminente, listese de corpos vertebrais) somados a dor de moderada a forte intensidade, claudicação neurogênica ou radiculopatia.

P3

- Sequelas de fraturas e pós-operatórios tardios sintomáticos.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/25
Fl. 17 Rubrica

2) DOR NO OMBRO

Na população em geral, a dor no ombro é uma das queixas mais comuns e incapacitantes do sistema musculoesquelético. Pode não ser causada por doenças subjacentes. Algumas causas comuns são uso excessivo, falta de uso e distensões.

A lesão do manguito rotador é a causa mais frequente de dor nessa articulação e pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária sendo potencializada com o envelhecimento e a ocupação laborativa ou recreativa.

Definir localização da dor:

- Se a queixa maior é localizada no **ombro**, eventualmente com irradiação para face lateral do braço e se há, ou não, limitação na amplitude do movimento do ombro deve-se iniciar tratamento com fisioterapia e analgesia. Porém, não ocorrendo melhora após 6 meses de tratamento otimizado, deve-se solicitar ultrassonografia da articulação do ombro e encaminhar à ortopedia.
- Se a dor está localizada, principalmente, em **trapézio** ou **região periescapular**, interpretar como queixa de coluna: seguir orientação para encaminhamento de dor em coluna vertebral

Nos casos de rotura total de qualquer um dos tendões do manguito rotador encaminhar como **prioridade à ortopedia** e, simultaneamente, **encaminhar para fisioterapia**.

Encaminhar com radiografia de Ombro em 3 posições – AP, transaxilar e perfil de escápula.

Secretaria Municipal de Saúde
Seria
Processo 13994/23
FL. 18 Rubrica

2) DOR NO OMBRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PO / URGÊNCIA

- Suspeita de fratura ou luxação no ombro;
- Suspeita de pioartrite ou osteomielite aguda.

P1

- Roturas totais de qualquer um dos tendões do manguito rotador.

P2

- Dor no ombro sem melhora com tratamento inicial na unidade básica.

P3

- Sequelas de fraturas e pós-operatórios tardios sintomáticos.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/13
Fl. 19 Rubrica

3) DOR NO QUADRIL

A articulação do quadril é de extrema importância na marcha e sustentação do peso corporal. As doenças que comprometem o quadril podem provocar distúrbio na marcha e dor especialmente durante a locomoção.

Quando suspeitar de doença de quadril deve-se solicitar radiografia de bacia (AP) para avaliação. Segue abaixo algumas patologias associadas a essa articulação:

PATOLOGIAS QUE ACOMETEM O QUADRIL	
ADULTO JOVEM	Espondilite; Osteoartrose secundária à displasia; Tumores malignos; Osteonecrose; Osteoporose transitória.
MEIA IDADE	Tumores malignos; Osteonecrose; Artrite reumatoide; Osteoartrose secundária a outras doenças;
IDADE AVANÇADA	Tumores metastáticos; Osteoartrose primária; Doença de Paget.

Secretaria Municipal de Saúde
Nº
Processo 13904/23
Fl. 20 Rubrica

3) DOR NO QUADRIL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PO / URGÊNCIA

- Suspeita de fratura, luxação, infecção ou epifisiolistese no quadril;
- Suspeita de pioartrite ou osteomielite aguda.

P1

- Osteonecrose (necrose avascular ou asséptica);
- Suspeita de Displasia do Desenvolvimento do Quadril (luxação congênita do quadril);
- Tumores ósseos (suspeita).

P2

- Osteoartrose com dor refratária ao tratamento clínico otimizado ou alterações radiográficas avançadas (ausência de espaço articular) ou limitação da amplitude de movimento.

P3

- Sequelas de fraturas e pós-operatórios tardios sintomáticos.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fl. 21 Rubrica

4) DOR NO JOELHO

O joelho é uma articulação completa e complexa, exposta constantemente à ação do peso corporal. Com isso, depende da relação entre a sua anatomia óssea, atividade muscular e ligamentar para a sua estabilidade.

Na suspeita de patologia dessa articulação deve-se solicitar radiografia de joelho nas 03 posições: AP e perfil com carga e axial de patela.

Observação: Casos de joelho degenerativo (ex: artrite / osteoartrose, sinovite sem antecedente de trauma) iniciar tratamento clínico otimizado por 6 meses.

ATENÇÃO: Lembrar da importância de perda de peso e fortalecimento muscular para diminuição da dor em joelhos.

Pacientes com **sobrepeso, obesidade grau I e obesidade grau II sem comorbidades**, deverão ser acompanhados na **Unidade Básica de Saúde** com apoio da equipe do **NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)**.

Pacientes com **obesidade grau II com comorbidades** (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose), **obesidade grau III** e **suspeita de obesidade secundária** (causada por distúrbio endocrinológico) devem ser referenciados à **endocrinologia**.

