

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: ORTOPEDIA ADULTO	6
Mudanças da nova versão	7
Protocolo 1 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar	9
Protocolo 2 – Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical	11
Protocolo 3 – Osteoartrite	13
Protocolo 4 – Artrite por deposição de cristais (gota)	14
Protocolo 5 – Patologias de mão e punho	15
Protocolo 6 – Dor no cotovelo	17
Protocolo 7 – Dor no joelho	19
Protocolo 8 – Dor no ombro	21
Protocolo 9 – Dor no quadril	23
Protocolo 10 – Patologias de tornozelo e pé	24
Protocolo 11 – Osteomielite	26
Protocolo 12 – Neoplasia óssea	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES – MATERIAIS COMPLEMENTARES	36

Protocolos de Regulação Ambulatorial: ortopedia adulto

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

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

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

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

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

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

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

Elaborado em 23 de agosto de 2016.

Última revisão em 4 de abril de 2026.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

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

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

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

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

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

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

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

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

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

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

- Diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial.
- Pacientes com cervicalgia e diagnóstico definido de artrite reumatoide.
- Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os membros superiores, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado¹.
- Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os membros superiores, fraqueza, parestesia), associados a déficit motor grave ou progressivo, após avaliação em serviço de urgência.
- Dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.
- Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

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

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

- Dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.
- Dor cervical crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado¹.

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

Protocolo 3 – Osteoartrite

O [Quadro 5](#) traz os principais sinais e sintomas que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- Suspeita de osteoartrite secundária à doença articular inflamatória¹ como artrite reumatoide ou artrite psoriásica.
- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado ([Quadro 6](#)) por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

Protocolo 4 – Artrite por deposição de cristais (gota)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Paciente com gota tofácea crônica e complicações devido à presença de tofos gotosos (infecção recorrente, compressão devido a efeito de massa, deformidade articular que ocasione prejuízo funcional), sem melhora com o tratamento otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

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

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

- Diagnóstico de gota ([Quadro 7](#)) e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres na pré-menopausa).
- Diagnóstico de gota ([Quadro 7](#)) em pessoa com doença renal crônica estágios 4 e 5 (taxa de filtração glomerular < 30 mL/min/1,73 m²).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

Protocolo 5 – Patologias de mão e punho

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial.
- Cisto sinovial recorrente, com dor persistente ou que cause prejuízo funcional.
- Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado¹.
- Tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado¹.
- Osteoartrite de mão com prejuízo funcional associado à deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado ([Quadro 6](#)) por 6 meses.

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

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

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

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

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

Protocolo 6 – Dor no cotovelo

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

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

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

Bursite olecraniana

- Bursite olecraniana¹ refratária a tratamento clínico otimizado² por 6 semanas.

Limitação funcional do cotovelo pós-traumática:

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

Osteoartrite do cotovelo

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

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

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

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

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

Protocolo 7 – Dor no joelho

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Suspeita clínica de lesão meniscal não degenerativa ([Quadro 10](#)), na impossibilidade de solicitar ressonância magnética nuclear (RMN) na APS.
- Lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica ([Quadro 11](#)).
- Suspeita clínica de lesão ligamentar não degenerativa ([Quadro 12](#)), na impossibilidade de solicitar RMN na APS.
- Lesão ligamentar com potencial indicação cirúrgica ([Quadro 13](#)).
- Subluxação ou luxação patelar recorrente refratária ao tratamento clínico otimizado¹.
- Osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado ([Quadro 6](#)) por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).
- Bursite pré-patelar, infrapatelar superficial ou da pata de ganso com persistência de dor e/ou limitação funcional após 6 semanas de manejo conservador².

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

- Dor no joelho sem melhora após tratamento clínico otimizado² por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

² Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

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

Protocolo 8 – Dor no ombro

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

Manguito rotador e dor subacromial

- Ruptura de espessura completa do manguito rotador (confirmada por imagem) com déficit funcional¹.
- Ruptura de espessura parcial do manguito rotador, com sintomas persistentes após 3 meses de tratamento clínico otimizado ([Quadro 14](#)), ou com evidência de progressão da ruptura > 1 cm em exame de imagem no seguimento.
- Dor no ombro refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ([Quadro 14](#)).

Instabilidade glenoumeral

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

Capsulite adesiva (ombro congelado)

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

Osteoartrite glenoumeral

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

Bursite subacromial/subdeltoidea ou subescapular

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

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

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

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

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

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

Protocolo 9 – Dor no quadril

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Osteonecrose (necrose avascular ou asséptica).
- Osteoartrite de quadril com potencial indicação de cirurgia: sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária.
- Bursite ou tendinite de quadril sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.
- Síndrome do impacto femoroacetabular, com diagnóstico confirmado por exame de imagem.

