



PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



PROTOCOLO DE ORTOPEDIA ADULTO

Vitória – ES

2022





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ MARIA JUSTO

Subsecretário de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

RICARDO DOS SANTOS COSTA

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, maio de 2022.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5630
Site: <https://saude.es.gov.br/>

Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5671
Site: <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: ssercas@saude.es.gov.br

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Duque de Caxias, 267 - Centro
CEP: 29010-120 - Vitória - ES.
Tel: (27) 5672-3347
Site: <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: icepi@saude.es.gov.br

Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Laís Coelho Caser
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Margareth Pandolfi
Patrícia Rocha Vedova Pirola
Roberta Pedrini Cuzzuol
Sívio José Santana

Autores:

André Miranda Pereira
Bernardo Barcellos Terra
Charbel Jacob Jr.
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
João Guilherme Tavares Marchiori
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Laís Coelho Caser
Roberta Pedrini Cuzzuol

Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torabay
Guilherme Campello





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUMÁRIO

Introdução	1
Apresentação	2
Critérios de Prioridade	3
Lista de Abreviaturas	5
1. Coluna Cervical e Coluna Lombar	6
2. Ombro	12
3. Cotovelo	14
4. Punho e Mão	16
5. Quadril	22
6. Joelho	26
7. Tornozelo	33
8. Afecções Plantares	36
Referências Bibliográficas	44





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, 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, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

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.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutive, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial, fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando à integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos, incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: *“(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)*

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”

Capítulo II: *“(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”*

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Legenda dos Critérios de Prioridades: os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	Eletivo de alta prioridade: são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	Eletivo prioritário: são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	Prioridade eletiva não urgente: são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	Eletivo de rotina: são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINEs	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
AP	Antero Posterior
APS	Atenção Primária à Saúde
CPL	Complexo Posterolateral
DII	Doença Inflamatória Intestinal
IM	Intramuscular
LCA	Ligamento Cruzado Anterior
LCP	Ligamento Cruzado Posterior
LCM	Ligamento Colateral Medial
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
RX	Raio-X





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Ortopedia Adulto eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
 - História da doença atual;
 - Sintomas e tempo de evolução;
 - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
 - História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

1. COLUNA CERVICAL E COLUNA LOMBAR:

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Geralmente a dor é autolimitada: resolve-se dentro de três meses em 90% dos pacientes;
- Dores crônicas refratárias à fisioterapia, alongamentos, fortalecimento e aos antidepressivos tricíclicos, duais (duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina) ou a outros analgésicos de outras classes medicamentosas;
- Dores refratárias ao uso de paracetamol, AINEs, miorelaxantes, conforme preferência do médico assistente;
- Dores mais intensas refratárias ao uso de opióides;
- Lombalgia potencialmente associada à compressão de raízes nervosas / estenose do canal vertebral;
- Em casos de falha ao tratamento conservador, compressões neurais, espondilolistese e claudicação neurogênica.
- **Espondilite Anquilosante - suspeitar quando:**
 - Idade de início da dor abaixo dos 40 anos de idade;
 - Início insidioso;
 - Melhora com exercícios;
 - Sem melhora com repouso;
 - Dor à noite (com melhora ao levantar);
 - Rigidez matinal.
- **Artrite Reativa / Síndrome de Reiter – suspeitar quando:**
 - Há história recente de infecção do trato geniturinário ou gastrointestinal;
 - Início agudo;
 - Articulações assimetricamente doloridas e inchadas;
 - Perda de peso;
 - Febre alta.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- **Espondiloartropatia associada à Doença Inflamatória Intestinal (DII) - suspeitar quando:**
Início abrupto, assimétrico, afetando membros inferiores; geralmente diminui em seis a oito semanas;
Outros sintomas: uveíte, lesões cutâneas crônicas, dactilite (inflamação inflamatória das articulações dos dedos e extensão às partes moles), entesite;
- **Artrite psoriática - suspeitar quando:**
For assimétrica;
Acometer as articulações distais;
Rigidez matinal;
Dor acentuada pela imobilidade prolongada, aliviada pela atividade física;
Lesões psoriáticas típicas.
- Déficit neurológico agudo (força motora menor ou igual ao grau 3), se suspeita de síndrome da cauda equina (alteração esfinteriana associada a perda de força nos membros inferiores – vide Quadro 4): encaminhar ao serviço de urgência e emergência;
- Pacientes oncológicos ou com suspeita oncológica com dor axial (cervical, dorsal ou lombossacra);
- Adolescente com gibosidade e/ou assimetria dos ombros.

1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Descrever:

- Característica da dor:
Se é localizada ou se irradia para membros inferiores;
Especialmente se acomete região mais distal que o joelho.
- Descrever os reflexos tendinosos;
- Descrever sinais de liberação piramidal como: Sinal de Babinski; Sinal de Hoffman, espasticidade, incontinência esfinteriana, hiperreflexia;
- Teste dos miótomos (Quadro 1);
- Teste de compressão neural (“dor ciática”), como o *Slump test* (lombar) ou *Spurling test* (cervical) – (Figuras 1, 2 e 3).
- Descrever exames de imagem, se houver;
- Solicitar exames de imagem (RX de coluna cervical e/ou lombar AP e Perfil) se: dor há mais de quatro semanas e salvo situações descritas abaixo como “**Red Flags**” (Sinais de Alerta):
Início de dor intensa com trauma leve;
Idade acima de 50 anos;
Ingestão prolongada de esteróides ou deformidade estrutural;
Trauma significativo;
História de câncer / carcinoma nos últimos 15 anos;
Perda de peso inexplicada;
Falha de tratamento conservador (quatro semanas);
Piora severa e persistente (não mecânica) da dor (à noite e dor ao deitar);



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Febre;

Sinais neurológicos generalizados;

Síndrome de Cauda Equina (inícios súbitos de retenção urinária, incontinência fecal, anestesia em sela (perineal), dor radicular (perna) frequentemente bilateral, perda da contração voluntária do esfíncter retal).

- Tratamentos e/ou medicações prescritos em cada caso;
- Em casos de escoliose ou cifose de Scheuermann, descrever o equilíbrio sagital e coronal do adolescente:

Alturas dos ombros;

Nivelamento da Bacia;

Triângulo de talhe (triângulo formado com parte medial do braço e a cintura da pelve);

Gibosidade dorsal (Proeminência da costela decorrente a rotação vertebral);

1.3. Prioridades para regulação:

- **Presença das “Red Flags” (Sinais de Alerta):**

Início intenso de dor com trauma leve;

Idade acima de 50 anos;

Ingestão prolongada de esteróides ou deformidade estrutural;

Trauma significativo;

História de câncer / carcinoma nos últimos 15 anos;

Perda de peso inexplicada;

Falha de tratamento conservador (quatro semanas);

Piora severa e persistente (não mecânica) da dor (à noite e dor ao deitar);

Febre;

Sinais neurológicos generalizados;

Síndrome de Cauda Equina (início súbito de retenção urinária, incontinência fecal, anestesia em sela (perineal), dor radicular (perna) frequentemente bilateral, perda da contração voluntária do esfíncter retal).

1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Trauma significativo;
- Trauma associado ao aparecimento de déficit neurológico;
- Déficit neurológico progressivo, mesmo sem trauma.
- Febre associada à dor intensa.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

TESTE DOS MIÓTOMOS	
Raíz nervosa	Movimento
C1-C2	Flexão do pescoço
C3	Flexão lateral do pescoço
C4	Elevação do ombro
C5	Abdução do braço
C6	Flexão do cotovelo e extensão do punho
C7	Extensão do cotovelo e Flexão do punho
C8	Extensão e desvio ulnar do polegar
T1	Abdução do quinto dedo (dedo mínimo)
L2	Flexão de quadril
L3	Extensão do joelho
L4	Dorsiflexão de tornozelo
L5	Extensão do hálux
S1	Plantiflexão do tornozelo, eversão do tornozelo e extensão do quadril
S2	Flexão do joelho

Quadro 1 – Teste dos Miótomos.

CRITÉRIOS CASPAR – CLASSIFICATION CRITERIA FOR PSORIATIC ARTHRITIS	
Doença inflamatória articular estabelecida e pontuação igual ou maior do que três pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase:	
- Psoríase cutânea atual; ou	2 pontos
- História de psoríase; ou	1 ponto
- História familiar de psoríase	1 ponto
Dactilite (“dedos em salsicha”) atual ou passado	1 ponto
Evidência radiográfica (mãos/pés) de neoformação óssea justa-articular	1 ponto
Fator reumatóide negativo	1 ponto
Distrofia ungueal (onicólise, pitting, hiperkeratose)	1 ponto

Quadro 2 - Critérios de classificação de artrite psoriásica (Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis)

Fonte: Sociedade Brasileira de Reumatologia (2007).



