

Fasceíte plantar: quando a dor do pé obriga a repensar a marcha, o diagnóstico e o tratamento

Plantar fasciitis: when foot pain forces you to rethink your gait, diagnosis, and treatment

DOI 10.5281/zenodo.21379845

Paulo Amado¹

7

Resumo: A fasceíte plantar é uma das causas mais frequentes de dor na face plantar do pé e constitui um motivo habitual de consulta em ortopedia, medicina desportiva, fisioterapia e podologia. Este artigo de opinião que parte da experiência pessoal para discutir a natureza multifatorial da doença, a importância da avaliação biomecânica, o papel do encurtamento dos gêmeos e do tendão de Aquiles, o valor do diagnóstico diferencial e a necessidade de uma terapêutica progressiva. Defende-se uma abordagem prudente, centrada no doente, que privilegie fisioterapia, alongamentos, terapias infiltrativas e ondas de choque antes de ponderar a cirurgia percutânea minimamente invasiva. A reflexão integra a evidência científica recente e preserva a informação clínica essencial.

Palavras-Chave: Fasceíte plantar; Dor do pé; Diagnóstico e Tratamento do pé.

Abstract: Plantar fasciitis is one of the most frequent causes of plantar foot pain and a common reason for consultation in orthopedics, sports medicine, physiotherapy, and podiatry. This opinion article discusses the multifactorial nature of the condition, the importance of biomechanical assessment, the role of gastrocnemius and Achilles tendon tightness, the value of differential diagnosis, and the need for a staged therapeutic approach. A prudent, patient-centered strategy is advocated, prioritizing physiotherapy, stretching, infiltrative therapies, and shockwave therapy before considering minimally invasive percutaneous surgery.

Keywords: Plantar fasciitis; Foot pain; Foot diagnosis and treatment.

¹ Ortopedia e Tarumatologia; Coordenador da Unidade do Pé; Hospital Cuf Trindade; pauloamado@icloud.com

Recebido em 21/06/2026

Aprovado em: 14/07/2026

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*



1 Introdução

1.1 Uma dor comum que não deve ser banalizada

Ao longo da minha prática clínica, especialmente dedicada à ortopedia, à traumatologia e à patologia do pé e tornozelo, tenho observado diariamente doentes que procuram ajuda por dor na face plantar do pé. Muitos chegam à consulta dizendo que têm um esporão do calcâneo e que, por isso, acreditam que a única explicação para a dor está nessa imagem radiográfica. Esta ideia, embora muito difundida, é incompleta e pode conduzir a interpretações erradas.

A fascíte plantar é uma patologia muito frequente. Pode afetar um pé ou ambos os pés, surgir em pessoas ativas, em trabalhadores que permanecem muitas horas de pé, em praticantes de desporto e, também, em pessoas sedentárias. O seu impacto vai muito além da dor localizada: condiciona a marcha, altera a postura, limita a atividade física, prejudica o sono e cria insegurança no movimento.

A evidência clínica contemporânea sugere que o esporão calcaneano deve ser interpretado mais frequentemente como consequência adaptativa da sobrecarga crónica da fáscia plantar do que como causa isolada da dor (KOC et al., 2023; MORRISSEY et al., 2021). Esta frase continua a ser, na minha opinião, essencial. O esporão pode existir, mas não deve ser transformado no único protagonista da doença. O verdadeiro problema está, muitas vezes, na sobrecarga crónica da fáscia plantar e na forma como o pé trabalha durante a marcha.

A dor clássica surge nos primeiros passos da manhã. O doente levanta-se, apoia o pé no chão e sente uma dor aguda, muitas vezes descrita como uma picada ou uma facada no calcanhar. Depois, ao longo do dia, a dor pode aliviar parcialmente, mas nos casos mais avançados torna-se persistente e incapacitante. É aqui que a medicina deve ser rigorosa, mas também humana: não tratamos apenas uma fáscia, tratamos uma pessoa que deixou de andar bem.

Segundo Morrissey et al. (2021), a dor plantar deve ser entendida como uma condição multifatorial, influenciada por fatores biomecânicos, carga funcional e capacidade adaptativa dos tecidos. Os autores defendem que “plantar heel pain requires an individualized and progressive management strategy”, reforçando a importância de evitar abordagens simplistas centradas apenas na imagem radiográfica.

