

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

# Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 4

Ortopedia Adulto

Brasília - DF  
2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

# Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 4



Ortopedia Adulto

Brasília - DF  
2022





Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Saúde da Família

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 7º Andar, Zona Cívico-Administrativa

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9044 / 9096

Site: <https://aps.saude.gov.br/>

E-mail: [desf@saude.gov.br](mailto:desf@saude.gov.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: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320, 1101, Bairro Rio Branco

CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333 7025

Site: [www.telessauders.ufrgs.br](http://www.telessauders.ufrgs.br)

E-mail: [contato@telessauders.ufrgs.br](mailto:contato@telessauders.ufrgs.br)

*Supervisão geral:*

Renata Maria de Oliveira Costa

Antônio Leopoldo Nogueira Neto

Arita Bergmann

*Coordenação geral:*

Roberto Nunes Umpierre

Natan Katz

Renata Maria de Oliveira Costa

*Coordenação científica:*

Marcelo Rodrigues Gonçalves

*Organização:*

Ana Célia da Silva Siqueira

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rodolfo Souza da Silva

Rudi Roman

*Elaboração de texto:*

Alexandre Wahl Hennigen

Ana Cláudia Magnus Martins

Atahualpa Cauê Paim Strapassom

Deise Marcela Piovesan

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Erno Harzheim

Josué Basso

Juliana Nunes Pfeil

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Maiara Conzatti

Marcos Vinicius da Rosa Ropke

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natália Sarzi Sartori

Natan Katz

Renata Rosa de Carvalho

Rudi Roman

Vinicius de Prá Perius

*Revisão técnica:*

Eduardo da Silva Rodrigues

Carlos Roberto Galia

Ricardo Canquerini da Silva

Alayne Larissa Martins Pereira

Wendy Rayanne Fernandes dos Santos

Bruna Gisele de Oliveira

Emelise Rodrigues Gobbi

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

*Projeto gráfico, design e capa:*

Lorena Bendati Bello

Michelle Iashmine Mauhs

Stephanie Louise Mauhs

*Diagramação:*

Estela Böckmann dos Santos

Michelle Iashmine Mauhs

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Ortopedia adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

37 p. : il. – (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada ; v. 4)

Modo de acesso: World Wide Web:

[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_encaminhamento\\_atencao\\_ortopedia\\_adulto.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_encaminhamento_atencao_ortopedia_adulto.pdf)

ISBN 978-65-5993-223-8

1. Ortopedia. 2. Planejamento em saúde. 3. Equidade em saúde. 4. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. II. Título. III. Série

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0057

Títulos para indexação:

Adult orthopedics

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	4
INTRODUÇÃO.....	5
ORTOPEDIA ADULTO .....	6
Protocolo 1 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar.....	7
Protocolo 2 – Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical.....	9
Protocolo 3 – Osteoartrite .....	11
Protocolo 4 – Artrite Por Deposição de Cristais (Gota) .....	12
Protocolo 5 – Bursite e Tendinite .....	13
Protocolo 6 – Patologias de Mão e Punho.....	14
Protocolo 7 – Dor no Joelho.....	15
Protocolo 8 – Dor no Ombro .....	16
Protocolo 9 – Dor no Quadril.....	18
Protocolo 10 – Patologias do Tornozelo e Pé .....	19
Protocolo 11 – Osteomielite.....	20
Protocolo 12 – Fraturas e Luxações.....	21
BIBLIOGRAFIA .....	22
APÊNDICE – QUADROS AUXILIARES E FIGURAS.....	29

## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), que se caracteriza, entre outras diretrizes, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a APS tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende do acesso facilitado, da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos que dificultam o acesso ao serviço. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e a organização das ofertas e do grau de resolutividade da APS nos territórios. Tais entraves podem ser superados por meio de atendimentos resolutivos na APS e da qualificação dos encaminhamentos, o que pode otimizar o processo de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), além de organizar os serviços prestados pela atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a APS, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) - tais como gestão de filas de espera próprias da UBS/USF e dos exames e consultas descentralizados/programados, por exemplo - e que propiciem a comunicação entre UBS/USF, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros). Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articuladas às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Nesse contexto, os protocolos de encaminhamento são, ao mesmo tempo, ferramentas de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com essa clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais ao Sistema Único de Saúde (SUS) vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que cooperam com o aumento da resolutividade, da capacidade de coordenação do cuidado e da legitimidade social da Atenção Primária. Mãos à obra!

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS)  
Departamento de Saúde da Família (Desf/Saps/MS)  
Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS)  
TelessaúdeRS-UFRGS

## INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária, em tempo oportuno, de consultas médicas e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na APS, evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas sobre o paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Nesse sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes da atenção primária com outros pontos de atenção. Ao encaminhar o usuário para cuidados especializados temporários ou prolongados, é importante que as equipes da atenção primária possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado na RAS.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo orientar os profissionais que atuam na APS e responder a duas questões importantes para o médico regulador. São elas:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder a primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na APS.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Dessa forma, desde que atendidos os princípios de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado, num plano posterior é garantido o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e de outras ações pedagógicas, conforme a realidade de cada território. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo. A recusa do encaminhamento equivocada, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser um ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da APS, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.



## ORTOPEDIA ADULTO

Os motivos de encaminhamento aqui selecionados são os mais prevalentes para pacientes pediátricos encaminhados para a especialidade Ortopedia. 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 no momento do 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. Falta de condições para prover investigação adequada também deve ser considerada como indicação do encaminhamento para o serviço especializado.

**Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia óssea benigna, diagnóstico de mielopatia ou síndrome da cauda equina, após avaliação na emergência, 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. Esses critérios devem ser adaptados conforme a necessidade da regulação local, após avaliação de recursos disponíveis na RAS. Condições traumatológicas devem ser avaliadas nas portas de entrada para traumas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico da atenção primária coordenar o cuidado, tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado em tempo oportuno e de forma segura, conforme sua avaliação.

---

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

---

## Protocolo 1 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar

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

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver [quadro 1](#) no apêndice); ou
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva no exame físico (ver [quadro 2](#) no apêndice); ou
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- dor lombar aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas); ou
- 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 raio-X normal ou inconclusivo:

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

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados); ou
- dor com característica não mecânica (não relacionada a atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória - ver [quadro 3](#) no apêndice); ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurocirurgia ou a Ortopedia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>; ou
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese e sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica<sup>1</sup>; ou
- suspeita clínica de claudicação neurogênica<sup>2</sup>; ou
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa  $\geq$  grau 2; ou
- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS; ou

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, 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 no manejo da dor.

