TelessaúdeRS
RegulaSUS

TelessaúdeRS

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

SUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Ortopedia adulto

2026

2ª edição

Publicadores

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – TelessaúdeRS
Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Organizadores

Ana Cláudia Magnus Martins
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Rafaela Fernandes Barrêto
Elise Botteselle de Oliveira
Juliana Nunes Pfeil
Rodolfo Souza da Silva
Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Ortopedia adulto

2ª edição

Porto Alegre
UFRGS
2026

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo desde que citada a fonte.

A coleção dos Protocolos de Regulação Ambulatorial do Rio Grande do Sul (RegulaSUS) pode ser acessada na íntegra no *site* do projeto TelessaúdeRS.
Atenção: verifique se há edições atualizadas deste material na página: https://telessauders.ufrgs.br/protocolos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS – Sede Bruce Duncan
Rua Mostardeiro, 366, 9º Andar, Bairro Moinhos de Vento
CEP: 90430-000 – Porto Alegre/RS
Site: telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º andar, Bairro Praia de Belas
CEP: 90110-150 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3288-5800
Site: saude.rs.gov.br/

1ª edição – 2016.
2ª edição – 2026.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U58 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS; Rio Grande do Sul.

Secretaria Estadual da Saúde
Protocolos de Regulação Ambulatorial: ortopedia adulto [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS; Secretaria Estadual da Saúde. – 2. ed. – Porto Alegre: UFRGS, 2026.

ISBN: 978-65-02-15878-4

1. Protocolos Clínicos 2. Ortopedia 3. Atenção Primária à Saúde 4. Telemedicina I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde III. TelessaúdeRS.

NLM WE 168

Catalogação na fonte – TelessaúdeRS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Reitora: Profa. Marcia Cristina Bernardes Barbosa
Vice-reitor: Prof. Pedro de Almeida Costal

Faculdade de Medicina
Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Departamento de Medicina Social
Chefe: Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Coordenador: Prof. Rodrigo Citton Padilha dos Reis

TelessaúdeRS
Coordenador-geral: Natan Katz
Vice-coordenador-geral: Roberto Nunes Umpierre
Coordenador-executivo: Rodolfo Souza da Silva
Coordenador técnico-científico: Dimitris Rucks Varvaki Rados
Coordenador técnico-científico adjunto: Marcelo Rodrigues Gonçalves

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
Secretária da Saúde: Lisiane Wasem Fagundes

Organização
Ana Cláudia Magnus Martins[1]
Luíza Emília Bezerra de Medeiros[1]
Rafaela Fernandes Barrêto[1]
Elise Botteselle de Oliveira[1]
Juliana Nunes Pfeil[1,2]
Rodolfo Souza da Silva[1]
Roberto Nunes Umpierre[1,2]
Natan Katz[1,2]

Autoria
Alexandre Wahl Hennigen[1]
Ana Cláudia Magnus Martins[1]
Ana Flor Hexel Cornely[3]
Atahualpa Cauê Paim Strapasson[4]
Dimitris Rucks Varvaki Rados[1,5]
Elise Botteselle de Oliveira[1]
Josué Basso[1]
Juliana Nunes Pfeil[1]
Luíza Emília Bezerra de Medeiros[1]
Milena Rodrigues Agostinho Rech[6]
Rafaela Fernandes Barrêto[1]
Rudi Roman[1]
Vinícius de Prá Perius[7]

Revisão técnica
Atahualpa Cauê Paim Strapasson[4]
Vinícius de Prá Perius[7]
Carlos Roberto Galia[8]
Ricardo Canquerini da Silva[8]

Colaboração
Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Regulação Estadual e Departamento de Gestão da Atenção Especializada.

Revisão textual e normalização
Bruna Rodrigues da Silva[1]
Felícia Volkweis[1]

Design
Renan Ferreira[1]

Diagramação
Laura Paiva Etchichury[1]
Laura Willke de Moraes[1]

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS.
[2] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.
[3] Médica infectologista, Prefeitura de Porto Alegre.
[4] Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Cirúrgica.
[5] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Interna.
[6] Universidade de Caxias do Sul, Faculdade de Medicina.
[7] Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Serviço de Ortopedia e Traumatologia.
[8] Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Ortopedia e Traumatologia.

Como citar este documento:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial**: ortopedia adulto. 2. ed. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2026. Disponível em: https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS 2026.
Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: ORTOPEDIA ADULTO 6

Mudanças da nova versão 7

Protocolo 1 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar 9

Protocolo 2 – Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical 11

Protocolo 3 – Osteoartrite 13

Protocolo 4 – Artrite por deposição de cristais (gota) 14

Protocolo 5 – Patologias de mão e punho 15

Protocolo 6 – Dor no cotovelo 17

Protocolo 7 – Dor no joelho 19

Protocolo 8 – Dor no ombro 21

Protocolo 9 – Dor no quadril 23

Protocolo 10 – Patologias de tornozelo e pé 24

Protocolo 11 – Osteomielite 26

Protocolo 12 – Neoplasia óssea 27

REFERÊNCIAS 28

APÊNDICES – MATERIAIS COMPLEMENTARES 36

Protocolos de Regulação Ambulatorial: ortopedia adulto

Os protocolos de ortopedia adulto foram publicados como parte integrante da Estratégia RegulaSUS de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade ortopedia adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem esses recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico de mielopatia ou síndrome da cauda equina (após avaliação na emergência), diagnóstico ou suspeita de neoplasia óssea benigna, osteomielite, osteonecrose e dor no joelho com bloqueio articular devem ter preferência no encaminhamento à ortopedia quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

O objetivo destes protocolos é, primariamente, a avaliação de motivos de encaminhamentos ortopédicos eletivos. Condições traumatológicas, como, por exemplo, **fraturas ou luxações, devem ser avaliadas nas portas de entrada para traumas**. Assim, a utilização destes protocolos para o manejo dessas lesões é inadequada e só deve ser considerada em situações de insuficiência declarada da linha do trauma.

Pacientes com alteração de funcionalidade, temporária ou permanente, parcial ou total, com ou sem alterações morfológicas, por trauma ou patologias do aparelho locomotor congênitas ou adquiridas têm indicação de encaminhamento à reabilitação física, a despeito de encaminhamento concomitante à ortopedia.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do profissional assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, documentos pertinentes com informações clínicas sobre o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 23 de agosto de 2016.

Última revisão em 4 de abril de 2026.

Mudanças da nova versão

- Inclusão de quatro novos protocolos:
    - Protocolo 4 – Artrite por deposição de cristais (gota).
    - Protocolo 6 – Dor no cotovelo.
    - Protocolo 11 – Osteomielite.
    - Protocolo 12 – Neoplasia óssea.
- Exclusão do Protocolo 5 – Bursites e tendinites. As condições foram descritas dentro dos demais protocolos específicos.
- Exclusão do Protocolo 12 – Fraturas e luxações. Condições traumatológicas, como, por exemplo, fraturas ou luxações, devem ser avaliadas nas portas de entrada para traumas.
- No Protocolo 1 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar:
    - Alterações das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas.
    - Acréscimo do Quadro 1 – Sinais e sintomas que sugerem componente neuropático na dor lombar.
    - Acréscimo do Quadro 3 – Tratamento clínico otimizado para dor lombar crônica.
    - Atualização do conteúdo descritivo mínimo.
- No Protocolo 2 – Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical:
    - Alterações das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas.
    - Atualização do conteúdo descritivo mínimo.
- No Protocolo 3 – Osteoartrite:
    - Alterações das indicações de encaminhamento e atualização do conteúdo descritivo mínimo.
    - Atualização do Quadro 5 – Principais manifestações clínicas da osteoartrite.
    - Acréscimo do Quadro 6 – Tratamento para osteoartrite.
- No Protocolo 5 – Patologias de mão e punho:
    - Acréscimo do Quadro 8 – Tratamento otimizado da síndrome do túnel do carpo.
- No Protocolo 7 – Dor no joelho:
    - Alteração das indicações de encaminhamento.
    - Acréscimo do Quadro 11 – Potenciais indicações cirúrgicas para lesões de menisco no joelho.
    - Acréscimo do Quadro 13 – Potenciais indicações cirúrgicas para lesões ligamentares.
- No Protocolo 8 – Dor no ombro:
    - Alteração das indicações de encaminhamento.
    - Acréscimo do Quadro 14 – Tratamento clínico otimizado para dor crônica em ombro.

- Atualização do conteúdo descritivo mínimo.

- No Protocolo 9 – Dor no quadril:
  - Alteração das indicações de encaminhamento.
- No Protocolo 10 – Patologias de tornozelo e pé:
  - Alteração das indicações de encaminhamento e acréscimo das descrições de tratamento clínico para as condições descritas.

Protocolo 1 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de compressão medular ou síndrome da cauda equina (Quadro 1).
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva.
- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado.
- Dor lombar aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.
- Suspeita de infecção, especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas.
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN, preferencialmente, ou tomografia computadorizada – TC) se radiografia normal ou inconclusiva:

Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 60 anos ou menor que 20 anos.
- Paciente com história prévia ou suspeita de câncer.
- Paciente com imunossupressão (HIV/aids, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores).
- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos de alarme (por exemplo: perda de peso involuntária, febre).
- Dor com característica não mecânica (não relacionada a atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória – Quadro 2 – ou neoplásica).
- Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia:

- Síndrome radicular ou estenose medular (dor irradiada para os membros inferiores, fraqueza, parestesia – Quadro 1) sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado (Quadro 3).
- Síndrome radicular ou estenose medular (dor irradiada para os membros inferiores, fraqueza, parestesia – Quadro 1) associada a déficit motor grave ou progressivo, após avaliação em serviço de urgência.
- Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (espondilólise + espondilolistese, de qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa ≥ grau 2.
- Dor lombar crônica mecânica ou inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado para dor crônica (Quadro 3) por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.
- Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.
- Suspeita ou diagnóstico de neoplasia primária benigna de sítio osteoarticular.
- Fratura patológica por metástase de neoplasia de sítio primário não osteoarticular, após avaliação em serviço de urgência/emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Dor lombar crônica (há mais de 3 meses) de início antes dos 40 anos de idade e de característica inflamatória (Quadro 2).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, equipe de tratamento da dor):

- Dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado (Quadro 3) por 6 meses.
- Dor lombar crônica já operada, sem suspeita de complicações cirúrgicas ou indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho ou saúde do trabalhador:

