

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
CURSO DE FISIOTERAPIA**

JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO

TESTES E GRUPO DE TESTES ESPECIAIS: REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

**UBERLÂNDIA – MG
2023**

JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO

TESTES E GRUPO DE TESTES ESPECIAIS: REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado referente
ao Fisioterapia, da Universidade Federal de Uberlândia,
para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Valdeci Carlos Dionísio

**UBERLÂNDIA – MG
2023**

TESTES E GRUPO DE TESTES ESPECIAIS: REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Fisioterapia, da Universidade
Federal de Uberlândia, para obtenção do grau
de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado pela Banca Examinadora em __/__/____

Franciele Dias Costa (UFU)

Gina Olivia Brígido Costa Curi (UFU)

Orientador:

Prof. Dr. Valdeci Carlos Dionísio (UFU)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu estimado orientador, Professor Dr. Valdeci Carlos Dionísio. Sua orientação, conhecimento e comprometimento foram fundamentais para o sucesso deste projeto. Suas valiosas sugestões moldaram esse trabalho e meu crescimento acadêmico. Sua paciência e disposição em esclarecer minhas dúvidas foram inestimáveis, e sou imensamente grato por ter tido a oportunidade de ser orientado por alguém tão dedicado e inspirador.

À minha incrível namorada Nádia Yoshi, quero expressar minha profunda gratidão. Você foi uma constante fonte de apoio, incentivo e amor ao longo dessa jornada. Sua paciência em momentos de intensa concentração e sua compreensão em relação às horas dedicadas a este trabalho foram além das palavras. Sua presença ao meu lado me deu forças para continuar, mesmo nos momentos mais desafiadores. Seu amor e apoio incondicionais são tesouros que valorizo profundamente.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer a todas as fontes de conhecimento que consultei ao longo deste trabalho, bem como às pessoas que possibilitaram um acesso a essas fontes.

Muito obrigado a todos.

João Francisco de Oliveira Neto

RESUMO

Os testes especiais em fisioterapia são ferramentas valiosas para avaliar a função de uma articulação ou grupo muscular. Eles ajudam os fisioterapeutas a identificar problemas precoces e a planejar o tratamento de forma eficaz, podendo ser combinados com outras técnicas de avaliação, como a anamnese e a observação, para fornecer uma imagem completa da condição do paciente. Além disso, os testes especiais também permitem que os fisioterapeutas acompanhem a evolução da condição do paciente e ajustem o tratamento quando necessário.

Esses testes especiais ainda podem ser agrupados, ajudando a fornecer um diagnóstico mais preciso a respeito da doença ou disfunção, habilidades funcionais ou condição física do paciente. Esse agrupamento de testes é chamado de Cluster de testes.

Existe uma vasta literatura a respeito de testes especiais em fisioterapia, porém eles se encontram dispersos em diversos artigos e livros. Isto traz certa dificuldade em encontrar os testes e, especialmente, utilizar aqueles que se mostram mais eficazes nos seus objetivos.

O objetivo desta revisão foi compilar os principais testes especiais existentes na literatura e os grupos ou “clusters” para maior chance de um diagnóstico fidedigno. Sendo realizada entre outubro e dezembro de 2022 e utilizando as bases de dados “Diagnostic Test Accuracy” (DiTA), “Physiotherapy Evidence Database” (PEDro) e Scielo onde os testes específicos para inclusão no trabalho foram selecionados. Ao todo 64 artigos foram lidos na íntegra, englobando 136 testes especiais diferentes.

A literatura sobre testes especiais em fisioterapia é vasta, oferece boa confiabilidade, mas ainda carece de mais estudos em diversas partes do corpo, como coluna cervical, torácica e tornozelo. Portanto, para o aprimoramento da prática clínica no diagnóstico e tratamento na área musculoesquelética, sugere-se que futuros estudos se concentrem na elaboração de clusters.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1	Organização da Estratégia de Pesquisa	13
FIGURA 2	Teste Spurling	18
FIGURA 3	Teste Tração Axial	19
FIGURA 4	Teste Aperto de Braço	20
FIGURA 5	Teste Membrana Tectorial	20
FIGURA 6	Teste Membrana Atlanto-occipital	21
FIGURA 7	Teste Rotação Contralateral Ativa com Extensão do SC	22
FIGURA 8	Teste Amplitude de Movimento Cervical	23
FIGURA 9	Teste Exame Manual C0-C3	23
FIGURA 10	Teste de Flexão Crânio-Cervical	24
FIGURA 11	Teste de Percussão do Manúbrio de Olécrano	25
FIGURA 12	Teste de Resistência à Rotação Interna a 90° de Abdução	26
FIGURA 13	Teste “Abraço de Urso”	27
FIGURA 14	Teste Prensa Abdominal	28
FIGURA 15	Teste de Resistência à Rotação Interna a 0° de Abdução	29
FIGURA 16	Teste “Decolar”	30
FIGURA 17	Teste Sinal de Atraso de Rotação Interna	30
FIGURA 18	Teste “Lata vazia”	31
FIGURA 19	Teste de Patte	32
FIGURA 20	Teste de Hawkins	33
FIGURA 21	Teste de Neer	34
FIGURA 22	Teste “Arco Doloroso”	34
FIGURA 23	Teste “Lata vazia” Aplicado a Impacto	35
FIGURA 24	Teste Resistência à Rotação Externa	36
FIGURA 25	Teste Carga Bíceps I	37
FIGURA 26	Teste Carga Bíceps II	38
FIGURA 27	Teste de Velocidade	39
FIGURA 28	Teste Compressão Passiva	39
FIGURA 29	Teste O’briens	40
FIGURA 30	Teste de Realocação	41

FIGURA 31	Teste Liberação Anterior	42
FIGURA 32	Teste de Esforço de Adução de Corpo Cruzado	43
FIGURA 33	Teste de Extensão Resistida AC	43
FIGURA 34	Teste de Compressão Ativa	44
FIGURA 35	Sinal de Atraso Ativo	45
FIGURA 36	Teste Sinal de Triângulo	46
FIGURA 37	Teste de Distensão em Rotação Externa Passiva	47
FIGURA 38	Teste de Velocidade Aplicado a Tendinopatia	48
FIGURA 39	Teste de Yergason	48
FIGURA 40	Teste de Corte Superior	49
FIGURA 41	Teste Flexão de cotovelo em 5 segundos	50
FIGURA 42	Teste Rotação Interna do Ombro	51
FIGURA 43	Teste Rotação Interna do Ombro Flexão do Cotovelo	51
FIGURA 44	Teste de Extensão do Cotovelo	52
FIGURA 45	Teste Tabletop	53
FIGURA 46	Teste Estresse em Valgo Móvel	54
FIGURA 47	Teste de Provocação de Bíceps	55
FIGURA 48	Teste de Gancho	56
FIGURA 49	Teste Passivo de Pronação do Antebraço	57
FIGURA 50	Teste de Intervalo de Vinco do Bíceps	57
FIGURA 51	Teste de Mill	58
FIGURA 52	Teste de Cozen	59
FIGURA 53	Teste de Maudsley	59
FIGURA 54	Teste de Hiperflexão do Punho e Abdução do Polegar	60
FIGURA 55	Teste de Sinergia ECU	61
FIGURA 56	Teste de Sensibilidade anatômica da caixa de rapé	61
FIGURA 57	Teste de Sensibilidade do Tubérculo Escafóide	62
FIGURA 58	Teste Compressão de Polegar Longitudinal	62
FIGURA 59	Teste de Deslocamento do Escafóide	63
FIGURA 60	Teste Ballot	64
FIGURA 61	Teste de Deslizamento Dorsal Ulnomenicotriquetral	64
FIGURA 62	Teste de Compressão Dupla	65
FIGURA 63	Teste de Phalen Modificado	66

FIGURA 64	Teste de Elevação da Mão	67
FIGURA 65	Teste de Adson	68
FIGURA 66	Teste de Wright	68
FIGURA 67	Teste de Hiperabdução	69
FIGURA 68	Teste de Ross	70
FIGURA 69	Teste Tinel	71
FIGURA 70	Teste de Adam	71
FIGURA 71	Teste de Queda	72
FIGURA 72	Teste de Elevação de Perna Reta	73
FIGURA 73	Teste de Elevação da Perna Reta Cruzada	74
FIGURA 74	Teste da “Campainha”	74
FIGURA 75	Teste de Hiperextensão	75
FIGURA 76	Teste de Extensão Lombar Passiva	75
FIGURA 77	Teste de Sinal de Captura de Instabilidade	76
FIGURA 78	Teste Pegador de Sinal Doloroso	77
FIGURA 79	Teste de Compressão do Nervo Tibial	77
FIGURA 80	Teste Extensão Lombar-Carga	78
FIGURA 81	Teste de Provocação de Distração	79
FIGURA 82	Teste Impulso da Coxa	80
FIGURA 83	Teste de Gaenslen	81
FIGURA 84	Teste de Compressão	82
FIGURA 85	Teste de Impulso Sacral	83
FIGURA 86	Teste de Faber	84
FIGURA 87	Teste Impulso da Coxa	85
FIGURA 88	Teste de Gaenslen Aplicado a Disfunção Sacroilíaca	86
FIGURA 89	Teste de Yeoman	86
FIGURA 90	Teste de Gillet	87
FIGURA 91	Flexão Para Frente	87
FIGURA 92	Teste de Faber relacionado à dor pélvica posterior associado à gestação	88
FIGURA 93	Teste de Mennel	89
FIGURA 94	Teste Palpação da Sínfise Púbica	90
FIGURA 95	Teste de Trendelenburg	90

FIGURA 96	Teste de Faber aplicado a sinfisiólise	91
FIGURA 97	Teste de Palpação Pélvica Posterior Aplicado a Fratura do Anel Pélvico	92
FIGURA 98	Compressão ântero-posterior e lateral	93
FIGURA 99	Teste Amplitude de Movimento Ativa do Quadril	93
FIGURA 100	Teste de Agachamento	94
FIGURA 101	Teste de Abrasão	95
FIGURA 102	Flexão do Quadril	96
FIGURA 103	Extensão do Quadril	96
FIGURA 104	Teste Rotação Interna Passiva	97
FIGURA 105	Teste de Faber Aplicado a Doenças Intra-articulares	97
FIGURA 106	Teste de Stinchfield	98
FIGURA 107	Teste de Abrasão Aplicado a Doenças Intra-articulares	99
FIGURA 108	Rotação Interna Sobre Pressão	100
FIGURA 109	Teste de Impacto Anterior	100
FIGURA 110	Teste de Fadir	101
FIGURA 111	Teste de Faber Aplicado a Impacto Femoroacetabular	101
FIGURA 112	Teste Impacto Rotatório Externo Dinâmico	102
FIGURA 113	Teste Dinâmico de Impacto Rotatório Interno	103
FIGURA 114	Teste de Rotação Interna na Posição Neutra do Quadril	103
FIGURA 115	Teste de Impacto	104
FIGURA 116	Teste de Trendelenburg	104
FIGURA 117	Teste de Abdução Resistida do Quadril	105
FIGURA 118	Teste Derrotação Externa Resistida	106
FIGURA 119	Teste de Faber Aplicado a Síndrome Dolorosa do Trocanter Maior	106
FIGURA 120	Teste de Palpação do Trocânter Maior	107
FIGURA 121	Teste de Abdução Resistida do Quadril	108
FIGURA 122	Teste de Derrotação Externa Resistida	108
FIGURA 123	Teste do Piriforme Ativo	109
FIGURA 124	Teste de Alongamento do Piriforme Sentado	110
FIGURA 125	Teste de Percussão Púbica Patelar	110
FIGURA 126	Teste de Pressão na Linha Comum	112
FIGURA 127	Teste de Bohler	112
FIGURA 128	Teste de McMurray	113

FIGURA 129	Teste de Steinmann I	114
FIGURA 130	Teste de Apley Grinding	115
FIGURA 131	Teste de Payr	116
FIGURA 132	Teste Sinal de Alavanca	117
FIGURA 133	Teste “Gaveta” Anterior	118
FIGURA 134	Teste de Mudança de Pivô	118
FIGURA 135	Teste de Lachman	119
FIGURA 136	Teste Sinal de Sag Posterior	120
FIGURA 137	Teste de “Gaveta” Posterior Aplicado a Ruptura do Ligamento Cruzado Posterior	120
FIGURA 138	Teste Ativo de Quadríceps	121
FIGURA 139	Teste de Estresse em Valgo	122
FIGURA 140	Teste de Esforço Varo	123
FIGURA 141	Teste de Agachamento	124
FIGURA 142	Teste de Inclinação Patelar	125
FIGURA 143	Teste de Plica Patelar Medial	126
FIGURA 144	Teste de Rotação Externa	127
FIGURA 145	Teste de Aperto	128
FIGURA 146	Teste de Palpação Anterolateral do Tálus	128
FIGURA 147	Teste de Aperto na Panturrilha	129
FIGURA 148	Teste de Estresse de Compressão Tripla	129
FIGURA 149	Teste do Sinal de Impacto do Tornozelo	130
FIGURA 150	Teste do Polegar Dedo Indicador	131
FIGURA 151	Teste de Mulders Click	132

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	13
3 RESULTADOS	18
3.1 Testes de exame físico para a parte cervical da coluna vertebral	18
1.a Testes para radiculopatia cervical	18
1.b Testes para instabilidade da parte cervical alta	20
1.c Testes para potencial disfunção da artéria vertebral	22
1.d Testes para Cefaléia Cervicogênica	23
3.2 Testes de exame físico para o complexo do ombro	25
2.a Testes para rastreamento de anormalidades ósseas	25
2.b Laceração do manguito rotador	26
2.c Testes para impacto	33
2.d Testes para laceração/instabilidade do lábio glenoidal	37
2.e Testes para disfunção acromioclavicular	43
2.f Paralisia de nervos	45
2.g Testes relacionados à rigidez (capsulite adesiva)	47
2.h Testes para Tendinopatia de Bíceps	47
3.3 Testes de exame físico para avaliação do cotovelo e antebraço	50
3.a Testes para aprisionamento do nervo ulnar	50
3.b Testes para fratura de cotovelo	52
3.c Testes para instabilidade de cotovelo	53
3.d Testes para laceração do bíceps braquial	55
3.e Testes para epicondilite lateral	58
3.4 Testes de exame físico para punho e mão	60
4.a Testes para tenossinovite de polegar	60
4.b Testes para tendinose do extensor ulnar do carpo	61
4.c Testes para Fratura do Escafóide.	61
4.d Testes para instabilidade de punho	63
4.e Testes para síndrome do túnel do carpo	65
3.5 Testes de exame físico para a parte torácica da coluna vertebral	67
5.a Testes para síndrome do desfiladeiro torácico	68
5.b Testes para escoliose	71
5.c Testes para determinar o envolvimento discal ou do sistema nervoso simpático	72
3.6 Testes de exame físico para a parte lombar da coluna vertebral	73
6.a Testes para hérnia do núcleo pulposo ou radiculopatia lombar	73
6.b Testes para instabilidade radiográfica da coluna vertebral	75
6.c Testes para estenose da parte lombar da coluna vertebral.	77
6.d Testes para alterações degenerativas da coluna vertebral	79

3.7 Testes de exame físico para a articulação sacroilíaca e pelve	79
7.a Testes para dor de origem sacroilíaca	79
7.b Testes para disfunção sacroilíaca	84
7.c Testes para dor sacroilíaca relacionada à dor pélvica posterior associada à gestação	88
7.d Testes para sinfisiólise	90
7.e Testes para Fratura do Anel Pélvico	92
3.8 Testes de exame físico para o quadril	94
8.a Testes para osteoartrite	94
8.b Testes para doenças intra-articulares	97
8.c Testes para impacto femoroacetabular e/ou laceração do lábio glenoidal	100
8.d Testes para laceração do músculo glúteo médio	104
8.e Testes para síndrome dolorosa do trocanter maior	106
8.f Testes para síndrome do piriforme	109
8.g Testes para fratura de quadril ou fêmur	110
3.9 Testes de exame físico para o joelho	111
9.a Testes para ruptura do menisco medial	111
9.b Testes para ruptura do ligamento cruzado anterior	117
9.c Testes para ruptura do ligamento cruzado posterior	120
9.d Testes para laceração do ligamento colateral	122
9.e Testes para disfunção patelofemoral	124
9.f Testes para síndrome da plica sinovial	125
9.g Testes para osteoartrite de joelho	126
10. Testes de exame físico para perna, tornozelo e pé	127
10.a Testes para entorse da sindesmose do tornozelo	127
10.b Testes para deslocamento anterior do tálus em relação à tibia	128
10.c Testes para avaliar a integridade do tendão do calcâneo	129
10.d Testes para síndrome do túnel do tarso	129
10.e Testes para impacto anterior do tornozelo	130
10.f Testes para neuroma interdigital	131
DISCUSSÃO	132
CONCLUSÃO	134
REFERÊNCIAS	135

1 INTRODUÇÃO

O campo da fisioterapia tem se expandido de forma significativa nos últimos anos, com o desenvolvimento de novos testes e técnicas para diagnosticar e tratar uma variedade de condições médicas. O objetivo principal dos fisioterapeutas é ajudar as pessoas a recuperarem-se de lesões ou condições que afetem sua capacidade de se mover e funcionar. Para isso, os fisioterapeutas utilizam uma variedade de técnicas para identificar anormalidades, incluindo testes especiais.