<sup>2</sup> Claudicação neurogênica: dor e alteração de sensibilidade em glúteos, coxas, pernas ou pés, com ou sem fraqueza, na distribuição das raízes nervosas, precipitados por caminhada ou permanência em pé. Tem alívio lento com repouso (usualmente necessita sentar) e mudança de posição (flexão do tronco).



- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado para dor crônica<sup>1</sup> por 6 meses, na ausência de serviço especializado em tratamento de dor crônica.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Reumatologia:**

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de início antes dos 40 anos e de característica inflamatória (ver [quadro 3](#) no apêndice).

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

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses; ou
- 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 a Medicina do Trabalho ou a Saúde do Trabalhador:**

- dor lombar crônica (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 cialgia 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/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
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 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;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

---

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, 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 no manejo da dor.

## Protocolo 2 – Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical

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

- suspeita de síndrome de compressão medular (ver [quadro 1](#) no apêndice); ou
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas); ou
- suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente; ou
- 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 raio-X normal ou inconclusivo:**

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

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados); ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia ou a Neurocirurgia:**

- diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial; ou
- pacientes com cervicalgia e diagnóstico definido de artrite reumatoide; ou
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>
- por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica; ou
- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a 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 a Reumatologia:**

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, 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 no manejo da dor.

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

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

- dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses; ou
- dor cervical crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina do Trabalho ou a Saúde do Trabalhador:**

- dor cervical crônica (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 cervical [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações); e/ou cirurgias prévias (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 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;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

---

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, 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 no manejo da dor.

## Protocolo 3 – Osteoartrite

Ver [quadro 4](#) no apêndice para sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:

- osteoartrite de quadril, joelho, tornozelo ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- osteoartrite de mão com prejuízo funcional associado à deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses.

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

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Reumatologia:

- suspeita de osteoartrite secundária à doença articular inflamatória<sup>2</sup> como artrite reumatoide ou artrite psoriásica; ou
- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> 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, descrevendo tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);
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;
4. índice de massa corporal (IMC);
5. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico, tipo, duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente (ver [quadro 5](#) no apêndice).

<sup>2</sup> Há suspeita de doença articular inflamatória 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 a 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<sup>1</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Reumatologia:

- diagnóstico de gota (ver [quadro 6](#) no apêndice) e crises recorrentes (3 ou mais no ano), mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não farmacológico e farmacológico<sup>1</sup>).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina Interna ou a Nefrologia:

- diagnóstico de gota (ver [quadro 6](#) no apêndice) e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa); ou
- diagnóstico de gota (ver [quadro 6](#) no apêndice) em pessoa com doença renal crônica estágios 4 e 5 (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico ou a suspeita de gota (artrite, tofo, número de crises no ano, descrevendo tempo de evolução, se há sinais flogísticos no exame físico e outros sinais e sintomas relevantes);
2. resultado de ácido úrico sérico, com data;
3. resultado de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (para cálculo de taxa de filtração glomerular);
5. tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);
6. outras medicações em uso;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

---

<sup>1</sup> Tratamento farmacológico otimizado consiste em profilaxia das crises associada a tratamento hipouricemiante com alopurinol até 800 mg ao dia. 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. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543 caso seja necessário auxílio com o tratamento.

## Protocolo 5 – Bursite e Tendinite

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por um período de 4 meses.

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

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por um período de 4 meses, preferencialmente já avaliada pela equipe de Ortopedia.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina do Trabalho ou a Saúde do Trabalhador:

- bursite ou tendinite há mais de 3 meses com suspeita de associação com atividade laboral.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico ou a suspeita clínica de bursite (localização da dor, com descrição de características, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio);
2. presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data (se realizado);
4. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
5. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
6. tratamento em uso ou já realizado para bursite (não farmacológico, tipo, duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

---

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico com cinesioterapia (fortalecimento muscular), adaptado às condições do paciente.



## Protocolo 6 – 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 a Ortopedia:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- cisto sinovial recorrente, com dor persistente ou que cause prejuízo funcional; ou
- dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>; ou
- tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>; ou
- osteoartrite de mão com prejuízo funcional associado a deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>2</sup> por 6 meses.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurocirurgia ou a Ortopedia:

- síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; ou
- síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou
- síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado (ver [quadro 7](#) no apêndice).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Reumatologia:

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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina do Trabalho ou a 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 indicado), fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico, tipo, duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
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;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios, órtese e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

<sup>2</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente (ver [quadro 5](#) no apêndice).

## Protocolo 7 – Dor no Joelho

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

- suspeita de fratura ou luxação do joelho; ou
- suspeita de artrite séptica no joelho (monoartrite inflamatória aguda).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:

- suspeita clínica de lesão meniscal (ver [quadro 8](#) no apêndice), na impossibilidade de solicitar RMN na APS; ou
- suspeita clínica de lesão ligamentar (ver [quadro 9](#) no apêndice), na impossibilidade de solicitar RMN na APS; ou
- lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica (ver [quadro 10](#) no apêndice); ou
- lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica (ver [quadro 11](#) no apêndice); ou
- subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>; ou
- osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).

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

- dor no joelho sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina do Trabalho ou a 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/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
5. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
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;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

<sup>1</sup>Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente. Mais detalhes sobre o tratamento da osteoartrite no [quadro 5](#) no apêndice.

## Protocolo 8 – Dor no Ombro

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

- suspeita de fratura ou luxação do ombro (articulação glenoumeral ou acromioclavicular).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:

- suspeita e/ou diagnóstico de ruptura parcial e/ou total de tendão do manguito rotador<sup>1</sup> com déficit funcional após lesão traumática já avaliada em urgência/emergência; ou
- suspeita e/ou diagnóstico de ruptura parcial e/ou total de tendão do manguito rotador<sup>1</sup> degenerativa<sup>2</sup> com dor refratária ao tratamento clínico otimizado<sup>3</sup> por 3 a 6 meses; ou
- osteoartrite de ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>3</sup> por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- primeira luxação ao nível do ombro em pacientes com menos de 25 anos, após redução em serviço de emergência; ou
- luxação recorrente de ombro, em qualquer idade, após redução em serviço de emergência; ou
- dor no ombro refratária ao tratamento clínico otimizado<sup>3</sup> por 6 meses.