- Dor lombar crônica (há mais de 3 meses) com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Manifestações clínicas: características da dor, presença ou não de ciatalgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas constitucionais, descrição de exame físico neurológico, outros sinais e sintomas relevantes.
2. Tratamento em uso ou já realizado para dor lombar:
   - não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica);
   - farmacológico, incluindo analgesia fixa e moduladores da dor (dose, posologia, tempo de uso e resposta terapêutica);
   - cirurgias e procedimentos prévios (tipo, data e local que realizou a cirurgia).
3. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data, se realizado.
4. Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva.
5. Se há suspeita de neoplasia, descreva o motivo.
6. Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico.
7. Sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva o quadro clínico, os medicamentos em uso e a resposta terapêutica.
8. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

Protocolo 2 – Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de síndrome de compressão medular (Quadro 4).
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva.
- Exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia.
- Suspeita de infecção, especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas.
- Suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente.
- Dor cervical aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN, preferencialmente, ou tomografia computadorizada – TC), se radiografia normal ou inconclusiva:

Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 60 anos ou menor que 20 anos.
- Paciente com história prévia ou suspeita de câncer.
- Paciente com imunossupressão (HIV/aids, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores).
- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos de alarme (por exemplo: perda de peso involuntária, febre).
- Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia:

- Diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial.
- Pacientes com cervicalgia e diagnóstico definido de artrite reumatoide.
- Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os membros superiores, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado[1].
- Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os membros superiores, fraqueza, parestesia), associados a déficit motor grave ou progressivo, após avaliação em serviço de urgência.
- Dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.
- Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

[1] Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso (com analgésicos e moduladores para dor crônica), exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Dor cervical crônica (há mais de 3 meses) de característica inflamatória (rigidez matinal > 30 minutos e dor que piora com repouso e melhora com movimento).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- Dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses.
- Dor cervical crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado[1].

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho ou saúde do trabalhador:

- Dor cervical crônica (há mais de 3 meses) suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Manifestações clínicas: características da dor, presença ou não de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas constitucionais, descrição de exame físico neurológico, outros sinais e sintomas relevantes.
2. Tratamento em uso ou já realizado para dor lombar:
   - não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica);
   - farmacológico, incluindo analgesia fixa e moduladores da dor (dose, posologia, tempo de uso resposta terapêutica);
   - cirurgias e procedimentos prévios (tipo, data e local que realizou a cirurgia).
3. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
4. Presença de imunossupressão ou artrite reumatoide (sim ou não). Se sim, descreva.
5. Se há suspeita de neoplasia, descreva o motivo.
6. Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico.
7. Sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são, os medicamentos em uso e a resposta terapêutica.
8. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

[1] Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso (com analgésico e moduladores para dor crônica), exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados.

Protocolo 3 – Osteoartrite

O Quadro 5 traz os principais sinais e sintomas que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Osteoartrite de quadril, joelho, tornozelo ou ombro com potencial indicação de cirurgia: dor refratária ao tratamento clínico otimizado (Quadro 6) por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária.
- Osteoartrite de mão com prejuízo funcional associado à deformidade ou dor refratária ao tratamento clínico otimizado (Quadro 6) por 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses (Quadro 6), sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Suspeita de osteoartrite secundária à doença articular inflamatória[1] como artrite reumatoide ou artrite psoriásica.
- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado (Quadro 6) por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico ou a suspeita clínica de osteoartrite: artralgia, hipertrofia óssea, edema articular, sinais flogísticos, deformidades, rigidez matinal, com descrição do tempo de evolução e duração.
2. Presença de restrição de movimento ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
3. Anexar laudo de radiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
4. Índice de massa corporal (IMC).
5. Tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite: não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações).

[1] Pode ser suspeitada em pacientes com sinais e sintomas atípicos: jovens (< 45 anos) e sem história de trauma articular, local incomum de envolvimento (articulações glenoumerais, cotovelos, punhos ou tornozelos), dor articular de características inflamatórias ou presença de perda de peso involuntária. Nesses casos, considerar investigação complementar conforme suspeita clínica.

Protocolo 4 – Artrite por deposição de cristais (gota)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Paciente com gota tofácea crônica e complicações devido à presença de tofos gotosos (infecção recorrente, compressão devido a efeito de massa, deformidade articular que ocasione prejuízo funcional), sem melhora com o tratamento otimizado[1].

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Diagnóstico de gota (Quadro 7) e crises recorrentes (3 ou mais no ano), mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não farmacológico e farmacológico).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna ou nefrologia:

- Diagnóstico de gota (Quadro 7) e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres na pré-menopausa).
- Diagnóstico de gota (Quadro 7) em pessoa com doença renal crônica estágios 4 e 5 (taxa de filtração glomerular < 30 mL/min/1,73 m^2).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de gota: artrite, tofo, número de crises no ano, tempo de evolução, sinais flogísticos no exame físico e outros sinais e sintomas relevantes.
2. Presença de complicações, como infecção recorrente, compressão, deformidade articular e prejuízo funcional.
3. Resultado de ácido úrico sérico, com data.
4. Resultado de creatinina sérica, com data.
5. Tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e medicamentos utilizados, com dose e posologia).
6. Outras medicações em uso.

[1] Tratamento farmacológico otimizado consiste em profilaxia das crises com colchicina associada a tratamento hipouricemiante com alopurinol até 800 mg/dia. Em caso de contraindicação à colchicina, pode-se utilizar anti-inflamatórios não esteroides ou corticosteroides em dose baixa. Pacientes com diagnóstico de gota e que estejam estáveis, sem crises com adequada adesão ao tratamento otimizado, não precisam ter sua terapia modificada caso o ácido úrico esteja fora do alvo terapêutico.

Protocolo 5 – Patologias de mão e punho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- Suspeita de fratura ou ruptura tendínea da mão e/ou punho.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial.
- Cisto sinovial recorrente, com dor persistente ou que cause prejuízo funcional.
- Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado[1].
- Tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado[1].
- Osteoartrite de mão com prejuízo funcional associado à deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado (Quadro 6) por 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia:

- Síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar.
- Síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos).
- Síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado (Quadro 8).
- Síndrome do túnel do carpo com eletroneuromiografia evidenciando injúria grave de nervo mediano, caracterizada por perda axonal ou denervação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (equipe de tratamento da dor, fisiatria, acupuntura):

- Síndrome do túnel do carpo já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica, com dor persistente há mais de 6 meses, apesar de tratamento clínico otimizado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou artrite psoriásica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho ou saúde do trabalhador:

- Problemas de mão e/ou punho há mais de 3 meses com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen (quando indicadas), fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes.

[1] Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios, órtese e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente (Quadro 6).

2. Tratamento em uso ou já realizado para a condição: não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e medicamentos utilizados (dose, posologia, tempo de uso e resposta terapêutica).
3. Anexar laudo de exame de imagem e/ou eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
4. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

Protocolo 6 – Dor no cotovelo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- Lesão aguda do tendão do bíceps distal, com perda súbita de flexão e supinação.
- Suspeita de infecção local (bursite séptica ou artrite séptica).
- Déficit neurológico progressivo (perda de força ou parestesia ulnar intensa).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

Epicondilite lateral (cotovelo do tenista) e medial (cotovelo do golfista)

- Dor no cotovelo persistente após tratamento clínico otimizado (Quadro 9) por 6 meses.
- Degeneração tendínea grave ou ruptura completa à ultrassonografia em paciente com comprometimento funcional.
- Suspeita de ruptura parcial do tendão flexor comum.
- Dor no cotovelo associada com neuropatia ulnar, com falha no tratamento clínico otimizado (Quadro 9) por 3 a 6 meses, ou com déficit motor progressivo, ou com atrofia muscular, ou quadros graves com comprometimento funcional.

Bursite olecraniana

- Bursite olecraniana[1] refratária a tratamento clínico otimizado[2] por 6 semanas.

Limitação funcional do cotovelo pós-traumática:

- Redução de amplitude de movimento total (flexão-extensão) < 100° após 3 meses de fisioterapia.
- Instabilidade articular ou subluxações.
- Luxação recidivante ou deformidade residual.

Osteoartrite do cotovelo

- Osteoartrite de cotovelo com dor refratária a tratamento clínico otimizado (Quadro 6) por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária.
- Evidência radiográfica de osteoartrite do cotovelo moderada a grave.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (equipe de tratamento da dor, fisiatria, acupuntura):

- Dor no cotovelo já avaliada pela ortopedia, sem indicação de intervenção cirúrgica, com dor persistente há mais de 6 meses, apesar de tratamento clínico otimizado.

[1] Bursite olecraniana é caracterizada por edema importante do processo olecraniano, mas com movimentação preservada do cotovelo. A presença de calor local, mesmo sem febre, deve levantar a suspeita de bursite séptica, com indicação de encaminhamento para urgência/emergência. As causas mais comuns são trauma repetitivo, gota, artrite reumatoide e infecção.

[2] O tratamento clínico otimizado consiste em órtese para proteção, aplicação de gelo e modificação de atividades, analgésicos orais ou anti-inflamatórios não esteroides (se não houver contraindicações). A drenagem do líquido da bursa está indicada se houver suspeita de artrite séptica, doença autoimune ou gota/pseudogota. No caso da bursite séptica, está indicado manejo em ambiente hospitalar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Suspeita de doença articular inflamatória, como artrite reumatoide ou artrite psoriásica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho ou saúde do trabalhador:

- Problemas em cotovelo há mais de 3 meses com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes, bem como exame físico.
2. Tratamento em uso ou já realizado para a condição: não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e medicamentos utilizados (dose, posologia, tempo de uso e resposta terapêutica).
3. Anexar laudo de exame de imagem e/ou eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
4. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

Protocolo 7 – Dor no joelho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação do joelho.
- Suspeita de infecção local (bursite séptica ou artrite séptica).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Suspeita clínica de lesão meniscal não degenerativa (Quadro 10), na impossibilidade de solicitar ressonância magnética nuclear (RMN) na APS.
- Lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica (Quadro 11).
- Suspeita clínica de lesão ligamentar não degenerativa (Quadro 12), na impossibilidade de solicitar RMN na APS.
- Lesão ligamentar com potencial indicação cirúrgica (Quadro 13).
- Subluxação ou luxação patelar recorrente refratária ao tratamento clínico otimizado[1].
- Osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado (Quadro 6) por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).
- Bursite pré-patelar, infrapatelar superficial ou da pata de ganso com persistência de dor e/ou limitação funcional após 6 semanas de manejo conservador[2].