- IMC entre 25,0 e 29,9Kg/m²: **sobrepeso**
- IMC entre 30,0 e 34,9Kg/m²: **obesidade grau I**
- IMC entre 35,0 e 39,9Kg/m²: **obesidade grau II**
- IMC maior ou igual a 40,0 Kg/m²: **obesidade grau III**

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fl. 22 Rubrica

4) DOR NO JOELHO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PO / URGÊNCIA

- Suspeita de fratura, luxação, infecção ou entorse no joelho;
- Suspeita de pioartrite ou osteomielite aguda.

P1

- Artralgia com dificuldade para agachar ou ajoelhar, bloqueio articular, derrame articular (inchaço), sensação de instabilidade e falseio no joelho;
- Dor a palpação da interlinha articular com alteração da movimentação do joelho (diminuição de movimentos).

P2

- Osteoartrose de joelho com potencial indicação de cirurgia (refratário ao tratamento clínico otimizado ou geno varo/genu valgo ou ausência de espaço articular na radiografia);
- Subluxação e instabilidade patelar refratária ao tratamento conservador;
- Dor no joelho sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses.
- Joelho traumático (ex: entorse) independente do período que houve o trauma;
- Cisto de Baker volumoso (maior que 50 ml).

P3

- Sequelas de fraturas e pós-operatórios tardios sintomáticos.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fl. 23 Rubrica

5) DOR NO PÉ E TORNOZELO

As patologias álgicas do pé e tornozelo devem ser avaliadas quanto à localização, fatores de piora/melhora, associação com trabalho (calçados, tempo em pé) ou hábitos (uso de sapatos com saltos).

Encaminhar com radiografia de pé (AP + perfil com carga e oblíqua) e tornozelo (AP e perfil, com carga).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0 / URGÊNCIA

- Suspeita de fratura, luxação e entorse em pé ou tornozelo.
- Suspeita de pioartrite ou osteomielite aguda.

P1

- Lesão tendínea não operados em caráter emergencial;
- Hálux valgus (joanete) associado à dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado.

P2

- Síndrome do túnel do tarso (parestesia em dedos);
- Pé plano ou cavo sem melhora após fisioterapia ortopédica (CRJ);
- Neuroma plantar e metatarsalgia refratária ao tratamento inicial otimizado por 6 meses.

P3

- Sequelas de fraturas e pós-operatórios tardios sintomáticos;
- Fasceíte plantar, dor calcânea sem melhora com tratamento inicial otimizado por 6 meses na unidade básica.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13904/23
Fl. 24 Rubrica

6) DOR NA MÃO, PUNHO E COTOVELO

As doenças da mão e punho são provocadas pelas mais diversas causas. As mais comuns em pacientes que sofrem com dor na mão estão associadas a doenças reumatológicas, infecções, problemas hormonais, tumores e traumas.

Segue abaixo algumas características de patologias relacionadas à mão e punho.

ALGUMAS PATOLOGIAS DE MÃO E PUNHO	
Síndrome do Túnel do Carpo	Dor/parestesia em mão, pode ter limitação movimento e diminuição força.
Dedo em Gatilho	Desconforto com aumento gradual. É possível sentir o nódulo na base do dedo que geralmente está dolorida. A dor tende a se manifestar com mais intensidade pelas manhãs, e pode parecer que o "travamento" acontece na interfalangeana proximal;
Moléstia de Dupuytien	Presença de nódulos na base do dedo mínimo, anelar e polegar. A médio prazo os nódulos podem-se confluir, formando ligações que incapacitam a extensão dos dedos e causam deformidades na palma das mãos.
Tenossinovite de Quervain	Tenossinovite estenosante do abdutor longo e extensor curto do polegar sobre o estilóide do rádio. O puerpério é o períodomais comum da vida para se ter essa lesão
Cisto Sinovial	Localiza-se frequentemente no dorso do punho, e pode se aderir em tendões e cápsulas articulares

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 1399403
Fl. 25 Rubrica

6) DOR NA MÃO, PUNHO E COTOVELO

ALGUMAS PATOLOGIAS DE MÃO E PUNHO	
Fraturas de punho	Fraturas da região distal do Rádio. Ocorrem com um pico bimodal, sendo mais comuns nos jovens, com trauma de alta energia (bicicleta, motocicleta, automóvel, atividades físicas) e nos idosos pela fragilidade.
Fraturas de mão	Fraturas da mão são decorrentes de traumas de baixa ou alta energia.Os principais sintomas são dor e limitações de movimento.

Encaminhar à ortopedia com radiografia de mão (AP e oblíqua), punho (AP e perfil) e cotovelo (AP e perfil), dependendo do segmento afetado.