Morrissey et al. (2021, p. 1108) afirmam que “plantar heel pain requires an individualized and progressive management strategy”, reforçando que a interpretação clínica deve ultrapassar a simples leitura radiográfica do esporão calcaneano.

1.2 O esporão do calcâneo: consequência, não sentença

Uma das primeiras responsabilidades do médico é explicar. Quando um doente observa no relatório radiográfico a expressão “esporão calcaneano”, tende a associar imediatamente essa imagem à sua dor. Contudo, a presença de esporão não significa obrigatoriamente doença sintomática. Há pessoas com esporões volumosos sem dor e pessoas com dor intensa sem esporão evidente.

Por isso, considero fundamental recentrar a conversa clínica: a radiografia ajuda, mas não substitui o exame físico nem a compreensão biomecânica. A dor plantar deve ser interpretada à luz da história clínica, da duração dos sintomas, da profissão, do tipo de calçado, do peso corporal, da atividade física, da rigidez muscular e da forma como o doente caminha.

Koc Jr. et al. (2023) sublinham que a limitação da dorsiflexão do tornozelo e a retração do complexo gastrocnêmio-sóleo constituem fatores frequentemente associados à fascíte plantar crônica. Esta perspectiva coincide com aquilo que observo regularmente na prática clínica em cirurgia do pé e tornozelo.

Koc Jr. et al. (2023, p. CPG12) referem que “limited ankle dorsiflexion is commonly associated with plantar fasciitis”, sublinhando a relevância funcional da retração do complexo gastrocnêmio-sóleo.

A evidência científica recente reforça esta visão. As orientações clínicas atualizadas sobre dor no calcanhar e fascíte plantar recomendam que o diagnóstico seja essencialmente clínico e que a avaliação procure fatores de flexibilidade, mobilidade, força e função (KOC et al., 2023). A imagem deve ser usada para complementar, esclarecer ou excluir diagnósticos alternativos, não para substituir o raciocínio clínico.

1.3 A biomecânica como chave de leitura da fascíte plantar

Muitas vezes, quando examino estes doentes, encontro rigidez e contração dos músculos da perna, em particular dos gêmeos. Esta retração condiciona o tendão de Aquiles e, por continuidade funcional, aumenta a tensão sobre a fáscia plantar. Na minha experiência clínica em patologia do pé e tornozelo, a retração do complexo gastrocnêmio-sóleo surge frequentemente associada ao aumento da tensão sobre a fáscia plantar, contribuindo para a perpetuação do quadro doloroso.

Esta observação tem consequências práticas importantes. Se a origem funcional da sobrecarga estiver no encurtamento do complexo gastrocnêmio-sóleo, tratar apenas o ponto

doloroso pode ser insuficiente. O doente melhora durante alguns dias, mas a dor regressa porque a causa mecânica permanece ativa.

O Sinal de Silverskiöld deve ser pesquisado com atenção. Ele ajuda a diferenciar a retração isolada do gastrocnémio de uma limitação mais global do complexo posterior. Na prática, esta avaliação orienta a fisioterapia, o plano de alongamentos e, em situações selecionadas, a indicação para alongamento cirúrgico do gêmeo interno.

A literatura recente também valoriza esta abordagem integrada. As recomendações de melhor prática para a dor plantar enfatizam educação, alongamento, taping, ortóteses quando indicadas e progressão terapêutica individualizada (MORRISSEY et al., 2021). Isto confirma aquilo que a prática clínica mostra: a fascíte plantar é local na dor, mas muitas vezes global na causa.

Landorf et al. (2022, p. 4) descrevem que a dor plantar crónica “substantially worsens health-related quality of life”, sobretudo quando interfere com marcha, equilíbrio e autonomia funcional.



Figura 1 - Ação excêntrica do sistema sural-plantar e controlo do ângulo tíbio-podálico. Fonte: Paulo Amado.

1.4 O teste do hallux e a tensão da fáscia plantar

Outra forma relevante de avaliar a retração da fáscia plantar é o teste de dorsiflexão do hallux com elevação da cabeça do primeiro metatarsiano. Nos doentes com fascíte plantar, esta mobilidade pode estar diminuída, traduzindo uma menor capacidade de acomodação da fáscia durante a fase propulsiva da marcha.