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- Dor no joelho sem melhora após tratamento clínico otimizado[2] por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho ou saúde do trabalhador:

- Pacientes com dor no joelho há mais de 3 meses com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: descrever presença de instabilidade, bloqueio articular, crepitação, tempo de evolução, manobras ortopédicas realizadas, outros sinais e sintomas relevantes.
2. Apresenta restrição de movimento (sim ou não). Se sim, descreva.
3. Apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
4. Tratamento realizado para a dor no joelho: não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e medicamentos utilizados (dose, posologia, tempo de uso e resposta terapêuticas).
5. História prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva.

[1] Tratamento clínico otimizado é definido como exercícios de fortalecimento muscular e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.
[2] Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

6. Anexar laudo de exame de imagem do joelho, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
7. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

Protocolo 8 – Dor no ombro

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação aguda do ombro (articulação glenoumeral, acromioclavicular ou esternoclavicular).
- Suspeita de rotura dos tendões do bíceps distal, tríceps braquial e peitoral maior.
- Suspeita de infecção articular (calor local, hiperemia, drenagem purulenta, febre, leucocitose, dor intensa em repouso).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

Manguito rotador e dor subacromial

- Ruptura de espessura completa do manguito rotador (confirmada por imagem) com déficit funcional[1].
- Ruptura de espessura parcial do manguito rotador, com sintomas persistentes após 3 meses de tratamento clínico otimizado (Quadro 14), ou com evidência de progressão da ruptura > 1 cm em exame de imagem no seguimento.
- Dor no ombro refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses (Quadro 14).

Instabilidade glenoumeral

- Primeira luxação em paciente com menos de 30 anos, após redução em serviço de emergência.
- Luxação recorrente (≥ 2 episódios) de ombro, em paciente com qualquer idade, após redução em serviço de emergência.
- Instabilidade do ombro com achados anatômicos de risco (lesões ósseas na glenoide ou cabeça umeral), conforme exame de imagem.

Capsulite adesiva (ombro congelado)

- Diagnóstico de capsulite adesiva e sintomas refratários após 6 a 12 meses de tratamento clínico otimizado (Quadro 13).
- Diagnóstico de capsulite adesiva com dor persistente e incapacitante, com limitação global do movimento ativa e passiva.

Osteoartrite glenoumeral

- Osteoartrite de ombro com potencial indicação de cirurgia (dor refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses – Quadro 13).
- Osteoartrite de ombro com evidência radiográfica de artrose moderada a grave ou destruição articular com importante prejuízo em atividades da vida diária.

Bursite subacromial/subdeltoidea ou subescapular

- Bursite com persistência da queixa e/ou limitação funcional após 2 meses de tratamento conservador.[2]

[1] Pacientes idosos, com comorbidades graves ou baixa demanda funcional, mesmo com ruptura completa, devem receber inicialmente tratamento conservador, com analgesia, fisioterapia focada em reabilitação do deltoide e estabilizadores escapulares, além de acompanhamento clínico.

[2] O tratamento conservador da bursite de ombro consiste em repouso relativo, modificação de atividades que exacerbam os sintomas, gelo local e analgésicos anti-inflamatórios não esteroides, além de fisioterapia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- Dor no ombro sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses (Quadro 13), sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho ou saúde do trabalhador:

- Pacientes com dor no ombro há mais de 3 meses com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes.
2. Apresenta restrição de amplitude de movimento e força ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
3. Presença de luxação do ombro (sim ou não). Se sim, descreva quantidade de vezes.
4. Tratamento realizado para a dor no ombro:
   - não farmacológico (fisioterapia, educação em saúde), informando duração e resposta terapêutica;
   - medicamentos utilizados (dose, posologia, tempo de uso e resposta terapêutica);
   - procedimentos (infiltrações, por exemplo).
5. História prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva.
6. Anexar laudo de ecografia ou ressonância magnética nuclear, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
7. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

Protocolo 9 – Dor no quadril

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação do quadril.
- Suspeita de artrite séptica no quadril.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Osteonecrose (necrose avascular ou asséptica).
- Osteoartrite de quadril com potencial indicação de cirurgia: sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária.
- Bursite ou tendinite de quadril sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.
- Síndrome do impacto femoroacetabular, com diagnóstico confirmado por exame de imagem.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- Dor no quadril sem melhora após tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes.
2. Apresenta restrição de movimento (sim ou não). Se sim, descreva.
3. Apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
4. Tratamento realizado para a dor no quadril: não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e medicamentos utilizados (dose, posologia, tempo de uso e resposta terapêutica).
5. História prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva.
6. Anexar laudo de exame de imagem do quadril, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data, se realizado.
7. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

[1] Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente. Para tratamento de osteoartrite, consultar também o Quadro 6.

Protocolo 10 – Patologias de tornozelo e pé

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé.
- Entorse de tornozelo com suspeita de ruptura ligamentar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial.
- Tendinopatia crônica do tornozelo com prejuízo funcional, deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses.
- Entorse de tornozelo com persistência de dor e edema após tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses.
- Fratura de estresse em regiões do pé com alto risco de não consolidação[2] com tratamento conservador ou refratárias ao tratamento clínico otimizado[3] após 4 a 8 semanas.
- Neuroma de Morton sem resposta a tratamento clínico otimizado[4] por 9 a 12 meses.
- Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.
- Fasciíte plantar, patologias do coxim adiposo ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses.
- Osteoartrite de tornozelo e/ou pé com prejuízo funcional associado a deformidade ou a sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses.
- Bursite de tornozelo que não responde ao tratamento clínico otimizado[5] por 4 a 6 semanas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- Dor no tornozelo ou pé sem melhora após tratamento clínico otimizado[1] por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes.
2. Apresenta restrição de movimento ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.

---

[1] Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico adaptado às condições do paciente. Para tratamento de osteoartrite, consulte também o Quadro 6.

[2] Locais no pé que apresentam alto risco de não consolidação após fraturas: tálus, navicular, quinto metatarso, base do segundo e quarto metatarsos, sesamoide do hálux e maléolo medial.

[3] O tratamento clínico otimizado para fratura de estresse de tornozelo e pé é definido como restrição de carga, uso de órteses, repouso e analgesia.

[4] O tratamento clínico otimizado para neuroma de Morton consiste em calçados adaptados de base larga, palmilhas de apoio retrocapital, analgesia e fortalecimento dos músculos dos pés com fisioterapia.

[5] O tratamento clínico otimizado da bursite do tornozelo inclui repouso relativo, avaliar ajustes em calçado, uso de anti-inflamatórios não esteroides (Aines), se ausência de contraindicação, e fisioterapia.

3. Tratamento realizado para a condição: não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e medicamentos utilizados (dose, posologia, tempo de uso e resposta terapêutica).
4. Anexar laudo de exame de imagem do pé e/ou tornozelo, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data, se realizado.

Protocolo 11 – Osteomielite

O tratamento da osteomielite baseia-se em avaliação cirúrgica com objetivo de debridamento do tecido acometido, além de antibioticoterapia, que deve ser indicada conforme sensibilidade do germe isolado em cultura do tecido infectado. Não há indicação de cultura de *swab* ou raspado da pele, de secreções da ferida ou de trajetos fistulosos na suspeita de osteomielite. A via inicial é intravenosa e, conforme a evolução clínica e o perfil de sensibilidade, o tratamento pode ser alterado para via oral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite aguda[1].

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite aguda[1], após avaliação em urgência/emergência.
- Suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite crônica[2].

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:

- Diagnóstico de osteomielite crônica sem possibilidade de abordagem cirúrgica, após avaliação com ortopedista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: descrever características da lesão suspeita, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes.
2. Comorbidades prévias, como diabetes *mellitus*, doença arterial obstrutiva periférica, patologias neurológicas, cirúrgicas, traumáticas, presença de próteses (sim ou não). Se sim, descreva.
3. Tratamento realizado para a condição: medicamentos utilizados (dose, posologia, duração e resposta terapêutica) e procedimentos cirúrgicos realizados.
4. Resultado de hemograma, velocidade de sedimentação globular (VSG/VHS) e proteína C reativa (PCR), com data.
5. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
6. Resultado de biópsia óssea e cultura óssea, se realizadas.

[1] Suspeita de osteomielite aguda: início súbito de febre associada a dor, eritema e edema no local afetado, que geralmente se desenvolvem dentro de dias a semanas após a infecção inicial. Exames complementares úteis na avaliação de suspeita de osteomielite estão descritos no Quadro 15.

[2] Suspeita de osteomielite crônica: dor crônica, trajetos fistulosos ou drenagem de secreção persistente em lesões de pele e dano tecidual, particularmente em pacientes com diabetes *mellitus* e/ou doença vascular periférica. O diagnóstico definitivo de osteomielite crônica requer biópsia óssea.

Protocolo 12 – Neoplasia óssea

Manifestações clínicas suspeitas de tumores ósseos: dor óssea localizada, com duração de várias semanas, agravada pelo exercício e piora à noite; presença de tumefação de tecidos moles adjacentes, massa firmemente aderida ao osso e dolorosa à palpação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de fratura patológica por metástase, especialmente se houver sinais de comprometimento neurológico ou vascular, suspeita de fratura de fêmur ou sintomas compatíveis com lesão medular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Suspeita ou diagnóstico de neoplasia primária benigna de sítio osteoarticular.
- Fratura patológica por metástase de neoplasia de sítio primário não osteoarticular, após avaliação em serviço de urgência/emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia de tumores ósseos:

- Suspeita ou diagnóstico de neoplasia maligna primária de sítio osteoarticular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia clínica e quimioterapia:

- Implantes ósseos compatíveis com metástases de neoplasia de sítio primário não osteoarticular. Se houver fratura patológica, encaminhar também para ortopedia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas.
2. História atual ou prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, descreva.
3. Anexar laudo de exame de imagem da alteração compatível com tumor ósseo, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data, se realizado.
4. Anexar resultado de outros exames complementares pertinentes, como exames de imagem e resultado de anatomopatológico realizados na investigação de possíveis sítios primários, quando indicado.