Observações: Doenças inflamatórias reumatológicas, quando suspeitas, devem ser encaminhadas à reumatologia de acordo com critérios clínicos abordados em protocolo de referenciamento dessa especialidade.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 1399423
Pt. 26 Rubrica

6) DOR NA MÃO, PUNHO E COTOVELO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0 / URGÊNCIA

- Suspeita de fratura, luxação e entorse em mão, punho ou cotovelo;
- Suspeita de pioartrite ou osteomielite aguda.

P1

- Lesão tendínea não operada em caráter emergencial;
- Sinais e sintomas de síndrome do túnel do carpo, com déficit de força e atrofia tenar (musculatura polegar).

P2

- Sinais e sintomas de síndrome do túnel do carpo sem déficit motor ou atrofia tenar, mas sem melhora após terapia ocupacional (NASF);
- Cisto sinovial recorrente ou com dor persistente ou com prejuízo funcional;
- Dedo em gatilho sem melhora após terapia ocupacional (NASF);
- Tenossinovite de De Quervain sem melhora após terapia ocupacional (NASF);
- Moléstia de Dupuytren;
- Traumas e deformidades congênitas.

P3

- Sequelas de fraturas e pós-operatórios tardios sintomáticos.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Nº 27 Rubrica

7) OUTROS REUMATISMOS REGIONAIS

SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL

Realizar analgesia, relaxante muscular e orientar alongamento, reabilitação e correção postural. Auriculoterapia (NASF) também é uma modalidade terapêutica.

Sem indicação de encaminhamento ao Ortopedista.

Solicitar radiografia da articulação acometida (para descartar patologias osteoarticulares) e ultrassonografia de partes moles, em casos de cistos.

Tratamento sintomático na unidade básica de saúde. Encaminhar casos de cisto sinovial recorrente ou com dor persistente ou com prejuízo funcional.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Nº 28 Rubrica

8) ATIVIDADE FÍSICA E CONDICIONAMENTO MUSCULAR

A atividade física deve ser sempre reforçada como técnica terapêutica contínua, embora seja uma atitude custosa e que exige persistência.

Hoje a expectativa de vida é a mais elevada já vista na humanidade. As pessoas estão chegando a idades extremas graças ao avanço da medicina. O melhor fator prognóstico para qualidade de vida é a **condição muscular**. Além disso, a contração muscular é essencial para o movimento e função articular. Se a musculatura estiver deficiente, seja por qualquer motivo, a articulação e o movimento estarão comprometidos. Portanto, manter atividade física para todos os indivíduos é essencial, em qualquer idade.

ATIVIDADE DE RESISTÊNCIA

Dentre os tipos de atividade física, as de resistência são as melhores. Atividades resistidas são aquelas com peso, por exemplo, atividades de alta intensidade.

A função do exercício resistido é estimular a musculatura resultando em **ganho muscular**. Esse estímulo deve ser feito de forma individualizada, respeitando os limites individuais e supervisionada por profissional capacitado.

HIDROGINÁSTICA

A hidroginástica não oferece resistência ao músculo de forma contínua. Num primeiro momento a água pode e faz resistência, mas, rapidamente, o corpo acostuma com aquela resistência e não agrega mais músculo. É um ótimo exercício para **patologias da coluna, mobilidade e relaxamento articular**, mas não para ganho muscular e melhora da qualidade de vida a longo prazo.

Secretaria Municipal de Saúde
Setor
Processo 13994/23
Fls. 29 Rubrica

8) ATIVIDADE FÍSICA E CONDICIONAMENTO MUSCULAR

"JÁ FAÇO EXERCÍCIO EM CASA / TRABALHO"

Frase bastante comum por parte dos pacientes, porém, as atividades do lar ou do trabalho **não trazem estímulo muscular**, são repetitivas e favorecem um grupo muscular específico para executá-las.

"NÃO POSSO FAZER EXERCÍCIO"

A atividade física só é contra indicada em caso de risco de vida (problemas cardíacos graves). Algumas atividades podem trazer desconforto para o praticante, para esses casos existem adaptações e até troca de exercício. Um profissional de educação física está apto a orientar e auxiliar (NASF).

Secretaria Municipal de Saúde
Processo 13994/21
Fl. 30 Rubrica MG

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruns A, Iwakami WCT, Ciconelli RM e Fernandes ARC. Doenças do Quadril: avaliação clínica e por imagem. **Rev. Brasil. Reumatol.** v.43; n.2; p.96-103. Mar. 2003.

Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Schorr SG. Non-Specific Low Back Pain. **Dtsch Arztebl**. v.114; n.51-52; p.883-890. Dez. 2017.

Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001.

Ebell MH. Osteoarthritis: Rapid Evidence Review. **Am Fam Physician**. v.97; n.8; p.523-526 Abr. 2018.

Garzedin DDS e colaboradores. Intensidade da dor em pacientes com síndrome do ombro doloroso. **Acta ortop. bras.** v.16; n.3. São Paulo. 2008.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 1083, de 02 de Outubro de 2012.