SUSPEITA DE ARTRITE PSORIÁSICA

Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associada a pelo menos um dos seguintes critérios:
Artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais
2. Dactilite (“dedos em salsicha”)
3. Entesite/tenossinovite
4. Dor na coluna de caráter inflamatório

Quadro 3- Suspeita de artrite psoriásica.

Fonte: Olivieri (2008).

SUSPEITA DE SÍNDROME DE CAUDA EQUINA, COMPRESSÃO DE CONE MEDULAR OU COMPRESSÃO MEDULAR

Compressão medular (cervical ou torácica)

Tetra – 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 MMSS e, mais proeminentemente, mão)
Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica)
Anestesia em sela
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal

Quadro 4 – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

DOR LOMBAR DE CARACTERÍSTICA INFLAMATÓRIA (PELO MENOS 4 ENTRE OS 5 CRITÉRIOS)

Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos
Início insidioso
Melhora com exercício
Sem melhora com repouso
Dor noturna (com melhora ao levantar-se)

Quadro 5 – Dor lombar de característica inflamatória (pelo menos quatro entre os cinco critérios).

Fonte: Rudwaleit (2009).



Figura 1: Teste de Slump:



Paciente sentado, tronco inclinado para frente, o examinador estende passivamente o joelho. O teste é positivo se a dor se irradiar para as pernas, ultrapassando distalmente o joelho.

(Nota: pode ser positivo mesmo sem compressão radicular, portanto exercer o julgamento clínico e analisar o contexto e demais achados).

Figura 2: Teste de Spurling:



Paciente sentado, incline a cabeça em direção ao braço que corresponde à queixa de parestesia ou dor. Pressione para baixo. Se dor irradiada, teste positivo.

É um teste pouco sensível (muitos falso-negativos), mas bastante específico (poucos falso-positivos).

Figura 3:



Ao pressionar rapidamente a unha do dedo médio, tentando flexioná-lo, assim que a mão do examinador escapa, observa-se um reflexo de flexão do polegar e indicador.

É um teste para lesão do neurônio motor superior como nas compressões da medula espinhal acima de T1, mas pode estar presente em 3% das pessoas sem lesões neurológicas - geralmente em mulheres.



2. OMBRO:

A dor no ombro é a terceira queixa ortopédica mais frequente, apresentando-se em 16% a 26% da população geral.

2.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento ao especialista:

- Tendinopatia do manguito rotador com refratariedade ao tratamento com fisioterapia e programa de analgesia (podendo-se considerar infiltração do espaço subacromial com corticóide, se disponível. Tal infiltração pode ser feita até três vezes, com intervalo de quatro semanas entre as aplicações);
- Ruptura atraumática dos tendões refratária ao tratamento fisioterápico, (sem recomendação de injeções de corticoide);
- Ruptura traumática aguda dos tendões (quedas, acidentes de trânsito, etc);
- Luxação do ombro em pessoas menores de 40 anos. (Se a luxação for em pessoas maiores de 40 anos, considerar inicialmente o tratamento conservador.)

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese, Sinais e Sintomas, Exame Físico:

- Descrever resultado do teste de Jobe se suspeita de tendinopatia do manguito rotador (Figura 4);
- Descrever resultado do teste da queda do braço (“Drop Arm Test”) se suspeita de ruptura do tendão (Figura 5);
- Descrever tratamentos e medicações usadas.

Exames complementares:

- Solicitar ressonância nuclear magnética (RNM), se houver refratariedade ao tratamento conservador de lesão do manguito rotador e após Opinião Formativa.

2.3. Prioridades para regulação:

- Ruptura traumática aguda dos tendões (quedas, acidentes de trânsito, etc); e
- Luxações em pessoas menores de 40 anos.

2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita de luxações de ombro ou clavícula; e
- Suspeita de infecção intra-articular.

Observações sobre os Testes Ortopédicos do Ombro: ainda que haja uma multiplicidade de testes clínicos para os diversos componentes osteo-músculo-ligamentares do ombro, para fins de abordagem terapêutica, basta um agrupamento mais geral ou categórico das patologias:



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

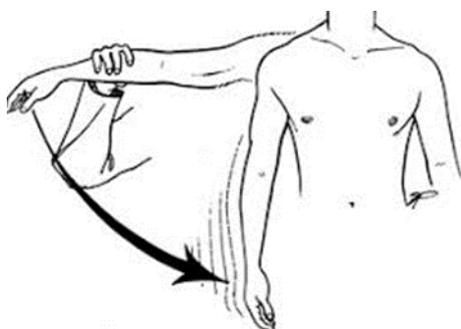
Figura 4: Teste de Jobe:



Dor à abdução resistida do ombro, especialmente entre 70° a 120° de abdução ativa, pensar em patologias do manguito rotador (85% dos pacientes com dor no ombro na atenção primária possuem tendinopatia do manguito rotador).

Teste de Jobe: O paciente tenta elevar o ombro contra a resistência do examinador e os polegares para baixo, com resposta de dor ou incapacidade de elevar o ombro.

Figura 5: Teste da Queda do Braço ou “Drop Arm Test”:



Teste em que o examinador abduz o ombro do paciente a 90°, e pede que o paciente deixe o braço descer lentamente.

Se houver rotura do manguito (principalmente o tendão supraespinhal), o braço não cai de forma suave e contínua, podendo “despencar”, ou mesmo ser sustentado pela mão contra-lateral do paciente.

Figura 6: Teste de Yokum:



Solicita-se que o paciente com o braço acometido em flexão e adução coloque a mão sobre o ombro contrário e flexione o braço erguendo o cotovelo ativamente.

Nesse movimento o tubérculo maior desloca-se sob o ligamento coracoacromial e sob a articulação acromioclavicular, gerando dor se houver osteófitos ou alguma lesão na articulação acromioclavicular.

Tanto para o quadro de tendinite do supra-espinhoso (devido ao impacto subacromial) como no caso de uma artrite acromioclavicular o paciente manifestará dor no ápice do ombro.



3. COTOVELO:

3.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento ao especialista:

- **Epicondilite lateral:** cotovelo de tenista. Afecção dolorosa localizada sobre ou imediatamente distal ao epicôndilo lateral, onde a musculatura extensora do punho se origina, após falha no tratamento clínico otimizado (correção das medidas ergonômicas, evitar o esforço sobre a musculatura que se insere nestas proeminências ósseas, evitar extensão forçada do punho, uso de AINEs, fisioterapia, e em casos resistentes, infiltração de corticóide no local, se acessível).
- **Epicondilite medial:** Afecção dolorosa sobre o epicôndilo medial ou imediatamente distal a este, no ponto onde se origina a musculatura flexora do punho, após falha no tratamento clínico otimizado (evitar o esforço sobre a musculatura que se insere nestas proeminências ósseas, evitar flexão forçada do punho, uso de AINEs, fisioterapia, podendo-se fazer em casos resistentes, infiltração de corticóide no local, se acessível).
- **Bursite olecraniana:**
Após falha no tratamento com antibióticos e/ou drenagem da bursa, caso processo inflamatório séptico (mais comumente por *Staphylococcus aureus*);
Após falha no tratamento com AINES e/ou sem resposta a aspiração do conteúdo da bursa e injeção de corticóide, quando asséptico (menos sinais flogísticos, curso um pouco mais arrastado, sem quebra da barreira cutânea, atividades em que o cotovelo fica muito tempo apoiado sobre uma mesa ou bancada);
Casos recorrentes ou refratários: para remoção cirúrgica da bursa.

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese, Sinais e Sintomas, Exame Físico:

- Na suspeita de epicondilite lateral:
Descrever o resultado do teste de Mills (Figura 7);
Descrever o resultado do teste de Cozen (Figura 8).
- Na suspeita de epicondilite medial:
Dor à palpação em epicôndilo medial.

3.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica.

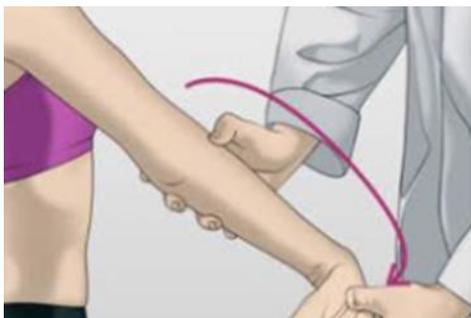
3.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

Suspeita de artrite séptica do cotovelo (dor intensa, impotência funcional, sinais flogísticos locais, febre, bloqueio articular que impede a movimentação).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Figura 7: Teste de Mills:



Teste de Mills: colocar o braço do paciente com 90° de flexão do cotovelo, pronar o antebraço e fletir o punho, e então estender passivamente o cotovelo.

O paciente acusará dor na região do epicôndilo lateral.

Figura 8: Teste de Cozen:



Teste de Cozen: o examinador palpa o epicôndilo lateral, pede ao paciente que feche o punho com força, produz um desvio radial passivo do punho, e então pede ao paciente que estenda o punho, contra a resistência do examinador.

O paciente irá referir dor sobre o epicôndilo lateral.