Referências

AGGARWAL, R.; RING, D. De Quervain tendinopathy. **UpToDate**, May 28, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/de-quervain-tendinopathy. Acesso em: 2 jan. 2026.

ALTMAN, R. *et al*. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. **Arthritis and Rheumatism**, v. 29, n. 8, p. 1039-1049, 1986.

ALTMAN, R. *et al.* The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. **Arthritis and Rheumatism**, v. 33, n. 11, p. 1601-1610, 1990.

ALTMAN, R. *et al.* The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. **Arthritis and Rheumatism**, v. 34, n. 5, p. 505-514, 1991.

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. **Evidence-based clinical practice guideline:** management of rotator cuff injuries. Rosemont: AAOS, 2025. Disponível em: https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/rotator-cuff/rotator-cuff-2025/rotator-cuff-cpg.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

BALAGUÉ, F. *et al.* Non-specific low back pain. **Lancet**, v. 379, n. 9814, p. 482-491, 2012.

BARKER; L. R.; ZIEVE, P. D. (ed.). **Principles of ambulatory medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

BLAZAR, P. E. History and examination of the adult with hand pain. **UpToDate**, Nov. 8, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/history-and-examination-of-the-adult-with-hand-pain. Acesso em: 2 jan. 2026.

BLAZAR, P. E; AGGARWAL R. Trigger finger (stenosing flexor tenosynovitis). **UpToDate**, Oct. 9, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/trigger-finger-stenosing-flexor-tenosynovitis. Acesso em: 2 jan. 2026.

BODINE, W.; FEDOROWICZ, Z.; EHRLICH, A. Morton neuroma. **DynaMed**, Apr. 2, 2024. Disponível em: https://www.dynamedex.com/condition/morton-neuroma. Acesso em: 2 jan. 2026.

BRAY, J; NEAL S. Evaluation of the adult with thumb pain. **UpToDate**, May 29, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-thumb-pain. Acesso em: 2 jan. 2026.

BURBANK, K. M. *et al.* Chronic shoulder pain: part I. Evaluation and diagnosis. **American Academy of Family Physicians**, v. 77, n. 4, p. 453-60, 2008.

BURBANK, K. M. *et al.* Chronic shoulder pain: part II. **American Academy of Family Physicians**, v. 77, n. 4, p. 493-97, 2008.

CARDONE, D. A.; JACOBS, B. C. Meniscus injury of the knee. **UpToDate**, Oct. 18, 2024. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/meniscus-injury-of-the-knee. Acesso em: 2 jan. 2026.

CARRAGEE, E. J. Persistent low back pain. **New England Journal of Medicine**, v. 352, n. 18, p. 1891-1898, 2005.

CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHOU, R. Subacute and chronic low back pain: management. **UpToDate**, Feb. 11, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-management. Acesso em: 2 jan. 2026.

CHOU, R. *et al.* Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, v. 154, n. 3, p. 181-189, 2011.

COHEN, S. P.; ARGOFF, C. E.; CARRAGEE, E. J. Management of low back pain. **British Medical Journal**, v. 337, a2718, 2008.

COVEY, C. J.; SHMERLING, R. H. Approach to the adult with unspecified knee pain. **UpToDate**, Apr. 16, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unspecified-knee-pain. Acesso em: 2 jan. 2026.

CROWLEY, K. *et al.* Patient education: shoulder pain (the basics). **UpToDate**, 2026. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/shoulder-pain-the-basics?search=Patient%20education%3A%20Shoulder%20pain%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 2 jan. 2026.

DAMRON, T. A.; BOGART, J. A.; BILSKY, M. Management of complete and impending pathologic fractures in patients with metastatic bone disease, multiple myeloma, and lymphoma. **UpToDate**, Mar 17, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-complete-and-impending-pathologic-fractures-in-patients-with-metastatic-bone-disease-multiple-myeloma-and-lymphoma. Acesso em: 2 jan. 2026.

DE KEYSER, F. Ganglion cysts of the wrist and hand. **UpToDate**, Oct. 21, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ganglion-cysts-of-the-wrist-and-hand. Acesso em: 2 jan. 2026.

DEGEORGE, B. R.; FEDOROWICZ, Z.; EHRLICH, A. Carpal tunnel syndrome. **DynaMed**, July 23, 2024. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/carpal-tunnel-syndrome. Acesso em: 2 jan. 2026.

DEGEORGE, B. R.; ZUUREN, E. J.; EHRLICH, A. De Quervain tenosynovitis. **DynaMed**, June 21, 2024. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/de-quervain-tenosynovitis. Acesso em: 2 jan. 2026.

DEGEORGE, B. R.; ZUUREN, E. J.; EHRLICH, A. Trigger finger (stenosing tenosynovitis) in adults. **DynaMed**, Oct. 22, 2024. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/trigger-finger-stenosing-tenosynovitis-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

DERBY, R.; BEUTLER, A. General principles of acute fracture management. **UpToDate**, Nov. 4, 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-acute-fracture-management. Acesso em: 2 jan. 2026.

DEYO, R. A.; JARVIK, J. G.; CHOU, R. Low back pain in primary care. **British Medical Journal**, v. 349, g4266, 2014.

DIJKSTRA, P.; GLYN-JONES, S.; PALMER, A. Femoroacetabular impingement syndrome. **UpToDate**, Jan 17, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/femoroacetabular-impingement-syndrome. Acesso em: 2 jan. 2026.

DOHERTY, M.; ABHISHEK, A. Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis. **UpToDate**, July 23, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-osteoarthritis. Acesso em: 2 jan. 2026.

DRAPER, T. R. Non-Achilles ankle tendinopathy. **UpToDate**, May 2, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/non-achilles-ankle-tendinopathy. Acesso em: 2 jan. 2026.

DUNCAN, B. B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

EMERY, P. *et al.* Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 61, n. 4, p. 290-7, 2002.

FERRARI, J.; MONSON, E. Hallux valgus deformity (bunion) in adults. **UpToDate**, May 20, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hallux-valgus-deformity-bunion-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

FIELDS, K. B.; ATKINSON, B. Forefoot pain in adults: evaluation, diagnosis, and select management of common causes. **UpToDate**, Mar. 21, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-common-causes-of-forefoot-pain-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

FRIEDBERG, R. P.; D'HEMECOURT, P. A. Anterior cruciate ligament injury. **UpToDate**, May 21, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/anterior-cruciate-ligament-injury. Acesso em: 2 jan. 2026.

FURLAN, A. D. *et al.* Chronic low back pain. **DynaMed**, Nov. 17, 2023. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/chronic-low-back-pain. Acesso em: 2 jan. 2026.

GAFFO, A. L. Gout: clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**, May 30, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/gout-clinical-manifestations-and-diagnosis. Acesso em: 2 jan. 2026.

GLADMAN, D. D.; RITCHLIN, C. Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis. **UpToDate**, Aug. 7, 2024. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriatic-arthritis. Acesso em: 2 jan. 2026.

GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. **Primary care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

HADDAD, A.; CHANDRAN, V. How can psoriatic arthritis be diagnosed early? **Current Rheumatology Reports**, v. 14, n. 4, p. 358-363, 2012.

HAINSWORTH, J. D.; GRECO, F. A. Overview of the classification and management of cancers of unknown primary site. **UpToDate**, Mar. 24, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-classification-and-management-of-cancers-of-unknown-primary-site. Acesso em: 2 jan. 2026.

HEBERT, S. K. *et al.* **Ortopedia e traumatologia**: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HEBERT, S.; ALIMENA, L. J. M. (ed.). **Ortopedia**: exames e diagnóstico consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HECHT, P. J. *et al.* Hallux valgus (bunion). **DynaMed**, Dec. 3, 2024. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/hallux-valgus-bunion. Acesso em: 2 jan. 2026.

HERBERT, S. K. *et al.* (org.). **Ortopedia e traumatologia**: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HERNDON, C. M.; ZOBERI, K. S.; GARDNER, B. J. Common questions about chronic low back pain. **American Family Physician**, v. 91, n. 10, p. 708-714, 2015.

HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis and Rheumatism**, v. 40, n. 9, p. 1725, 1997.

HORNICEK, F. J.; MCCARVILLE, B.; AGARAM, N. Bone tumors: Diagnosis and biopsy techniques. **UpToDate**, June 27, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/bone-tumors-diagnosis-and-biopsy-techniques. Acesso em: 2 jan. 2026.

HSU, P. S.; ARMON, C.; LEVIN, K. Acute lumbosacral radiculopathy: etiology, clinical features, and diagnosis. **UpToDate**, July 1, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-lumbosacral-radiculopathy-etiology-clinical-features-and-diagnosis. Acesso em: 2 jan. 2026.

ISAAC, Z.; KELLY, H. R. Evaluation of the adult patient with neck pain. **UpToDate**, Mar. 28, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-patient-with-neck-pain. Acesso em: 2 jan. 2026.

JAYANTHI, N. Elbow tendinopathy (tennis and golf elbow). **UpToDate**, Mar. 10, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/elbow-tendinopathy-tennis-and-golf-elbow. Acesso em: 2 jan. 2026.

KNIGHT, C. L.; CHOU, R. Treatment of acute low back pain. **UpToDate**, July 18, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain. Acesso em: 2 jan. 2026.

KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W.; THOMAS, S. Diagnosis and treatment of low back pain. **British Medical Journal**, v. 332, n. 7555, p. 1430-1434, 2006.

KOTHARI, M. J. Carpal tunnel syndrome: treatment and prognosis. **UpToDate**, June 30, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/carpal-tunnel-syndrome-treatment-and-prognosis. Acesso em: 2 jan. 2026.

LALANI, T. Nonvertebral osteomyelitis in adults: clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**, Nov. 19, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/nonvertebral-osteomyelitis-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnosis. Acesso em: 2 jan. 2026.

LEVIN, K. Cervical spondylotic myelopathy. **UpToDate**, May 13, 2024. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy. Acesso em: 2 jan. 2026.

LIN, M.; LANG, E.; EHRLICH, A. Stress fractures of the foot and ankle. **DynaMed**, Aug. 12, 2024. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/stress-fractures-of-the-foot-and-ankle. Acesso em: 2 jan. 2026.