Os testes especiais em fisioterapia são ferramentas valiosas para avaliar a função de uma articulação ou grupo muscular. Eles ajudam os fisioterapeutas a identificar problemas precoces e a planejar o tratamento de forma eficaz. Alguns exemplos de testes especiais incluem o teste de Lachman para avaliar a estabilidade do joelho, o teste de Patrick-Faber para avaliar a articulação sacroilíaca e o teste de Yergason para avaliar a tendinite do supinador (Cook et al. 2013). Esses testes podem ser combinados com outras técnicas de avaliação, como a anamnese e a observação, para fornecer uma imagem completa da condição do paciente. Além disso, os testes especiais também permitem que os fisioterapeutas acompanhem a evolução da condição do paciente e ajustem o tratamento quando necessário.

Esses testes especiais ainda podem ser agrupados, ajudando a fornecer um diagnóstico mais preciso a respeito da doença ou disfunção, habilidades funcionais ou condição física do paciente (Cook et al. 2013). Esse agrupamento de testes é chamado de Cluster de testes.

Existe uma vasta literatura a respeito de testes especiais em fisioterapia, porém eles se encontram dispersos em diversos artigos e livros. Isto traz certa dificuldade em encontrar os testes e, especialmente, utilizar aqueles que se mostram mais eficazes nos seus objetivos.

Dessa forma, nesse estudo o objetivo principal é reunir os principais testes existentes na literatura, que vão desde aqueles mais utilizados para as mais variadas doenças ou disfunções existentes, até aqueles que, sendo reunidos em grupos, trazem consigo maior chance de um diagnóstico fidedigno. Além disso, este estudo apresenta as características gerais dos testes (execução, objetivos, sensibilidades, especificidades). E sempre que possível, esse trabalho reunirá os clusters existentes, ajudando assim em um diagnóstico mais fidedigno.

No contexto do trabalho, os níveis de sensibilidade e especificidade assumem relevância significativa, sendo crucial revisar e compreender suas definições. Segundo Carolina e Guimarães, a sensibilidade é definida como “a capacidade que um teste possui de distinguir entre os suspeitos de uma determinada patologia e aqueles que efetivamente a possuem”. Por outro lado, a especificidade é descrita como “a habilidade desse mesmo teste de resultar

negativo quando aplicado a uma amostra de indivíduos que não apresentam a doença em questão”.

Através desta revisão da literatura, espera-se contribuir para a compreensão da importância dos testes especiais em fisioterapia e para a promoção de práticas clínicas baseadas em evidências fornecendo uma ferramenta útil para ajudar no diagnóstico preciso de uma variedade de condições médicas.

2 METODOLOGIA

Esta revisão foi realizada entre outubro e dezembro de 2022 e utilizando as bases de dados “Diagnostic Test Accuracy” (DiTA), “Physioterapy Evidence Database” (PEDro) e Scielo onde os testes específicos para inclusão no trabalho foram selecionados. Os testes foram pesquisados com base na doença ou disfunção relacionada.

A pesquisa foi dividida em áreas do corpo humano, baseados na publicação de (Cook et al. 2013). 1. Parte cervical da coluna vertebral; 2. Complexo do ombro; 3. Cotovelo e antebraço; 4. Punho e mão; 5. Parte torácica da coluna vertebral; 6. Parte lombar da coluna vertebral; 7. Articulação sacroilíaca e pelve; 8. Quadril; 9. Joelho; 10. Perna, tornozelo e pé. As disfunções ou lesões, pesquisadas e as palavra-chave utilizadas estão descritas na Tabela 1.

Inicialmente, foram lidos os resumos dos artigos relacionados às doenças ou disfunções pesquisadas e aqueles que se referiam aos testes especiais utilizados para o diagnóstico foram lidos na íntegra. Apenas artigos em inglês e espanhol foram considerados. Para a inclusão do teste no presente estudo, os artigos deveriam apresentar o método de realização do teste, bem como suas sensibilidades e especificidades exceto quando houvesse pouca literatura disponível.

Tabela 1. Organização da Estratégia de Pesquisa

PARTES DO CORPO	TESTES	PALAVRAS-CHAVE
1. Testes de exame físico para a parte cervical da coluna vertebral.	1. a. Testes para radiculopatia cervical.	“Cervical Radiculopathy”
	1. b. Testes para instabilidade da parte cervical alta.	“Cervical Instability”

	1. c. Testes para potencial disfunção da artéria vertebral.	“Vertebrobasillar Disfunctions”
	1. d. Testes para cefaleia cervicogênica.	“Cervicogenic Headache”
2. Testes de exame físico para o complexo do ombro.	2. a. Testes para rastreamento de anormalidades ósseas.	“Shoulder Bone Abnormality”
	2. b. Laceração do manguito rotador.	“Torn Rotator Cuff”
	2. c. Testes para impacto.	“Shoulder Impingement”
	2. d. Testes para laceração/instabilidade do lábio glenoidal.	“Slap”, “Shoulder Instability”
	2. e. Testes para disfunção acromioclavicular.	“Acromioclavicular”, “Acromioclavicular Dysfunction”
	2. f. Paralisia de nervos.	“Nerve Palsy”
	2. g. Testes relacionados à rigidez (capsulite adesiva).	“Shoulder Stiffness”, “Adhesive Capsulitis”
	2. h. Testes para tendinopatia de bíceps.	“Biceps Tendinopathy”
3. Testes de exame físico para avaliação do cotovelo e antebraço.	3. a. Testes para aprisionamento do nervo ulnar.	“Ulnar Nerve”, “Ulnar Entrapment”, “Cubital Tunnel”, “Cubital Tunnel syndrome”
	3. b. Testes para fratura de cotovelo.	“Elbow”, “Elbow Fracture”
	3. c. Testes para instabilidade de cotovelo.	“Elbow instability”
	3. d. Testes para laceração do bíceps braquial.	“Biceps Tear”, “Distal Biceps Tendon”

	3. e. Testes para epicondilite lateral.	“Epicondylitis”, “Lateral Epicondylitis”
4. Testes de exame físico para punho e mão.	4. a. Testes para tenossinovite de polegar.	“Thumb”, “Thumb Tenosynovitis”
	4. b. Testes para tendinose do extensor ulnar do carpo.	“Extensor Carpi”, “Extensor Carpi tendinosis”
	4. c. Testes para fratura do escafoide.	“Scaphoid”, “Scaphoid Fracture”
	4. d. Testes para instabilidade de punho.	“Wrist Instability”
	4. e. Testes para síndrome do túnel do carpo.	“Carpal Tunnel”, “Carpal Tunnel Syndrome”
5. Testes de exame físico para a parte torácica da coluna vertebral.	5. a. Testes para síndrome do desfiladeiro torácico.	“Outlet”, “Thoracic Outlet”, “Outlet Syndrome”
	5. b. Testes para escoliose.	“Scoliosis”
	5. c. Testes para determinar o envolvimento discal ou do sistema nervoso simpático.	“Thoracic Disc”, “Thoracic Disc Involvement”, “Sympathetic Nervous Involvement”
6. Testes de exame físico para a parte lombar da coluna vertebral.	6. a. Testes para hérnia do núcleo pulposos ou radiculopatia lombar.	“Lumbar Radiculopathy”, “Herniated Lumbar”, “Herniated Lumbar Disc”
	6. b. Testes para instabilidade radiográfica da coluna vertebral.	“Lumbar Radiographic Instability”, “Lumbar instability”, “Lumbar Radiographic”

	6. c. Testes para estenose da parte lombar da coluna vertebral.	“Stenosis”, “Lumbar stenosis”
	6. d. Testes para alterações degenerativas da coluna vertebral.	“Lumbar Degenerative”, “Lumbar Degenerative Changes”
7. Testes de exame físico para a articulação sacroilíaca e pelve.	7. a. Testes para dor de origem sacroilíaca.	“Sacroiliac Pain”, “Sacroiliac Pain Related”
	7. b. Testes para disfunção sacroilíaca.	“Sacroiliac Dysfunction”
	7. c. Testes para dor sacroilíaca relacionada à dor pélvica posterior associada à gestação.	“Pregnancy Pelvic Pain”, “Pregnancy Sacroiliac Pain”, “Pregnancy Sacroiliac Related Pain”
	7. d. Testes para sinfisiólise.	“Symphyolysis”
	7. e. Testes para fratura do anel pélvico.	“Pelvic Ring”, “Pelvic Ring Fracture”, “Injury Pelvic Ring”
8. Testes de exame físico para o quadril.	8. a. Testes para osteoartrite.	“Hip Joint Osteoarthritis”, “Hip Arthritis”.
	8. b. Testes para doenças intra-articulares.	“Hip Disease”, “Hip Intra-articular”, “Hip Intra-articular Disease”, “Hip Illness”
	8. c. Testes para impacto femoroacetabular e/ou laceração do lábio glenoidal.	“Femoro-acetabular”, “Femoro-acetabular impingement”, “Femur impingement”.
	8. d. Testes para laceração do músculo glúteo médio.	“Gluteus Tears”
	8. e. Testes para síndrome dolorosa do trocanter maior.	“Greater Trochanter”, “Greater Trochanter Syndrome”

	8. f. Testes para síndrome do piriforme.	“Piriformis”, “Piriformis Syndrome”
	8. g. Testes para fratura de quadril ou fêmur.	“Hip Fracture”, “Femur fracture”
9. Testes de exame físico para o joelho.	9. a. Testes para ruptura do menisco medial.	“Torn Tibial Meniscus”, “Torn Meniscus”, “Torn medial Meniscus”
	9. b. Testes para ruptura do ligamento cruzado anterior.	“Anterior Cruciate Ligament”, “ACL”, “ACL Injury”, “Torn ACL”, “ACL Rupture”
	9. c. Testes para ruptura do ligamento cruzado posterior.	“Posterior Cruciate Ligament”, “PCL”, “PCL Injury”, “Torn PCL”, “PCL Rupture”
	9. d. Testes para laceração do ligamento colateral.	“Collateral Ligament”, “Collateral Ligament Rupture”, “Torn Collateral Ligament”
	9. e. Testes para disfunção patelofemoral.	“Patellofemoral”, “Patellofemoral Dysfunction”
	9. f. Testes para síndrome da plica sinovial.	“Plica”, “Plica Syndrome”
	9. g. Testes para osteoartrite de joelho.	“Knee Osteoarthritis”, “Knee Arthritis”
10. Testes de exame físico para perna, tornozelo e pé.	10. a. Testes para entorse da sindesmose do tornozelo.	“Ankle Syndesmosis”, “Syndesmotoc Ankle Sprains”
	10. b. Testes para deslocamento anterior do tálus em relação à tíbia.	“Talus”, “Talus Displacement”, “Talus displacement Relative to the Tibia”

10. c. Testes para avaliar a integridade do tendão do calcâneo.	“Achilles Tendon”, “Achilles Tendon Integrity”, “Achilles Integrity”, “Calf Tendon”
10. d. Testes para síndrome do túnel do tarso.	“Tarsal Syndrome”, “Tarsal Tunnel”, “Tarsal Tunnel Syndrome”
10. e. Testes para impacto anterior do tornozelo.	“Ankle Impingement”
10. f. Testes para neuroma interdigital.	“Interdigital”, “Interdigital Neuroma”

Fonte: O autor.

3 RESULTADOS

Ao todo 64 artigos foram lidos na íntegra, englobando 136 testes especiais diferentes. Dentre os artigos incluídos no presente estudo, 10 são revisões sistemáticas, 27 são estudos diagnósticos, 4 são estudos prospectivos de coorte cego, 2 são revisões de literatura, 2 são estudos caso-controle retrospectivos, 2 são estudos de validação prospectiva, 3 são estudos prospectivos, 7 são revisões sistemáticas com meta-análise, 1 é estudo descritivo e 3 estudos transversais.

Os testes incluídos no estudo, assim como suas principais características estão descritos abaixo:

3.1 Testes de exame físico para a parte cervical da coluna vertebral

1.a Testes para radiculopatia cervical

Cluster: Spurling, Axial Traction, Arm Squeeze. Sensibilidade e especificidade da combinação dos testes não foi informada no artigo de referência. (THOOMES et al., 2018)

Figura 2. Teste Spurling

NOME	SPURLING
SENSIBILIDADE	0.65
ESPECIFICIDADE	1.0

FORMA DE
EXECUÇÃO

O paciente senta-se com uma postura cervical neutra. Avalie se há sintomas em repouso. O paciente é instruído a flexionar lateralmente sua cabeça para o lado dos sintomas referidos. Se houver dor radicular, o teste é positivo. Se não houver sintomas até este momento, o examinador então aplica uma força combinada de compressão e flexão lateral no sentido da flexão lateral. Se houver dor radicular, o teste é positivo.

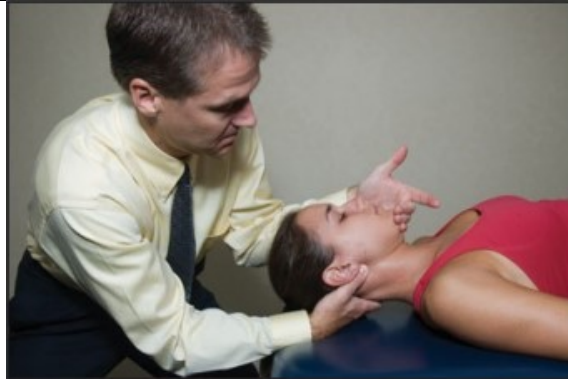
IMAGENS



Figura 3. Teste Tração Axial

NOME	AXIAL TRACTION
SENSIBILIDADE	0.33
ESPECIFICIDADE	0.97
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica em decúbito dorsal. Os sintomas do paciente requerem avaliação antes da aplicação do teste. O examinador utiliza uma pegada em torno da cabeça do paciente, com uma mão no queixo e a outra na projeção do occipital na parte posterior do pescoço. Aplica-se uma força de tração, e os sintomas do paciente são reavaliados. A dor é respeitada e deve-se implementar o mesmo padrão de movimento à dor, ao movimento além da dor e ao movimento repetido. Um teste positivo consiste na redução dos sintomas durante a tração.

IMAGENS

**Figura 4.** Teste Aperto de Braço

NOME	ARM SQUEEZE
SENSIBILIDADE	0.97
ESPECIFICIDADE	0.97
FORMA DE EXECUÇÃO	Paciente sentado e o examinador se posiciona atrás dele. Com as mãos o examinador aperta (polegar e dedos simultaneamente, polegar faz pressão na parte posterior, no tríceps, os dedos fazer pressão na parte anterior, no bíceps) Na presença de uma compressão de uma raiz nervosa cervical, um ou mais nervos do braço serão dolorosos e uma compressão moderada na região do bíceps braquial e tríceps deverão ser mais dolorosas que outras áreas do ombro ou braço. O teste é positivo quando a dor na compressão é aumentada em 3 pontos na escala analógica visual quando é aplicada na área do bíceps/tríceps quando comparada com uma compressão na área acromioclavicular e área subacromial antero-lateral.