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

- dor no ombro sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>3</sup> por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina do Trabalho ou a 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 movimento/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, tipo, duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
5. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;

<sup>1</sup> Suspeita-se de ruptura de tendão do manguito rotador em pacientes com queixa de dor primária no ombro, com pelo menos uma das seguintes características: dor agravada por atividades acima do nível do ombro ou dor localizada na face ântero-lateral do ombro e/ou dor que piora à noite, frequentemente com dificuldade de dormir do lado afetado.

<sup>2</sup> O tratamento inicial da ruptura degenerativa e sintomática, parcial ou total, é conservador, especialmente em idosos com baixa demanda funcional e/ou comorbidades clínicas que contraindiquem cirurgia.

<sup>3</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico com cinesioterapia (fortalecimento muscular), adaptado às condições do paciente. Mais detalhes sobre o tratamento da osteoartrite no [quadro 5](#) no apêndice.

6. anexar laudo de ecografia ou ressonância magnética nuclear, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

## Protocolo 9 – Dor no Quadril

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

- suspeita de fratura ou luxação do quadril; ou
- suspeita de artrite séptica no quadril (monoartrite inflamatória aguda).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:

- osteonecrose (necrose avascular ou asséptica); ou
- osteoartrite de quadril com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- bursite ou tendinite de quadril sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por um período de 6 meses; ou
- síndrome do impacto femoroacetabular, com diagnóstico confirmado por exame de imagem.

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

- dor no quadril sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> 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/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
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;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente. Mais detalhes sobre o tratamento da osteoartrite no [quadro 5](#) no apêndice.

## Protocolo 10 – Patologias do Tornozelo e Pé

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

- suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé; ou
- entorse de tornozelo com suspeita de ruptura ligamentar.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- tendinopatia crônica do tornozelo com prejuízo funcional, deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses; ou
- entorse de tornozelo com persistência de dor e edema após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses; ou
- fratura de estresse em regiões do pé com alto risco de não consolidação<sup>2</sup> com tratamento conservador ou refratárias ao tratamento clínico otimizado<sup>3</sup> após 4 a 8 semanas; ou
- neuroma de Morton sem resposta a tratamento clínico otimizado<sup>4</sup> por 9 a 12 meses; ou
- hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses; ou
- fasciíte plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses; ou
- osteoartrite de tornozelo e/ou pé com prejuízo funcional associado à deformidade ou a sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses.

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

- dor no tornozelo ou pé sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> 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/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. tratamento realizado para a condição (não farmacológico, tipo, duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
4. anexar laudo de exame de imagem do pé e/ou tornozelo, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

<sup>1</sup> Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente. Mais detalhes sobre o tratamento da osteoartrite no [quadro 5](#) no apêndice.

<sup>2</sup> Locais no pé que apresentam alto risco de não consolidação após fraturas: tálus, navicular, quinto metatarso, proximais de segundo metatarso, sesamóide ou maléolo medial.

<sup>3</sup> O tratamento clínico otimizado para fratura de estresse de tornozelo é definido como repouso e analgesia.

<sup>4</sup> O tratamento clínico otimizado para neuroma de Morton consiste em calçados adaptados, almofadas metatarsais, analgesia, alongamento.



## Protocolo 11 – Osteomielite

O tratamento da osteomielite baseia-se em 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 evolução clínica e perfil de sensibilidade, o tratamento pode ser alterado para via oral. Por vezes pode haver indicação de tratamento cirúrgico para a remoção do tecido ósseo infectado.

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

- suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite aguda<sup>1</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:

- suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite aguda<sup>1</sup>, após avaliação em serviço de urgência/emergência; ou
- suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite crônica<sup>2</sup>.

### 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 (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 e resposta às medicações) e procedimentos cirúrgicos];
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. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

<sup>1</sup> Suspeita de osteomielite aguda: início súbito de febre associada a dor, eritema e edema no local afetado. Exames complementares úteis na avaliação de suspeita de osteomielite estão descritos no [quadro 12](#) no apêndice.

<sup>2</sup> 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 doença arterial periférica. O diagnóstico definitivo de osteomielite crônica requer biópsia óssea.

## Protocolo 12 – Fraturas e Luxações

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

- todas situações de suspeita ou diagnóstico de fratura ou luxação pós-trauma; ou
- fratura ou luxação tratada com suspeita de síndrome compartimental.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Ortopedia:**

- fratura manejada em serviço de urgência/emergência e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. local da fratura e data;
2. tratamento em uso ou já realizado para a fratura (não farmacológico, tipo, duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
3. apresenta deformidade ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
4. anexar laudo de exame de imagem da localidade da fratura e/ou luxação, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