Esta avaliação não é um detalhe técnico. O primeiro raio e o hallux participam de forma decisiva na propulsão. Quando a dorsiflexão do hallux é limitada, a fásia plantar perde elasticidade funcional, o apoio torna-se menos eficiente e o doente pode desenvolver compensações dolorosas. Por isso, examinar o pé exige tempo, observação e interpretação funcional.

Ao longo da minha prática clínica, a melhoria da mobilidade dorsal após alongamento do gastrocnémio é um sinal clínico muito interessante. Demonstra que a tensão plantar pode ser influenciada por estruturas proximais e confirma a necessidade de olhar para a cadeia posterior como um todo.

11



Figura 2 - Ganho de mobilidade dorsal do hallux após alongamento do gastrocnémio, com melhoria funcional da tensão plantar. Fonte: Paulo Amado.

1.5 Diagnóstico diferencial: quando a dor não é apenas fasceíte

O diagnóstico de fasceíte plantar deve ser feito com seriedade. A radiografia de ambos os pés em carga é útil, sobretudo para avaliar alterações estruturais e a presença de esporão. A ecografia permite observar a espessura da fásia, sinais inflamatórios e alterações locais. A ressonância magnética deve ser reservada para casos mais complexos, persistentes ou quando é necessário excluir outras patologias.

Khobragade et al. (2024, p. 6) defendem que “stretching exercises remain a cornerstone of conservative plantar fasciitis management”, particularmente nos doentes com encurtamento muscular associado.

Landorf et al. (2022) demonstraram que a fascíte plantar afeta significativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde, interferindo com mobilidade, sono, autonomia funcional e bem-estar psicológico. Isto ajuda a compreender porque motivo a dor plantar prolongada deve ser valorizada clinicamente e tratada de forma abrangente.

A prática clínica obriga igualmente ao despiste cuidadoso de situações como fraturas de stress do calcâneo, fibromatose plantar de Ledderhose e neuropatia de Baxter, especialmente quando a evolução clínica é atípica ou resistente ao tratamento. Koc Jr. et al. (2023, p. CPG18) salientam que “clinicians should screen for alternative causes of heel pain when symptoms are atypical or persistent”. Esta preocupação é decisiva. Nem toda a dor plantar é fascíte. Nem toda a dor no calcanhar melhora com alongamentos. E nem todo o doente deve seguir o mesmo caminho terapêutico.

As guidelines clínicas recentes também insistem na importância do diagnóstico diferencial, incluindo doenças inflamatórias, alterações da almofada gordurosa plantar, fibromas plantares e causas neurológicas (KOC et al., 2023). Quando o padrão de dor não é típico, quando existe dor noturna, dor progressiva, sintomas neurológicos ou ausência de resposta terapêutica, o médico deve reabrir o raciocínio diagnóstico.

1.6 Tratamento: uma escada terapêutica e não uma resposta única

O tratamento da fascíte plantar deve ser progressivo. Não acredito em soluções apressadas para problemas que resultam, muitas vezes, de meses ou anos de sobrecarga. A primeira fase deve assentar na fisioterapia, com alongamento dos gêmeos, trabalho da cadeia posterior, mobilidade do tornozelo, fortalecimento intrínseco do pé e reeducação funcional.

Charles et al. (2023), numa revisão sistemática recente, concluíram que a terapia por ondas de choque apresenta benefícios relevantes na redução da dor e melhoria funcional em doentes com fascíte plantar persistente, sobretudo quando integrada num programa multimodal de reabilitação.

Lippi et al. (2024, p. 839) concluíram que a terapia por ondas de choque extracorporais “appears effective and well tolerated in plantar fasciopathy”, especialmente em casos persistentes e refratários.

A educação do doente é igualmente terapêutica. Explicar a doença, orientar o calçado, corrigir cargas, adaptar treino e definir expectativas evita frustrações. A dor plantar crónica melhora, mas raramente melhora de um dia para o outro. O doente deve compreender que o tratamento exige continuidade.