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

- Dor no quadril sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

Protocolo 10 – Patologias de tornozelo e pé

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial.
- Tendinopatia crônica do tornozelo com prejuízo funcional, deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.
- Entorse de tornozelo com persistência de dor e edema após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.
- Fratura de estresse em regiões do pé com alto risco de não consolidação² com tratamento conservador ou refratárias ao tratamento clínico otimizado³ após 4 a 8 semanas.
- Neuroma de Morton sem resposta a tratamento clínico otimizado⁴ por 9 a 12 meses.
- Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.
- Fasciíte plantar, patologias do coxim adiposo ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.
- Osteoartrite de tornozelo e/ou pé com prejuízo funcional associado a deformidade ou a sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses.
- Bursite de tornozelo que não responde ao tratamento clínico otimizado⁵ por 4 a 6 semanas.

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

- Dor no tornozelo ou pé sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

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

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

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

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

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

Protocolo 11 – Osteomielite

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

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

- Suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite aguda¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite aguda¹, após avaliação em urgência/emergência.
- Suspeita clínica ou diagnóstico de osteomielite crônica².

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

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

Protocolo 12 – Neoplasia óssea

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

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

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

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

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

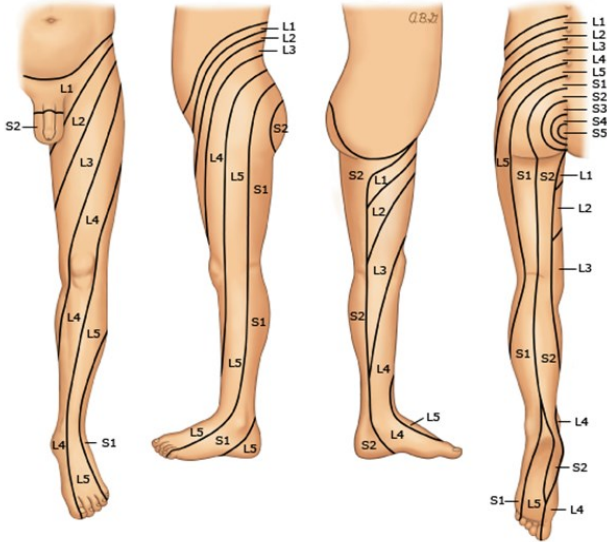
- Implantes ósseos compatíveis com metástases de neoplasia de sítio primário não osteoarticular. Se houver fratura patológica, encaminhar também para ortopedia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

Apêndices – Materiais complementares

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

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

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

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

Suspeita-se de dor lombar de característica inflamatória se o paciente apresentar pelo menos 3 destes critérios:

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

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

Quadro 3 – Tratamento clínico otimizado para dor lombar crônica

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

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

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

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

Aines: anti-inflamatórios não esteroides.

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

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Quadro 5 – Principais manifestações clínicas da osteoartrite

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

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

Quadro 6 – Tratamento para osteoartrite

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

Osteoartrite de mãos:

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

Osteoartrite de joelho e quadril:

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

Osteoartrite de ombro (fase aguda):

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

Osteoartrite de ombro (fase crônica):

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

Osteoartrite de cotovelo:

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

Tratamento farmacológico:

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

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

Sistêmico:

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

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

Não se recomenda rotineiramente:

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Aines: anti-inflamatórios não esteroides.

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

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

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

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

Quadro 8 – Tratamento otimizado da síndrome do túnel do carpo

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

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Quadro 9 – Tratamento clínico otimizado para dor crônica em cotovelo

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

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

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

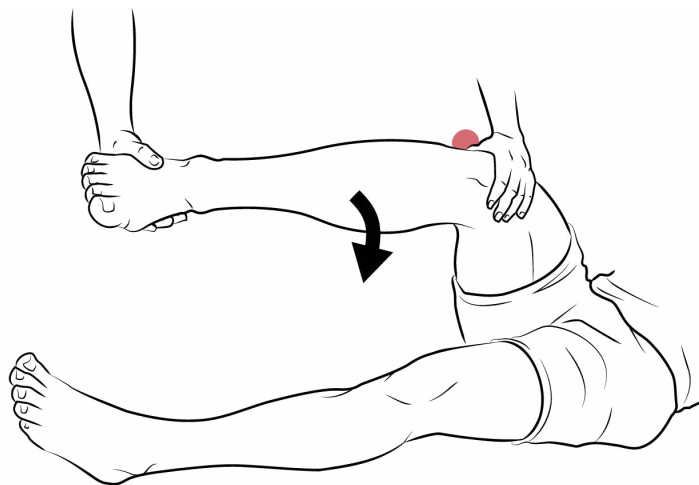
Aines: anti-inflamatórios não esteroides.