IMAGENS



1.b Testes para instabilidade da parte cervical alta

(HUTTING et al., 2013)

Figura 5. Teste Membrana Tectorial

NOME	TECTORIAL MEMBRANE TEST
SENSIBILIDADE	0.94
ESPECIFICIDADE	0.99
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente assume uma posição sentada. O examinador coloca uma mão na região suboccipital do paciente, posicionando o polegar e o dedo indicador contra o aspecto inferior do occipício. Os três últimos dedos são flexionados e colocados contra os processos espinhosos da parte cervical da coluna vertebral para bloquear a coluna vertebral. Usando a outra mão, o examinador aplica uma força posterior e para cima sobre os processos mastoideais do paciente, para transladar a cabeça posteriormente. O polegar e o dedo indicador da primeira mão aplicam uma força de tração. Um teste positivo é identificado como a translação excessiva entre o occipício e C1 e C2.

IMAGENS



Figura 6. Teste Membrana Atlanto-occipital

NOME	ATLANTO-OCCIPITAL MEMBRANE TEST
SENSIBILIDADE	0.96
ESPECIFICIDADE	1.0

FORMA DE
EXECUÇÃO

O paciente assume uma posição sentada. O examinador utiliza uma mão para tracionar para baixo os aspectos laterais de C1. O examinador utiliza a outra mão para tracionar o occipito para cima. Um teste positivo é identificado como o movimento excessivo durante a avaliação da tração.

IMAGENS



1.c Testes para potencial disfunção da artéria vertebral

(HUTTING et al., 2013b)

Figura 7. Teste Rotação Contralateral Ativa com Extensão do SC

NOME	ACTIVE CONTRALATERAL ROTATION WITH EXTENSION OF THE CS AT LEAST 10S
SENSIBILIDADE	0.90
ESPECIFICIDADE	0.98
FORMA DE EXECUÇÃO	Coloca-se o paciente na posição sentada. A cabeça é rodada para um lado e é adicionada extensão. Esta posição é mantida por 30 segundos. O procedimento é repetido no lado oposto. O teste positivo é identificado pela iniciação de sintomas como tontura, diplopia, disfagia, disartria, queda súbita, náusea e nistagmo.

IMAGENS



1.d Testes para Cefaléia Cervicogênica

Cluster: Cervical Range of Motion, Manual Examination C0-C3, Crânio Cervical Flexion Test. A combinação positiva dos testes entrega sensibilidade de 1.0 e especificidade de 0.94. (RUBIO-OCHOA et al., 2016)

Figura 8. Teste Amplitude de Movimento Cervical

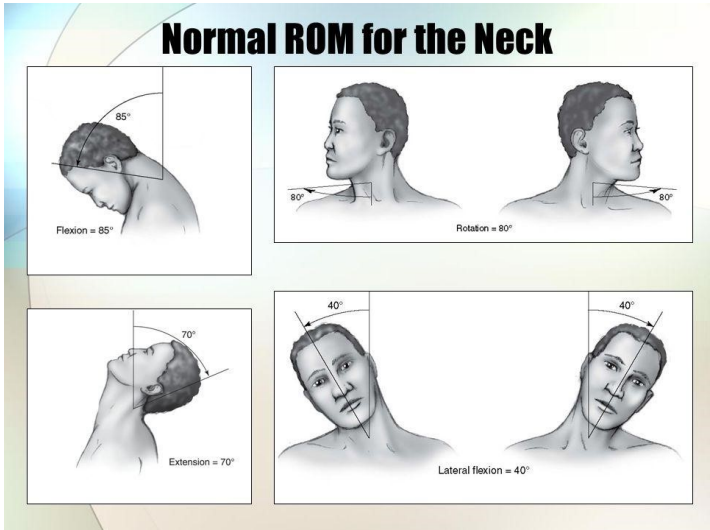
NOME	CERVICAL RANGE OF MOTION
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	Nesse caso, apenas se avalia a amplitude de movimento da parte cervical da coluna. Teste positivo é a diminuição de amplitude nesses movimentos.
IMAGENS	 O diagrama, intitulado "Normal ROM for the Neck", ilustra as amplitudes normais de movimento da cabeça e do pescoço em quatro direções principais: flexão, extensão, rotação e flexão lateral. Cada movimento é representado por uma ilustração de uma cabeça humana com uma seta e um ângulo indicando o grau de movimento. Flexão: 85°. Extensão: 70°. Rotação: 80°. Flexão lateral: 40°.

Figura 9. Teste Exame Manual C0-C3

NOME	MANUAL EXAMINATION C0-C3
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	Nesse caso, avalia-se se a palpação de C0 até C3 se encontra dolorida. Teste positivo é dor à palpação.

IMAGENS



Figura 10. Teste de Flexão Crânio-Cervical

NOME	CRANIO CERVICAL FLEXION TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	Esse teste é utilizado para mensurar a força dos flexores profundos da cabeça. O paciente é posicionado na mesa em decúbito dorsal, com o pescoço em posição neutra. A posição neutra do pescoço pode ser determinada visualmente mantendo uma posição facial horizontal entre a testa e o queixo e observando que uma linha que corta o pescoço longitudinalmente é paralela à mesa de tratamento. Se necessário, o terapeuta pode colocar toalhas sob a cabeça do paciente para obter uma posição neutra do pescoço e da cabeça. Antes de realizar o teste, um sensor de pressão deve ser colocado abaixo do pescoço para que fique encostado no occipital. O sensor de pressão (PBU) é inflado até uma pressão de linha de base estável de 20 mmHg. A PBU fornecerá feedback e orientação ao paciente para realizar as etapas necessárias do teste: O paciente é instruído a mover a cabeça verticalmente (como se dissesse “sim”). O movimento é realizado de forma suave e lenta. Essa ação de inclinação faz com que a pressão no sensor de pressão inflado aumente. Para o primeiro estágio do teste, a pressão deve aumentar em 2 mm Hg. O paciente é orientado a manter essa posição por 10 segundos.

Em seguida, o paciente relaxa novamente para 20 mm Hg para aumentar a pressão novamente, desta vez para 24 mm Hg, usando a mesma ação e mantendo por 10 segundos. O paciente deve fazer isso até atingir uma pressão de 30 mmHg.

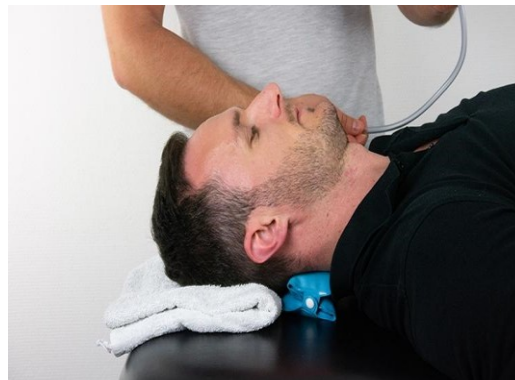
Os flexores cervicais superficiais não podem ser usados para realizar esse movimento., dessa forma o terapeuta deve estar atento às estratégias compensatórias:

Perda da posição neutra do pescoço e da cabeça.

Contração palpável ou visível do músculo esternocleidomastóideo e escaleno.

Para que o teste nesse caso seja considerado positivo, deve haver estratégias compensatórias para se manter a cabeça fletida ou não conseguir atingir entre 26-30 mmHg de pressão.

IMAGENS



3.2 Testes de exame físico para o complexo do ombro

2.a Testes para rastreamento de anormalidades ósseas

(ADAMS et al., 1988)

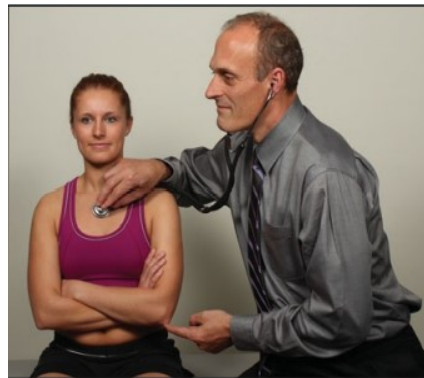
Figura 11. Teste de Percussão do Manúbrio de Olécrano

NOME	OLECRANON-MANUBRIUM PERCUSSION TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado

**FORMA DE
EXECUÇÃO**

O paciente encontra-se sentado ou em pé, com os braços cruzados. O examinador percute no olécrano do lado envolvido, enquanto ausculta com o estetoscópio colocado sobre o manúbrio do paciente. Repita o passo 2, mas do lado não envolvido. Um teste positivo para fratura ou luxação é indicado por uma diferença na qualidade do som no lado envolvido versus não envolvido.

IMAGENS



2.b Laceração do manguito rotador

Cluster: Internal Rotation Resistance Test at 90° Abduction, Bear-Hug, Belly-Press, Internal Rotation Resistance Test at 0° Abduction. Todos os testes positivos indicam que 1/3 do músculo subescapular está lacerado. Sensibilidade e especificidade da combinação dos testes não foi informada no artigo de referência. (LIN et al., 2015)

Cluster: Lift-Off, Internal Rotation Lag Sign. Todos os testes positivos indicam lesão severa em 2/3 do músculo subescapular. Sensibilidade e especificidade da combinação dos testes não foi informada no artigo de referência. (LIN et al., 2015)

Teste de Empty Can para laceração no tendão do músculo supraespal. Teste de Patte para lesões no tendão do músculo infraespal. (BEAUDREUIL et al., 2009)

Figura 12. Teste de Resistência à Rotação Interna a 90° de Abdução

NOME	INTERNAL ROTATION RESISTANCE TEST AT 90° ABDUCTION
SENSIBILIDADE	0.76
ESPECIFICIDADE	0.84

FORMA DE
EXECUÇÃO

O teste é executado com 90° de abdução de ombro e rotação externa máxima e com o cotovelo fletido a 90°. Então pede-se ao paciente que resista a uma força aplicada em direção à rotação externa do examinador perpendicularmente ao antebraço do paciente. O teste é considerado positivo se o paciente não conseguir manter a posição ou se a força de resistência para manter a rotação interna do paciente for menor se comparada ao lado contralateral.

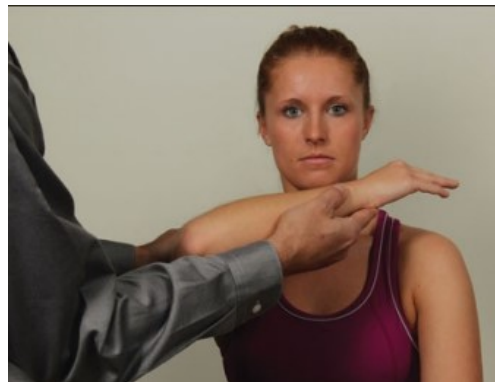
IMAGENS



Figura 13. Teste “Abraço de Urso”

NOME	BEAR-HUG
SENSIBILIDADE	0.72
ESPECIFICIDADE	0.79
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente coloca a palma da mão do lado envolvido no ombro oposto, cotovelo flexionado e apontando para a frente, com os dedos estendidos. O examinador tenta puxar a mão para cima e para fora do ombro oposto. Considera-se um teste positivo se o paciente não for capaz de segurar a mão contra o ombro.

IMAGENS

**Figura 14.** Teste Prensa Abdominal

NOME	BELLY-PRESS
SENSIBILIDADE	0.64
ESPECIFICIDADE	0.79
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente pode se sentar ou ficar em pé com o cotovelo flexionado a 90°. O paciente roda medialmente o ombro, fazendo a palma da mão pressionar o abdome. Um teste positivo é indicado pela queda do cotovelo para trás do corpo em extensão.

IMAGENS

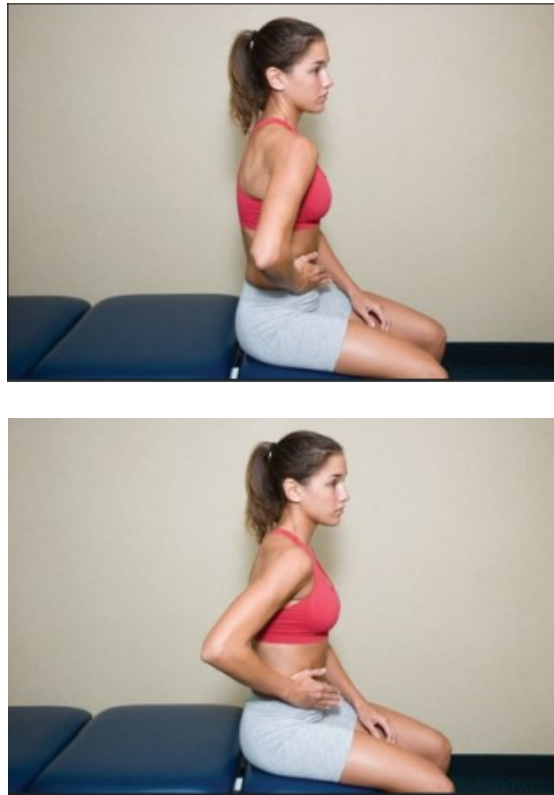


Figura 15. Teste de Resistência à Rotação Interna a 0° de Abdução

NOME	INTERNAL ROTATION RESISTANCE TEST AT 0° ABDUCTION
SENSIBILIDADE	0.62
ESPECIFICIDADE	0.76
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é executado com o braço ao lado do corpo e os cotovelos fletidos a 90°. Então pede-se ao paciente que resista a uma força aplicada em direção à rotação externa do examinador. O teste é considerado positivo se o paciente não conseguir sustentar a posição do braço ao lado do corpo ou se ele demonstrar fraqueza em manter a rotação interna se comparada com o lado contralateral. O teste é negativo se o paciente apenas relatar dor.

IMAGENS

**Figura 16.** Teste “Decolar”

NOME	LIFT-OFF
SENSIBILIDADE	0.59
ESPECIFICIDADE	0.68
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente permanece sentado com o braço afetado atrás das costas. O paciente é solicitado a elevar o braço sem tocar nas costas. Um teste positivo é indicado pela incapacidade do paciente de elevar o braço sem tocar as costas.

IMAGENS

**Figura 17.** Teste Sinal de Atraso de Rotação Interna

NOME	INTERNAL ROTATION LAG SIGN
SENSIBILIDADE	0.31
ESPECIFICIDADE	0.92
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente está sentado com o braço afetado atrás das costas. O examinador segura o cotovelo do paciente com uma mão e o punho com a outra. O examinador eleva o braço do paciente sem deixar que ele toque nas costas. O examinador pede ao paciente para

manter esta posição enquanto solta o punho do paciente. Um teste positivo para laceração do subescapular é indicado por uma defasagem que ocorre com a incapacidade do paciente de manter o braço sem tocar as costas.

IMAGENS

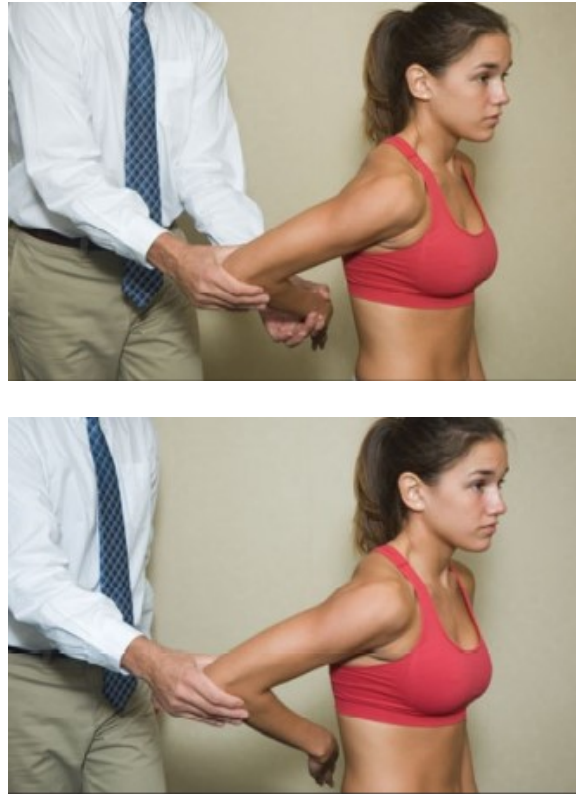


Figura 18. Teste “Lata vazia”

NOME	EMPTY CAN
SENSIBILIDADE	0.95
ESPECIFICIDADE	0.65
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente eleva os braços a 90° com os polegares para cima (posição de lata cheia). O examinador aplica uma pressão descendente sobre os braços e observa a força do paciente. O paciente eleva os braços a 90° e aduz horizontalmente a 30° (plano escapular) com os polegares apontados para baixo, como se "esvaziasse uma lata". O examinador aplica uma pressão descendente sobre os braços e observa a força do paciente. Um teste positivo ocorre quando o examinador percebe que há mais fraqueza

na posição de lata vazia versus lata cheia, queixa de dor do paciente ou ambos.