4. PUNHO E MÃO:

4.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento ao especialista:

- Dor refratária ao tratamento conservador em caso de lesão da fibrocartilagem triangular (imobilização do punho com uma tala por poucas semanas, para evitar artrofibrose e uso de AINEs);
- Dor refratária ao tratamento conservador com AINEs e imobilização por curto prazo da Tenossinovite de Quervain ou após infiltração de corticóide, se houver;
- Dor refratária ao tratamento conservador da síndrome do túnel do carpo com AINEs, imobilização por curto prazo, terapia ocupacional, fisioterapia e injeção com corticoides no túnel do carpo, se houver;
- Cistos sinoviais do punho refratários ou recidivantes após tratamento com AINEs ou aspiração ambulatorial;
- Artrose do polegar: Dor refratária ao uso de AINEs, fisioterapia, imobilização por curto prazo e infiltração com corticoide, se houver;
- Dedo em martelo com subluxação da articulação ou sinal de fratura com fragmento ósseo corresponde a mais de 25% da superfície articular;
- Dor refratária ao tratamento conservador em caso de dedo em gatilho com infiltração de corticoide, se disponível;
- Contratura de Dupuytren.

4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese, Sinais e Sintomas, Exame Físico:

- Descrever resultado dos testes de Tinel (Figura 10) e Phalen (Figura 11) em caso de suspeita de síndrome do túnel do carpo;
- Descrever o Teste de Finkelstein (Figura 9) se suspeita de Tenossinovite de De Quervain.

4.3. Prioridades para regulação:

- Atrofia da musculatura da região palmar ou interóssea;
- Dificuldade importante de preensão palmar, sugestiva de déficit neurológico; e
- Tumores de mão.

4.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Sinais de artrite infecciosa ou infecções de partes moles profundas.

ANEXOS:

Conceitos:

- **Lesão da Fibrocartilagem Triangular:** trata-se de um menisco localizado imediatamente distal à ulna, que serve para absorver impactos nesta região. Entorses ou impactos repetitivos no lado ulnar do punho podem lesar a fibrocartilagem, como ocorre, por exemplo, em ginastas.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- **Tenossinovite de De Quervain:** inflamação no primeiro compartimento extensor do punho, comum em atividades como recortar, pintar e costurar.
- **Cistos Sinoviais do Punho:** muito comuns, costumam se situar dorsalmente entre o escafóide e o semilunar. Podem ser assintomáticos, quando requerem apenas orientação ao paciente, ou causar dor recorrente, situação em que podem ser manejados com AINEs ou aspirados ambulatorialmente, pelo médico da atenção primária à saúde. Avisar ao paciente que a recidiva após aspiração ocorre em 60% a 70% dos casos.
- **Síndrome do Túnel do Carpo:** queixas de dor e parestesias que se distribuem pelo território do nervo mediano. Mais comum em mulheres, obesos e diabéticos. Extremamente comum nos atendimentos realizados na Atenção Primária. Não há, a princípio, necessidade de nenhum exame complementar, salvo se houver dúvida diagnóstica.
- **Artrose do Polegar:** é o segundo local mais comum de artrose na mão, atrás apenas das articulações interfalângicas distais. Mais comum em mulheres, pessoas de meia-idade ou idosos. A base do polegar fica aumentada de volume, e observam-se alterações degenerativas do espaço articular na radiografia (Figura 12 - artrose do polegar).
- **Dedo em Martelo:** caso ocorra uma flexão forçada da ponta do dedo, que se encontrava em extensão ativa pelo paciente, pode haver uma avulsão (arrancamento) do tendão extensor do local onde este se insere na falange distal. A consequência é uma deformidade em flexão da articulação interfalângica distal, e o paciente não consegue estender a ponta do dedo. Com o tempo, pode ocorrer uma **Deformidade em Pescoço de Cisne:** a interfalângica distal se mantém fletida e a interfalângica proximal se estende. O tratamento consiste em manter a articulação interfalângica distal estendida por meio de uma tala que só imobiliza a articulação envolvida. Encaminhar ao ortopedista se a articulação ficar subluxada ou se houver uma fratura associada, cujo fragmento ósseo corresponde a mais de 25% (pela classificação de Albertoni é 1/3) da superfície articular. (Figuras 13, 14 e 15).
- **Dedo em gatilho:** clinicamente, o paciente se queixa de que o dedo “agarra” em flexão, no nível da articulação interfalângica proximal. Ao esforço passivo ou ativo em esticar o dedo, percebe-se uma resistência, seguida de liberação brusca. Sob o aspecto biomecânico, o tendão flexor fica aprisionado no interior de uma polia fibrosa. O esforço em esticar o dedo faz com que o tendão consiga deslizar no interior da polia e, quando finalmente atravessa toda a extensão da mesma, o movimento do dedo é liberado. O tratamento inicial pode ser feito pelo médico da Atenção Primária à Saúde, desde que tenha treinamento em infiltração local. Procede-se a uma infiltração de corticoide na polia envolvida (por exemplo, triancinolona 10mg), no nível da cabeça do osso metacarpal correspondente, com resolução em 57% dos casos. Pode-se realizar uma segunda injeção, alcançando-se 87% de resolatividade. Em caso de falha terapêutica, encaminhar ao cirurgião de mão. Após a injeção, orientar que o paciente mantenha a movimentação do dedo correspondente, sem imobilizá-lo. (Figura 16 e 17).
- **Contratura de Dupuytren:** trata-se de um espessamento e contratura da fásia palmar, que leva a deformidades em flexão dos dedos, principalmente do dedo anelar. Pode ser bastante disfuncional. Ao médico da Atenção Primária à Saúde, cabe reconhecer a afecção, para encaminhamento ao ortopedista especialista em mão. (Figura 18).

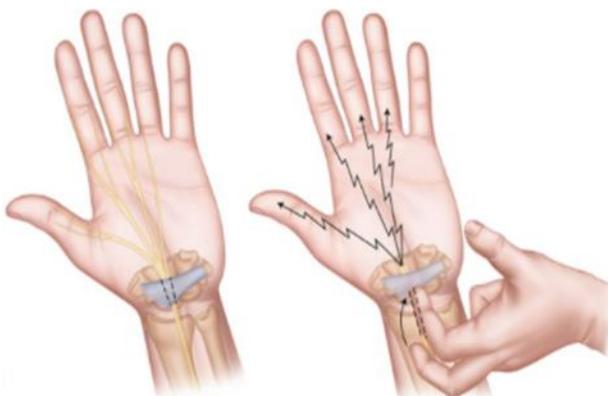


Figura 9 - Teste de Finkelstein:



- 1) Aduzir o polegar na palma da mão, fechar a mão, e então o examinador aplica um desvio ulnar ao punho, que causa dor.
- 2) Desvio ulnar sem a adução do polegar.

Figura 10 - Teste de Tinel:



Dígito-percussão sobre a topografia do nervo mediano, incitando dor e/ou parestesias no território do nervo mediano.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Figura 11 - Teste de Phalen e Phalen invertido:



Punhos fletidos ou estendidos e em contato, aguardar 30 a 60 segundos e o paciente pode informar que sentiu parestesias no território do nervo mediano.

Figura 12 - Artrose polegar (Rizartrose):





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Figura 13 – Dedo em Martelo:



Deformidade em Pescoço de Cisne:

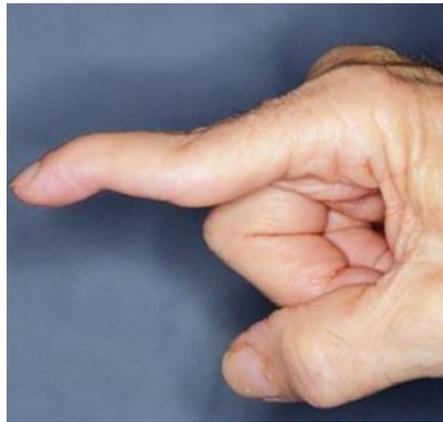


Figura 14 - Tala para Dedo em Martelo:



Tala para Dedo em Martelo:
imobilizar por oito semanas.

Figura 15 - Subluxação e Fragmento que correspondem a mais de 25% da superfície articular:



Subluxação e fragmento que correspondem a mais de 25% da superfície articular: encaminhar ao ortopedista



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Figura 16 - Dedo em Gatilho:



Figura 17 - Injeção deve ser feita sob a Polia A1:

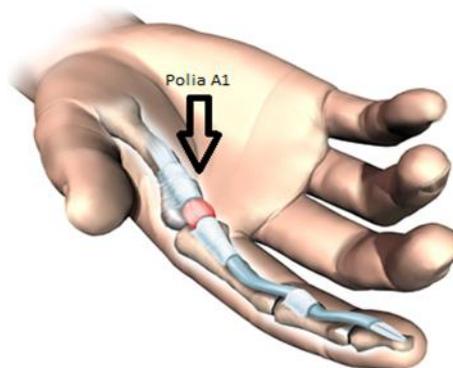


Figura 18 - Espessamento e Retração da Fásia Palmar (Contratura de Dupuytren):





5. QUADRIL:

5.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento ao especialista:

- Impacto fêmoro-acetabular;
- Bursite trocantérica após falha no tratamento conservador com reforço da musculatura glútea na fisioterapia, analgésicos e AINEs. Se disponível, infiltração da bursa com corticóide (Figura 23);
- Coxartrose após falha no tratamento com analgésicos e/ou anti-inflamatórios e fisioterapia ou casos mais resistentes, para avaliar injeção articular de corticóide ou artroplastia do quadril (prótese de quadril).