## BIBLIOGRAFIA

- AGGARWAL, R.; RING, D. **De Quervain tendinopathy**. Waltham, MA: UpToDate, 2 Jan. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/de-quervain-tendinopathy>. Acesso em: 6 out. 2021.
- ALTMAN, R. *et al.* Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 29, n. 8, p. 1039-1049, Aug. 1986.
- ALTMAN, R. *et al.* The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 33, n. 11, p. 1601-1610, Nov. 1990.
- ALTMAN, R. *et al.* The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 34, n. 5, p. 505-514, May 1991.
- ANDERSON, B. C.; HULKOWER, S. **Evaluation of the adult with shoulder complaints**. Waltham, MA: UpToDate, 15 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-shoulder-complaints>. Acesso em: 6 out. 2021.
- ANDERSON, B. C.; SHMERLING, R. H. **Approach to the adult with unspecified knee pain**. Waltham, MA: UpToDate, 27 Oct. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unspecified-knee-pain>. Acesso em: 29 set. 2021.
- BALAGUÉ, F. *et al.* Non-specific low back pain. **Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, 4 Feb. 2012.
- BARKER; L. R.; ZIEVE, P. D. (ed.). **Principles of ambulatory medicine**. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- BARROS, E. J. G.; ALBUQUERQUE, G. de C. **Exame clínico: consulta rápida**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BLAZAR, P. E. **History and examination of the adult with hand pain**. Waltham, MA: UpToDate, 2 Jan. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/history-and-examination-of-the-adult-with-hand-pain>. Acesso em: 29 set. 2021.
- BLAZAR, P. E.; AGGARWAL, R. **Trigger finger (stenosing flexor tenosynovitis)**. Waltham, MA: UpToDate, 30 Sep. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/trigger-finger-stenosing-flexor-tenosynovitis>. Acesso em: 29 set. 2021.
- BRAY, J.; NEAL, S. **Evaluation of the patient with thumb pain**. Waltham, MA: UpToDate, 4 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-thumb-pain>. Acesso em: 6 out. 2021.
- BURBANK, K. M. *et al.* Chronic shoulder pain: part I: evaluation and diagnosis. **American Academy of Family Physicians**, Kansas City, v. 77, n. 4, p. 453-460, 15 Feb. 2008.
- BURBANK, K. M. *et al.* Chronic shoulder pain: part II: treatment. **American Academy of Family Physicians**, Kansas City, v. 77, n. 4, p. 493-497, 15 Feb. 2008.
- CARDONE, D. A.; JACOBS, B. C. **Meniscal injury of the knee**. Waltham, MA: UpToDate, 4 Jun. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/meniscal-injury-of-the-knee>. Acesso em: 30 set. 2021.

CARRAGEE, E. J. Clinical practice: persistent low back pain. **The New England Journal of Medicine**, Boston, MA, v. 352, n. 18, p. 1891-1898, 5 May 2005.

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

CHOU, R. **Subacute and chronic low back pain**: nonpharmacologic and pharmacologic treatment. Waltham, MA: UpToDate, 29 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-nonpharmacologic-and-pharmacologic-treatment>. Acesso em: 6 out. 2021.

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**. Philadelphia, PA, v. 154, n. 3, p. 181-189, 1 Feb. 2011.

COHEN, S. P.; ARGOFF, C. E.; CARRAGEE, E. J. Management of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2718, 22 Dec. 2008.

DE KEYSER, F. **Ganglion cysts of the wrist and hands**. Waltham, MA: UpToDate, 7 Apr. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ganglion-cysts-of-the-wrist-and-hand>. Acesso em: 6 out. 2021.

DERBY R.; BEUTLER, A. **General principles of acute fracture management**. Waltham, MA: UpToDate, 21 Jun. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-acute-fracture-management> . Acesso em: 6 out. 2021.

DEXTER, W. W. **Medial collateral ligament injury of the knee**. Waltham, MA: UpToDate, 24 Dec. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/medial-collateral-ligament-injury-of-the-knee>. Acesso em: 6 out. 2021.

DEYO, R. A.; JARVIK, J. G.; CHOU, R. Low back pain in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 349, g4266, 16 July 2014.

DIJKSTRA, P.; GLYN-JONES, S.; PLAMER, A. **Femoroacetabular impingement syndrome**. Waltham, MA: UpToDate, 22 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/femoroacetabular-impingement-syndrome>. Acesso em: 6 out. 2021.

DOHERTY, M.; ABHISHEK, A. **Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis**. Waltham, MA: UpToDate, 24 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-osteoarthritis>. Acesso em: 6 out. 2021.

DRAPER, T. R. **Non-Achilles ankle tendinopathy**. Waltham, MA: UpToDate, 19 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/non-achilles-ankle-tendinopathy>. Acesso em: 6 out. 2021.

DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DYNAMED. **Record No. T113633, Ankle sprain**: approach to the patient. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018a. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113633>. Acesso em: 6 out. 2021.

DYNAMED. **Record No. T113671, Carpal Tunnel Syndrome**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018b. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113671>. Acesso em: 6 out. 2021.

- DYNAMED. **Record No. T114041, Morton Neuroma.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018c. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114041>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T114490, Trigger Finger (Stenosing Tenosynovitis) in adults.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018d. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114490>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T114675, Anterior Cruciate Ligament (ACL) injury.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018e. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114675>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T115215, Gout.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018f. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115215>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T115604, Hallux valgus and bunion.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018g. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115604>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T115729, de Quervain Tenosynovitis.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018h. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115729>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T116047, Osteomyelitis.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018i. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116047>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T116052, Stress fractures of the foot and ankle.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018j. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116052>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T116667, Recurrent patellar subluxation.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018k. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116667>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T116776, Meniscus tears.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018l. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116776>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T909086, Management of Anterior Cruciate Ligament (ACL) injury.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018m. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T909086>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T913122, Hyperuricemia and gout in Chronic Kidney Disease.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018n. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T913122>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T920288, Medial Collateral Ligament (MCL) Injury of the knee.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018o. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T920288>. Acesso em: 6 out. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T920537, Management of Medial Collateral Ligament (MCL) injuries.** Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018p. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T920537>. Acesso em: 6 out. 2021.
- EMERY, P. *et al.* Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 61, n. 4, p. 290-297, Apr. 2002.