MACDONALD, J. Medial (tibial) collateral ligament injury of the knee. **UpToDate**, Dec. 10, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/medial-tibial-collateral-ligament-injury-of-the-knee. Acesso em: 2 jan. 2026.

MACDONALD, L.; RODENBERG, R. Posterior cruciate ligament injury. **UpToDate**, May 29, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/posterior-cruciate-ligament-injury. Acesso em: 2 jan. 2026.

MAHARTY, D. C.; HINES, S. C.; BROWN, R. B. Chronic low back pain in adults: evaluation and management. **American Family Physician**, v. 109, n. 3, p. 233-244, 2024.

MARTIN, S. N.; DEWEBER, K. Lateral collateral ligament injury and related posterolateral corner injuries of the knee. **UpToDate**, May 28, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/lateral-collateral-ligament-injury-and-related-posterolateral-corner-injuries-of-the-knee. Acesso em: 2 jan. 2026.

MAUGHAN, K. L.; BOGGESS, B. R. Achilles tendinopathy. **UpToDate**, Mar. 26, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/achilles-tendinopathy. Acesso em: 2 jan. 2026.

MAUGHAN, K. L.; JACKSON, J. Ankle sprain in adults: management. **UpToDate**, June 19, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ankle-sprain-in-adults-management. Acesso em: 2 jan. 2026.

MOORE, B. R.; BOTHNER, J. Recognition and initial management of patellar dislocations. **UpToDate**, Apr. 23, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/recognition-and-initial-management-of-patellar-dislocations. Acesso em: 2 jan. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Low back pain and sciatica in over 16s**: assessment and management. London: Nice, 2020. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/NG59. Acesso em: 2 jan. 2026.

NEOGI, T. *et al.* 2015 Gout Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Arthritis and Rheumatology**, v. 67, n. 10, p. 2557-2568, 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy**. Burr Ridge: North American Spine Society, 2012. Disponível em: https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarDiscHerniation.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders**. Burr Ridge: North American Spine Society, 2010. Disponível em: https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/CervicalRadiculopathy.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis**. Burr Ridge: North American Spine Society, 2011. Disponível em: https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis**. Burr Ridge: North American Spine Society, 2014. Disponível em: https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/Spondylolisthesis.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

OLIVIERI, I. *et al.* The challenge of early diagnosis of psoriatic arthritis. **Journal of Rheumatology**, v. 35, n. 3, p. 3-5, 2008.

PAOLONI, J. Approach to the adult with unspecified hip pain. **UpToDate**, May 20, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unspecified-hip-pain. Acesso em: 2 jan. 2026.

PEREZ-RUIZ, F. Pharmacologic urate-lowering therapy and treatment of tophi in patients with gout. **UpToDate**, June 4, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pharmacologic-urate-lowering-therapy-and-treatment-of-tophi-in-patients-with-gout. Acesso em: 2 jan. 2026.

PILE, J. C. *et al.* Osteomyelitis in adults. **DynaMed**, Feb. 18, 2025. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/osteomyelitis-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

PILLINGER, M. H. *et al.* Gout. **DynaMed**, May 7, 2025. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/gout. Acesso em: 2 jan. 2026.

PODOLL, A. S. *et al*. Hyperuricemia and gout in chronic kidney disease. **DynaMed**, Sept. 22, 2022. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/hyperuricemia-and-gout-in-chronic-kidney-disease. Acesso em: 2 jan. 2026.

PUTUKIAN, M.; MILLER, M. G. Musculoskeletal examination of the hip and groin. **UpToDate**, July 25, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/musculoskeletal-examination-of-the-hip-and-groin. Acesso em: 2 jan. 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 391/21 – CIB/RS**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 12 nov. 2021. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/17145440-cibr391-21.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 446/18 – CIB/RS**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 19 out. 2018. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181046/24104611-cibr446-18.pdf. Acesso em: 2 jan. 2026.

ROUZIER, P. *et al.* Meniscus tears. **DynaMed**, Oct. 5, 2022. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/meniscus-tears. Acesso em: 2 jan. 2026.

ROUZIER, P.; FEDOROWICZ, Z.; EHRLICH, A. Ankle sprain in adults. **DynaMed**, Dec. 7, 2023. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/ankle-sprain-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

ROWLAND, L. P.; PEDLEY, T. A. **Merrit's Neurology**. 12. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

RUDWALEIT, M. *et al.* The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 68, n. 6, p. 777-783, 2009.

SAMPAIO-BARROS, P. D. *et al.* Consenso brasileiro de espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica: diagnóstico e tratamento – primeira revisão. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, n. 4, p. 233-242, 2007.

SHAH, C. S.; FEDOROWICZ, Z.; KO, Y.-J. Bone metastases in adults. **DynaMed**, June 12, 2025.Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/bone-metastases-in-adults.

SIEGEL, M. G.; FEDOROWICZ, Z.; EHRLICH, A. Management of medial collateral ligament (MCL) injuries. **DynaMed**, Nov. 8, 2023. Disponível em: https://www.dynamed.com/management/management-of-medial-collateral-ligament-mcl-injuries. Acesso em: 2 jan. 2026.

SIEGEL, M. G.; FEDOROWICZ, Z.; EHRLICH, A. Medial collateral ligament (MCL) injury of the knee. **DynaMed**, Nov. 8, 2023. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/medial-collateral-ligament-mcl-injury-of-the-knee. Acesso em: 2 jan. 2026.

SIEGEL, M. G.; ZUUREN, E. J.; EHRLICH, A. Anterior cruciate ligament (ACL) injury. **DynaMed**, Aug. 29, 2022. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/anterior-cruciate-ligament-acl-injury. Acesso em: 2 jan. 2026.

SIEGEL, M. G.; ZUUREN, E. J.; EHRLICH, A. Management of anterior cruciate ligament (ACL) injury. **DynaMed**, Dec. 8, 2023. Disponível em: https://www.dynamed.com/management/management-of-anterior-cruciate-ligament-acl-injury. Acesso em: 2 jan. 2026.

SIEGEL, M. G.; ZUUREN, E. J.; EHRLICH, A. Patellar dislocation. **DynaMed**, Jan. 20, 2025. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/patellar-dislocation. Acesso em: 2 jan. 2026.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford**. Porto Alegre: Artmed; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2013.

SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. Biceps tendinopathy and tendon rupture. **UpToDate**, July 25, 2025a. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/biceps-tendinopathy-and-tendon-rupture. Acesso em: 2 jan. 2026.

SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. Physical examination of the shoulder. **UpToDate**, July 10, 2025b. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder. Acesso em: 2 jan. 2026.

SIMONS, S. M.; KRUSE, D. Rotator cuff tendinopathy. **UpToDate**, Mar. 31, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/rotator-cuff-tendinopathy. Acesso em: 2 jan. 2026.

SKINNER, H. B.; MACMAHON, P. J. **Current ortopedia**: diagnóstico e tratamento. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

SMITH, M. V. *et al.* Comprehensive review of the elbow physical examination. **Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 26, n. 19, p. 678-687, 2018.

SPRINTZER, C. E. Approach to imaging modalities in the setting of suspected nonvertebral osteomyelitis. **UpToDate**, Apr. 1, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-imaging-modalities-in-the-setting-of-suspected-nonvertebral-osteomyelitis. Acesso em: 2 jan. 2026.

TANDE, A. J. Osteomyelitis in the absence of hardware: Approach to treatment in adults. **UpToDate**, July 5, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/osteomyelitis-in-the-absence-of-hardware-approach-to-treatment-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

TAUBEN, D.; STACEY, B. R. Overview of pharmacologic management of chronic pain in adults. **UpToDate**, Dec. 9, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pharmacologic-management-of-chronic-pain-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

TAVARES, R. *et al.* A parallel group cohort to determine the measurement properties of an early inflammatory arthritis detection tool. **Rheumatology**, v. 52, n. 11, p. 2077-2085, 2013.

TAYLOR, W. *et al.* Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. **Arthritis and Rheumatism**, v. 54, n. 8, p. 2665-2673, 2006.

TIS, J. E. Nonmalignant bone lesions in children and adolescents. **UpToDate**, June 25, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/nonmalignant-bone-lesions-in-children-and-adolescents. Acesso em: 2 jan. 2026.

TODD, D. J. Bursitis: clinical manifestations, diagnosis, and management. **UpToDate**, Oct. 24, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/bursitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management. Acesso em: 2 jan. 2026.

VAUGHAN, A.; HULKOWER, S. Evaluation of the adult with shoulder complaints. **UpToDate**, 15 Mar. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-shoulder-complaints. Acesso em: 2 jan. 2026.

VILLENEUVE, E. *et al.* A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 72, n. 1, p. 13-22, 2013.

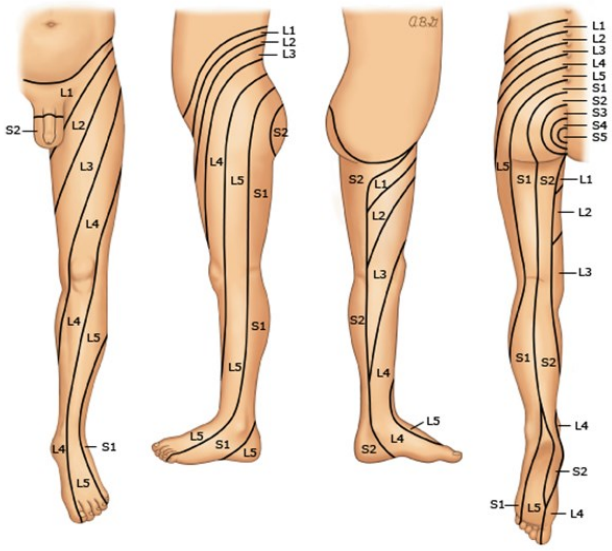
VOLPON, J. B. Femoroacetabular impingement. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 51, n. 6, p. 621-629, 2016.

WHEELER, S. G. *et al.* Evaluation of low back pain in adults. **UpToDate**, July 18, 2025. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-evaluation-of-low-back-pain-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

YU, M. H.; HOFFE, S. E. Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of bone metastasis in adults. **UpToDate**, Feb. 18, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-presentation-and-diagnosis-of-bone-metastasis-in-adults. Acesso em: 2 jan. 2026.