5.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese, Sinais e Sintomas, Exame Físico:

- Descrever resultado da manobra de Fadir (figura 20), teste de elevação da perna reta contra resistência (figura 22) e laudo da Radiografia do quadril AP panorâmica de bacia e perfil, se suspeita de impacto femoroacetabular.

5.3. Prioridades para regulação:

- Incapacidade de marcha;
- Claudicação persistente e progressiva

5.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita de artrite séptica de quadril (dor extrema de evolução aguda ou subaguda, incapacidade de sustentar carga, incapacidade de movimentação ativa ou passiva do membro inferior e sinais sistêmicos).

ANEXOS

Conceitos:

- **Impacto fêmoro-acetabular:** trata-se de afecções dolorosas resultantes de excesso de amplitude de movimento do fêmur sobre o acetábulo, ou por alterações morfológicas articulares (displasia) que limitam o movimento e causam impacto entre as superfícies ósseas. (Figura 19 e 21). Este impacto repetitivo causa crescimento ósseo secundário sobre o fêmur (CAM) e/ou acetábulo (Pincer). Com o tempo, pode haver lesão do lábio fibrocartilaginoso do acetábulo ou mesmo degeneração da cartilagem articular (coxartrose). A dor segue um curso insidioso, e pode ser referida à virilha, coxa e região glútea. O paciente pode se queixar de dor ao se sentar, entrar ou sair de um carro. Clinicamente, deve-se realizar a manobra de FADIR (figura 20), ilustrada abaixo, e pedir ao paciente que levante a perna reta, em decúbito dorsal, contra resistência do examinador.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- **Bursite trocantérica:** bursas associadas às inserções dos músculos glúteos médio e mínimo podem se tornar dolorosas, especialmente em atividades de sobrecarga mecânica (corridas, permanecer de pé por longo tempo) ou quando o paciente se deita sobre o lado afetado. O diagnóstico é clínico, pela história e palpação local.
- **Coxartrose:** consiste na degeneração da articulação do quadril, envolvendo a perda progressiva da cartilagem articular, cistos subcondrais, formação de osteófitos, frouxidão ligamentar periarticular, fraqueza muscular e possível inflamação sinovial. O paciente se queixa de dor geralmente na região da virilha, com curso insidioso, associado a rigidez de curta duração ao acordar ou levantar-se após permanecer algum tempo sentado. Não há, no momento, evidência suficiente para prescrever injeções de ácido hialurônico ou sulfato de glicosamina. (Figura 24).

Figura 19 - Impacto Fêmoro-Acetabular:



Pincer: crescimento ósseo sobre o acetábulo.

CAM: crescimento ósseo sobre o colo do fêmur.

Figura 20 - Manobra de FADIR:



O examinador executa um movimento combinado de flexão, adução e rotação interna do quadril, que tende a provocar conflito entre o colo do fêmur e o acetábulo e, conseqüentemente, referência de dor pelo paciente.

Figura 21 - Impacto Fêmoro-Acetabular:



Quadril normal.



Quadril com sinais de impacto femoroacetabular, com lesão mista do tipo pincer e CAM, que é o padrão mais frequentemente encontrado.

Figura 22 - Teste de Elevação da Perna Reta Contra Resistência:



Figura 23 - Bursite Trocantérica:

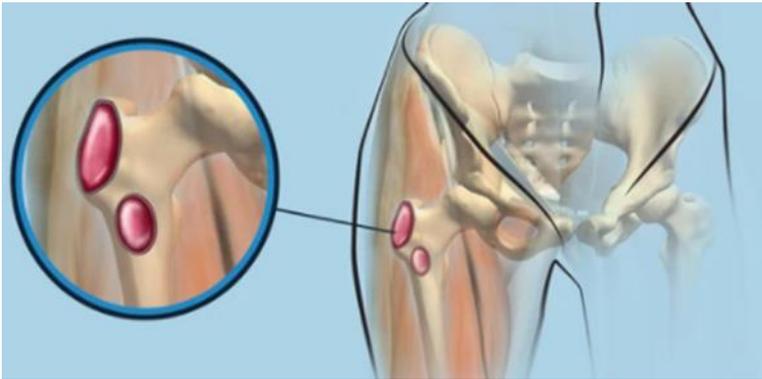


Figura 24 - Quadril Normal:



Artrose Avançada do Quadril Esquerdo:





6. JOELHO

6.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento ao especialista:

- Gonartrose resistente a tratamento clínico (analgésicos e/ou anti-inflamatórios, uso de condroprotetores e fisioterapia);
- Distúrbios da articulação femoropatelar refratários ao tratamento clínico (analgésico e fisioterapia motora);
- Lesão do ligamento Cruzado Anterior;
- Lesão do ligamento Cruzado Posterior;
- Tendinite da Pata de Ganso refratária ao tratamento conservador (AINES, analgésicos, repouso relativo, joelheira);
- Luxação de patela;
- Lesões meniscais.

6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese, Sinais e Sintomas, Exame Físico:

- **Gonartrose:**

Dor que inicia logo pela manhã devido à imobilidade do período noturno, com melhora durante o dia e torna-se pior à tarde, devido aos esforços. Relacionada ao movimento ou não (se casos mais avançados). É frequente a presença de crepitação e derrame de repetição.

Descrever RX simples do joelho nas incidências: ântero-posterior com apoio bipodálico, perfil, axial de patela e Rosenberg (Quadro 7).

- **Distúrbios da articulação fêmoro-patelar:**

Dor intermitente que ocorre na região anterior do joelho, podendo ser peripatelar ou retropatelar, com piora ao subir escadas (88%) e ao agachar-se (85%).

Descrever o “sinal do cinema”: dor quando sentado com o joelho fletido (como no carro, na sala de aula ou no cinema).

Instabilidade: pode ser objetiva (exame físico) ou subjetiva (definida pelo paciente). Alguns referem falseio, que deve ser diferenciado de falseio por lesão ligamentar intra-articular. Esse falseio ocorre por inibição do neurônio motor e conseqüente falta de contração do quadríceps, principalmente em movimentos de descida.

Crepitação: sensação de areia no joelho durante a movimentação. Pode ser doloroso ou não.

Bloqueios: podem ocorrer por interposição de fragmento intra-articular de menisco ou contratura muscular.

Edema: por derrame intra-articular ou sinovite. Seu aparecimento, em geral, está relacionado ao ato de realizar atividade física.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- **Luxação de patela:**

A patela se desvia geralmente em sentido lateral, fazendo com que o diagnóstico fique evidente simplesmente pela observação clínica. O paciente não consegue mexer o joelho.

- **Lesão do Ligamento Cruzado Anterior:**

Exame físico inicial é prejudicado devido à dor intensa. Os testes mais utilizados são: Teste de Lachman (Figura 25) e o teste da gaveta anterior (Figura 26).

Ressonância Nuclear Magnética é o exame padrão-ouro.

- **Lesão do Ligamento Cruzado Posterior:**

Dor na face anterior do joelho. Isso ocorre devido à sobrecarga na articulação patelofemoral;

Na fase aguda: avaliar perfusão, temperatura e pulso do membro, devido à lesão vascular associada, podendo levar à amputação;

Nas lesões crônicas é fundamental a avaliação do eixo do joelho e da marcha;

Se suspeita de lesão do LCP: realizar exame físico completo do joelho, avaliar possíveis lesões ligamentares associadas, LCA, LCM e CPL;

Sempre avaliar o joelho contralateral para comparação durante o exame físico;

Teste específico: Testa da gaveta posterior (Figura 27).

Exames: radiografia: AP, perfil e axial de patela; ressonância nuclear magnética é o padrão-ouro.

- **Tendinite da Pata de Ganso:**

A queixa característica é a dor em região medial e anterior do joelho, a cerca de 5 cm distal do compartimento medial de sua articulação. Em geral, é agravada por movimentos que envolvam a flexão do joelho, como caminhar e subir/descer escadas.

A principal alteração no exame físico é a dor à digitopressão da inserção dos tendões da pata anserina (cerca de 5 cm distal ao compartimento medial de sua articulação).

- **Lesões Meniscais:**

Ao exame físico pode haver dor à palpação da interlinha articular (sinal de Smillie) e teste meniscais específicos positivos (teste de Apley - Figura 28).

Abordagem diagnóstica: Ressonância magnética é o exame radiológico padrão-ouro.