- FERRARI, J. **Hallux valgus deformity (bunion) in adults**. Waltham, MA: UpToDate, 13 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hallux-valgus-deformity-bunion>. Acesso em: 6 out. 2021.
- FIELDS, K. B. **Evaluation and diagnosis of common causes of forefoot pain in adults**. Waltham, MA: UpToDate, 13 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-common-causes-of-forefoot-pain-in-adults>. Acesso em: 6 out. 2021.
- FRIEDBERG, R. P. **Anterior cruciate ligament injury**. Waltham, MA: UpToDate, 13 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anterior-cruciate-ligament-injury>. Acesso em: 6 out. 2021.
- GLADMAN, D. D.; RITCHLIN, C. **Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis**. Waltham, MA: UpToDate, 1 May 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriatic-arthritis>. Acesso em: 6 out. 2021.
- GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. **Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7. ed. Philadelphia, PA: 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, 2018. v. 1.
- HADDAD, A.; CHANDRAN, V. How can psoriatic arthritis be diagnosed early? **Current Rheumatology Reports**, Philadelphia, PA, v. 14, n. 4, p 358-363, Aug. 2012.
- HEBERT, S.; ALIMENA, L. J. M. (ed.). **Ortopedia: exames e diagnóstico consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- HERBERT, S. K. *et al.* (org.). **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- HERNDON, C.M.; ZOBARI, K.S.; GARDNER, B.J. Common questions about chronic low back pain. **Am. Fam. Physician.**, v. 91, n. 10, p. 708-714, 15 May 2015.
- HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis and Rheumatism, Atlanta**, v. 40, n. 9, p. 1725, Sep. 1997.
- ISAAC, Z.; KELLY, H. R. **Evaluation of the adult with neck pain**. Waltham, MA: UpToDate, 16 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-patient-with-neck-pain>. Acesso em: 6 out. 2021.
- JAYANTHI, N. **Elbow tendinopathy (tennis and golf elbow)**. Waltham, MA: UpToDate, 9 Jun. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/elbow-tendinopathy-tennis-and-golf-elbow>. Acesso em: 6 out. 2021.
- KNIGHT, C. L. *et al.* **Treatment of acute low back pain**. Waltham, MA: UpToDate, 4 Aug. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain>. Acesso em: 6 out. 2021.
- KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W.; THOMAS, S. Diagnosis and treatment of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 332, n. 7555, p. 1430-1434, Jun. 2006.
- KOTHARI, M. J. *et al.* **Carpal Tunnel Syndrome: treatment and prognosis**. Waltham, MA: UpToDate, 18 June 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/carpal-tunnel-syndrome-treatment-and-prognosis>. Acesso em: 6 out. 2021.



- LALANI, T.; SCHMITT, S. K. **Nonvertebral osteomyelitis in adults**: clinical manifestations and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate, 26 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nonvertebral-osteomyelitis-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 6 out. 2021.
- LAST, A. R.; HULBERT, K. Chronic low back pain: evaluation and management. **American Family Physician**, Kansas City, MO, v. 79, n. 12, p. 1067-1074, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.html>. Acesso em: 6 out. 2021.
- LEVIN, K. **Cervical spondylotic myelopathy**. Waltham, MA: UpToDate, 14 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy>. Acesso em: 6 out. 2021.
- LOUIS, E. D.; MAYER, S. A.; ROWLAND, L. P. **Merrit's neurology**. 13. ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.
- MACDONALD, J.; RODENBERG, R. **Posterior cruciate ligament injury**. Waltham, MA: UpToDate, 21 June 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/posterior-cruciate-ligament-injury>. Acesso em: 6 out. 2021.
- MARTIN, S. N.; DEWEBER, K. **Lateral collateral ligament injury and related posterolateral corner injuries of the knee**. Waltham, MA: UpToDate, 25 Mar. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/lateral-collateral-ligament-injury-and-related-posterolateral-corner-injuries-of-the-knee>. Acesso em: 6 out. 2021.
- MAUGHAN, K. L. **Ankle sprain**. Waltham, MA: UpToDate, 16 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ankle-sprain>. Acesso em: 6 out. 2021.
- MAUGHAN, K. L.; BOGGESS, B. R. **Achilles tendinopathy and tendon rupture**. Waltham, MA: UpToDate, 15 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/achilles-tendinopathy-and-tendon-rupture>. Acesso em: 6 out. 2021.
- MOORE, B. R.; BOTHNER, J. **Recognition and initial management of patellar dislocations**. Waltham, MA: UpToDate, 26 Aug. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recognition-and-initial-management-of-patellar-dislocations>. Acesso em: 6 out. 2021.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Low back pain**: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 27 May 2009. (Clinical Guideline, n. 88). Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg88>. Acesso em: 6 out. 2021.
- NEOGI, T. *et al.* 2015 Gout Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Arthritis and Rheumatism**, Malden, v. 67, n. 10, p. 2557-2568, Oct. 2015.
- NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy**. Burr Ridge, IL: North American Spine Society, 2012. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarDiscHerniation.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.
- NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders**. Burr Ridge, IL: North American Spine Society, 2010. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/CervicalRadiculopathy.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis.** Burr Ridge, IL: North American Spine Society, 2011. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis.** Burr Ridge, IL: North American Spine Society, 2014. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/Spondylolisthesis.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.

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

OSMON, D. R.; TANDE, A. J. **Nonvertebral osteomyelitis in adults: treatment.** Waltham, MA: UpToDate, 7 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nonvertebral-osteomyelitis-in-adults-treatment>. Acesso em: 6 out. 2021.

PAOLONI, J. **Approach to the adult with unspecified hip pain.** Waltham, MA: UpToDate, 1 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unspecified-hip-pain>. Acesso em: 6 out. 2021.

PEREZ-RUIZ, F. **Pharmacologic urate-lowering therapy and treatment of tophi in patients with gout.** Waltham, MA: UpToDate, 16 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacologic-urate-lowering-therapy-and-treatment-of-tophi-in-patients-with-gout>. Acesso em: 6 out. 2021.

PUTUKIAN, M.; MILLER, M. G. **Musculoskeletal examination of the hip and groin.** Waltham, MA: UpToDate, 13 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/musculoskeletal-examination-of-the-hip-and-groin>. Acesso em: 6 out. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. **Resolução nº 446/18 – CIB / RS.** Porto Alegre, 19 out. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181046/24104611-cibr446-18.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.

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**, London, v. 68, n. 6, p. 777-783, June 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**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 233-242, jul./ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/XsRH4WPd7gKSQgFqQYGTKNx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2021.

SCOTT, A.; PURDAM, C. R. **Overview of the management of overuse (persistent) tendinopathy.** Waltham, MA: UpToDate, 3 Jun. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-overuse-persistent-tendinopathy>. Acesso em: 6 out. 2021.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

- SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. **Biceps tendinopathy and tendon rupture**. Waltham, MA: UpToDate, 16 Apr. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/biceps-tendinopathy-and-tendon-rupture>. Acesso em: 6 out. 2021.
- SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. **Physical examination of the shoulder**. Waltham, MA: UpToDate, 4 Mar. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder>. Acesso em: 6 out. 2021.
- SIMONS, S. M.; ROBERTS, M. **Patient education: rotator cuff tendinitis and tear (beyond the basics)**. Waltham, MA: UpToDate, 15 Apr. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/rotator-cuff-tendinitis-and-tear-beyond-the-basics>. Acesso em: 6 out. 2021.
- SKINNER, H. B. **Current ortopedia: diagnóstico e tratamento**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.
- SPRINTZER, C. E. **Approach to imaging modalities in the setting of suspected nonvertebral osteomyelitis**. Waltham, MA: UpToDate, 28 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-imaging-modalities-in-the-setting-of-suspected-nonvertebral-osteomyelitis>. Acesso em: 6 out. 2021.
- TAVARES, R. *et al.* A parallel group cohort to determine the measurement properties of an early inflammatory arthritis detection tool. **Rheumatology**, Oxford, v. 52, n. 11, p. 2077-2085, Nov. 2013.
- TAYLOR, W. *et al.* Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 54, n. 8, p. 2665-2673, Aug. 2006.
- TODD, D. J. *et al.* **Bursitis: an overview of clinical manifestations, diagnosis, and management**. Waltham, MA: UpToDate, 23 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bursitis-an-overview-of-clinical-manifestations-diagnosis-and-management>. Acesso em: 6 out. 2021.
- WEIGHTED pendulum stretch exercise. Waltham, MA: UpToDate, 2021. Figure, graphic 75504, version 4.0. Acesso em: <https://sso.uptodate.com/contents/image?imageKey=PI%2F75504>. Acesso em: 6 out. 2021.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS. **Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 jun. 2020. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_tratamento\\_dor\\_TSRS.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos_resumos/protocolo_tratamento_dor_TSRS.pdf). Acesso em: 6 out. 2021.
- 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**, London, v. 72, n. 1, p. 13-22, Jan. 2013.
- VOLPON, J. B. Impacto femoroacetabular. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Ribeirão Preto, v. 51, n. 6, p. 621-629, jul. 2016.
- WHEELER, S. G. *et al.* **Evaluation of low back pain in adults**. Waltham, MA: UpToDate, 21 Jun. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-evaluation-of-low-back-pain-in-adults>. Acesso em: 6 out. 2021.

## APÊNDICE – QUADROS AUXILIARES E FIGURAS

**Quadro 1** – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

<b>Compressão medular (cervical ou torácica):</b>
• tetra ou paraparesia;
• presença de nível sensitivo – hipo 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, Babinski, clônus);
• presença do sinal de Lhermitte;
• alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;
• síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos membros superiores e, mais proeminentemente, mão).
<b>Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra):</b>
• perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
• anestesia em sela;
• alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Quadro 2** – Escala de força

Graus de força	Movimento observado
Zero	Nenhuma contração muscular.
1	Movimento visível no músculo, mas nenhum movimento obtido na articulação.
2	Movimento na articulação, mas não contra a gravidade.
3	Movimento contra a gravidade, mas não contra a resistência adicional.
4	Movimento contra a resistência, mas ainda não completamente normal.
5	Força normal.

Fonte: Barros e Albuquerque (2004).

**Quadro 3 – Dor lombar de característica inflamatória (pelo menos 3 entre os 4 critérios)**

• Início insidioso.
• Melhora com exercício.
• Sem melhora com repouso.
• Dor noturna (na segunda metade da madrugada), com melhora ao se levantar.

**Fonte:** TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Rudwaleit *et al.* (2009).

**Quadro 4 – Principais manifestações clínicas da osteoartrite**

<b>Sintomas</b>	
Dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afeta uma ou poucas articulações.</li> <li>• Início insidioso e progressão lenta por anos.</li> <li>• Intensidade variável.</li> <li>• Pode ser intermitente.</li> <li>• Piora com as atividades e melhora com o repouso.</li> <li>• Dor noturna nos quadros graves.</li> </ul>
Rigidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração curta (&lt; 30 minutos) pela manhã ou após o repouso.</li> </ul>
Sintomas constitucionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausentes.</li> </ul>
<b>Exame físico</b>	
Inspeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de volume: pode haver aumento de volume ósseo da articulação, edema e deformidades, principalmente na osteoartrite nodal (nódulos de Heberden e Bouchard).</li> <li>• Alinhamento articular.</li> <li>• Atrofia muscular.</li> </ul>
Palpação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de calor.</li> <li>• Aumento de volume (se presença de derrame articular, normalmente é pequeno e frio).</li> <li>• Dor à palpação de linha articular.</li> <li>• Dor à palpação periarticular (principalmente em quadris e joelhos).</li> </ul>
Amplitude de movimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crepitação.</li> <li>• Redução da amplitude de movimento.</li> <li>• Dor à mobilização.</li> <li>• Fraqueza muscular.</li> </ul>

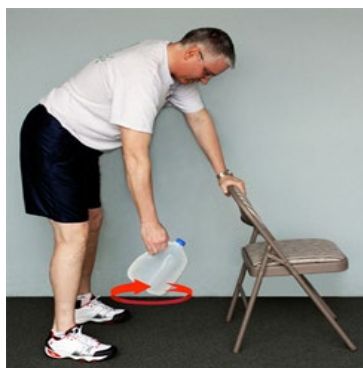
**Fonte:** TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Doherty e Abhishek (2022).

**Quadro 5 – Tratamento para osteoartrite**

<p><b>Osteoartrite de mãos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar órteses para imobilização articular em períodos de maior dor (usada principalmente para base do polegar).</li> <li>• Exercícios realizados em casa (apertar esponja na água morna).</li> </ul>
<p><b>Osteoartrite de joelhos e quadril:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de pelo menos 10% do peso corporal em indivíduos com sobrepeso/obesidade.</li> <li>• Exercícios físicos e fisioterapia:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- fortalecimento muscular (musculação, treinamento funcional, ginástica localizada);</li> <li>- exercício aeróbico de baixo impacto (hidroginástica, caminhadas leves, ciclismo);</li> <li>- treinamento de flexibilidade (alongamentos).</li> </ul> </li> <li>• Uso de auxílio para deambular em casos graves (muletas, bengalas, andadores).</li> </ul>
<p><b>Osteoartrite de ombro (fase aguda):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar elevação dos braços acima da cabeça.</li> <li>• Prescrever anti-inflamatórios não esteroides.</li> <li>• Aplicar calor úmido ao ombro doloroso por 10 a 15 minutos.</li> <li>• Fazer exercício de pêndulo com peso diariamente por 5 minutos após aplicação de calor (ver <a href="#">figura 1</a>).</li> <li>• Fazer exercícios de alongamento passivo em todos os eixos articulares do ombro, especialmente na direção em que o paciente apresenta maior perda de função.</li> </ul> <p><b>Osteoartrite de ombro (fase crônica):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios de fortalecimento do manguito rotador (ver <a href="#">figura 2</a>).</li> </ul>
<p><b>Tratamento farmacológico:</b></p> <p><u>Sistêmico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AINE sistêmicos não seletivos (usar sempre a menor dose necessária para controlar os sintomas):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ibuprofeno 600 mg, de 8 em 8 horas; OU</li> <li>- naproxeno 500 mg, de 12 em 12 horas; OU</li> </ul>             Pode-se associar inibidor de bomba de prótons para proteção gástrica, se necessário, especialmente em pacientes 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).           </li> <li>• Paracetamol: até 1 g, de 6 em 6 horas.</li> <li>• Dipirona: até 1 g, de 6 em 6 horas.</li> </ul>
<p><b>Não se recomenda rotineiramente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suplementação com glucosamina e condroitina;</li> <li>• massagens;</li> <li>• infiltração com corticoide intra-articular (exceto em casos específicos, pois o alívio da dor é leve-moderado e o efeito de curta duração);</li> <li>• corticoide sistêmico (oral ou parenteral);</li> <li>• antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina);</li> <li>• anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina).</li> </ul>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