IMAGENS

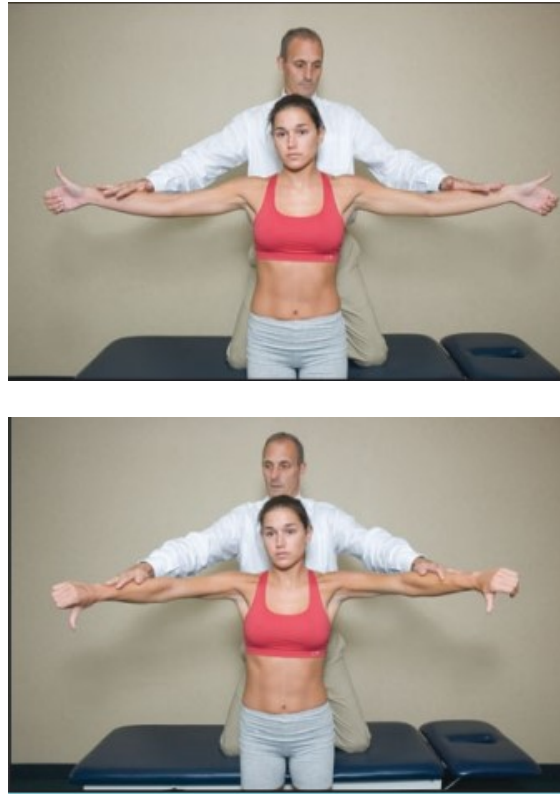


Figura 19. Teste de Patte

NOME	TESTE DE PATTE
SENSIBILIDADE	0.79
ESPECIFICIDADE	0.67
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente está sentado, e o examinador apoia o ombro do paciente a 90° de abdução no plano da escápula. O cotovelo é flexionado a 90° e o paciente é solicitado a realizar uma rotação lateral forçada do ombro contra a resistência do examinador. Um teste positivo é indicado pela incapacidade do paciente de rodar lateralmente nesta posição.

IMAGENS



2.c Testes para impacto

Cluster: Teste de Hawkins, Teste de Neer, Painful Arc, Empty Can (Teste de Jobe), External Rotation Resistance. O cluster positivo de três ou mais teste sugere impacto subacromial, enquanto três ou mais testes negativos sugere que não há presença de impacto subacromial. A combinação positiva de 3 ou mais testes entrega sensibilidade de 0.75 e especificidade de 0.74. (MICHENER et al., 2009)

Figura 20. Teste de Hawkins

NOME	TESTE DE HAWKINS
SENSIBILIDADE	0.63
ESPECIFICIDADE	0.62
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente está sentado enquanto o examinador fica em pé anteriormente ao ombro envolvido. O examinador levanta o braço do paciente em aproximadamente 90° de flexão ou abdução do ombro com uma mão, enquanto a outra mão estabiliza a escápula (em geral, superiormente). O examinador aplica uma rotação medial forçada ao úmero, em uma tentativa de reproduzir a dor concordante do ombro. Se a dor concordante do ombro estiver presente, o teste é positivo.

IMAGENS

**Figura 21.** Teste de Neer

NOME	TESTE DE NEER
SENSIBILIDADE	0.81
ESPECIFICIDADE	0.54
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente está sentado enquanto o examinador fica em pé ao lado do ombro envolvido. O examinador levanta o braço do paciente em flexão com uma mão, enquanto a outra estabiliza a escápula. O examinador aplica flexão forçada até a amplitude máxima em uma tentativa de reproduzir a dor no ombro. Se a dor no ombro concordante estiver presente, o teste é positivo.

IMAGENS

**Figura 22.** Teste “Arco Doloroso”

NOME	PAINFUL ARC
SENSIBILIDADE	0.75
ESPECIFICIDADE	0.67
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente está em pé. O examinador fica de frente para o paciente para observar o movimento do ombro. O paciente é instruído a

abduzir ativamente o ombro envolvido. Um teste positivo é indicado pelo relato de paciente de dor concordante na amplitude de movimento de 60° a 120°. A dor fora dessa amplitude é considerada um teste negativo. A dor que aumenta em termos de gravidade conforme o braço alcança 180° é indicativa de "um distúrbio da articulação acromioclavicular".

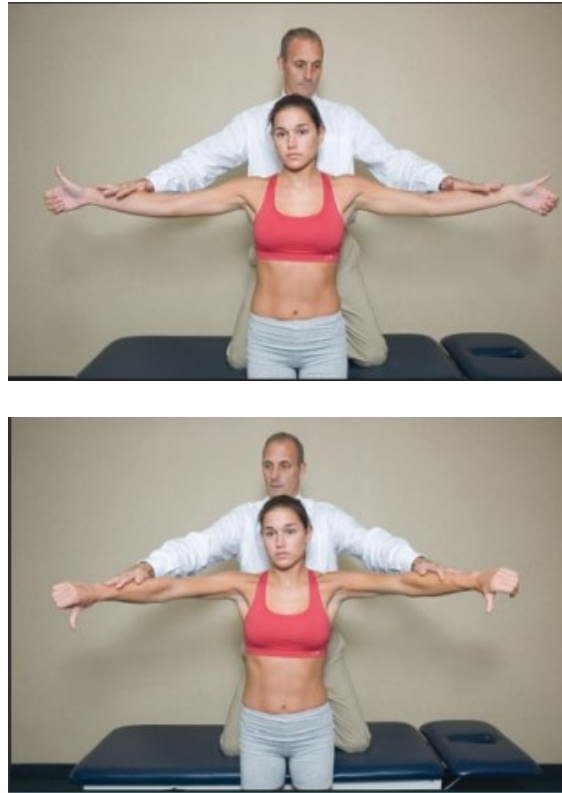
IMAGENS



Figura 23. Teste “Lata vazia” Aplicado a Impacto

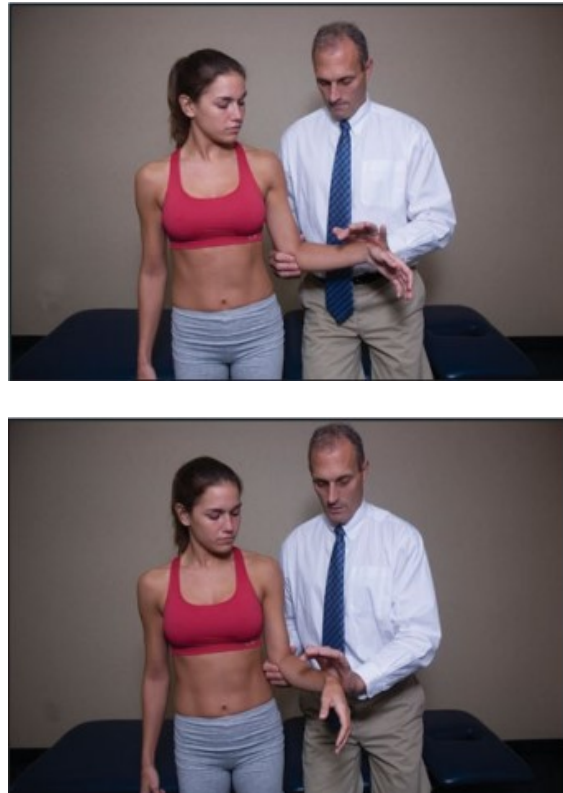
NOME	EMPTY CAN
SENSIBILIDADE	0.50
ESPECIFICIDADE	0.87
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente eleva os braços a 90° com os polegares para cima (posição de lata cheia). O examinador aplica uma pressão descendente sobre os braços e observa a força do paciente. O paciente eleva os braços a 90° e aduz horizontalmente a 30° (plano escapular) com os polegares apontados para baixo, como se "esvaziasse uma lata". O examinador aplica uma pressão descendente sobre os braços e observa a força do paciente. Um teste positivo ocorre quando o examinador percebe que há mais fraqueza na posição de lata vazia versus lata cheia, queixa de dor do paciente ou ambos.

IMAGENS

**Figura 24.** Teste Resistência à Rotação Externa

NOME	EXTERNAL ROTATION RESISTANCE
SENSIBILIDADE	0.56
ESPECIFICIDADE	0.87
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente permanece em pé com o cotovelo a 90° de flexão, rotação neutra do antebraço e cotovelo aduzido contra o corpo. O examinador fica em pé ao lado do paciente e aplica uma força de rotação medial enquanto o paciente resiste. Um teste positivo é indicado pela desistência do paciente em razão de dor ou fraqueza.

IMAGENS



2.d Testes para laceração/instabilidade do lábio glenoidal

Cluster: Biceps Load I, Biceps Load II, Speed's Test, Passive Compression, O'Briens. A combinação positiva dos testes sugere lesão SLAP com sensibilidade de 0.99 e especificidade de 0.99 (CLARK et al., 2019). Para instabilidade do lábio glenoidal encontramos o Relocation Test e Anterior Release (LUIME et al., 2004).

Figura 25. Teste Carga Bíceps I

NOME	BICEPS LOAD I
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal. O examinador senta-se ao lado do membro envolvido do paciente. O examinador coloca o ombro do paciente a 90° de abdução, o cotovelo a 90° de flexão e o antebraço em supinação. O examinador move o ombro do paciente até a rotação lateral máxima (posição de apreensão). Nesta posição, o paciente flexiona seu cotovelo enquanto o examinador resiste a esse movimento. O examinador consulta o paciente se e como a sua

apreensão mudou depois da flexão do cotovelo. Um teste positivo é indicado por nenhuma mudança na apreensão ou dor que se agrave com a flexão resistida do cotovelo.

IMAGENS

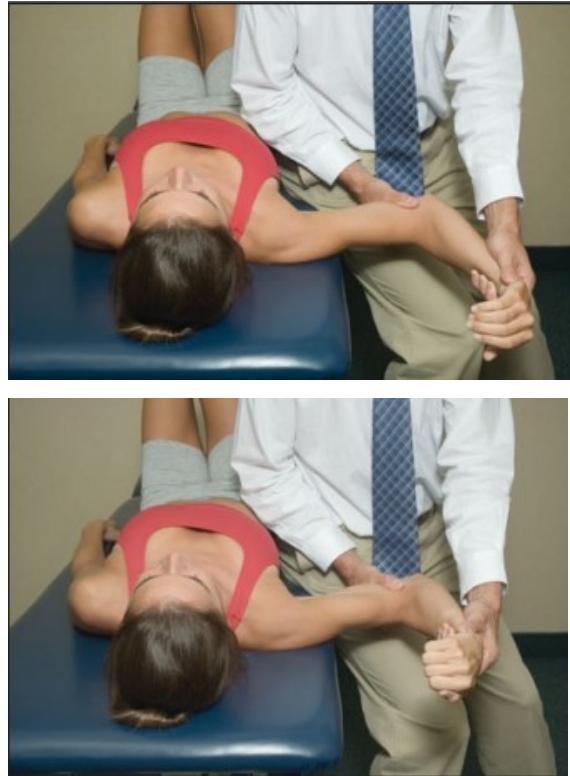


Figura 26. Teste Carga Bíceps II

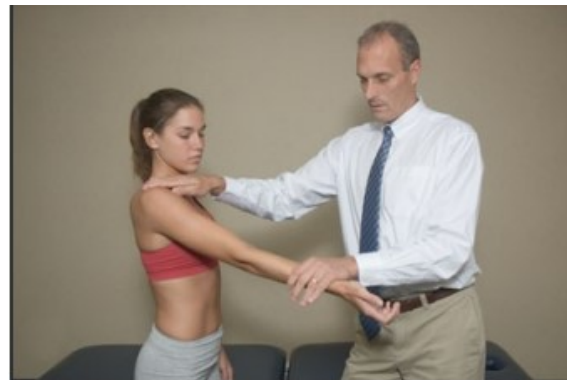
NOME	BICEPS LOAD II
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal. O examinador senta-se no lado do membro envolvido do paciente. O examinador coloca o ombro do paciente a 120° de abdução, o cotovelo a 90° de flexão e o antebraço em supinação. O examinador move o ombro do paciente até a rotação lateral máxima (posição de apreensão). Na rotação lateral máxima, o examinador pede ao paciente para flexionar o cotovelo enquanto resiste a este movimento. O teste positivo é indicado pela reprodução da dor concordante durante a flexão resistida do cotovelo.

IMAGENS

**Figura 27.** Teste de Velocidade

NOME	SPEED'S TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente assume uma posição ortostática e é instruído a estender seu cotovelo e supinar completamente o antebraço. O examinador, em pé em frente ao paciente, resiste à flexão de zero a 60°. Se o paciente localiza dor concordante no sulco bicipital, o teste é positivo.

IMAGENS

**Figura 28.** Teste Compressão Passiva

NOME	PASSIVE COMPRESSION
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito lateral sobre o lado não envolvido. O examinador fica atrás do paciente. O examinador estabiliza o aspecto superior da escápula com uma mão, enquanto

segura o cotovelo com a outra. O examinador roda lateralmente o braço e o abduz a 30°. O examinador aplica uma força de compressão superior, estendendo o braço. Um teste positivo é indicado pela reprodução da dor ou por um clique doloroso.

IMAGENS



Figura 29. Teste O'briens

NOME	O'BRIENS
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é instruído a ficar em pé com o ombro envolvido a 90° de flexão, 10° de adução horizontal e rotação medial máxima, com o cotovelo em extensão completa. O examinador fica em pé atrás do ombro envolvido do paciente. O examinador aplica uma força descendente no punho do membro envolvido. O paciente é instruído a resistir à força. O paciente resiste à força descendente e relata qualquer dor "em cima do ombro ou "no interior do ombro". O ombro do paciente é, então, movido para uma posição de rotação lateral máxima, e a força descendente é repetida. Um teste positivo

é indicado pela dor ou clique doloroso em rotação medial do ombro e diminuição ou ausência de dor em rotação lateral.

IMAGENS

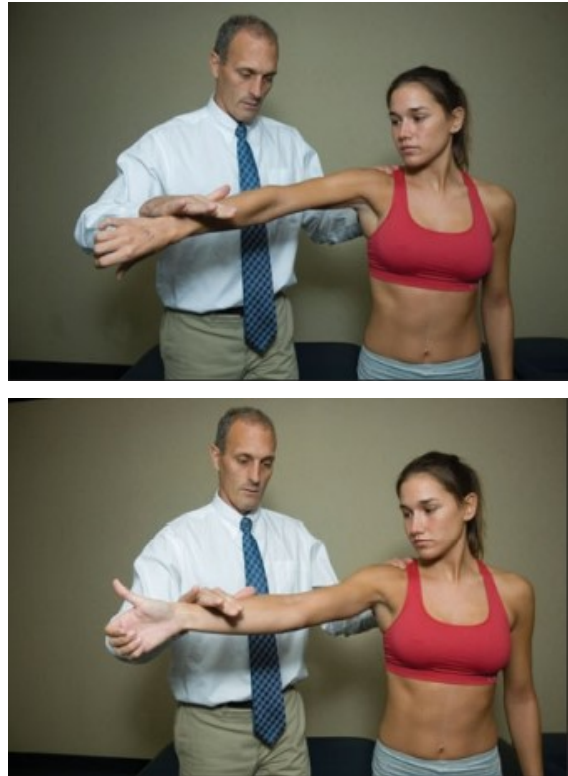


Figura 30. Teste de Realocação

NOME	RELOCATION TEST
SENSIBILIDADE	0.85
ESPECIFICIDADE	0.87
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal. O examinador fica em pé ao lado do paciente. O examinador pré posiciona o ombro a 120° de abdução e, então, segura o antebraço do paciente e roda lateralmente o úmero ao máximo. O examinador aplica então uma força de posterior para anterior ao aspecto posterior da cabeça do úmero. Se o paciente exibir apreensão ou relatar dor, aplica-se então uma força posterior ao úmero proximal. Um teste positivo para instabilidade anterior é indicado por uma diminuição na dor ou apreensão.