Apêndices – Materiais complementares

Quadro 1 – Sinais e sintomas que sugerem componente neuropático na dor lombar

Compressão de cone medular (lombossacra) ou cauda equina
• Perda de força, alteração da sensibilidade e alteração de reflexos tendinosos profundos (normalmente hipoatividade) nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica). • Anestesia em sela. • Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.
Síndrome radicular
• **Características da dor:** pior na posição sentada, ao flexionar o tronco e ao anteriorizar coxa e perna, particularmente se o pé também em dorsiflexão (estirando o nervo ciático). • **Sinal de Lasègue:** elevação passiva da perna afetada pelo examinador. É positiva se reproduzir a dor com irradiação distal ao joelho em ângulo entre 30° e 70°. Pode ser sensibilizado com a dorsiflexão do pé. • **Sinal de Lasègue cruzado:** elevação passiva da perna não afetada reproduz dor na perna afetada (contralateral). • **Reflexos diminuídos ou ausentes:** - Reflexo patelar (raiz de L4 ou L5); ou. - Reflexo Aquileu (raiz de S1). • **Fraqueza motora durante movimento ativo:** - Extensão de joelho e dorsiflexão do pé (raiz de L4); ou - Caminhar sobre calcanhares: extensão do hálux e dorsiflexão do pé (raiz de L5); ou. - Caminhar na ponta dos dedos: flexão plantar do pé (raiz de S1). • **Parestesias:** - Região anterior da coxa e medial de perna e pé (raiz de L4); ou - Região lateral da perna e dorso do pé (raiz de L5); ou - Região dorsal da perna e lateral do pé (raiz de S1). 
Estenose medular
• **Claudicação neurogênica:** dor e alteração de sensibilidade nas pernas (frequentemente bilateral e assimétricas), com ou sem fraqueza, na distribuição das raízes nervosas, precipitadas por caminhada ou permanência em pé. Tem alívio lento com repouso (usualmente necessita sentar-se) e mudança de posição (flexão do tronco).

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Maharty, Hines e Brown (2024) e Hsu, Armon e Levin (2024).

Quadro 2 – Sinais e sintomas que sugerem dor lombar de característica inflamatória

Suspeita-se de dor lombar de característica inflamatória se o paciente apresentar pelo menos 3 destes critérios: ● Início insidioso. ● Melhora com exercício. ● Sem melhora com repouso. ● Dor noturna na segunda metade da madrugada, com melhora ao se levantar.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Rudwaleit *et al.* (2009).

Quadro 3 – Tratamento clínico otimizado para dor lombar crônica

O tratamento clínico otimizado consiste na aplicação de **todas** as categorias a seguir, incluindo primeira linha de tratamento (orientações gerais, exercícios, psicoterapia e tratamento de transtornos de humor se necessário) e segunda linha (tratamento farmacológico). A categoria "outras terapias" não é obrigatória para o encaminhamento.

Orientações gerais
● Todos os pacientes devem ser aconselhados a se manterem tão ativos quanto a dor permitir. A retomada do movimento normalmente precede a melhora da dor. O repouso no leito não é recomendado. ● Deve-se explicar a diferença entre dor e lesão. Por exemplo: explicar que nem sempre alterações degenerativas, típicas da idade, são responsáveis pela dor do paciente; dor intensa pode ser observada sem se relacionar com lesões no exame de imagem. ● No caso de dor lombar crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.
Exercícios
● O paciente deve realizar exercícios de alongamento e, após as primeiras semanas, fortalecimento da musculatura da coluna. ● A realização de exercícios físicos é fundamental no tratamento da dor lombar crônica não específica, geralmente englobando componentes de fortalecimento muscular, flexibilidade e condicionamento aeróbico. Nenhum tipo de exercício é mais eficaz que os demais, sendo indicado aquele que o profissional fisioterapeuta ou educador físico orientar, adaptado às preferências e disponibilidade do paciente. ● Encaminhar para a fisioterapia, especialmente cinesioterapia (fortalecimento muscular) e/ou para orientação de exercícios com um educador físico, conforme o caso.
Psicoterapia e tratamento de transtornos de humor (conforme o caso)
● O paciente deve buscar abordagens psicológicas para enfrentamento de catastrofização, medo do movimento, insistência em atividades a despeito de dor intensa, alto estresse emocional ou desmotivação. Terapia cognitivo-comportamental e *mindfulness* são as mais estudadas. ● O tratamento concomitante de transtornos de humor, como depressão e ansiedade, é fundamental na abordagem multimodal de dor crônica.

Tratamento farmacológico
Para analgesia: ● Primeira escolha: ○ Aines: diferentes tipos de Aines são igualmente eficazes. Devem ser usados pelo menor tempo possível e na menor dose eficaz, principalmente em pessoas com comorbidades. Efeitos adversos potencialmente graves são piora da hipertensão e de função renal, retenção hídrica e sintomas gastrointestinais. ○ Analgésicos simples: paracetamol ou dipirona podem ser indicados para pessoas com contraindicações aos Aines. ● Segunda escolha: ○ Miorrelaxantes: recomendados para dor refratária a Aines e analgésicos simples. Uso recomendado por até 4 semanas. Seus principais efeitos adversos são sonolência e tontura. Preferir os não benzodiazepínicos: ■ Ciclobenzaprina: 5 a 10 mg, até 3x/dia se necessário (sendo uma dose antes de dormir para ajudar no sono). ■ Tizanidina: 4 a 8 mg, até 3x/dia se necessário. **Para modulação de dor:** indicados quando Aines, analgésicos simples e miorrelaxantes forem refratários ou necessários por mais de 4 semanas. ● Primeira escolha: antidepressivos duais: ○ Duloxetina: iniciar com 30 mg, 1x/dia; se bem tolerado, após uma semana, aumentar para 60 mg, 1x/dia. ● Segunda escolha: antidepressivos tricíclicos: ○ Amitriptilina: 25 a 75 mg, 1x/dia, antes de dormir. ○ Nortriptilina: 25 a 75 mg, 1x/dia, antes de dormir. **Não recomendados:** opioides, corticoesteroides e anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina).
Outras terapias
● Agulhamento de pontos gatilhos miofasciais. ● Autoaplicação de calor local, por 20 minutos, a cada 2 horas, se houver resposta individual, em casos de dor subaguda ou agudização da dor crônica. ● Osteopatia, massagens e acupuntura têm evidência limitada, mas podem ter benefício em casos de dor crônica.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Duncan *et al.* (2022), Furlan *et al.* (2023), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2023) e Chou (2025).

Aines: anti-inflamatórios não esteroides.

Quadro 4 – Sinais e sintomas que sugerem suspeita de compressão medular cervical ou torácica

● Tetraparesia ou paraparesia. ● Presença de nível sensitivo, como hipoestesia ou anestesia abaixo do provável nível da lesão. ● Espasticidade. ● Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão. ● Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner e Babinski e clônus). ● Presença do sinal de Lhermitte. ● Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal. ● Síndrome medular central (sintomas de hipotrofia ou atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos membros superiores e, mais proeminentemente, nas mãos).

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Quadro 5 – Principais manifestações clínicas da osteoartrite

Sintomas	
Dor	● Afeta uma ou poucas articulações. ● Tem início insidioso e progressão lenta por anos. ● Tem intensidade variável. ● Pode ser intermitente. ● Piora com as atividades e melhora com o repouso. ● Dor noturna nos quadros graves.
Rigidez	● Duração curta (< 30 minutos) pela manhã ou após o repouso.
Sintomas constitucionais	● Ausentes.
Exame físico	
Inspeção	● Aumento de volume: pode haver aumento de volume ósseo da articulação, edema e deformidades, principalmente na osteoartrite nodal (nódulos de Heberden e Bouchard). ● Alinhamento articular. ● Atrofia muscular.
Palpação	● Ausência de calor. ● Aumento de volume (se presença de derrame articular, normalmente é pequeno e frio). ● Dor à palpação de linha articular. ● Dor à palpação periarticular (principalmente em quadril e joelho).
Amplitude de movimento	● Crepitação. ● Redução da amplitude de movimento. ● Dor à mobilização. ● Fraqueza muscular.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Doherty e Abhishek (2024).

Quadro 6 – Tratamento para osteoartrite

Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento farmacológico, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Osteoartrite de mãos:

- Preferir tratamento tópico no manejo inicial (capsaicina ou Aine).
- Prescrever órteses para imobilização articular em períodos de maior dor (usada principalmente para base do polegar).
- Encaminhar para fisioterapia para orientação de exercícios.

Osteoartrite de joelho e quadril:

- Preferir tratamento tópico no manejo inicial da osteoartrite de joelho (capsaicina ou Aine).
- Orientar perda de pelo menos 10% do peso corporal em indivíduos com sobrepeso ou obesidade.
- Encaminhar para fisioterapia, especialmente cinesioterapia (fortalecimento muscular), e, posteriormente, para orientação de exercícios com um educador físico, conforme o caso.
- Considerar uso de auxílio para deambular em casos graves (muletas, bengalas, andadores).

Osteoartrite de ombro (fase aguda):

- Prescrever Aine.
  - Orientar ao paciente: evitar elevação dos braços acima da cabeça.
  - Aplicar calor úmido ao ombro doloroso por 10 a 15 minutos.
  - Encaminhar para fisioterapia, especialmente cinesioterapia (fortalecimento muscular), e, posteriormente, para orientação de exercícios com um educador físico.

Osteoartrite de ombro (fase crônica):

- Encaminhar para fisioterapia, especialmente cinesioterapia (fortalecimento muscular), e, posteriormente, para orientação de exercícios com um educador físico.

Osteoartrite de cotovelo:

- Prescrever Aine.
- Educar o paciente quanto à modificação de atividades (evitar sobrecarga).
- Encaminhar para fisioterapia com foco em ganho de amplitude de movimento e fortalecimento.
- Prescrever uso de órteses para repouso ou estabilização.

Tratamento farmacológico:

Tópico: indicado para acometimento de uma ou poucas articulações (especialmente joelho e mão).

- Capsaicina tópica 0,025% a 0,075%: aplicar na região dolorosa até 4x/dia (uso limitado por efeitos adversos locais).
- Aines tópicos: cetoprofeno gel OU diclofenaco gel até 4x/dia.

