



Patologia ortopédica infantil em Medicina Familiar

Leonor Prata*

As queixas músculo-esqueléticas são muito frequentes na prática clínica do Médico de Família.

No estudo efectuado em 1995, pelo Professor Jordão, no âmbito da sua tese de doutoramento,¹ as doenças músculo-esqueléticas foram o primeiro motivo de consulta no total dos utentes dos dois sexos, representando 16,3% do total de motivos de consulta; constituíam, ainda, 19% do total de problemas referidos. Dez anos depois, o Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 encontrou uma prevalência de 16% de doença reumática e de 16% de dor crónica, nas doenças crónicas referidas pela população portuguesa.²

Na idade pediátrica, a patologia músculo-esquelética tem, também, um peso importante. Dos dados obtidos em alguns estudos estrangeiros, concluiu-se que 6% das visitas a um serviço de Pediatria eram por queixas de dor músculo-esquelética, sendo 30% dos casos resultantes de traumatismos ou lesões de sobreuso.³ Outro estudo referia que aproximadamente um terço dos problemas médicos das crianças são relacionados com o sistema músculo-esquelético.³

A prestação de cuidados na patologia músculo-esquelética está dispersa por muitas especialidades, incluindo Medicina Familiar, Medicina Interna, no caso dos adultos, Pediatria, Ortopedia e outras. Nos sistemas de saúde como o nosso, em que a porta de entrada habitual para os cuidados de saúde é a Medicina Geral e Familiar, esta está na primeira linha.

Face à representatividade deste problema nas crianças, é fundamental que reflectamos sobre a qualidade dos cuidados prestados. De facto, sendo o Médico de Família responsável, quer pelo atendimento de crianças em situação aguda, por problemas músculo-esqueléticos, quer pela vigilância da saúde das crianças, onde se inclui o diagnóstico e orientação deste tipo de patologia, é necessária a reflexão sobre algumas questões: a formação que adquirimos nesta área, a qualidade dos

cuidados prestados e a qualidade da referenciação a consultas especializadas.

Um estudo efectuado em 1998, nos Estados Unidos, procurou avaliar a competência de um grupo de médicos recém-formados em tópicos relacionados com a medicina músculo-esquelética. Os resultados encontrados revelaram uma preparação insuficiente: 82% dos médicos avaliados falharam no teste.⁴ Um outro estudo, de 1990, mostrou que os internos de Pediatria referiam, que de entre todas as áreas da Pediatria, os problemas músculo-esqueléticos eram aqueles em que se sentiam menos à vontade e achavam que a formação durante o internato deveria dar mais relevo a este grupo de patologias.³

Um outro estudo, de 2001, avaliou a possibilidade de melhorar as competências de internos de Pediatria no diagnóstico de problemas do tornozelo e joelho de crianças e adolescentes, com uma intervenção formativa diferente das que tinham recebido anteriormente. Os resultados prévios à formação eram baixos, mas melhoraram significativamente após a intervenção. Verificou-se, também, que as competências se mantinham durante cerca de 9 meses, mas começavam a diminuir a partir daí, o que pode indicar a necessidade de actualização periódica.⁵

Embora a patologia ortopédica infantil faça parte dos objectivos dos estágios específicos integrados no Internato de Medicina Geral e Familiar, sentimos, por vezes, que, na prática, é dada pouca relevância à formação nesta área, sendo de reflectir sobre a necessidade de fazer uma avaliação da situação.

A referenciação correcta é outro aspecto fundamental. De facto, é necessário estabelecer um diagnóstico correcto, na altura certa e referenciá-lo quando recomendado. A qualidade de todo este processo traz óbvias vantagens para o doente, pois permite o tratamento atempado de situações, que, nalguns casos, quando não tratadas, podem deixar sequelas importantes para a vida futura da criança. Do mesmo modo, permite uma utilização racional dos recursos humanos existentes e facilita a acessibilidade dos doentes que necessitam de

*Editora da RPCG. Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar U.S.F. Condes da Lousã, A.C.E.S. Amadora



observação especializada.