6.3. Prioridades para regulação:

- Bloqueio articular do joelho.

6.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Artrite séptica do joelho (dor intensa, sinais flogísticos, incapacidade de movimentar a articulação).



ANEXOS

Conceitos:

- **Gonartrose:**

Doença progressiva nas articulações sinoviais que representa a falha no reparo de danos articulares resultantes de estresses que podem ter iniciado por anormalidades em qualquer dos tecidos articulares, incluindo cartilagem articular, osso subcondral, ligamentos, meniscos (quando presentes), músculos periarticulares, nervos periféricos ou sinóvia;

Isso, por fim, resulta no colapso da cartilagem e do osso, causando sintomas de dor, rigidez e incapacidade funcional;

Apresenta início insidioso e incapacidade progressiva;

No início da patologia, os sintomas estão relacionados à prática de esforço físico e, com a evolução, a dor aparece mesmo em repouso.

- **Lesão do Ligamento Cruzado Anterior (LCA):**

É uma lesão ligamentar comum no joelho;

A lesão do LCA está associada com instabilidade da tibiofemoral, incapacidade de realizar certas atividades físicas, piora dos resultados funcionais, lesão do menisco e lesão cartilaginosa.

- **Lesão do Ligamento Cruzado Posterior (LCP):**

Resulta em instabilidade significativa tibiofemoral do joelho;

O LCP é restritor primário da translação posterior e restritor secundário do estresse em varo e valgo;

É o ligamento mais forte do joelho e dificilmente é lesado isoladamente, geralmente, está associado a lesões multiligamentares do joelho e traumas de alta energia;

Na fase aguda: avaliar perfusão, temperatura e pulso do membro afetado, devido à alta incidência de lesão vascular associada, podendo levar à amputação do membro caso não diagnosticada rapidamente (veja o tópico Luxações do Joelho);

Nas lesões crônicas é fundamental a avaliação do eixo do joelho e da marcha.

- **Tendinite da Pata de Ganso:**

Trata-se de uma condição dolorosa na face anterior e medial do joelho, onde se insere a chamada "pata de ganso", composta pelos tendões dos músculos sartório, grácil e semitendíneo, e associada à bursa anserina.

- **Lesões Meniscais:**

Os meniscos são discos fibrocartilagosos localizados na articulação do joelho, suscetíveis a lesões por mecanismos rotacionais combinando ou não carga axial;

Estas lesões cursam normalmente com dor, derrame articular de repetição e podem determinar sintomas mecânicos como o bloqueio articular;



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Pacientes apresentam lesão aguda, geralmente após uma entorse de joelho rotacional ou traumas em pacientes mais jovens; Geralmente após uma torção rotacional do joelho parcialmente fletido; Pequenas lesões do corno posterior do menisco não são capazes de produzir bloqueio articular, porém causar dor, edema, derrame articular recorrente e sensação de instabilidade no joelho; Lesão longitudinal extensa pode provocar um bloqueio mecânico se a porção central migrar para dentro do espaço intercondilar, ocorre mais comumente no menisco medial, chamada lesão em alça de balde;

Alguns pacientes têm a sensação de subluxação do joelho ou de "o joelho estar saltando para fora" ao realizarem movimentos rotatórios;

Lesões degenerativas podem não apresentar uma história específica. Início de dor no compartimento afetado de caráter progressivo, piora com o agachamento e descarga de peso. Geralmente acomete pessoas de meia-idade num estágio pré-osteoartrose;

Flaps podem também provocar bloqueio articular momentâneo e corpos livres.

SUSPEITA CLÍNICA DE LESÃO MENISCAL NO JOELHO
Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas)
Dificuldade para agachar ou ajoelhar
Bloqueio articular
Derrame articular
Dor a palpação da interlinha articular
Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho
Teste de McMurray positivo (figura 30)

Quadro 6 – Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

SUSPEITA CLÍNICA DE LESÃO LIGAMENTAR NO JOELHO
Sintomas que iniciarem após traumatismo (atividade esportiva) especialmente se associado à 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 26) Lachman (figura 25) Pivot-shift (figura 31)

Quadro 7 – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

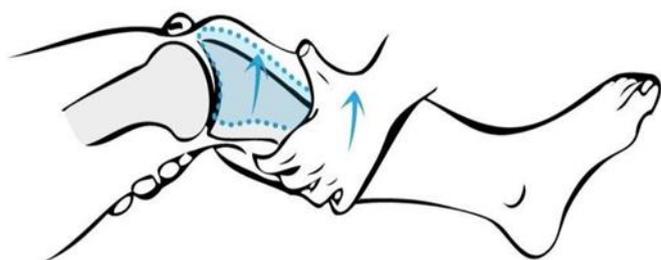
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

CLASSIFICAÇÃO RADIOLÓGICA DE AHLBÄCK		
Grau	Radiografia em Anteroposterior	Radiografia em Perfil
I	Espaço articular diminuído	-
II	Obliteração do espaço articular	-
III	Desgaste do platô tibial, contato ósseo menor do que 5mm	Região posterior normal
IV	Desgaste do platô tibial, contato ósseo entre 5 e 10mm	Osteófitos posteriores
V	Subluxação severa da tibia	Subluxação anterior da tibia maior do que 10mm

Quadro 8 – Classificação radiológica de Ahlbäck.

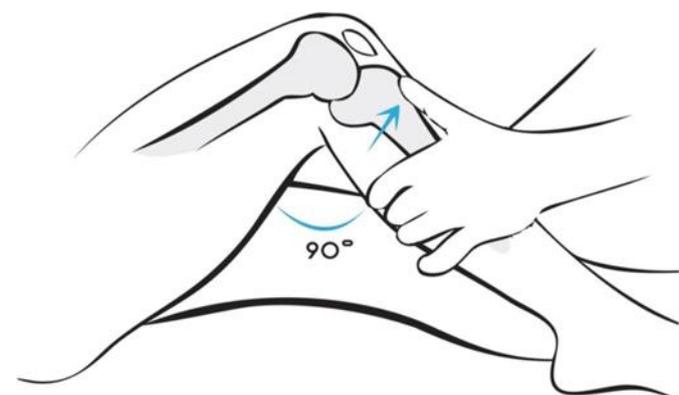
Fonte: adaptada de Ahlbäck S. (1968)

Figura 25 - Teste de Lachman:



É realizado com o paciente em decúbito dorsal com o joelho em flexão de 30°. Realiza-se uma força de translação anterior na porção proximal da tibia e, concomitantemente, realiza-se uma força de translação posterior no fêmur. A ausência de um “end point” durante o exame indica lesão.

Figura 26 - Teste da Gaveta Anterior do Joelho:



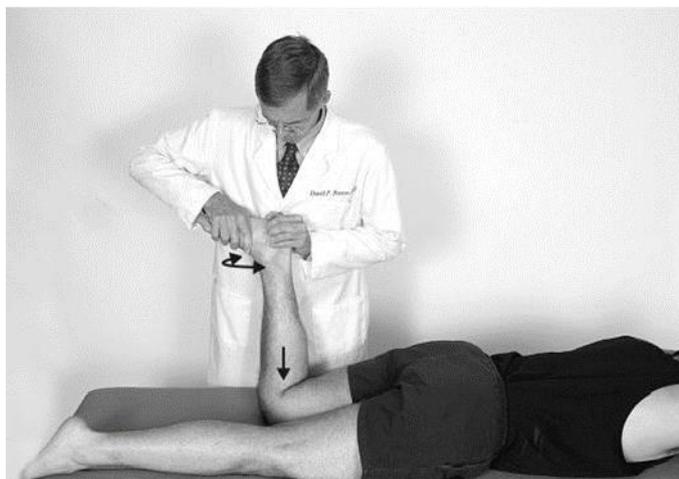
Realizado com o paciente em decúbito dorsal com o joelho em flexão de 90°. Realiza-se uma força de translação anterior da porção proximal da tibia, firmando o pé na mesa de exame. Anteriorização da tibia maior que 6 a 8 mm comparado ao joelho contralateral é positivo para lesão.

Figura 27: Teste da Gaveta Posterior:



Realizado com o paciente em decúbito dorsal com 90° de flexão do joelho e 45° de flexão do quadril. Realiza-se uma força no sentido posterior sobre a parte superior da tibia. Uma translação posterior aumentada da tibia em relação ao fêmur indica lesão do LCP. Através do estresse posterior provocado durante esse exame, é interessante realizar a palpação da tibia e do côndilo femoral, comparando essa relação com o lado contralateral. Isso é utilizado também para classificação. Antes de provocar força em direção posterior, o joelho deve ser reduzido para sua posição normal anteriorizando a tibia. Em um joelho normal, a linha articular medial da tibia encontra-se 5 a 10 mm anterior ao côndilo femoral. O examinador deve diferenciar a redução de um joelho posteriorizado com o teste positivo para gaveta anterior, atentando para essa relação de normalidade.