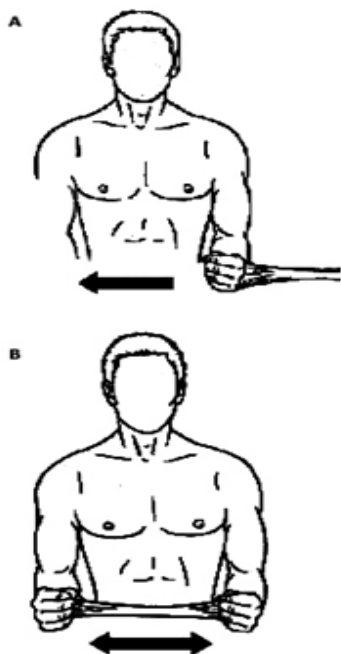
**Figura 1** – Exercício do pêndulo com peso



Segurar um peso de 3 a 5 kg levemente pela mão. Os músculos do ombro devem ficar relaxados. O braço deve ser mantido na posição vertical e próximo ao corpo. Devem ser feitos movimentos circulares com amplitude de até 30 cm. O exercício também pode ser feito com o paciente sentado. Não deve ser feito por pessoas com separação acromioclavicular, deslocamento glenohumeral ou hiper mobilidade articular.

Fonte: Weighted (2021).

**Figura 2** – Exercícios de fortalecimento do manguito rotador



**A:** a rotação interna isométrica é feita mantendo os cotovelos flexionados em 90 graus, com os braços juntos ao corpo. A banda elástica é amarrada em uma barra ou em uma maçaneta e segurada com a mão. O antebraço se move lentamente de 5 a 7 cm em direção ao corpo e a posição é mantida por cinco segundos. A mão não deve rotar enquanto o antebraço se move.

**B:** a rotação externa isométrica é feita com os cotovelos flexionados em 90 graus, com os braços junto ao corpo. A banda elástica é segurada com as mãos. Os antebraços são movidos de 5 a 7 cm para fora e mantidos nessa posição por cinco segundos.

Ambos os exercícios devem ser feitos diariamente em séries de 15 a 20 repetições, cada uma mantida por cinco segundos.

Fonte: Simons e Roberts (2019).



**Quadro 6 – Critérios de classificação de gota (presença de pelo menos 8 pontos)**

Critérios de <i>American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2015)</i>		
<b>1º passo:</b> critério de inclusão (apenas aplicar os critérios abaixo para aqueles que preenchem este requisito).	Pelo menos um episódio de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica ou bursa.	
<b>2º passo:</b> critério suficiente (se alcançado, pode-se classificar como gota sem aplicar os critérios abaixo).	Presença de cristais de urato monossódico (UMS) em uma articulação ou bursa sintomática (ex: em líquido sinovial) ou tofo.	
<b>3º passo:</b> critérios (para uso caso critério suficiente não seja alcançado).	<b>Categorias</b>	<b>Pontos</b>
<b>Clínico</b>		
Padrão de envolvimento articular/bursa durante qualquer episódio sintomático.	Tornozelo ou médio pé (sem o envolvimento da primeira metatarsofalangeana).	1
	Envolvimento da primeira metatarsofalangeana - podagra - ver <a href="#">figura 3</a> .	2
Características de quaisquer episódio(s) sintomáticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritema sobre as articulações afetadas (reportado ou observado pelo médico).</li> <li>• Não consegue suportar o toque ou pressão na articulação afetada.</li> <li>• Grande dificuldade para andar ou incapacidade de usar a articulação afetada.</li> </ul>	Uma característica.	1
	Duas características.	2
	Três características.	3
Curso temporal de qualquer episódio(s): Presença (em qualquer momento) de $\geq 2$ dos seguintes critérios, independente do tratamento anti-inflamatório: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo até a dor máxima &lt; 24 horas.</li> <li>• Resolução dos sintomas em <math>\leq 14</math> dias.</li> <li>• Resolução completa (até o nível normal) entre os episódios sintomáticos.</li> </ul>	Um episódio típico.	1
	Episódios típicos recorrentes.	2
Evidência clínica de tofo: nódulos subcutâneos drenando ou com material semelhante a giz sob a pele transparente, geralmente com vascularização sobrejacente, localizados em locais típicos: articulações, orelhas, bursa olecrânica, polpas digitais e tendões (ex: tendão de Aquiles).	Presente.	4
<b>Laboratório</b>		
Ácido úrico sérico: medido pelo método da uricase. Idealmente deve ser pontuado quando o paciente não está recebendo a terapia uricorrredutora e > 4 semanas do início dos episódios (durante período intercrítico); se possível, testar novamente nessas condições. O maior valor, independentemente do tempo, deve ser pontuado.	< 4 mg/dL.	- 4
	4 a 6 mg/dL.	0
	6 a < 8 mg/dL.	2
	8 a < 10 mg/dL.	3
	$\geq 10$ mg/dL.	4
Análise do líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento).	Cristais de UMS negativo.	- 2
	Líquido sinovial não avaliado.	0
<b>Imagem (se imagem indisponível pontuar esse item como 0)</b>		
Evidência de depósito de urato em uma articulação ou bursa sintomática a qualquer momento: ultrassonografia ou DECT.	Presente (qualquer método).	4
Evidência de dano articular relacionado à gota: RADIOGRAFIA convencional das mãos e/ou dos pés demonstrando pelo menos uma erosão.	Presente.	4

Fonte: Neogi et al. (2015).