IMAGENS

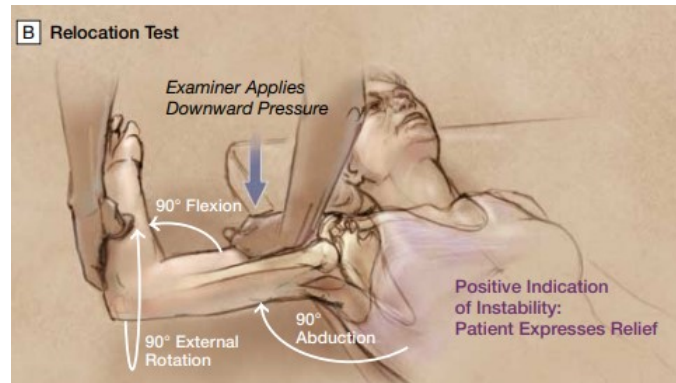
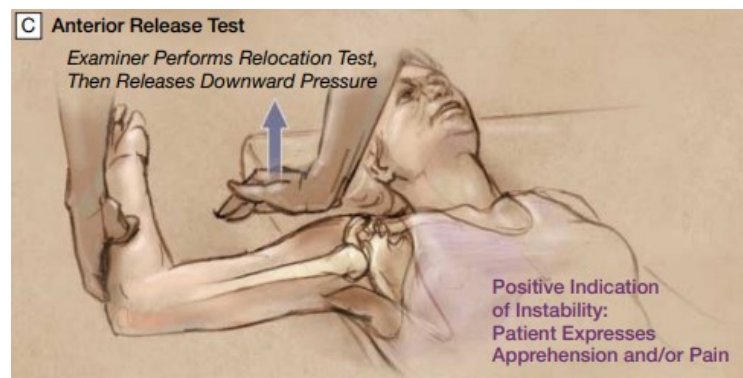


Figura 31. Teste Liberação Anterior

NOME	ANTERIOR RELEASE
SENSIBILIDADE	0.85
ESPECIFICIDADE	0.87
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente coloca-se em decúbito dorsal. O examinador fica em pé ao lado dele. O examinador segura o antebraço do paciente com uma mão e aplica uma força posterior sobre o úmero com a outra. A força posterior no úmero proximal é mantida enquanto o examinador move o ombro do paciente para a posição de apreensão em 90° de abdução e rotação lateral máxima. A força posterior no úmero é então liberada. Considera-se um teste positivo se o paciente relatar dor súbita, aumento na dor ou pela reprodução dos sintomas concordantes do paciente.

IMAGENS



2.e Testes para disfunção acromioclavicular

Cluster: Cross Body Adduction Stress Test, AC Resisted Extension Test, Active Compression Test. A combinação positiva de 2 ou mais testes sugere lesão crônica na articulação acromioclavicular com uma sensibilidade de 0.81 e especificidade de 0.89 (CHRONOPOULOS et al., 2004).

Figura 32. Teste de Esforço de Adução de Corpo Cruzado

NOME	CROSS BODY ADDUCTION STRESS TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é executado com o braço do paciente a frente e flexionado a 90°. Após, é pedido que o paciente realize uma adução horizontal. O teste é considerado positivo se o movimento causar dor acima do ombro próximo à articulação acromioclavicular.

IMAGENS



Figura 33. Teste de Extensão Resistida AC

NOME	AC RESISTED EXTENSION TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente flexiona o ombro e o cotovelo em 90°. Após isso o paciente é instruído a estender o ombro contra uma resistência imposta pelo examinador. O teste é considerado positivo se houver dor na articulação acromioclavicular.

IMAGENS

**Figura 34.** Teste de Compressão Ativa

NOME	ACTIVE COMPRESSION TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	Paciente flexiona o ombro em 90° e abduz horizontalmente em 10°. O paciente é instruído a resistir a uma força no sentido inferior imposta pelo examinador. O teste é executado com a mão do paciente direcionando o polegar para cima e para baixo. O teste é considerado positivo se a dor localizada na articulação acromioclavicular for provocada quando executado com a palma da mão virada para baixo e reduzida quando executado com a palma da mão virada para cima. Se o paciente sentir dor em qualquer outro local, o teste é considerado negativo.

IMAGENS

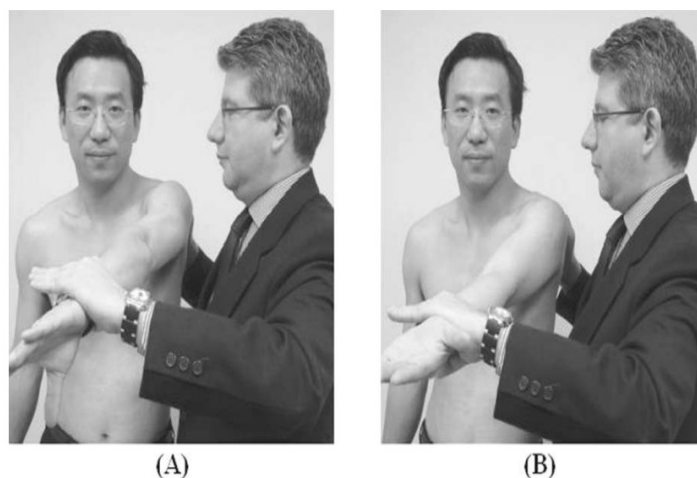


Figure 3. A photograph showing the active compression test. A, performing with the palm down; B, performing with the palm up.

2.f Paralisia de nervos

Cluster: Active Lag Sign, Triangle Sign. Ambos os testes positivos entregam uma sensibilidade de 1.0 e uma especificidade de 0.95 para paralisia do músculo Trapézio (LEVY et al., 2009).

Figura 35. Sinal de Atraso Ativo

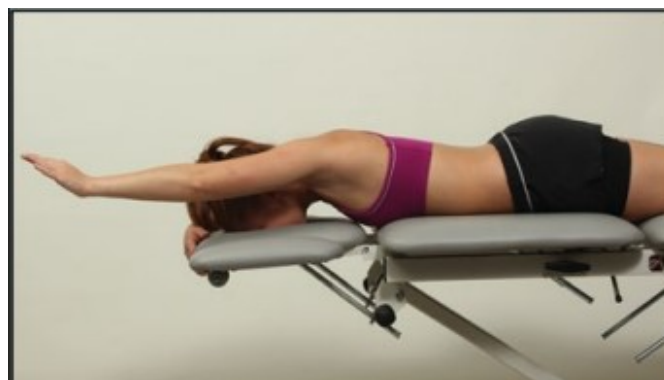
NOME	ACTIVE LAG SIGN
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica sentado. O examinador leva passivamente cada um dos braços do paciente em flexão completa para certificar-se de que rigidez não é um problema. Se a rigidez for a razão para a limitação da flexão, o sinal da frouxidão em elevação ativa não pode ser realizado. O examinador fica em pé, lateralmente ao lado não afetado do paciente, e palpa a parte lombar da coluna vertebral buscando hiperextensão. O examinador pede ao paciente para flexionar o braço até a amplitude máxima, que é definida como a elevação máxima do ombro, até que a parte lombar da coluna se hiperestenda. Repetem-se os passos no lado afetado. Um teste positivo é indicado pela diminuição da flexão do lado envolvido versus não envolvido.

IMAGENS



Figura 36. Teste Sinal de Triângulo

NOME	TRIANGLE SIGN
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica sentado. O examinador leva passivamente cada um dos braços do paciente em flexão completa para certificar-se de que rigidez não é um problema. Se a rigidez for a razão para a limitação da flexão, o sinal do triângulo não pode ser realizado. O examinador fica em pé ao lado do paciente, que está em decúbito ventral com braços acima da cabeça. O examinador pede ao paciente para flexionar o braço até a amplitude máxima, que é definida como a elevação máxima do ombro até que a parte lombar da coluna se hiperestenda. Um sinal positivo é indicado pelo mecanismo de compensação da extensão lombar para elevar o braço afetado da maca.

IMAGENS

2.g Testes relacionados à rigidez (capsulite adesiva)

(NOBOA et al., 2015)

Figura 37. Teste de distensão em rotação externa passiva

NOME	TESTE DE DISTENSÃO EM ROTAÇÃO EXTERNA PASSIVA
SENSIBILIDADE	1.0
ESPECIFICIDADE	0.9
FORMA DE EXECUÇÃO	Paciente com os braços ao lado do corpo e cotovelo flexionado. Examinador passivamente vai aumentando o grau de rotação externa do ombro que não causa dor alguma até se alcançar o máximo da amplitude e há uma leve resistência a continuar o movimento. Uma rotação externa repentina nesse momento causa dor intensa no ombro. O teste é positivo independente do grau de amplitude de movimento.

IMAGENS



Figura 1 Test de Distensión en Rotación Externa Pasiva (TDREP): el incremento gradual y lento de la rotación externa pasiva no causa ningún dolor hasta que se alcanza el extremo del movimiento y se aprecia una ligera resistencia a progresar. Un movimiento brusco de rotación externa en ese momento provoca un intenso dolor en el hombro. El test es positivo independientemente de grado de movimiento existente.

2.h Testes para Tendinopatia de Bíceps

Cluster: Speed Test, Yergason Test. A combinação de resultados positivos é utilizada para se confirmar a lesão no tendão da cabeça longa do bíceps. A sensibilidade e

especificidade do cluster não foram informadas no artigo de referência. Para descartar a lesão utiliza-se o Upper-Cut Test. (CARDOSO et al., 2019).

Figura 38. Teste de Velocidade Aplicado a Tendinopatia

NOME	SPEED TEST
SENSIBILIDADE	0.61
ESPECIFICIDADE	0.71
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente assume uma posição ortostática e é instruído a estender seu cotovelo e supinar completamente o antebraço. O examinador, em pé em frente ao paciente, resiste à flexão de zero a 60°. Se o paciente localiza dor concordante no sulco bicipital, o teste é positivo.

IMAGENS

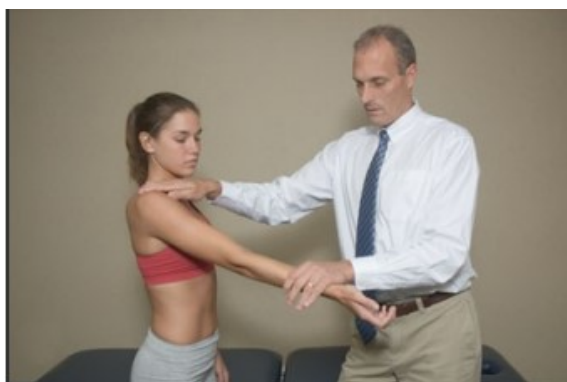


Figura 39. Teste de Yergason

NOME	YERGASON TEST
SENSIBILIDADE	0.37
ESPECIFICIDADE	0.83
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente pode se sentar ou ficar em pé. O examinador fica em pé, ao lado do paciente. O cotovelo do paciente é flexionado a 90° e o antebraço é posicionado em pronação, mantendo o braço na lateral do corpo. O paciente é instruído a supinar seu antebraço, enquanto o examinador, simultaneamente, resiste à supinação do antebraço no punho. Se o paciente localiza dor concordante no sulco bicipital, o teste é positivo.

IMAGENS

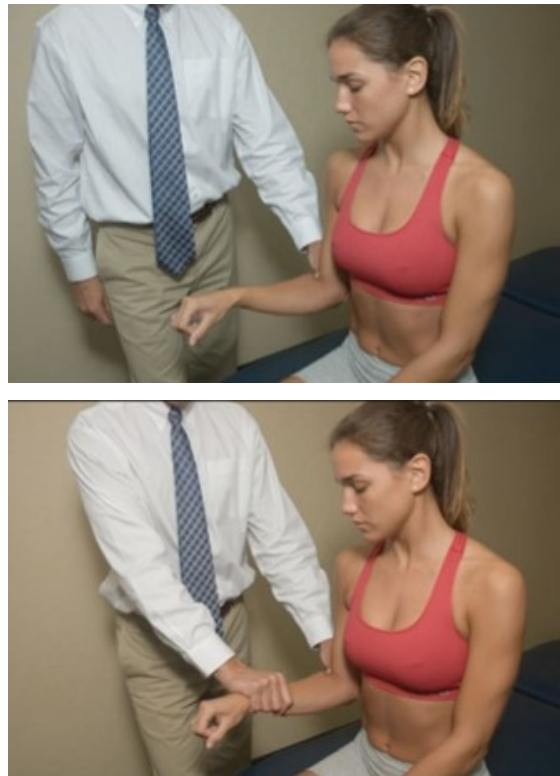


Figura 40. Teste de Corte Superior

NOME	UPPER-CUT TEST
SENSIBILIDADE	0.90
ESPECIFICIDADE	0.38
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica em pé, com o ombro envolvido em uma posição neutra, o cotovelo flexionado a 90°, o antebraço supinado e a mão fechada. O examinador fica em pé no lado envolvido com uma mão no cotovelo do paciente e a outra recobrindo a mão fechada do paciente. O examinador pede ao paciente para trazer rapidamente a mão para cima e em direção ao queixo - o golpe uppercut do boxe - enquanto resiste a esse movimento. Um teste positivo é indicado pela dor ou um estalido doloroso sobre o ombro anterior.

IMAGENS



3.3 Testes de exame físico para avaliação do cotovelo e antebraço

3.a Testes para aprisionamento do nervo ulnar

(OCHI et al., 2012)

Figura 41. Teste Flexão de cotovelo em 5 segundos

NOME	5-SECOND ELBOW FLEXION
SENSIBILIDADE	0.25
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	Os dedos do examinador estão no olecrano ou no epicôndilo medial do paciente para estabilizar a posição do braço do paciente. O teste é realizado colocando o cotovelo do paciente em flexão máxima com extensão do punho. A posição é passivamente mantida pelo examinador durante 5 segundos. O teste é considerado positivo se qualquer sintoma da neuropatia ulnar do paciente apareça ou piore ou algum desconforto pela distribuição do nervo ulnar.

IMAGENS

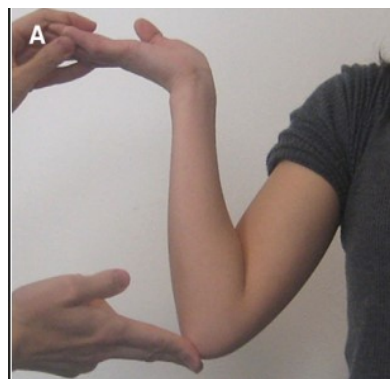
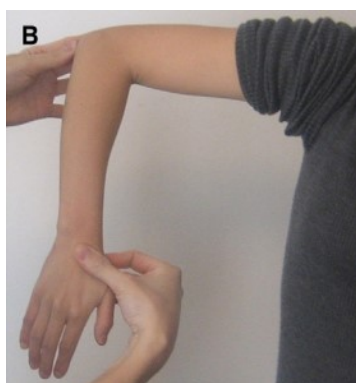


Figura 42. Teste Rotação Interna do Ombro

NOME	SHOULDER INTERNAL ROTATION
SENSIBILIDADE	0.58
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	Os dedos do examinador estão no olecrano ou no epicôndilo medial do paciente para estabilizar a posição do braço do paciente. O membro superior do paciente foi mantido em 90 de abdução do ombro com rotação interna máxima e 10 de flexão no ombro, com 90 de flexão no cotovelo, e posição neutra do antebraço e punho, com o dedo totalmente estendido. A posição é passivamente mantida pelo examinador durante 5 segundos. O teste é considerado positivo se qualquer sintoma da neuropatia ulnar do paciente apareça ou piore ou algum desconforto pela distribuição do nervo ulnar.

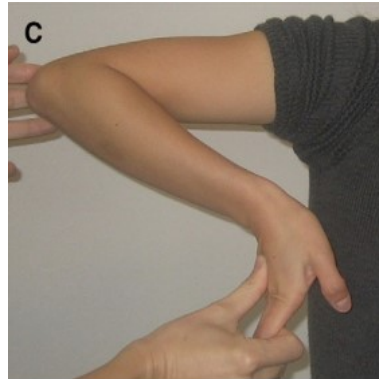
IMAGENS

**Figura 43.** Teste Rotação Interna do Ombro Flexão do Cotovelo

NOME	SHOULDER INTERNAL ROTATION ELBOW FLEXION
SENSIBILIDADE	0.87
ESPECIFICIDADE	0.98
FORMA DE EXECUÇÃO	Os dedos do examinador estão no olecrano ou no epicôndilo medial do paciente para estabilizar a posição do braço do paciente. Flexão máxima do cotovelo, supinação máxima do antebraço, punho no máximo de extensão. A posição é passivamente mantida pelo examinador durante 5 segundos. O teste é considerado positivo se

qualquer sintoma da neuropatia ulnar do paciente apareça ou piore ou algum desconforto pela distribuição do nervo ulnar.