Figura 28: Teste de Apley:

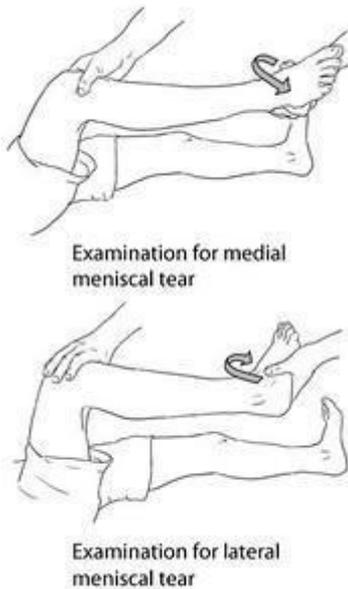


Em paciente em decúbito ventral (pronado) com o joelho em 90° de flexão realiza-se rotação da tibia. Quando realiza-se a rotação externa da tibia, o corno posterior do menisco medial é forçado contra o côndilo femoral medial, provocando dor em caso de lesão do menisco medial. Quando realiza-se a rotação interna da tibia, o corno posterior do menisco lateral é forçado contra o côndilo femoral lateral, provocando dor em caso de lesão do menisco lateral. Ao realizar compressão axial do joelho, aumenta a sensibilidade do teste e a intensidade da dor. Ao realizar força de distração, a dor desaparece ou diminui.

Figura 29 - Luxação de Patela:



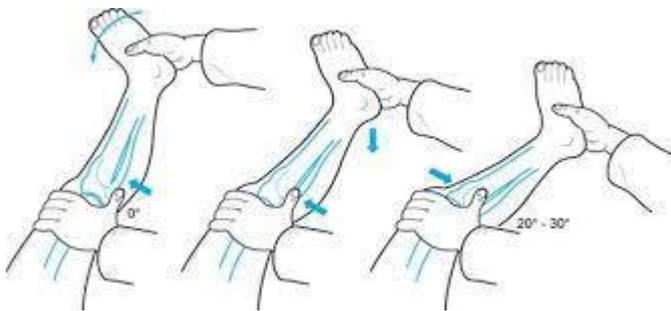
Figura 30 – Teste de McMurray:



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). Mantem-se os dedos da outra mão na linha articular medial e inicia 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.

Figura 31 – 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 tíbia no fêmur (redução de uma subluxação anterior).



7. TORNOZELO

7.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento ao especialista:

- Tendinopatia do Aquileu refratária ao tratamento conservador;
- Entorse de tornozelo com lesão da sindesmose;
- Artrose do tornozelo refratária ao tratamento conservador.
- Pé Diabético com lesões; e
- Pé Reumatóide com deformidades.

7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese, Sinais e Sintomas, Exame Físico:

- **Tendinopatia do Aquileu:**

Na **tendinopatia insercional**, a principal manifestação é a de dor na região posterior do tornozelo, que piora ao colocar calçados (compressão mecânica do ponto de lesão), a cerca de 2 cm da inserção do tendão Aquileu, associada ou não a edema local; ocorre principalmente em pacientes mais idosos.

Já na **tendinopatia não-insercional**, a dor se localiza entre 2 a 7 cm da inserção do tendão e piora progressivamente com o exercício, associada a um nódulo ("caroço"); frequentemente, identifica-se um trauma menor, como entorse ou sobrecarga em excesso.

Exame Físico: ocorre dor à palpação da topografia da lesão, seja insercional ou não. Edema e discreto eritema podem ser identificados.

O teste de Thompson (figura 32) é útil para avaliar a presença de rupturas completas do tendão de Aquiles, que podem surgir como complicação de uma tendinopatia de Aquiles.

- **Entorse de Tornozelo com lesão de sindesmose:**

À ectoscopia identificam-se deformidade, edema e equimose ao nível do pé e do tornozelo;

A palpação das estruturas ósseas deve ser efetuada desde a região proximal da perna até a região distal do pé;

Algumas lesões da sindesmose podem cursar com fraturas fibulares altas, representando graves lesões e exigindo tratamento cirúrgico;

A palpação de pulsos periféricos, a avaliação da perfusão e do status neurológico do membro devem ser também realizados;

Os testes para avaliação da estabilidade ligamentar do tornozelo possuem importância maior após a passagem do quadro algico e do edema da fase aguda, são eles:

- Teste da gaveta anterior (figura 33);
- Teste de inclinação lateral do tálus – Teste de Tilt do Tálus (figura 34); e
- Teste da apreensão - Squeeze Test (figura 35).

Radiografias simples, em incidências AP, Perfil e AP verdadeira do tornozelo (rotação interna de 15°).



- **Artrose do tornozelo:**

Solicitar radiografia em AP e perfil do tornozelo com carga para avaliação da superfície articular tíbio-talar.

Na radiografia são observadas redução do espaço articular e presença de osteófitos marginais à articulação.

7.3. Prioridades para regulação:

- Entorse de tornozelo sem melhora significativa após seis semanas; e
- Pé diabético com lesões associado a febre e ou sinais flogísticos.

7.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita de artrite séptica (dor intensa, de início agudo ou subagudo, associado a incapacidade de marcha ou de movimentação da articulação).

ANEXOS

Conceitos:

- **Tendinopatia do Aquileu:**

Condição dolorosa, frequentemente crônica, que acomete o tendão de Aquiles;

Pode ser classificada de acordo com a topografia da lesão como insercional (na inserção do tendão no calcâneo) e não insercional (na porção média do tendão), e acomete tanto atletas quanto pessoas sedentárias;

É primariamente degenerativa, relacionada a microtraumas de repetição.

- **Entorse de Tornozelo com Lesão de Sindesmose:**

Lesão do complexo ligamentar da articulação que envolve a tíbia e a fíbula em sua porção distal, que auxilia na estabilização da articulação do tornozelo;

Pode ser lesionado por mecanismo torcional, podendo ser provocada por traumatismos envolvendo inversão ou eversão do pé, associados a mecanismos rotacionais.

- **Artrose do Tornozelo:**

É uma doença degenerativa, progressiva e muitas vezes incapacitante, devido ao quadro de dor e perda do movimento da articulação;

Este desgaste pode ocorrer após uma fratura do tornozelo ou do pilão tibial;

Pode ser decorrente de uma lesão ligamentar do tornozelo com instabilidade crônica; e

Também pode ser devido a doenças reumáticas ou metabólicas, como, por exemplo, a gota e o diabetes.

Figura 32 – Teste de Thompson:



O paciente apoia o joelho do lado acometido em uma cadeira e o examinador realiza uma compressão do ventre muscular do tríceps sural (panturrilha). Caso haja ruptura, não ocorrerá flexão plantar do pé.

Figura 33 – Teste da Gaveta Anterior:



Teste da Gaveta Anterior: Pode ser avaliado com a realização de radiografias com stress; deve ser feito em discreta flexão plantar; o examinador posiciona uma mão fixando o pé, e a outra mão fixando a perna, e tenta promover a anteriorização do pé.

O deslocamento do tálus para a frente da pinça sugere comprometimento do ligamento talofibular anterior.

Figura 34 – Teste de Inclinação Lateral ou de Tilt do Tálus:



Teste de Inclinação Lateral do Tálus (Tilt): Uma mão fixa a extremidade distal da perna e a outra envolve o retropé, aplicando uma força varizante.

Abertura em varo do lado lesado indica lesão do ligamento e inclinação talar maior que 8° no comparativo também indica.

Teste

Figura 35 – Teste da Apreensão - Squeeze Test:



Teste da Apreensão (Squeeze Test): Compressão da tíbia e fíbula no seu terço médio.

O paciente refere dor no tornozelo, sugerindo lesão da sindesmose (a compressão proximal abre a pinça distalmente).



8. AFECÇÕES PLANTARES

8.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento ao especialista:

- Fasciíte Plantar refratária ao tratamento conservador;
- Neuroma de Morton;
- Pé Diabético ulcerado;
- Pé Cavo;
- Pé Valgo;
- Síndrome do Túnel do Tarso refratário ao tratamento conservador;
- Hálux Valgo doloroso ou com dificuldade importante de calçar;
- Hallux Rigidus doloroso.

8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese, Sinais e Sintomas, Exame Físico:

- **Fasciíte Plantar:**

Dor de início insidioso, principalmente no primeiro apoio matinal, que melhora após algum período de atividade.

A palpação identifica o ponto de gatilho da dor na parte medial do calcâneo, área de origem da aponeurose plantar. A marcha com apoio sobre o calcâneo e a dorsiflexão dos dedos reproduz a dor.

- **Neuroma de Morton:**

A principal queixa é de dor em queimação entre os terceiro e quarto metatarsos;

Ocasionalmente, pode haver irradiação para os dedos, associado a parestesias;

A dor é agravada com o uso de sapatos com bico fino, como saltos altos, e aliviada com a troca para sapatos mais confortáveis e massagem local;

Ao exame físico, ocorre dor à palpação do espaço entre o terceiro e quarto metatarsos, que pode desencadear dor irradiada para os dedos, parestesias ou reproduzir os sintomas do paciente;

Diversas manobras foram desenvolvidas para sensibilizar a reprodução dos sintomas, a mais conhecida o “Squeeze Test” (figura 36).