Sistêmico:

- Aines sistêmicos não seletivos (apenas uma das opções a seguir)*:
  - Ibuprofeno 600 mg, de 8/8 h.
  - Diclofenaco sódico ou potássico 50 mg, de 8/8 h.
  - Diclofenaco colestiramina 70 mg, de 12/2 h.
  - Cetoprofeno 50 mg, de 6/6 h.
  - Naproxeno 500 mg, de 12/12 h.
  - Meloxicam 7,5 mg/dia, podendo aumentar para 15 mg/dia.
  - Nimesulida 100 mg, de 12/12 h.
- Aines sistêmicos COX-2 seletivos: celecoxibe 200 mg/dia, podendo ser dividido em duas tomadas diárias. Preferidos para pacientes que necessitem de gastroproteção.
- Paracetamol: até 1 g, de 6/6 h.
- Dipirona: até 1 g, de 6/6 h.

Duloxetina: iniciar 30 mg/dia por uma semana e aumentar a dose para 60 mg/dia na semana seguinte. Medicamento de escolha para pacientes com resposta inadequada ou com contraindicação ao uso de Aine.

Não se recomenda rotineiramente:

- Suplementação com glucosamina e condroitina.
- Massagens.
- Infiltração com corticoide intra-articular (exceto em casos específicos, pois o alívio da dor é leve a moderado e o efeito de curta duração).
- Corticoide sistêmico (oral ou parenteral).
- Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina).
- Anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina).

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Aines: anti-inflamatórios não esteroides.
* Usar sempre a menor dose necessária para controlar os sintomas. Pode-se associar inibidor de bomba de prótons para proteção gástrica, se necessário, especialmente em idosos, em pessoas com história prévia de doença ulcerosa péptica ou uso concomitante de medicações que aumentam risco de complicações gastrointestinais (AAS, corticoide oral, anticoagulantes, inibidores seletivos da recaptação da serotonina).

Quadro 7 – Critérios diagnósticos de gota para pacientes com monoartrite aguda

Critérios	Pontos
Sexo masculino	2
Episódio prévio de crise de artrite relatado pelo paciente	2
Desenvolvimento do quadro dentro de 1 dia	0,5
Articulação hiperemiada	1
Envolvimento da primeira articulação metatarsofalângica	2,5
Hipertensão arterial ou pelo menos uma doença cardiovascular (inclui cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica)	1,5
Ácido úrico sérico > 5,88	3,5
Interpretação da pontuação: ≤ 4 pontos: baixa probabilidade de gota; considerar um diagnóstico alternativo. Entre 5 e 7 pontos: probabilidade intermediária de gota. ≥ 8 pontos: alta probabilidade de gota.	

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Gaffo (2025).

Quadro 8 – Tratamento otimizado da síndrome do túnel do carpo

O tratamento otimizado da síndrome do túnel do carpo deve incluir as seguintes recomendações:

- Uso de órtese rígida para o punho, especialmente durante o período de maior sintomatologia (usualmente à noite).
- Fisioterapia ou protocolos de exercício e mobilização do carpo.
- Uso de corticoides por via oral (ex.: prednisona 20 mg, pela manhã, por 14 dias).
- Uso de corticoides por injeção local (ex.: acetato de metilprednisolona 20 a 80 mg). Há pequeno risco de lesão direta do nervo e desenvolvimento de fibrose. O procedimento deve ser realizado por profissional médico com treinamento prévio. Considerar a realização do procedimento guiado por imagem.

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Quadro 9 – Tratamento clínico otimizado para dor crônica em cotovelo

O tratamento clínico otimizado consiste na aplicação de todas as categorias a seguir, incluindo primeira linha de tratamento (modificação de atividade e ergonomia, fisioterapia e imobilização) e segunda linha (tratamento farmacológico). A terapia intervencionista não é obrigatória para o encaminhamento.

Modificação de atividade e ergonomia
● Evitar esforços repetitivos e movimentos de pronação e supinação forçada. ● Afastamento temporário de atividade laboral se indicado.
Fisioterapia
● Encaminhar para fisioterapia para orientação de exercícios. Geralmente necessário tratamento prolongado (mínimo 12 semanas).
Imobilização funcional temporária
● Órtese noturna ou *brace* de descarga epicondiliana por 3 a 6 semanas.
Tratamento farmacológico
Para analgesia: ● Aines: devem ser usados por 2 a 4 semanas, na menor dose eficaz, principalmente em pessoas com comorbidades. Preferidos na fase aguda ou agudização. ● Analgésicos simples: paracetamol ou dipirona podem ser indicados para pessoas com contraindicações aos Aines. **Para modulação de dor:** indicados em casos de dor crônica com sensibilização central ou de coexistência com outras condições (fibromialgia, dor lombar crônica, osteoartrite). ● Duloxetina: iniciar com 30 mg, 1x/dia; se bem tolerado, após uma semana, aumentar para 60 mg, 1x/dia. ● Amitriptilina: 25 a 75 mg, 1x/dia, antes de dormir.
Terapia intervencionista
● Infiltração de corticoesteroide, realizada se persistirem sintomas após 8 semanas de fisioterapia.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Jayanthi (2025).

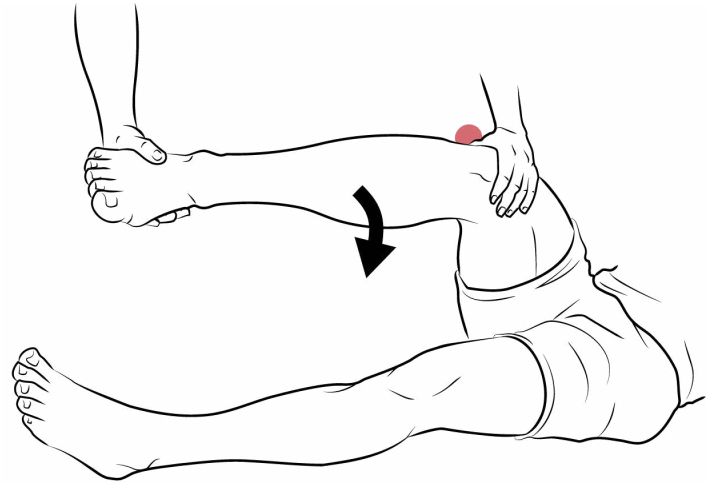
Aines: anti-inflamatórios não esteroides.

Quadro 10 – Suspeita clínica de lesão meniscal não degenerativa no joelho

Suspeita-se de lesão meniscal não degenerativa no joelho diante de alguma das seguintes condições: ● Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas). ● Idade < 40 anos. ● Bloqueio articular. ● Derrame articular agudo. ● Ausência de osteoartrite na radiografia. ● Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho. ● Teste de McMurray positivo (Figura 1).

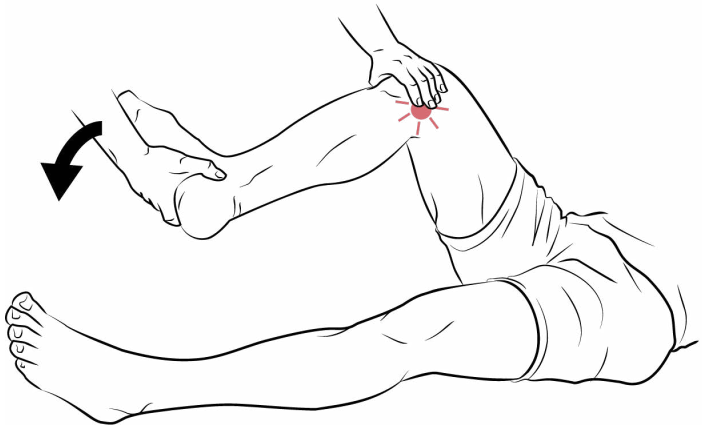
Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Rouzier *et al.* (2022).

Figura 1 – Teste de McMurray



Posição (para as duas manobras): com o paciente em decúbito dorsal, realizar a flexão do joelho a 90°.

Testar o menisco medial: segurar o pé e fazer rotação externa (calcanhar para dentro). Com a outra mão nas linhas articulares do joelho, aplicar uma força para dentro. Iniciar o movimento de extensão da perna. A presença de um estalido ou dor indica que o teste foi positivo.



Testar o menisco lateral: segurar o pé e fazer rotação interna (calcanhar para fora). Com a outra mão nas linhas articulares do joelho, aplicar uma força para fora. Iniciar o movimento de extensão da perna. A presença de um estalido ou dor indica que o teste foi positivo.

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Quadro 11 – Potenciais indicações cirúrgicas para lesões de menisco*

Condições clínicas que sugerem a necessidade de cirurgia (qualquer uma):

- Falha no tratamento conservador mantido por 6 semanas.
- Dor ao teste de McMurray após mínima flexão do joelho.
- Restrição do movimento do joelho devido a corpo livre na cavidade articular (joelho travado ou bloqueado).
- Associação com ruptura do ligamento cruzado anterior ou do ligamento colateral medial.
- Ruptura em alça de balde do menisco.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Cardone e Jacobs (2021), Rouzier *et al.* (2022) e Siegel, Zuuren e Ehrlich (2025).

*Excluem-se lesões meniscais secundárias a osteoartrite do joelho.