Quando a dor persiste, a infiltração local pode ser ponderada. Na abordagem terapêutica contemporânea, a utilização de PRP (plasma rico em plaquetas) ou infiltrações com corticoide pode ser considerada em casos selecionados, de acordo com o perfil clínico e o tempo de evolução. Bucak et al. (2025, p. 991) referem que “PRP may provide more sustained functional improvement in chronic plantar fasciitis”. Os corticoides podem proporcionar alívio rápido, mas devem ser usados com critério. O PRP tem vindo a ganhar espaço por procurar estimular mecanismos biológicos de reparação, embora a resposta dependa do perfil clínico e do tempo de evolução.

Estudos recentes comparando PRP e infiltrações com corticoide apontam para a possibilidade de benefícios mais sustentados do PRP em determinados doentes com fascíte plantar crónica, embora a decisão deva ser individualizada (BUCAK et al., 2025; ALEID et al., 2025). Em medicina, a técnica importa, mas a seleção correta do doente importa ainda mais.

Charles et al. (2023, p. 11) salientam que abordagens multimodais e menos invasivas podem proporcionar melhoria funcional significativa em patologias crónicas do pé e tornozelo.

A literatura contemporânea em cirurgia minimamente invasiva do pé tem vindo a defender abordagens menos agressivas, com menor lesão tecidular e recuperação funcional potencialmente mais rápida, desde que exista adequada seleção clínica do doente. Como referem Charles et al. (2023, p. 11), “multimodal and minimally invasive approaches may improve functional outcomes in chronic foot disorders”.

1.7 Ondas de choque focais: uma opção importante nos casos crónicos

As ondas de choque focais ocupam um lugar importante na abordagem da fascíte plantar persistente. Trata-se de uma opção não cirúrgica que pode reduzir a dor e estimular respostas biológicas locais, sobretudo quando os tratamentos iniciais não foram suficientes.

A evidência recente é favorável à sua utilização em casos selecionados. Lippi et al. (2024) concluíram que a terapia extracorpórea por ondas de choque parece ser eficaz e tolerável na fasciopatía plantar, embora os parâmetros de tratamento devam ser ajustados às características individuais do doente. Este ponto é essencial: não existe apenas a técnica, existe o doente concreto que recebe a técnica.

Na prática, as ondas de choque não devem substituir a correção biomecânica. Devem integrar um plano mais amplo, que inclua alongamento, fortalecimento, controlo de carga e

acompanhamento funcional. Quando usadas isoladamente, podem aliviar; quando integradas, podem transformar a evolução clínica.

1.8 Cirurgia percutânea: quando operar e porquê

A cirurgia deve ser reservada para casos crônicos, incapacitantes e resistentes ao tratamento conservador. Esta continua a ser a minha posição. A cirurgia deve permanecer reservada para os casos mais crônicos e incapacitantes, sobretudo quando todas as estratégias conservadoras devidamente conduzidas não produziram melhoria clínica sustentada.

Quando a cirurgia se torna necessária, prefiro métodos minimamente invasivos. A cirurgia percutânea permite atuar através de pequenos orifícios na pele, com menor agressão dos tecidos, menor morbidade e recuperação potencialmente mais favorável. O objetivo não é apenas retirar um esporão; é aliviar a tensão patológica da fáscia e corrigir, quando indicado, fatores musculares associados.

Em muitos casos, considero útil alongar o gêmeo interno abaixo do joelho. Na minha experiência diária, esta associação tem indicação em parte significativa dos casos, sobretudo quando existe retração evidente do gastrocnémio. A decisão, contudo, deve ser clínica, ponderada e explicada ao doente.

A cirurgia ambulatoria, pouco agressiva e bem indicada pode apresentar bons resultados. Mas a palavra-chave é indicação. Uma cirurgia tecnicamente bem executada, mas indicada no momento errado ou no doente errado, pode não resolver a queixa. Por isso, a prudência continua a ser um valor essencial em ortopedia.

1.9 A dimensão humana: ouvir antes de tratar

Um artigo de opinião sobre fascíte plantar não deve limitar-se à anatomia. A dor crónica muda a vida das pessoas. Há doentes que deixam de caminhar, outros que abandonam o desporto, outros que trabalham com dor todos os dias e chegam à consulta cansados, impacientes e desmotivados.

A medicina contemporânea tem muitos exames, muitas técnicas e muitos protocolos. No entanto, continua a precisar de escuta. Antes de decidir, é necessário perceber a história do doente: há quanto tempo dói, quando dói, como começou, o que já foi tentado, que profissão tem, que calçado usa, que expectativas traz para a consulta.