- **Pé Diabético:**

Na avaliação inicial, perguntar sobre tempo de evolução do diabetes, se diabetes tipo I ou tipo II, tabagismo, etilismo, traumas diretos ou indiretos, mudanças nos calçados ou órteses, alterações de hábitos de vida, existência de lesões prévias nos pés e se já instituído tratamento, clínico ou cirúrgico (amputações prévias, cirurgias de revascularização).

Ao exame físico, avaliar marcha quando possível, avaliar o pé buscando alterações vasculares, neurológicas e ortopédicas.

No exame clínico vascular, palpam-se as artérias tibial posterior e dorsal do pé, sendo os pulsos classificados em presente, diminuído ou ausente; observar sinais de má perfusão, como tempo de



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

enchimento capilar, temperatura e cor da pele. Calcular o índice tornozelo-braquial para avaliar vasculopatia periférica, se possível.

No exame neurológico, dar atenção especial ao exame sensitivo do pé, utilizando-se o monofilamento de Semmes-Weinstein de 5,07mm ou 10g (figura 37). A ausência de sensibilidade ao monofilamento é o limiar no qual ocorrem complicações, como úlceras neuropáticas.

Após avaliação vascular e neurológica, classifica-se a lesão do pé diabético segundo a classificação de Wagner (Quadro 9 e figura 38).

- **Pé Cavo:**

Ao exame físico, observar a marcha, a deformidade em cavo, se fixo ou flexível, examinar antepé, mediopé e retropé em busca de deformidades aparentes, avaliar presença de calosidades (figuras 39 e 40).

- **Pé Valgo:**

Ao exame físico, observar a marcha, a deformidade em valgo, examinar antepé, mediopé e retropé, observar a pegada do paciente.

Colher história clínica detalhada, se o parto transcorreu sem complicações, se a criança apresentou desenvolvimento normal, com reflexos profundos e tônus muscular presentes.

Estar atento à história familiar de pé plano e síndrome associadas à frouxidão ligamentar.

Examinar a mobilidade da articulação subtalar pelo teste da ponta dos pés (figura 43) e, também, avaliar o tendão calcâneo a fim de identificar encurtamento.

- **Síndrome do túnel do tarso:**

História clínica é o diagnóstico auxiliar mais revelador, com avaliação de parestesias em região plantar do pé, nos dedos dos pés ou sobre a face medial distal da panturrilha, com exacerbação dos sintomas à noite, pelo exercício ou repouso, ou pela elevação e abaixamento da extremidade.

Deve ser realizado exame cuidadoso de alterações sensitivas térmicas, padrão de sudorese e alterações cutâneas, trofismo muscular, veias varicosas na região pósteromedial do pé, comparando com o lado contralateral, que deve ser assintomático.

- **Hálux valgo:**

Atenção principal deve ser dada a identificar as causas de dor: calos, calosidades, verrugas, neuromas interdigitais, dedo em martelo, dedo em garra;

Avaliação: em pé, sentado, deitado supino e prono;

Deve-se avaliar as condições de pele e vasculares do pé;

A mobilidade do primeiro raio deve ser observada;

Além da deformidade do hálux, deformidades dos dedos menores devem ser observadas.

Crterios Diagnsticos: Deformidade clnica comprovada pela avaliao radiogrfica, evidenciando ngulo intermetatarsal superior a 9° e ngulo metatarsofalngico superior a 15°.



- **Hallux rigidus:**

Dor na articulação metatarsfalangeana inicialmente intermitente, evoluindo com maior constância e presença ao longo do arco passivo de movimento da articulação;

Rigidez articular com restrição do arco de movimento, principalmente da dorsiflexão do dedo;

Extensão limitada da articulação metatarsfalangeana;

O diagnóstico é clínico, sendo complementado pela verificação de sinais de degeneração articular ao Raio-X.

Raio-X: A elevação dorsal da cabeça do primeiro metatarso se torna aparente, em seguida, há estreitamento do espaço articular e achatamento da cabeça do metatarso com osteofitose, principalmente dorsal.

8.3. Prioridades para regulação:

- Pé diabético;
- Deformidade dos pés com dificuldade importante de marcha;
- Soltura de implantes com protrusão e pressão sob a pele;
- Osteomielite crônica.

8.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Osteomielite aguda;
- Artrite séptica de ossos do pé.

ANEXOS

Conceitos

- **Fasceíte Plantar:**

Entesopatia, na maioria dos casos de etiologia mecânica, da inserção proximal da fáschia plantar;

É uma das causas mais frequentes de dor plantar, acometendo tanto atletas quanto pessoas sedentárias.

- **Neuroma de Morton:**

Neuralgia comum, de caráter paroxístico, que afeta os nervos interdigitais dos pés (digitais plantares), principalmente entre o terceiro e quarto metatarso;

Sua prevalência é cerca de dez vezes maior nas mulheres que nos homens;

Em alguns casos, pode levar à dor progressiva e incapacitante.

- **Pé Diabético:**

Complicação do diabetes mellitus não controlado que evolui com neuropatia periférica e doença vascular periférica.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- **Pé Cavo:**

É um pé com um arco anormalmente elevado, que geralmente acompanha um espectro de deformidades, como hiperextensão dos dedos nas articulações metatarsofalângicas e hiperflexão das articulações interfalângicas, pronação e adução do antepé (valgo do antepé), rigidez variada da articulação subtalar, deformidade em varo do calcâneo fixa ou flexível e encurtamento do tendão de Aquiles (figuras 39 e 40);

- **Pé Valgo:**

Também conhecido como pé plano, pé chato ou pé pronado.

É a observação de um arco longitudinal do pé que repousa no chão ou parece mais perto do chão do que o aceito como normal.

Em geral, associado a um aspecto hereditário: frouxidão ligamentar familiar.

A criança pequena invariavelmente apresenta pés planos ao iniciar sua marcha, com modelação do arco plantar longitudinal ao evoluir para a maturidade (figura 41).

- **Síndrome do Túnel do Tarso:**

É uma síndrome compressiva do nervo tibial sob o retináculo dos tendões flexores do pé.

- **Hálux Valgo:**

Deformidade complexa do primeiro raio do pé muitas vezes associada à deformidade dos demais dedos;

Caracterizada pelo desvio lateral do hálux, que se distancia do eixo mediano.

- **Hállux Rígidas:**

O termo se refere à limitação na mobilização da articulação metatarsofalângica do hálux.

Figura 36 - Squeeze Test:



Squeeze Test: o examinador faz uma compressão laterolateral do pé, e o resultado esperado é a reprodução dos sintomas.

Figura 37 – Teste do Monofilamento de Semmes-Weinstein:



Teste do monofilamento de Semmes-Weinstein com espessura de 5,07 mm, que exerce uma pressão de 10 gramas, é simples, prático e muito utilizado como rastreamento para risco neuropático em pacientes com Diabetes Mellitus.

CLASSIFICAÇÃO DE WAGNER PARA ÚLCERAS NOS PÉS	
Grau 0	Pele íntegra, risco à pele
Grau I	Úlcera superficial, atingindo apenas a pele e o tecido celular subcutâneo
Grau II	Úlcera atingindo planos mais profundos, como fáscia, tendões, cápsula articular, ligamentos ou ossos expostos
Grau III	Úlceras com infecção ativa, como abscesso, celulite, ou osteomielite
Grau IV	Gangrena do antepé (parcial)
Grau V	Gangrena de todo o pé (mais extensa)

Quadro 9 – Classificação de Wagner para Úlceras nos Pés.