IMAGENS



3.b Testes para fratura de cotovelo

(APPELBOAM et al., 2009)

Figura 44. Teste de Extensão do Cotovelo

NOME	ELBOW EXTENSION TEST
SENSIBILIDADE	0.96
ESPECIFICIDADE	0.48
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente estende o cotovelo o máximo possível. O examinador se atenta quando o paciente chegar no máximo da amplitude. O teste é positivo se o paciente não conseguir estender completamente o cotovelo.

IMAGENS



3.c Testes para instabilidade de cotovelo

Tabletop Test para instabilidade rotatória posterolateral. (ARVIND; HARGREAVES, 2006). Moving Valgus Stress para lesões do ligamento colateral medial. (O'DRISCOLL; LAWTON; SMITH, 2005)

Figura 45. Teste Tabletop

NOME	TABLETOP
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é solicitado a ficar em frente a uma mesa. A mão do braço sintomático é colocado sobre a borda lateral da mesa. O teste envolve 3 partes. O paciente é inicialmente solicitado a realizar uma manobra de flexão com o cotovelo apontando lateralmente. A pressão é empurrada para baixo através da mão sobre a mesa, o cotovelo pode flexionar. Na presença de instabilidade rotatória póstero-lateral, apreensão positiva e uma reprodução da dor ocorrem quando o cotovelo atinge aproximadamente 40° de flexão. A manobra é então repetida, mas com o examinador colocando seu polegar sobre a cabeça do rádio, dando suporte e evitando a subluxação posterior, enquanto a manobra de flexão é realizada. Pacientes com rotação instabilidade descobrem que seus sintomas de dor e instabilidade são aliviados por esta segunda manobra. Por fim, a remoção do polegar de apoio do examinador do cotovelo parcialmente flexionado, que sustenta o peso, reproduz a dor e a apreensão novamente. O alívio e a recorrência da dor durante a segunda e terceiras manobras ajudam a excluir a lesão articular como a causa da dor e reforça o diagnóstico de instabilidade.

IMAGENS



Figura 46. Teste Estresse em Valgo Móvel

NOME	MOVING VALGUS STRESS
SENSIBILIDADE	1.0
ESPECIFICIDADE	0.75
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o paciente em posição ereta e o ombro abduzido em 90°. Começando com o cotovelo flexionado ao máximo, um torque modesto em valgo é aplicado ao cotovelo até que o ombro atinja seu limite em rotação externa. Enquanto um torque em valgo constante é mantido, o cotovelo é rapidamente estendido para cerca de 30°. É necessário cautela em pacientes com sintomas de ombro que podem ser agravados por esse teste. Para o exame ser considerado positivo, ele deve conter 2 componentes. Primeiramente, a dor gerada pela manobra deve reproduzir a dor medial do cotovelo e no ligamento colateral medial que o paciente tem com as atividades. Em segundo lugar, embora o paciente pode sentir dor em todo o arco de movimento, a dor deve ser maior entre a posição de ‘engatilhamento tardio (120°)’ e ‘aceleração precoce (70°)’ à medida que o cotovelo é estendido. Esse ângulo específico onde há o máximo de dor, é chamado de ângulo de cisalhamento, enquanto o arco total de movimento que é doloroso é chamado de faixa de cisalhamento. Na maioria dos casos, o paciente experimentará a dor repentinamente dentro da faixa de cisalhamento, essa dor súbita vai pegar o paciente desprevenido e provocar uma retração involuntária protetora do

braço.

Um teste positivo é confirmado quando a mesma resposta, geralmente em menor grau, é provocada pela reversão dos movimentos. Em outras palavras, ao aplicar um torque moderado constante em valgo, inicia-se com o cotovelo em extensão e de depois o flete. A reprodução da dor é experimentada aproximadamente no mesmo ângulo de cisalhamento que foi encontrado ao estender o cotovelo.

IMAGENS



3.d Testes para laceração do bíceps braquial

Biceps Provocation Test para lesões parciais no bíceps distal ou tendinite. (CAEKEBEKE et al., 2021). Cluster: Hook Test, Passive Forearm Pronation Test, Biceps Crease Interval Test. Cluster positivo indica ruptura completa do tendão distal do bíceps com uma sensibilidade de 1.0 e especificidade de 1.0.(DEVEREAUX; ELMARAGHY, 2013).

Figura 47. Teste de Provocação de Bíceps

NOME	BICEPS PROVOCATION TEST
SENSIBILIDADE	1.0
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado em duas partes. O paciente fica com o cotovelo apoiado pelo examinador, flexionado em 70°. As mãos do examinador são colocadas no antebraço do paciente e o paciente é solicitado a flexionar o cotovelo contra resistência com o antebraço supinado (BPTs). Cuidado para não colocar as mãos na mão ou punho do paciente, porque a flexão resistida do punho pode

provocar dor em outras disfunções.

O antebraço depois é pronado e o teste é repetido (BPTp). A dor é documentada para ambas as posições usando uma escala visual analógica de 0 a 10. O teste é positivo quando o paciente indica um aumento da dor com BPTp em comparação com BPTs.

IMAGENS

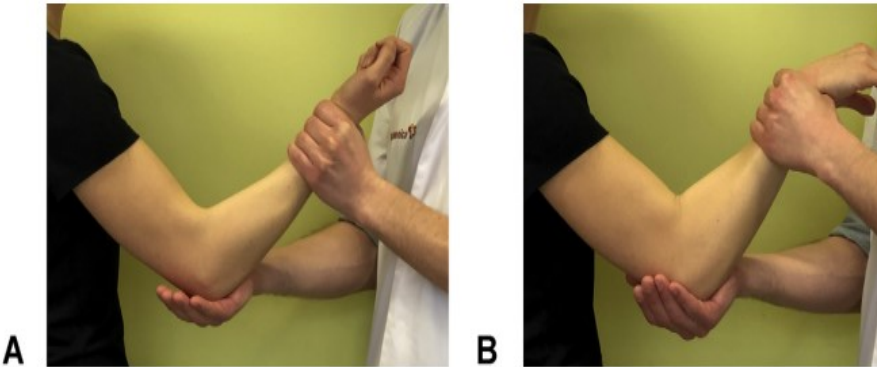


Figura 48. Teste de Gancho

NOME	HOOK TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é solicitado a flexionar ativamente o cotovelo a 90°, enquanto está sentado ou em pé, e supinar totalmente o antebraço até a amplitude máxima de supinação. O examinador tenta enganchar o tendão do bíceps lateralmente. O teste positivo consiste na incapacidade de enganchar o tendão (em pelo menos 1 cm) sob a sua inserção.

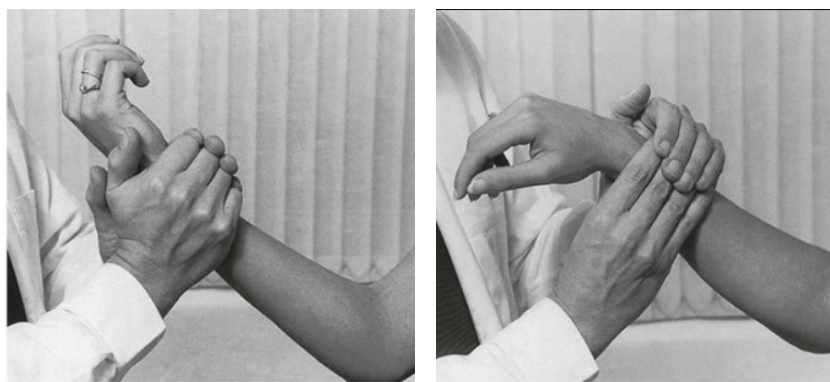
IMAGENS



Figura 49. Teste Passivo de Pronação do Antebraço

NOME	PASSIVE FOREARM PRONATION TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente tem o antebraço parte de uma posição supinada e é pronado passivamente pelo examinador. A aplicação do teste permite avaliar a continuidade funcional do complexo músculo-tendão-osso na inserção distal do tendão do bíceps na tuberosidade radial. A avulsão completa do tendão distal do rádio se manifestará por uma perda visível e palpável do movimento ‘proximal para distal’ do ventre muscular do bíceps quando se prona passivamente o antebraço do paciente partindo de uma posição supinada, caracterizando o teste positivo.

IMAGENS

**Figura 50.** Teste de Intervalo de Vinco do Bíceps

NOME	BICEPS CREASE INTERVAL TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O índice da prega bicipital é a medida da distância, em centímetros, entre a cúspide bicipital e a prega antecubital. O teste positivo consiste em uma distância de 6 cm ou mais.

IMAGENS



3.e Testes para epicondilite lateral

Mill's Test para confirmar a presença de epicondilite lateral.(SAROJA; ASEER P; P M, 2014). Cozen's Test e Maudsley Test para descartar a presença de epicondilite lateral. (SAROJA; ASEER P; P M, 2014).

Figura 51. Teste de Mill

NOME	MILL'S TEST
SENSIBILIDADE	0.53
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	Com o paciente sentado o examinador palpa o epicôndilo lateral com uma mão enquanto prona o antebraço do paciente, flexiona totalmente o punho e estende o ombro. Reprodução da dor na área do epicôndilo lateral indica um teste positivo.

IMAGENS

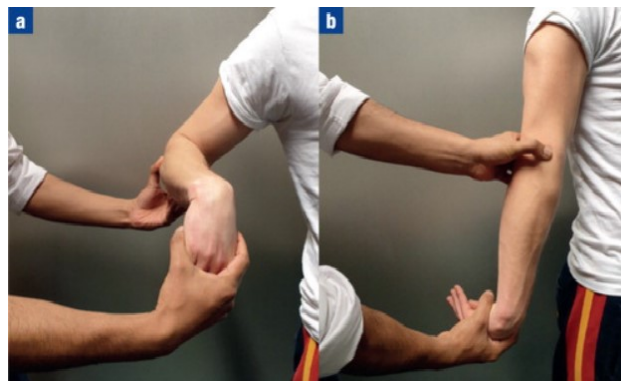


Figura 52. Teste de Cozen

NOME	COZEN'S TEST
SENSIBILIDADE	0.84
ESPECIFICIDADE	0.0
FORMA DE EXECUÇÃO	Com o paciente sentado ou em pé, o examinador palpa o epicôndilo lateral com o seu polegar. O paciente fecha a mão com o antebraço em pronação e o punho em desvio radial. O paciente estende o punho contra uma força aplicada pelo examinador. O teste positivo consiste na reprodução de dor ao longo do epicôndilo lateral.

IMAGENS

**Figura 53.** Teste de Maudsley

NOME	MAUDSLEY TEST
SENSIBILIDADE	0.88
ESPECIFICIDADE	0.0
FORMA DE EXECUÇÃO	O examinador resiste à extensão do 3º dedo, forçando o músculo extensor dos dedos. O teste positivo consiste na reprodução de dor ao longo do epicôndilo lateral.

IMAGENS



3.4 Testes de exame físico para punho e mão

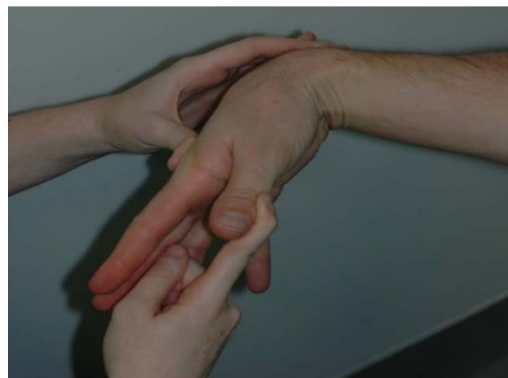
4.a Testes para tenossinovite de polegar

(GOUBAU et al., 2014)

Figura 54. Teste de Hiperflexão do Punho e Abdução do Polegar

NOME	WRIST HYPERFLEXION AND ABDUCTION OF THUMB TEST
SENSIBILIDADE	0.99
ESPECIFICIDADE	0.29
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o punho do paciente hiperflexionado e o polegar abduzido na articulação metacarpofalângica, extensão completa da interfalângica. O paciente então resiste contra a força realizada pelo dedo do examinador contra o polegar. Exacerbação da sintomatologia é característico de um teste positivo.

IMAGENS



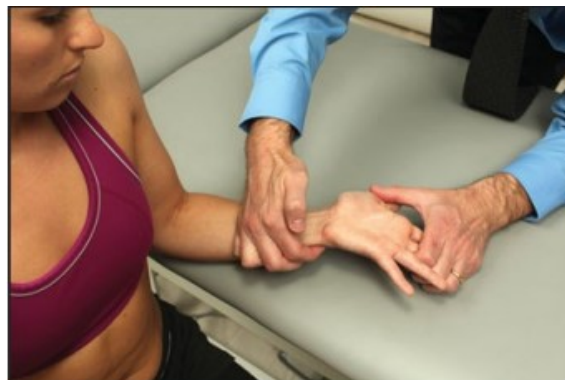
4.b Testes para tendinose do extensor ulnar do carpo

(SATO; ISHII; NOGUCHI, 2016)

Figura 55. Teste de Sinergia ECU

NOME	ECU SYNERGY TEST
SENSIBILIDADE	0.73
ESPECIFICIDADE	0.85
FORMA DE EXECUÇÃO	Solicita-se ao paciente que repouse seu braço em uma mesa, com o cotovelo flexionado a 90° e o antebraço em supinação completa. A paciente segura o punho em posição neutra com os dedos totalmente estendidos. O examinador segura o polegar e o dedo médio do paciente com uma mão e palpa o tendão do extensor ulnar do carpo com a outra. O paciente então abduz radialmente o polegar contra resistência. A recriação de dor ao longo do aspecto dorsal ulnar do punho é considerada um teste positivo para tendinite do extensor ulnar do carpo.

IMAGENS



4.c Testes para Fratura do Escafoide.

Cluster: Anatomical Snuffbox Tenderness, Scaphoid Tubercle Tenderness, Longitudinal Thumb Compression. O cluster positivo sugere fratura do osso escafoide com sensibilidade de 1.0 e especificidade de 0.74 (MALLEE et al., 2014).

Figura 56. Teste Sensibilidade Anatômica da Caixa de Rapé

NOME	ANATOMICAL SNUFFBOX TENDERNESS
------	--------------------------------

SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O examinador exerce pressão sobre a tabaqueira anatômica. O teste positivo consiste na presença de dor/sensibilidade quando é exercida pressão.

IMAGENS



Figura 57. Teste de Sensibilidade do Tubérculo Escafoide

NOME	SCAPHOID TUBERCLE TENDERNESS
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O examinador estende o punho do paciente com uma mão e aplica pressão ao tubérculo do escafoide na prega proximal do punho com a mão oposta. O teste positivo consiste na presença de dor/sensibilidade quando é aplicada pressão.

IMAGENS



Figura 58. Teste Compressão de Polegar Longitudinal

NOME	LONGITUDINAL THUMB COMPRESSION
------	--------------------------------

SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O examinador exerce pressão longitudinal para baixo sobre o polegar do paciente, a fim de comprimir o escafoide. O teste positivo consiste na reprodução de dor no punho do paciente.

IMAGENS



4.d Testes para instabilidade de punho

Scaphoid Shift Test para lesão no ligamento escafolunar. (LASTAYO; HOWELL, 1995). Ballot Test para lesão no ligamento lunotriquetal. (LASTAYO; HOWELL, 1995) Ulnomeniscotriquetral Dorsal Glide Test para lesão no complexo de fibrocartilagem triangular. (LASTAYO; HOWELL, 1995).

Figura 59. Teste de Deslocamento do Escafoide

NOME	SCAPHOID SHIFT TEST
SENSIBILIDADE	0.69
ESPECIFICIDADE	0.66
FORMA DE EXECUÇÃO	O braço do paciente é ligeiramente pronado. O examinador segura o punho pelo lado radial com o polegar sobre o tubérculo do escafoide. A outra mão do examinador segura os metacarvais. A partir do desvio ulnar e ligeira extensão, o punho é movido para desvio radial e ligeira flexão. O polegar do examinador pressiona o escafoide para fora do seu alinhamento normal; quando existe frouxidão e quando o polegar é liberado, há um "ressalto" conforme o escafoide se move de volta para o lugar. O teste positivo consiste

em identificar uma subluxação ou ressalto sobre o polegar e o paciente relatar dor ao examinador.