A humanização não diminui o rigor científico. Pelo contrário, torna-o mais eficaz. Um doente que compreende a sua doença adere melhor ao tratamento. Um doente que sente que foi

ouvido aceita melhor a progressão terapêutica. E um médico que observa para além da radiografia trata melhor.

2 Conclusão

A fasceíte plantar é uma patologia frequente, mas não deve ser banalizada. A dor que começa nos primeiros passos da manhã pode evoluir para limitação funcional importante e afetar profundamente a qualidade de vida. Por isso, o diagnóstico deve ser rigoroso, o exame clínico deve ser completo e a abordagem terapêutica deve respeitar a individualidade de cada doente.

Na minha perspetiva, a compreensão biomecânica é decisiva. A retração dos gêmeos, a limitação do tendão de Aquiles, a diminuição da dorsiflexão do hallux e a sobrecarga da fásia plantar fazem parte de uma mesma cadeia funcional. Tratar apenas o local doloroso é, muitas vezes, tratar apenas uma parte do problema.

O caminho terapêutico deve ser prudente: começar pela fisioterapia, pelos alongamentos, pela educação do doente e pela correção funcional; avançar para infiltrações ou ondas de choque quando indicado; reservar a cirurgia percutânea para os casos crónicos, resistentes e verdadeiramente incapacitantes.

Acima de tudo, acredito que tratar a fasceíte plantar é ajudar o doente a recuperar a marcha, a confiança e a autonomia. O objetivo final não é apenas reduzir a dor no calcanhar; é devolver qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMADO, Paulo. Fasceítes Plantares do Pé. Porto: publicação clínica, 2026.

AMADO, Paulo et al. Pé e tornozelo. Lisboa: Lidel, 2016.

ALEID, Abdulsalam Mohammed et al. Efficacy of platelet-rich plasma versus corticosteroid injections in recovery from plantar fasciitis: a systematic review and meta-analysis. Journal of Musculoskeletal Surgery and Research, 2025. DOI: 10.25259/JMSR_458_2024.

BUCAK, Ömer Faruk et al. Comparative effectiveness of platelet-rich plasma and steroid injections in chronic plantar fasciitis: evaluating pain relief and functional recovery. Foot & Ankle International, v. 46, n. 9, p. 987-995, 2025. DOI: 10.1177/10711007251346784.

CHARLES, Russell et al. The effectiveness of shockwave therapy on patellar tendinopathy, Achilles tendinopathy, and plantar fasciitis: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Immunology, v. 14, 1193835, 2023. DOI: 10.3389/fimmu.2023.1193835.

KHOBRADE, Akshay S. et al. Comparison of the effectiveness of platelet-rich plasma injection versus plantar-specific calf stretching exercises in patients with plantar fasciitis: a randomized controlled trial. *Cureus*, v. 16, n. 8, e67992, 2024. DOI: 10.7759/cureus.67992.

KOTHARI, Utsav et al. Efficacy and safety of platelet-rich plasma injection for chronic plantar fasciitis: a prospective study on functional restoration and pain relief. *Cureus*, v. 16, n. 1, e52414, 2024. DOI: 10.7759/cureus.52414.

KOC JR., Thomas A. et al. Heel pain - plantar fasciitis: revision 2023. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, v. 53, n. 12, p. CPG1-CPG39, 2023. DOI: 10.2519/jospt.2023.0303.

LIPPI, Lorenzo et al. Efficacy and tolerability of extracorporeal shock wave therapy in patients with plantar fasciopathy: a systematic review with meta-analysis and meta-regression. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 60, p. 832-846, 2024. DOI: 10.23736/S1973-9087.24.08136-X.

LANDORF, Karl B. et al. Health-related quality of life is substantially worse in individuals with plantar heel pain. *Scientific Reports*, v. 12, n. 1, 15652, 2022. DOI: 10.1038/s41598-022-19767-0.

MORRISSEY, Dylan et al. Management of plantar heel pain: a best practice guide informed by a systematic review, expert clinical reasoning and patient values. *British Journal of Sports Medicine*, v. 55, n. 19, p. 1106-1118, 2021. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101970.