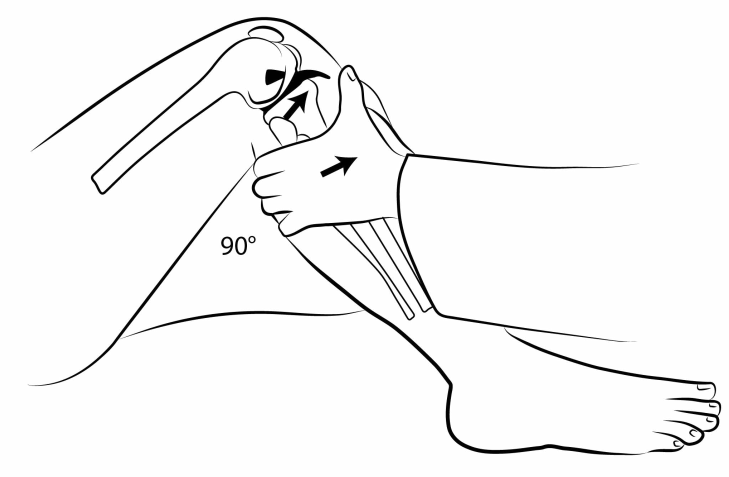
Quadro 12 – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

Suspeita-se de lesão ligamentar no joelho diante de alguma das seguintes condições clínicas:

- Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividade esportiva), especialmente se associado a derrame articular precoce (primeiros instantes após o trauma).
- Sensação de instabilidade articular.
- Frouxidão ligamentar (maior amplitude de movimento).
- Positividade em testes que avaliam a integridade ligamentar:
  - Gaveta anterior (Figura 2)
  - Lachman (Figura 3)
  - *Pivot shift* (Figura 4)

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

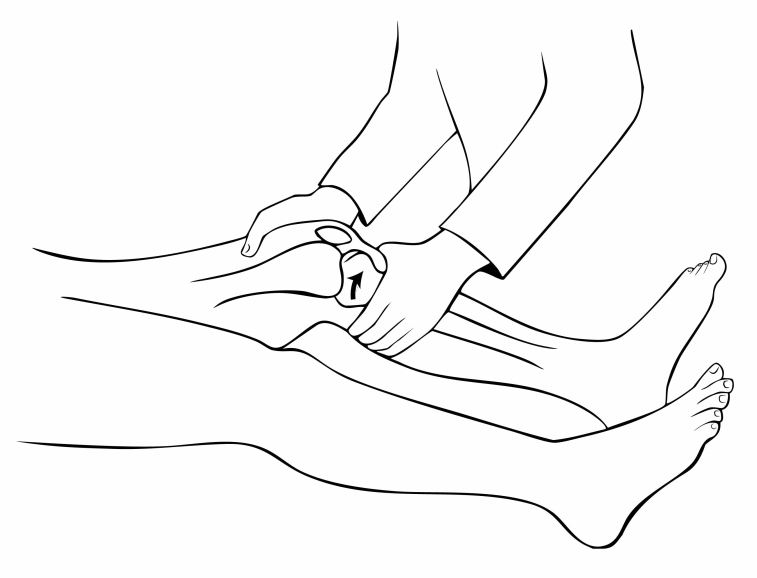
Figura 2 – Teste da gaveta anterior



Com o paciente em decúbito dorsal, flexionar o joelho examinado a 90°. O profissional apoia o pé do paciente e, com as mãos na região posterior da tíbia superior, empurra-a para a anterior. O teste é positivo quando há translação aumentada em comparação com o outro joelho.

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

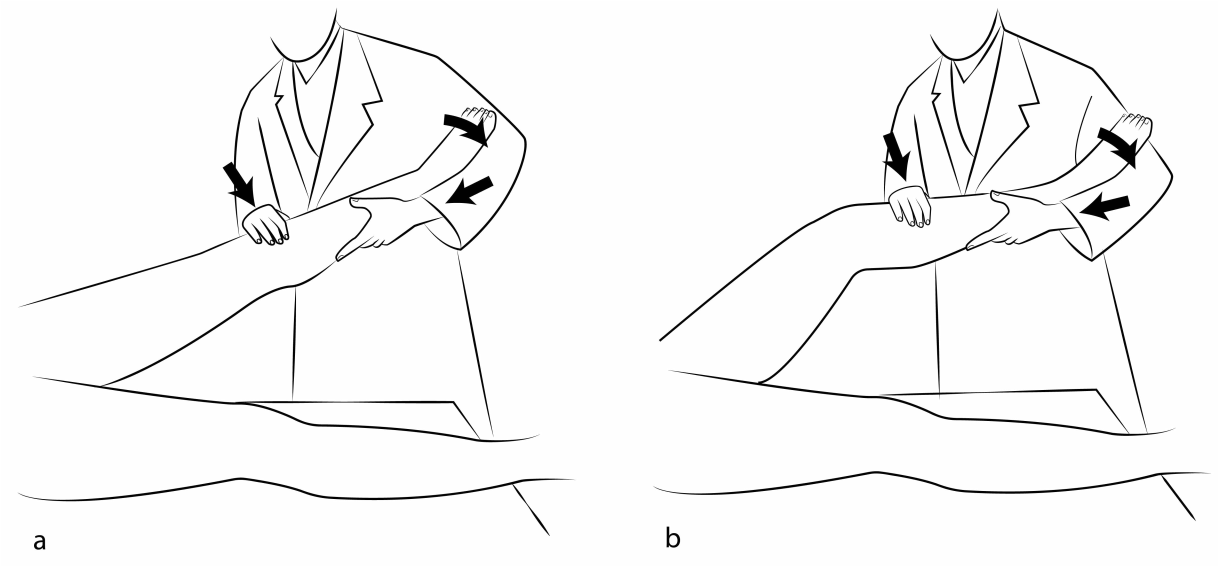
Figura 3 – Teste de Lachman



Com o paciente em decúbito dorsal, flexionar o joelho examinado a 30°. O profissional estabiliza o fêmur distal com uma mão e, com a outra, segura a tíbia proximal realizando um movimento para a anterior. O teste é positivo quando há deslocamento anterior tibial aumentado em comparação com o lado contralateral sadio.

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Figura 4 – Teste de *pivot shift*



Com o paciente em decúbito dorsal, posicionar o joelho em completa extensão. O profissional realiza rotação interna da perna (calcanhar para fora) e faz força no joelho para dentro. Em seguida, inicia um movimento de flexão. O teste é positivo quando a tíbia subluxa anteriormente e, ao atingir cerca de 30 a 40° de flexão, ela "salta" para trás, retornando à posição normal, o que pode ser sentido como um estalo ou ressalto (*shift*).

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Quadro 13 – Potenciais indicações cirúrgicas para lesões ligamentares no joelho*

Condições clínicas que sugerem a necessidade de cirurgia (qualquer uma):

- Ruptura de ligamento cruzado anterior ou de ligamento colateral medial associada a lesão meniscal com restrição da movimentação do joelho.
- Ruptura de ligamento cruzado anterior em indivíduos jovens (18 a 35 anos).
- Ruptura de ligamento cruzado anterior com instabilidade recorrente no joelho.
- Ruptura de ligamento cruzado anterior em atletas de elite e pacientes com estilo de vida muito ativo.
- Ruptura de ligamento cruzado anterior associada a ruptura total do ligamento colateral medial.
- Ruptura do ligamento colateral medial na fase crônica com instabilidade isolada medial associada a geno varo ou normal.
- Lesões multiligamentares do joelho.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Rouzier *et al*. (2022), Siegel, Fedorowicz e Ehrlich (2023), MacDonald (2024), MacDonald e Rodenberg (2025), Friedberg e d'Hemecourt (2025) e Martin e DeWeber (2025).

* Excluem-se lesões ligamentares secundárias a osteoartrite do joelho.

Quadro 14 – Tratamento clínico otimizado para dor crônica em ombro

O tratamento conservador consiste na aplicação de **todas** as categorias a seguir, incluindo primeira linha de tratamento (orientações gerais, fisioterapia, exercícios, psicoterapia e tratamento de transtornos de humor, se necessário) e segunda linha (tratamento farmacológico). A terapia intervencionista não é obrigatória para o encaminhamento.

Orientações gerais
● Descansar o ombro: evitar levantar objetos, estender a mão acima da cabeça ou cruzando o peito, bem como dormir apoiando o corpo no ombro dolorido. ● Apoiar o ombro em travesseiros: manter o ombro elevado acima do nível do coração. Isso poderá aliviar a dor e o edema. ● Aplicar calor úmido na área para reduzir a dor e a rigidez, por, no máximo, 20 minutos de cada vez. ● Aplicar gelo no ombro durante a fase aguda, com edema, a cada 1 ou 2 horas, por 15 minutos de cada vez. O gelo também poderá ser útil depois de fazer exercícios para os ombros. ● No caso de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.
Fisioterapia e exercícios
● Encaminhar para fisioterapia para orientação de exercícios. Geralmente necessário tratamento prolongado (mínimo 12 semanas). Posteriormente, a orientação de exercícios para fortalecimento do manguito rotador deve ser realizada pelo educador físico.
Psicoterapia e tratamento de transtornos de humor (conforme o caso)
● Abordagens psicológicas para enfrentamento de catastrofização, medo do movimento, insistência em atividades a despeito de dor intensa, alto estresse emocional ou desmotivação. Terapia cognitivo-comportamental e mindfulness são as mais estudadas. ● Tratamento concomitante de transtornos de humor, como depressão e ansiedade, são fundamentais na abordagem multimodal de dor crônica.
Tratamento farmacológico
Para analgesia: ● Aines: devem ser usados por pelo menos 4 semanas, na menor dose eficaz. Preferidos na fase aguda ou agudização. Pessoas com contraindicação ao uso, principalmente pessoas com comorbidades, devem usar analgésicos. ● Analgésicos simples: paracetamol ou dipirona podem ser indicados para pessoas com contraindicação a Aines. **Para modulação de dor:** indicados em casos de dor crônica com sensibilização central ou de coexistência com outras condições (fibromialgia, dor lombar crônica, osteoartrite). ● Duloxetina: iniciar com 30 mg, 1x/dia; se bem tolerado, após uma semana, aumentar para 60 mg, 1x/dia. ● Amitriptilina: 25 a 75 mg, 1x/dia, antes de dormir.
Terapia intervencionista
● Infiltração subacromial ou intra-articular se persistirem sintomas após 6 a 8 semanas de fisioterapia.

Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de National Institute for Health and Care Excellence (2020), Tauben e Stacey (2025), American Academy of Orthopaedic Surgeons (2025), Simons e Dixon (2025b) e Crowley *et al.* (2026).

Aines: anti-inflamatórios não esteroides.

Quadro 15 – Exames complementares úteis na avaliação de casos suspeitos de osteomielite

Diante de suspeita de osteomielite, sugere-se a realização dos seguintes exames complementares:

- Provas inflamatórias (VSG/VHS e PCR): podem estar elevadas.
- Hemograma: pode haver leucocitose com desvio à esquerda (menos comum).
- Exames de imagem:
  - Radiografia: pode ter baixa sensibilidade em casos de osteomielite aguda, mas o seu uso seriado pode ajudar a monitorar casos suspeitos (como em pacientes com pé diabético).
  - Ressonância magnética nuclear (RMN): tem boa resolução e permite avaliação de tecido ósseo e partes moles.
  - Tomografia computadorizada (TC): é útil para guiar biópsia óssea e para determinar se há sequestro ósseo (lesão necrótica óssea) ou a extensão de comprometimento de tecidos moles.

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

TelessaúdeRS

Melhorando a saúde das pessoas por meio de tecnologia e inovação

TelessaúdeRS

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

SUS