IMAGENS

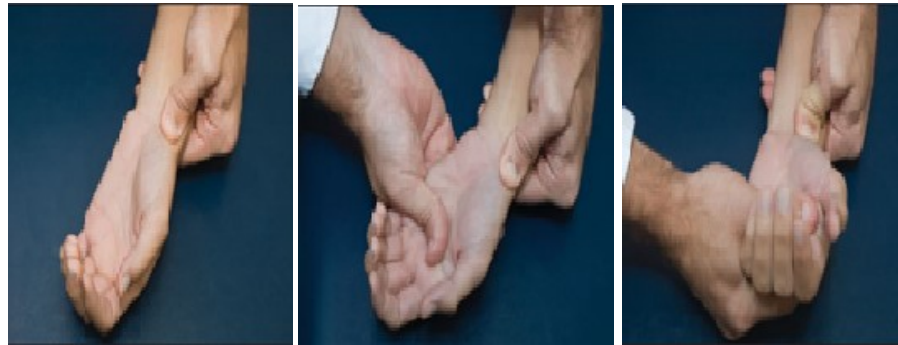


Figura 60. Teste Ballot

NOME	BALLOT TEST
SENSIBILIDADE	0.64
ESPECIFICIDADE	0.44
FORMA DE EXECUÇÃO	O examinador segura o osso piramidal entre o polegar e o 2º dedo de uma mão e o semilunar com o polegar e o dedo indicador da outra mão. O examinador move o semilunar palmar e dorsalmente em relação ao piramidal. O teste positivo consiste em frouxidão, crepitação ou reprodução da dor do paciente durante o movimento anteroposterior.

IMAGENS



Figura 61. Teste de Deslizamento Dorsal Ulnomeniscotriquetral

NOME	ULNOMENISCOTRIQUETRAL DORSAL GLIDE TEST
SENSIBILIDADE	0.66
ESPECIFICIDADE	0.64

FORMA DE
EXECUÇÃO

O examinador coloca o seu polegar dorsalmente sobre a ulna, enquanto coloca a articulação interfalângica proximal do dedo indicador sobre o complexo pisopiramidal. O examinador então produz um deslizamento dorsal do complexo pisopiramidal. O teste positivo consiste na reprodução de dor ou frouxidão na região ulnomeniscopiramidal.

IMAGENS



4.e Testes para síndrome do túnel do carpo

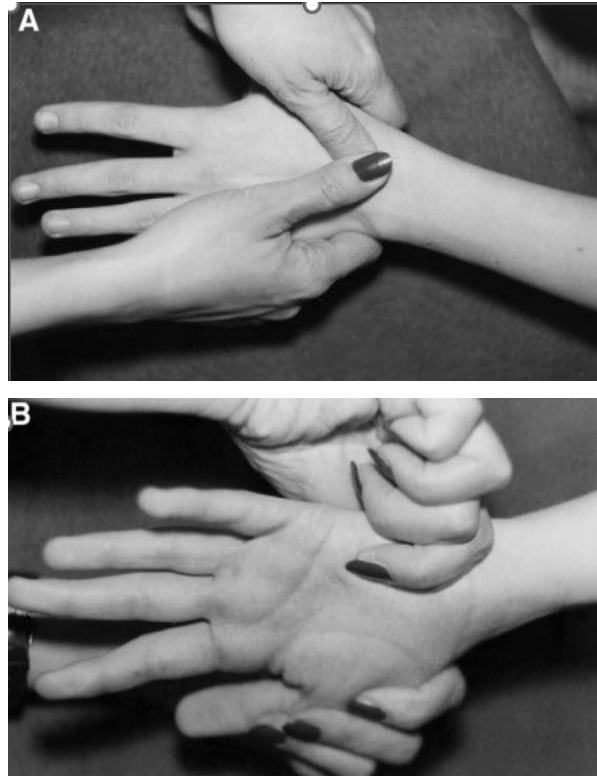
(GOLOBOROD'KO, 2004)

Figura 62. Teste de Compressão Dupla

NOME	DOUBLE COMPRESSION TEST
SENSIBILIDADE	0.98
ESPECIFICIDADE	0.98
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado da seguinte forma. O antebraço do paciente deve ser posicionado em pronação e o punho do paciente deve estar em posição neutra ou em ligeira extensão. O paciente deve relaxar completamente a mão. O examinador coloca os dedos de uma mão sobre a superfície palmar da metade distal do primeiro metacarpal. Com a mão oposta, o examinador coloca os dedos sobre a superfície palmar do complexo pisotriquetral. Os polegares do examinador ficam posicionados na parte dorsal acima do osso semilunar. Então o examinador começa simultaneamente a pressionar dorsalmente usando seus dedos e volarmente pelos polegares como se espremesse o osso semilunar volarmente. Essa pressão constante

moderada é mantida por 60 segundos. O resultado do teste é considerado positivo se os sintomas são reproduzidos. O resultado é negativo se os sintomas não são reproduzidos.

IMAGENS



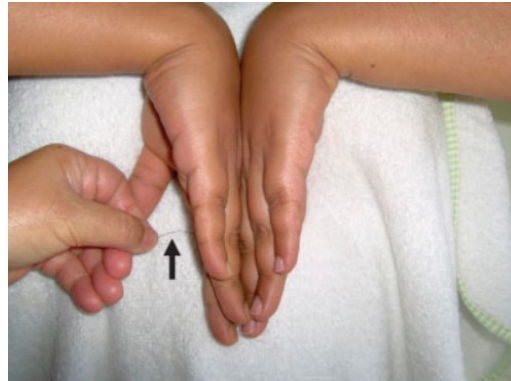
(BILKIS et al., 2012)

Figura 63. Teste de Phalen Modificado

NOME	MODIFIED PHALEN'S TEST
SENSIBILIDADE	0.85
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente mantém as mãos em uma posição fixada de flexão. Enquanto o paciente mantém a posição o terapeuta testa a sensibilidade com um monofilamento aplicado perpendicularmente à superfície da pele até que entorte. O monofilamento é aplicado na superfície palmar e na superfície lateral da falange distal de cada dedo três vezes. O teste é considerado positivo se o paciente não registrar o toque em qualquer um ou mais dedos no trajeto do nervo mediano (lado radial dos três primeiros dedos e meio na superfície palmar). O teste é considerado negativo se o paciente corretamente

registrar todos os toques. As mãos do paciente ficam na posição durante todo o teste.

IMAGENS



(DE ARENAS-ARROYO et al., 2022)

Figura 64. Teste de Elevação da Mão

NOME	HAND ELEVATION TEST
SENSIBILIDADE	0.85
ESPECIFICIDADE	0.95
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente levanta as duas mãos e mantém a posição até que sinta parestesia ou dormência na distribuição do nervo mediano. O teste positivo consiste na reprodução de sintomas como formigamento e dormência ao longo da distribuição do nervo mediano depois de manter os braços levantados durante menos de 2 minutos.

IMAGENS



3.5 Testes de exame físico para a parte torácica da coluna vertebral

5.a Testes para síndrome do desfiladeiro torácico

Cluster: Adson Test, Wright Test, HyperAbduction Test, Ross Test, Tinel. Cluster positivo sugerem síndrome do desfiladeiro torácico com sensibilidade de 0.84 e especificidade de 0.84 (GILLARD et al., 2001).

Figura 65. Teste de Adson

NOME	ADSON TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente senta-se em linha reta com os braços colocados a 15° de abdução. O pulso radial é palpado. O paciente é instruído a inspirar profundamente, prender a respiração, inclinar a cabeça para trás e então girá-la, de modo que o queixo seja elevado e apontado para o lado examinado. O examinador registra o pulso radial como diminuído ou ocluído e pergunta ao paciente se ele sente parestesia. O teste positivo consiste em uma mudança no pulso radial e no relato de parestesia pelo paciente.

IMAGENS

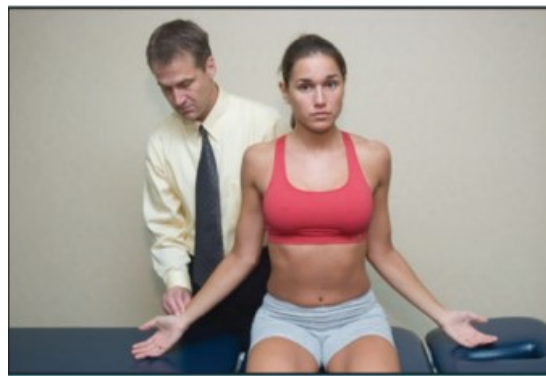


Figura 66. Teste de Wright

NOME	WRIGHT TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente assume uma posição sentada. O examinador palpa o pulso radial. O paciente é instruído a executar hiperabdução dos

ombros e a flexionar seus cotovelos a 90°. A cabeça deve ser voltada para o lado não afetado. A posição é mantida por 1 a 2 minutos. O teste positivo inclui a reprodução da parestesia ou um decréscimo no pulso radial.

IMAGENS



Figura 67. Teste de Hiperabdução

NOME	HYPERABDUCTION TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica em posição bem ereta. Ambos os braços são colocados nas laterais do corpo. O examinador avalia o pulso radial nessa posição. O paciente é instruído a colocar os braços acima de 90° de abdução e em rotação lateral. A cabeça é mantida em posição neutra. Os braços são mantidos nesta posição por 1 minuto. O examinador palpa o pulso radial na posição de hiperabdução. O pulso radial é registrado como sem alteração, diminuído ou ocluído. O paciente também é consultado quanto à presença de parestesia. O teste positivo consiste na alteração do pulso radial e no relato de parestesia pelo paciente.

IMAGENS

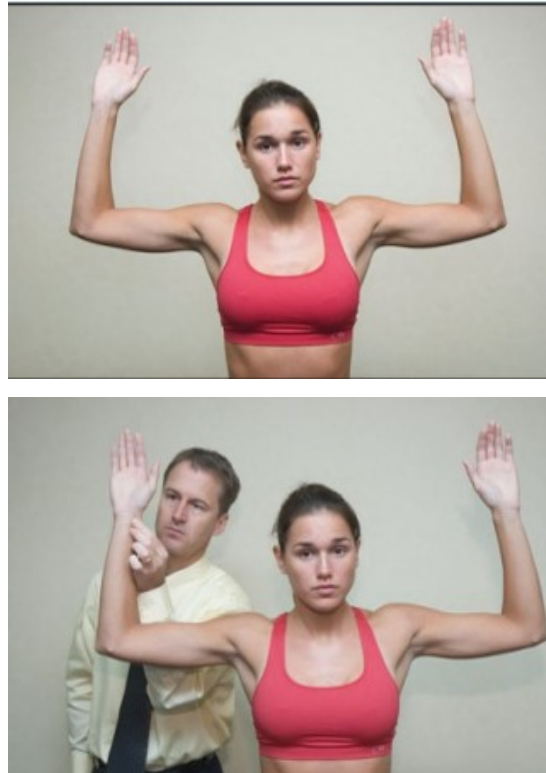


Figura 68. Teste de Ross

NOME	ROSS TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente senta-se ereto com os braços posicionados na lateral do corpo. O paciente é instruído a abduzir seus braços e rodar lateralmente os ombros a 90°. O paciente é instruído a abrir e fechar as mãos rapidamente. A atividade é realizada durante 1 minuto. O teste positivo consiste na reprodução de sintomas concordantes ao abrir e fechar as mãos.

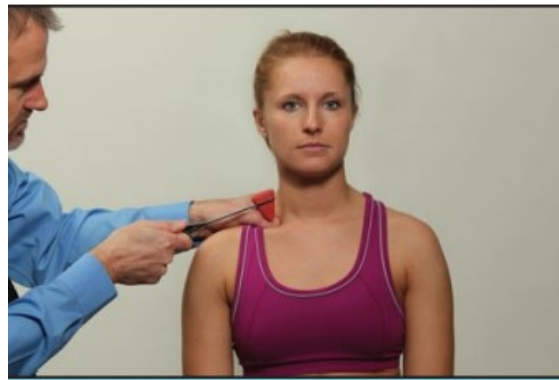
IMAGENS



Figura 69. Teste Tinel

NOME	TINEL
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente senta-se ereto com os braços nas laterais do corpo. O examinador percute a fossa supraclavicular com um martelo de reflexos. A dor à palpação na fossa supraclavicular configura um teste com resultado positivo.

IMAGENS

**5.b Testes para escoliose**

(CÔTÉ et al., 1998)

Figura 70. Teste de Adam

NOME	ADAM'S TEST
SENSIBILIDADE	Para coluna torácica: 0.92 Para coluna lombar: 0.73
ESPECIFICIDADE	Para coluna torácica: 0.60 Para coluna lombar: 0.68
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente assume uma posição ereta, em pé. O examinador instrui o paciente a ficar com os pés afastados na largura dos ombros, unir os braços e inclinar lentamente o tronco para a frente. O teste positivo consiste na assimetria do tronco (especificamente a presença de uma gibosidade costal).

IMAGENS



5.c Testes para determinar o envolvimento discal ou do sistema nervoso simpático

(EKEDAHN et al., 2018)

Figura 71. Teste de Queda

NOME	SLUMP TEST
SENSIBILIDADE	Para disco extruso: 0.78 Para compressão subarticular de nervo: 1.0
ESPECIFICIDADE	Para disco extruso: 0.36 Para compressão subarticular de nervo: 0.38
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente senta-se em linha reta com os braços atrás das costas, as pernas unidas e o aspecto posterior dos joelhos contra a borda da maca. O paciente curva-se, tanto quanto possível, produzindo flexão completa do tronco; o examinador aplica pressão excessiva e firme em flexão às costas do paciente, tendo o cuidado de manter o sacro na vertical. Mantendo a flexão da coluna vertebral completa com pressão excessiva, o examinador solicita ao paciente que estenda o joelho, ou o estende passivamente. O examinador então move o tornozelo do paciente em dorsiflexão, mantendo a extensão do joelho. Acrescenta-se então flexão do pescoço para avaliar os sintomas. A flexão do pescoço é liberada para verificar se os sintomas diminuem. O teste positivo consiste na reprodução dos sintomas concordantes, sensibilização e achados assimétricos.

IMAGENS



3.6 Testes de exame físico para a parte lombar da coluna vertebral

6.a Testes para hérnia do núcleo pulposo ou radiculopatia lombar

Cluster: Straight Leg Raise, Crossed Straight Leg Raise, Bell Test, Hyperextension. O cluster positivo sugere a presença da disfunção com sensibilidade de 0.16 e especificidade de 0.91. (VAN DER WINDT et al., 2010).

Figura 72. Teste de Elevação de Perna Reta

NOME	STRAIGHT LEG RAISE
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente deve ficar sobre uma superfície firme, mas confortável, com o pescoço e a cabeça em posição neutra. O examinador então apoia a perna do paciente no calcanhar, mantendo a extensão do joelho e o tornozelo em posição neutra. O examinador eleva a perna do paciente até o ponto de reprodução do sintoma. O tronco e os quadris do paciente devem permanecer em posição neutra, evitando a rotação medial ou lateral da perna ou a adução ou abdução do quadril. O teste positivo consiste na reprodução dos sintomas concordantes, sensibilização e achados assimétricos.

IMAGENS

**Figura 73.** Teste de Elevação da Perna Reta Cruzada

NOME	CROSSED STRAIGHT LEG RAISE
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente deve ficar sobre uma superfície firme, mas confortável, com o pescoço e a cabeça em posição neutra. O tronco e os quadris do paciente devem permanecer em posição neutra; deve-se evitar a rotação medial ou lateral, e a adução ou abdução excessiva. O examinador então apoia a perna não envolvida do paciente no calcanhar, mantendo a extensão do joelho e o tornozelo em posição neutra. A perna do paciente é elevada até o ponto de reprodução do sintoma na perna oposta, de comparação. O teste positivo é identificado pela reprodução da dor concordante do paciente durante a elevação do membro oposto.