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

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

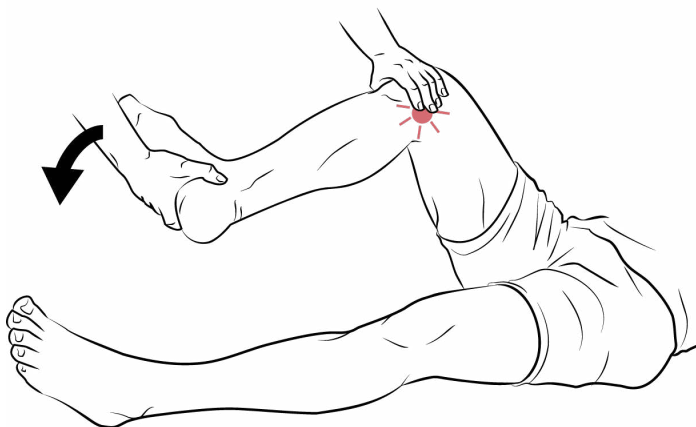
Fonte: TelessaúdeRS (2026), adaptado de Rouzier *et al.* (2022).

Figura 1 – Teste de McMurray



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

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



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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Quadro 11 – Potenciais indicações cirúrgicas para lesões de menisco*

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

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

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

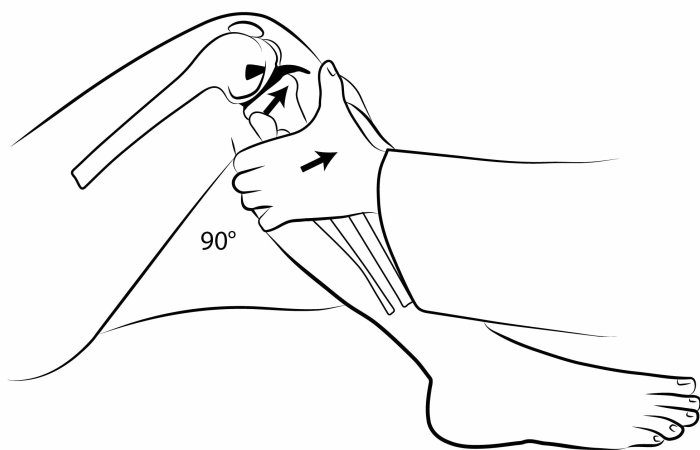
*Excluem-se lesões meniscais secundárias a osteoartrite do joelho.

Quadro 12 – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

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

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Figura 2 – Teste da gaveta anterior

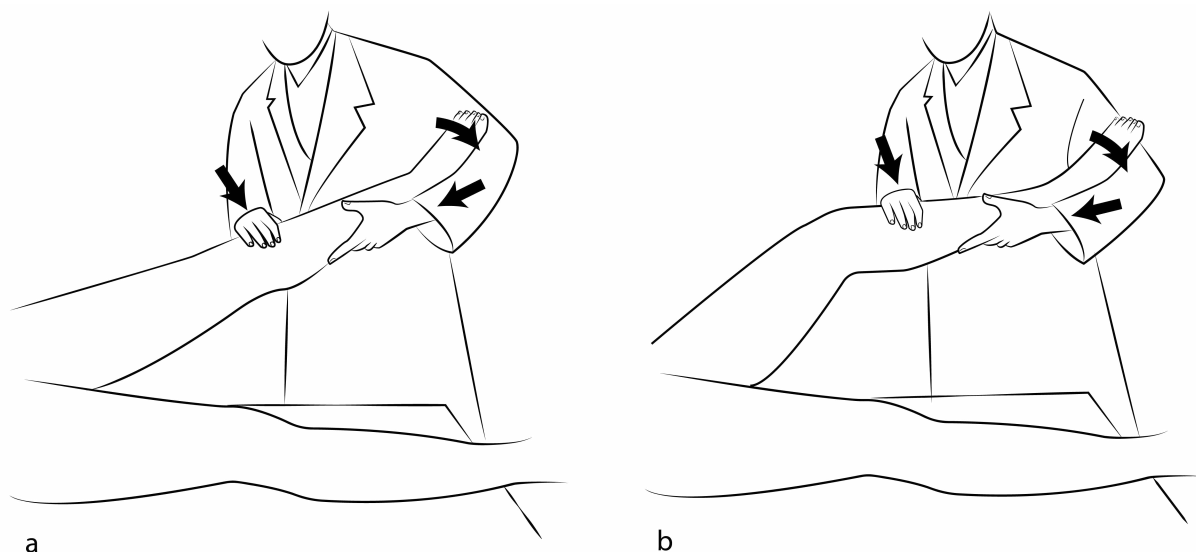
Com o paciente em decúbito dorsal, flexionar o joelho examinado a 90°. O profissional apoia o pé do paciente e, com as mãos na região posterior da tibia superior, empurra-a para a anterior. O teste é positivo quando há translação aumentada em comparação com o outro joelho.

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Figura 3 – Teste de Lachman

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

Figura 4 – Teste de *pivot shift*

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).

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

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

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

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

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

Quadro 14 – Tratamento clínico otimizado para dor crônica em ombro

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

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

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

Aines: anti-inflamatórios não esteroides.

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

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

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

Fonte: TelessaúdeRS (2026).