Fonte: Adaptada de Wagner W.F.: The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 2: 64-122, 1981.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Figura 38 – Exemplos de Úlceras nos Pés:

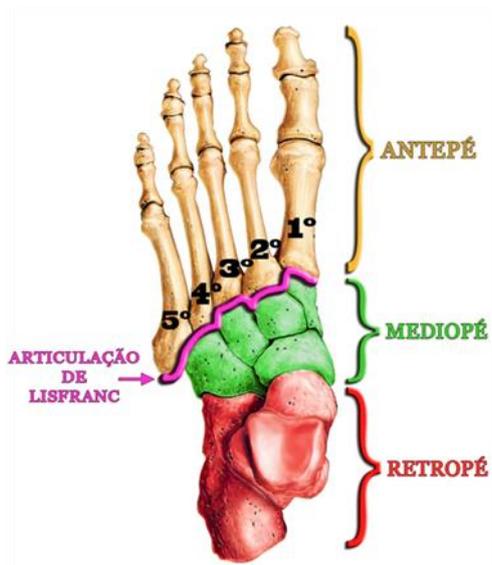


Úlcera Grau I de Wagner: úlcera superficial, atingindo apenas a pele e o tecido celular subcutâneo



Úlcera Grau II de Wagner: úlcera com exposição de tendões e planos mais profundos

Figura 39 – Pé Cavo:



PÉ CAVO

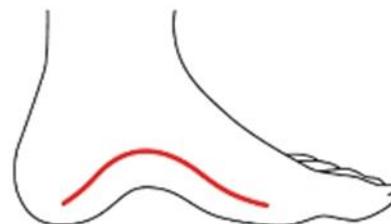


Figura 40 – Pé Cavo:

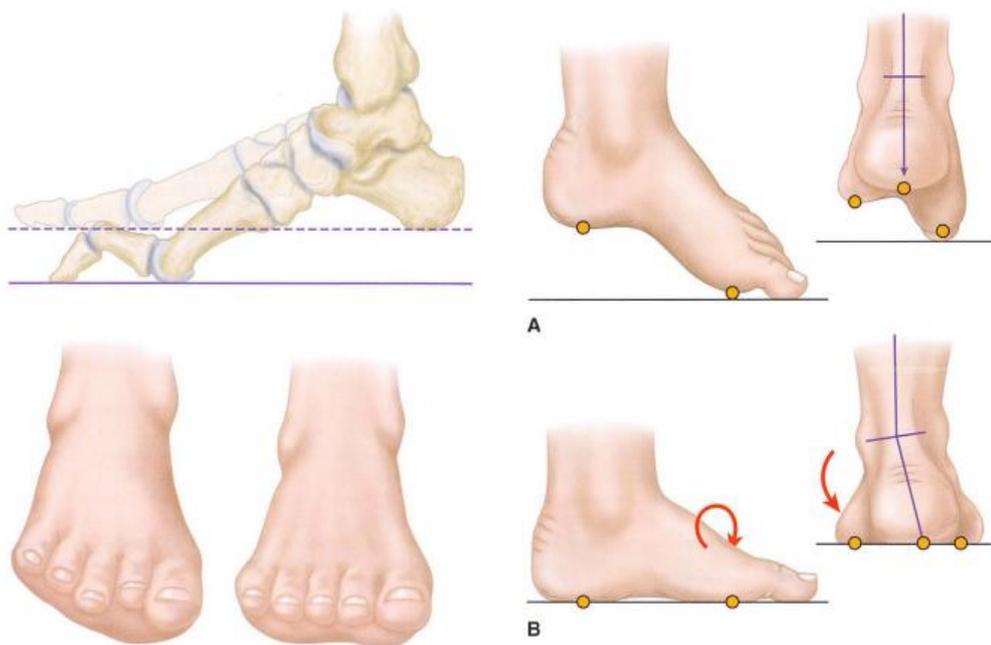


Figura 41 – Pé Chato:

PÉ CHATO





Figura 42 – Pé Valgo:

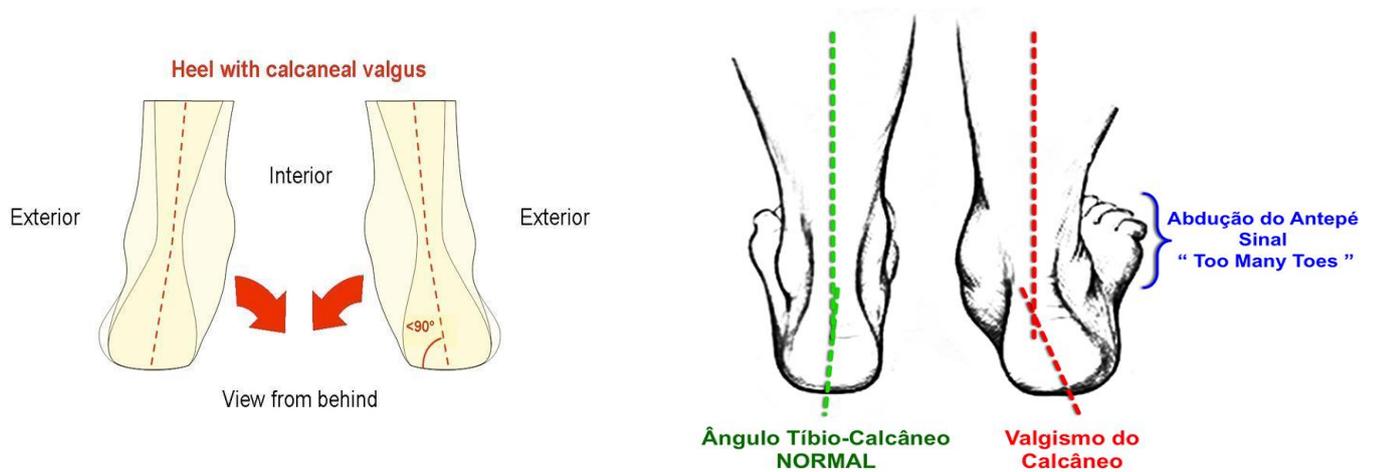
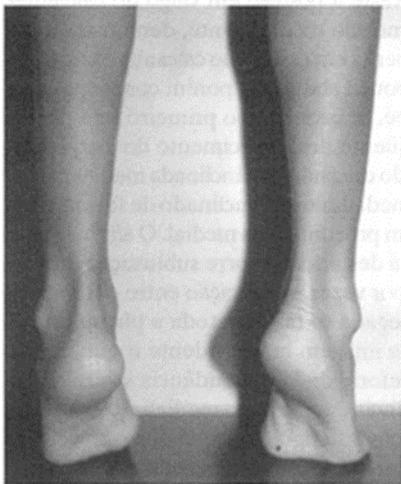


Figura 43 – Teste da Ponta dos Pés:



Teste da ponta dos pés, observando a formação do arco plantar, a varização do calcâneo e a rotação externa da tíbia – avalia a mobilidade da articulação subtalar.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999;354(9178):581–5.
- ALLISON D, Brammah T, Busby H, Roxby M, Simmons A, Williams G, Ann Rheum Dis Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Urwin M, Symmons*. 1998 Nov; 57(11):649-55.
- ANDERSON, B. C. Evaluation of the patient with hand pain. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-hand-pain>>. Acesso em 06 ago. 2021.
- ANDERSON, B. C. Evaluation of the patient with shoulder complaints. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-shoulder-complaints>>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- ANDERSON, B. C. General evaluation of the adult with knee pain. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/general-evaluation-of-the-adult-with-knee-pain>>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- ANDERSON, B. C. Meniscal injury of the knee. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/meniscal-injury-of-the-knee>>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- BALAGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. *Lancet*, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, feb. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982256>>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- Barros Filho TEP, Oliveira RP, Kalil EM, Prada FS. Avaliação padronizada nos traumatismos raquimedulares. *Revista Brasileira de Ortopedia* 1994;29:99-106.
- BARKER; L. R.; ZIEVE, P. D. (Ed.). Principles of ambulatory medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- BUCHBINDER R, Green S, Youd JM Corticosteroid injections for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (1):CD004016.
- BUCKUP K. Testes clínicos para patologia óssea, articular e muscular. 1ª ed. Barueri, Manole, 2002.
- 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. 453-60, 2008.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

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

Canada TOP (2011) TOP 2009 guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. Edmonton (AB): toward optimized practice. <http://www.topalbertadoctors.org>. Acesso em: 06 ago. 2021.

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

DAROWISH M, Sharma J. Evaluation and treatment of chronic hand conditions. Med Clin North Am. 2014 Jul;98(4):801-15, xii. doi: 10.1016/j.mcna.2014.03.006.

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

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EJNISMAN B, Andreoli CV, Soares BG, Fallopa F, Peccin MS, Abdalla RJ, Cohen M. Interventions for tears of the rotator cuff in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (1):CD002758.

GLADMAN, D. F, RITCHLIN, C. Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-ofpsoriatic-arthritis>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

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

GREEN S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2): CD005319

GREEN S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A Interventions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2):CD001156.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 1.

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



HERBERT, S. et al (Org.). Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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. Treatment of carpal tunnel syndrome. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-carpal-tunnelsyndrome?source=search_result&search=carpal+tunnel+syndrome&selectedTitle=1~128>. Acesso em: 06 ago. 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: 06 ago. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2016. Atualizado em 2020. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/NG59>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

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: 06 ago. 2021.

OSTÖR AJ, Richards CA, Prevost AT, Speed CA, Hazleman BL Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. Rheumatology (Oxford). 2005 Jun; 44(6):800-5.

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

SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. Physical examination of the shoulder. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

SIMS SE, Miller K, Elfar JC, Hammert WC. Non-surgical treatment of lateral epicondylitis: a systematic review of randomized controlled trials. Han. 2014;9(4):419–46.

Toledano M, Bartleson JD. Cervical spondylotic myelopathy. Neurol Clin. 2013;31(1):287–305.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para Ortopedia Adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 06/08/2021.

WONG M. Pocket Orthopaedics Evidence-Based Survival Guide. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers;2010.