Um estudo efectuado nos Estados Unidos avaliou a qualidade da referência para um serviço de Ortopedia Pediátrica, com origem nos médicos que faziam atendimento a crianças numa clínica, por confronto com as *guidelines* da Academia Americana de Pediatria para referência. Tratava-se de médicos de família e pediatras e incluíam internos e especialistas. 41,6% das referências foram consideradas inapropriadas; com base no diagnóstico final do ortopedista, a percentagem de referências inapropriadas subia para 64,7%. Não existia diferença significativa entre médicos de família e pediatras, no que respeita ao número de referências desadequadas. Considerando as patologias, face ao diagnóstico final do ortopedista, a taxa mais elevada de referência desadequada correpondeu às situações em que não existia patologia (97,6%), seguida das deformidades de rotação (94%), da dor músculo-esquelética (87,5%) e das deformidades de angulação (85%). Os autores concluem, entre outras, que 2 em cada 5 das situações referenciadas podiam ter sido adequadamente orientadas por médicos de família e pediatras, sem necessidade de envio para um serviço especializado.³

Assim, pretendemos, com este dossier, contribuir para a reflexão e melhoria dos conhecimentos nesta área. Do conjunto de artigos apresentados, salientam-se alguns conceitos importantes.

As lesões osteoarticulares de causa traumática são muito frequentes na criança e decorrentes, na maior parte dos casos, quer da actividade desportiva, quer das suas actividades diárias habituais. Devido às particularidades do osso da criança, diferente do do adulto e ao facto de ser um organismo em crescimento, as consequências e o tratamento podem ser diferentes. Não é demais reforçar, nas consultas de Saúde Infantil, o aconselhamento aos pais e às próprias crianças sobre a prevenção das lesões traumáticas.

A doença displásica da anca, uma entidade que afecta 1 em cada 1.000 crianças, merece um diagnóstico o mais precoce possível, para evitar as consequências do não tratamento atempado da situação. É importante conhecer os factores de risco, embora, em muitos casos, eles não estejam presentes. Como podemos ler neste dossier, quando não tratado, este problema pode evoluir para artrose, sendo responsável por mais de metade das artroplastias de substituição da anca na mulher.

A observação do pé é outro componente essencial da avaliação do recém-nascido. Abordam-se algumas deformidades frequentes e a sua abordagem. Refira-se que uma parte importante dos problemas do pé pode ser diagnosticada apenas pelo exame objectivo e que é importante distinguir o normal do patológico, para evitar referências desadequadas. O Médico de Família deve, também, estar atento às deformidades que se podem associar a outros problemas, como a doença displásica da anca.

A gonalgia é uma queixa frequente na criança e no adolescente. É feita uma breve revisão das principais causas de gonalgia e da sua abordagem, sendo de salientar que, na maior parte dos casos não existe, no futuro, repercussão funcional significativa. É importante não ser demasiado interventivo, nos casos que não necessitam de grandes cuidados (quer em termos de diagnóstico, quer de tratamento), mas também não deixar sem diagnóstico os problemas importantes. É, ainda, fundamental, não esquecer que as doenças da anca se podem manifestar por dor no joelho, pelo que esta possibilidade deve ser sempre descartada.

Os desvios axiais dos membros inferiores são outro problema comum e que induz muitos pedidos de consulta por parte dos pais. No entanto, cerca de 20% das crianças apresentam uma deformidade fisiológica durante o crescimento, que não necessita de tratamento. Por outro lado, existem desvios patológicos, que importa diagnosticar. Genericamente, podemos dizer que os joelhos varos devem estar corrigidos, espontaneamente, aos 2 anos e os joelhos valgos, aos 8. Os sinais de alarme devem ser bem conhecidos, pois o não tratamento destas deformidades pode ter repercussões importantes na idade adulta.