**Figura 3** – Podagra: artrite da primeira metatarsofalangeana em paciente com gota



**Fonte:** Dynamed (2018f).

**Quadro 7** – Tratamento otimizado síndrome do túnel do carpo

- Uso de órtese rígida para o punho, especialmente durante o período de maior sintomatologia (usualmente à noite).
- Fisioterapia/protocolos de exercício e mobilização do carpo.
- Uso de corticoides por via oral (p.ex. prednisona 10 mg, de 12 em 12 horas, por 14 dias).
- Uso de corticoides por injeção local (p.ex. acetato de metilprednisolona 20 a 40 mg) – há pequeno risco de lesão direta do nervo, bem como de desenvolvimento de fibrose.

**Fonte:** TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Quadro 8** – Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho

Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas).
Dificuldade para agachar ou ajoelhar.
Bloqueio articular.
Derrame articular.
Dor à palpação da interlinha articular.
Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho.
Teste de McMurray positivo (ver <a href="#">figura 4</a> ).

**Fonte:** TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Figura 4** – Teste de McMurray



**Testar o menisco medial:** o paciente deve permanecer em decúbito dorsal com joelho totalmente fletido. Segurar o pé e fazer rotação externa, simultaneamente aplica-se uma força em varo (para compressão do compartimento medial). Mantêm-se os dedos da outra mão na linha articular medial e inicia o movimento de extensão do joelho sentindo-se um estalo ou clique associado a dor.

**Testar menisco lateral:** com o joelho totalmente fletido, se segura o pé agora em rotação interna. Simultaneamente aplica-se uma força em valgo no joelho enquanto se estende a perna lentamente. Deve-se manter os dedos da outra mão na linha articular do joelho e atentar para um estalo ou clique associado a dor.

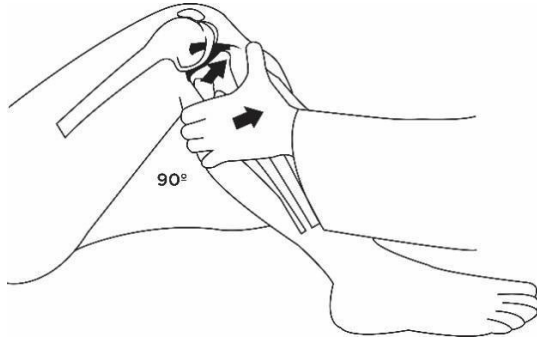
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Quadro 9** – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

Sintomas que iniciarem 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- gaveta anterior (ver <a href="#">figura 5</a>);</li> <li>- Lachman (ver <a href="#">figura 6</a>);</li> <li>- Pivot-shift (ver <a href="#">figura 7</a>).</li> </ul>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Figura 5 – 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 tibia superior, empurra-a para a anterior. Se comparativamente com o outro joelho há translação aumentada, o teste é positivo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

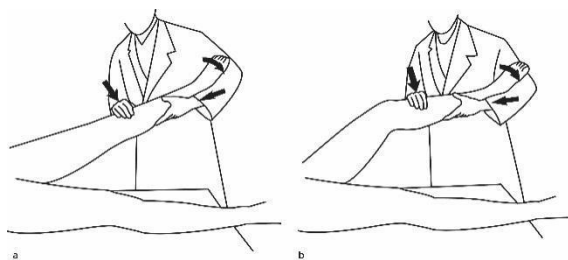
**Figura 6 – Teste de Lachman**



O teste de Lachman é realizado com o paciente em decúbito dorsal, flexão do joelho de 30°, estabiliza-se o fêmur distal com uma mão e com a outra se segura a tibia proximal realizando um movimento antagônico entre eles. O teste é positivo quando a tibia se desloca anteriormente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Figura 7 – Teste de Pivot-shift**



Paciente em decúbito dorsal e joelho em completa extensão. Realiza rotação interna da perna e estresse em valgo do joelho (empurrando a perna medialmente). Inicia-se um movimento de flexão e, quando o teste é positivo, observa-se uma translação da tibia no fêmur (redução de uma subluxação anterior).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

**Quadro 10** – Potenciais indicações cirúrgicas para lesões ligamentares no joelho\*

Ruptura de ligamento cruzado anterior ou de ligamento colateral medial associada à 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 à ruptura total do ligamento colateral medial.
Ruptura do ligamento colateral medial na fase crônica com instabilidade isolada medial associada à genu varo ou normal.
Lesões multiligamentares do joelho.

**Fonte:** TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de MacDonald e Rodenberg (2021), Friedberg (2021), Martin e DeWeber (2019), Dexter (2019) e Dynamed (2018m; 2018p).

\*Excluem-se lesões ligamentares secundárias à osteoartrite do joelho.

**Quadro 11** – Potenciais indicações cirúrgicas para lesões de menisco\*

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.
Associação com ruptura do ligamento cruzado anterior ou do ligamento colateral medial.
Menisco ausente ou inviável (meniscectomia prévia) com dor localizada no compartimento afetado.

**Fonte:** TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Cardone e Jacobs (2021) e Dynamed (2018l).

\*Excluem-se lesões meniscais secundárias à osteoartrite do joelho.

**Quadro 12** – Exames complementares úteis na avaliação de casos suspeitos de osteomielite

Provas inflamatórias (VSG/VHS e PCR): podem estar elevadas.
Hemograma: pode haver leucocitose com desvio à esquerda (menos comum).
Exames de imagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografia: podem 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);</li> <li>• ressonância magnética nuclear (RMN): tem boa resolução e permite avaliação de tecido ósseo e partes moles;</li> <li>• tomografia computadorizada (TC): útil para guiar biópsia óssea e para determinar se há sequestro ósseo (lesão necrótica óssea) ou extensão de comprometimento de tecidos moles.</li> </ul>

**Fonte:** TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE  
SAÚDE  
**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**  
[bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br)

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS  
do Brasil. Para esclarecer dúvidas ligue:

**0800 644 6543**



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