As raquialgias são uma queixa frequente nas crianças e adolescentes e, até há pouco tempo, a sua importância neste grupo etário era controversa. No entanto, como referido neste dossier, estudos recentes sugerem que são, não só, uma queixa mais comum do que se pensava e que se pode acompanhar de incapacidade funcional significativa, como a necessidade de uma abordagem diagnóstica sólida, no sentido de despistar patologia subjacente. De facto, ao contrário do adulto, as causas orgânicas são frequentes numa criança ou adolescente com raquialgia persistente. A dor persistente, a dor nocturna, a auto-imposição de limitação de



actividade física, o desconforto crescente, a presença de sintomas sistémicos ou de sintomas neurológicos são alguns dos sinais de alarme.

Boa leitura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar – Caracterização da prática e da sua influência no ensino pré-graduado. (Dissertação de Doutoramento). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1995.
2. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicações/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf [acedido em 15/08/2009].
3. Reeder BM, Lyne ED, Patel DR, Cucos DR. Referral patterns to a pediatric orthopedic clinic: implications for education and practice. *Pediatrics* 2004 Mar; 113 (3 Pt 1): e163-7. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/3/e163> [acedido em 14/08/2009].
4. Freedman KB, Bernstein J. The adequacy of medical school education in musculoskeletal medicine. *J Bone Surg Am* 1998 Oct; 80 (10): 1421-7.
5. Hergenroeder AC, Chorley JN, Laufman L, Fetterhoff AC. Pediatrics residents' performance of ankle and knee examinations after educational intervention. *Pediatrics* 2001 Apr; 107 (4): e52. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/107/4/e52> [acedido em 16/08/2009].

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Leonor Prata

E-mail: leonor.prata@rpcg.apmcg.pt

capa

JULIO PÊGO

Natural de Lapa-Cartaxo. Coursou Medicina e especializou-se em Psiquiatria. A paixão pela arte acompanhou-o desde muito jovem, a par do percurso escolar. Expôs aguarelas, pela primeira vez aos 19 anos de idade, no Coreto do Jardim da República em Santarém, integrado no «Grupo Bar-4». Numa fábrica de cerâmica experimentou a roda e fez as primeiras peças em terracota, com a colaboração do escultor Miguel Calado. Organizou exposições de artes plásticas de alunos da Escola António Arroio e da Escola Superior de Belas Artes no espaço universitário associativo da Faculdade de Medicina de Lisboa. Integrou um *atelier* de Artes Plásticas, durante dois anos, orientado pela Dr^a Ricardina Sampaio, no Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa. Diplomado no curso de Artes Plásticas, durante um ano, patrocinado pela Rotring Portugal, orientado pelo pintor Durand Caistailbert, da Colômbia. Expõe regularmente pintura desde 1986. Fez cinco mostras individuais de pintura e cinco de escultura. Participou em cerca de meia centena de exposições colectivas de artes plásticas. Co-autor do livro: «O Erotismo na Arte», coordenado pelo Dr. Santinho Martins, Edição Pfizer. Citado no livro: «Artistas Médicos do Século XX», do Prof. Dr. Armando Moreno. Divulgado no Guia D'Arte, 2009. Tem três esculturas em ferro no Jardim da Ordem dos Médicos, em Lisboa em regime de «comodato».

PRÉMIOS

- Prémio Pintura Dr. Anastácio Gonçalves, 1997. ACMP. Lisboa



S/Título

Óleo s/Tela, 50x70, Ano 2009

Júlio Pêgo

- Menção Honrosa de Escultura. SOPEAM. 2002. Lisboa
- Prémio Celestino Gomes de Escultura. SOPEAM. 2004. Lisboa.
- Sócio Titular da Sociedade Nacional de Belas Artes. Membro da Direcção da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos.
- Artista Acreditado pela AIAP.UNESCO.

OBRA PÚBLICA

- Escultura em Ferro Policromado (2004) - Jardim do Hospital de Santa Maria. Lisboa, Alusiva aos 25 anos do Curso Médico de Lisboa 1961/86.
- Representado em colecções nacionais e estrangeiras.
- Blogue pessoal: www.psicarte-psycoarte.blogspot.com