IMAGENS

**Figura 74.** Teste da “Campainha”

NOME	BELL TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado

ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o examinador fazendo uma pressão com o polegar sobre os processos espinhosos de L4/L5 ou L5/S1 ou perto dessa região. O teste é positivo se a dor na perna é reproduzida ou exacerbada.
IMAGENS	Não disponíveis

Figura 75. Teste de Hiperextensão

NOME	HYPEREXTENSION
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o paciente em pé. O tronco é mobilizado lentamente e passivamente até o máximo de extensão com os joelhos em extensão. O teste é positivo se a dor ciática for reproduzida ou aumentada. Se a manobra for interrompida por dor lombar o teste é negativo.
IMAGENS	Não disponíveis

6.b Testes para instabilidade radiográfica da coluna vertebral

(KASAI et al., 2006)

Figura 76. Teste de Extensão Lombar Passiva

NOME	PASSIVE LUMBAR EXTENSION TEST
SENSIBILIDADE	0.84
ESPECIFICIDADE	0.90
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é instruído a ficar em decúbito ventral. O examinador eleva as pernas do paciente fora da maca (cerca de 30 cm, mantendo os joelhos estendidos) e questiona o paciente em relação à dor na região lombar. O teste positivo consiste em queixa do paciente de dor forte, sensação de peso na região lombar ou sensação de que as costas estão "saindo do lugar".

IMAGENS

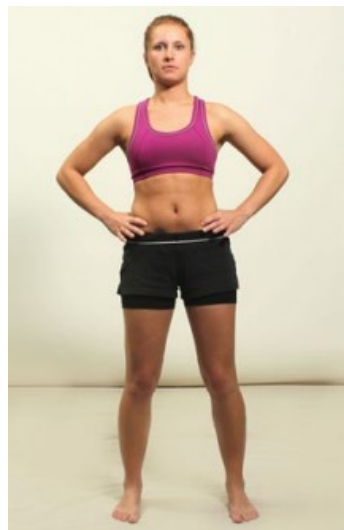


(KASAI et al., 2006)

Figura 77. Teste de Sinal de Captura de Instabilidade

NOME	INSTABILITY CATCH SIGN
SENSIBILIDADE	0.26
ESPECIFICIDADE	0.85
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é examinado em pé. Solicita-se ao paciente que incline para a frente tanto quanto possível e, em seguida, retorne à posição ereta. O teste positivo consiste na incapacidade de retornar a uma posição ereta completa.

IMAGENS



(KASAI et al., 2006)

Figura 78. Teste Pegador de Sinal Doloroso

NOME	PAINFUL CATCH SIGN
SENSIBILIDADE	0.36
ESPECIFICIDADE	0.72
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é examinado em decúbito dorsal. Solicita-se ao paciente que eleve suas pernas (mantendo a extensão do joelho) a cerca de 30 cm da maca. Solicita-se que ele abaixe as pernas de volta na maca. O teste positivo consiste em queda rápida das pernas durante a fase de retorno.

IMAGENS



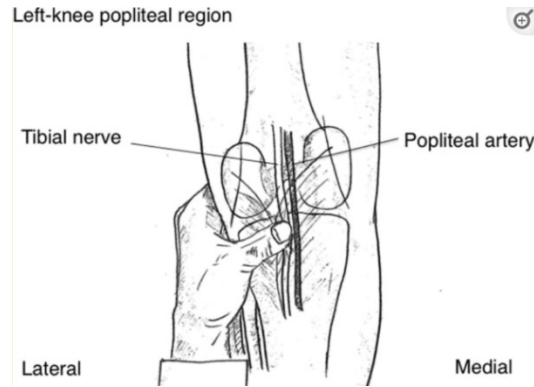
6.c Testes para estenose da parte lombar da coluna vertebral.

(ADACHI et al., 2018)

Figura 79. Teste de Compressão do Nervo Tibial

NOME	TIBIAL NERVE COMPRESSION
SENSIBILIDADE	0.93
ESPECIFICIDADE	0.70
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é instruído a posicionar-se em decúbito ventral para o teste. O examinador aplica uma pressão suave no ponto em que o nervo tibial cruza a fossa poplíteia no ponto médio da prega poplíteia. O teste positivo consiste em dor ou desconforto de um lado em relação ao outro.

IMAGENS



(TAKAHASHI et al., 2014)

Figura 80. Teste Extensão Lombar-Carga

NOME	LUMBAR EXTENSION-LOADING
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é utilizado para se determinar o nível de acometimento da estenose. É pedido que o paciente mantenha uma posição de pouca hiperextensão-lombar até que os sintomas apareçam. De acordo com os sintomas presentes, determina-se o nível do acometimento. Hipoalgesia medialmente ao joelho, fraqueza de quadríceps, redução ou ausência de reflexo patelar, indicam que a L2, L3 ou L4 são as regiões acometidas. Hipoalgesia na lateral da parte baixa da perna para a parte medial do dorso do pé e fraqueza de tibial anterior, extensor longo do hálux, estão relacionados a L5. Hipoalgesia na parte lateral do pé, fraqueza de gastrocnêmio, flexor longo do hálux e redução ou ausência do reflexo no tendão de Aquiles, estão relacionados com S1.
IMAGENS	Não disponíveis

6.d Testes para alterações degenerativas da coluna vertebral

Sugere um questionário com 5 perguntas e foi possível diagnosticar dor na coluna por degeneração de disco se 4 respostas forem positivas (TONOSU et al., 2016):

- 1) Dor na parte baixa das costas após se sentar por muito tempo
- 2) Dor na parte baixa das costas enquanto se levanta após ficar muito tempo sentado
- 3) Dor na parte baixa das costas enquanto lava o rosto
- 4) Dor na parte baixa das costas enquanto em pé e fletido
- 5) Ficar se contorcendo na cadeira depois de ficar muito tempo sentado

3.7 Testes de exame físico para a articulação sacroilíaca e pelve

7.a Testes para dor de origem sacroilíaca

Cluster: Distraction Provocation Test, Thigh Thrust, Gaenslen's Test, Compression, Sacral Thrust. Cluster positivo de 3 ou mais testes sugerem dor de origem sacroilíaca com sensibilidade de 0.94 e especificidade de 0.78 (LASLETT et al., 2005).

Figura 81. Teste de Provocação de Distração

NOME	DISTRACTION PROVOCATION TEST
SENSIBILIDADE	0.60
ESPECIFICIDADE	0.81
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente posiciona-se em decúbito dorsal. Os sintomas em repouso são avaliados. O aspecto medial de ambas as espinhas ilíacas anterossuperiores (EIAS) são palpadas pelo examinador. O examinador cruza os braços, criando um "X" nos antebraços, e aplica uma força no sentido lateroposterior. Para maior conforto, muitas vezes é necessário que o examinador reposicione suas mãos sobre a EIAS várias vezes. O examinador mantém a posição durante 30 segundos, então aplica repetidamente uma força vigorosa em uma tentativa de reproduzir o sinal concordante do paciente. O teste positivo consiste na reprodução do sinal concordante do paciente.

IMAGENS



Figura 82. Teste Impulso da Coxa

NOME	THIGH THRUST
SENSIBILIDADE	0.88
ESPECIFICIDADE	0.69
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Avaliam-se os sintomas em repouso. O examinador fica do lado oposto ao lado doloroso do paciente. O quadril do lado doloroso é flexionado a 90°. 4 O examinador coloca sua mão sob o sacro para formar uma "ponte" estável para este. Aplica-se uma pressão para baixo pelo fêmur para forçar uma translação posterior do osso do quadril. Avaliam-se os sintomas do paciente para determinar se eles são concordantes. O teste positivo consiste em dor concordante na região posterior do quadril ou próximo da articulação sacroilíaca. Um teste positivo requer a reprodução de dor no lado do thrust (ao lado do fêmur que recebe carga).

IMAGENS

**Figura 83.** Teste de Gaenslen

NOME	GAENSLER'S TEST
SENSIBILIDADE	0.53
ESPECIFICIDADE	0.71
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com a perna dolorosa apoiada muito próximo da extremidade da maca. Os sintomas em repouso são avaliados. O examinador eleva em sentido sagital o lado não doloroso do quadril (com o joelho flexionado) até 90°. Se o paciente se queixar de dor bilateral, são testados ambos os lados. Aplica-se uma força para baixo (até 6 compressões) à perna de baixo (lado doloroso) ao mesmo tempo em que se aplica uma força contrária em flexão à perna fletida (empurrar a perna na direção oposta). O efeito provoca um torque na pelve. Avaliam-se os sintomas concordantes do paciente. O teste é positivo se o torque reproduzir a dor concordante do paciente.

IMAGENS

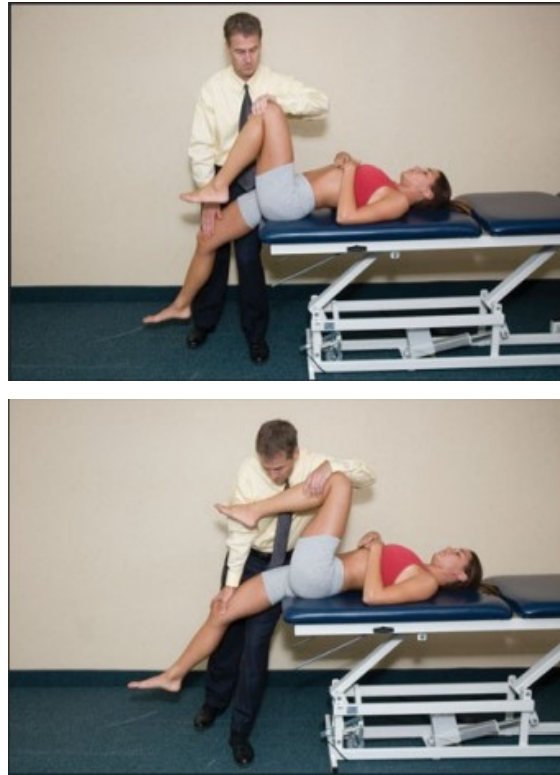


Figura 84. Teste de Compressão

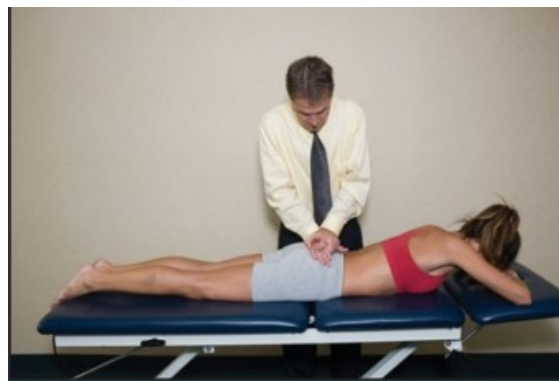
NOME	COMPRESSION
SENSIBILIDADE	0.69
ESPECIFICIDADE	0.69
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito lateral na maca, com o lado doloroso para cima. Avaliam-se os sintomas em repouso. O examinador então envolve a crista ilíaca do lado doloroso com as mãos e aplica uma força para baixo ao longo do ílio. Essa posição é mantida por 30 segundos. Assim como acontece com os outros testes sacroilíacos, é necessário vigor considerável para reproduzir os sintomas; em alguns casos, é necessária uma força repetida. O teste positivo consiste na reprodução do sinal concordante do paciente.

IMAGENS

**Figura 85.** Teste de Impulso Sacral

NOME	SACRAL THRUST
SENSIBILIDADE	0.63
ESPECIFICIDADE	0.75
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente posiciona-se em decúbito ventral. Os sintomas em repouso são avaliados. O examinador palpa o segundo ou terceiro processo espinhoso do sacro. Usando o pisiforme, o examinador coloca uma pressão sobre o sacro em S3. Direcionando para o ponto médio do sacro, o examinador é menos suscetível de forçar a parte lombar da coluna vertebral em hiperextensão. De maneira vigorosa e repetida (até 6 compressões), o examinador aplica uma força descendente intensa ao sacro, em uma tentativa de reproduzir o sinal concordante do paciente. Um teste positivo consiste na reprodução do sinal concordante durante a pressão para baixo.

IMAGENS



7.b Testes para disfunção sacroilíaca

Cluster: Faber Test, Thigh Thrust, Gaenslen’s, Yeoman. Cluster com ao menos 3 testes positivos somado a um dos dois sinais, Gillet ou Foward Flexion, sugere disfunção sacroilíaca. As sensibilidades e especificidades não foram fornecidas para o cluster no artigo de referência (NEJATI et al., 2020).

Figura 86. Teste de Faber

NOME	FABER TEST
SENSIBILIDADE	0.71
ESPECIFICIDADE	0.66
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Os sintomas em repouso são avaliados. A perna do lado doloroso é posicionada de modo a formar a figura de um número "quatro". O tornozelo é colocado logo acima do joelho da perna contralateral. O examinador aplica uma pressão descendente suave no joelho do lado doloroso e na EIAS do lado não doloroso. A dor concordante é avaliada, especificamente a sua localização e tipo.

IMAGENS



Figura 87. Teste Impulso da Coxa

NOME	THIGH THRUST
SENSIBILIDADE	0.74
ESPECIFICIDADE	0.44
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Avaliam-se os sintomas em repouso. O examinador fica do lado oposto ao lado doloroso do paciente. O quadril do lado doloroso é flexionado a 90°. 4 O examinador coloca sua mão sob o sacro para formar uma "ponte" estável para este. Aplica-se uma pressão para baixo pelo fêmur para forçar uma translação posterior do osso do quadril. Avaliam-se os sintomas do paciente para determinar se eles são concordantes. O teste positivo consiste em dor concordante na região posterior do quadril ou próximo da articulação sacroilíaca. Um teste positivo requer a reprodução de dor no lado do thrust (ao lado do fêmur que recebe carga).

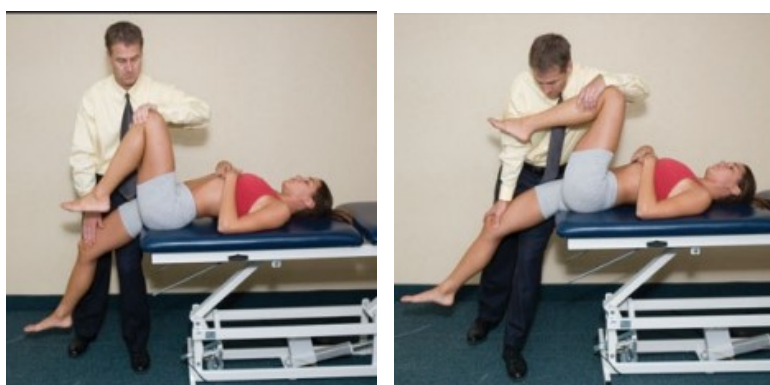
IMAGENS



Figura 88. Teste de Gaenslen Aplicado a Disfunção Sacroilíaca

NOME	GAENSLEN'S
SENSIBILIDADE	0.61
ESPECIFICIDADE	0.33
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com a perna dolorosa apoiada muito próximo da extremidade da maca. Os sintomas em repouso são avaliados. O examinador eleva em sentido sagital o lado não doloroso do quadril (com o joelho flexionado) até 90°. Se o paciente se queixar de dor bilateral, são testados ambos os lados. Aplica-se uma força para baixo (até 6 compressões) à perna de baixo (lado doloroso) ao mesmo tempo em que se aplica uma força contrária em flexão à perna fletida (empurrar a perna na direção oposta). O efeito provoca um torque na pelve. Avaliam-se os sintomas concordantes do paciente. O teste é positivo se o torque reproduzir a dor concordante do paciente.

IMAGENS

**Figura 89.** Teste de Yeoman

NOME	YEOMAN
SENSIBILIDADE	0.64
ESPECIFICIDADE	0.33
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é solicitado a deitar em decúbito ventral. O examinador levanta o joelho do lado testado estendendo-o a 90° e depois estende a articulação do quadril estabilizando na nádega do paciente. A dor no lado da perna pendente é considerado um resultado positivo.

IMAGENS

**Figura 90.** Teste de Gillet

NOME	GILLET
SENSIBILIDADE	1.0
ESPECIFICIDADE	0.0
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente posiciona-se em frente ao examinador, de costas para ele. O paciente é instruído a elevar seu quadril a 90°, ficando em apoio unipodal. O examinador palpa ambas as EIPS e avalia se a EIPS ipsilateral cai durante a flexão do quadril (uma resposta normal) ou roda anteriormente (ou superiormente em relação ao lado que suporta o peso). Se a EIPS não cair nem rodar superiormente, o teste é considerado positivo para esse lado.

IMAGENS

**Figura 91.** Flexão Para Frente

NOME	FOWARD FLEXION
SENSIBILIDADE	1.0
ESPECIFICIDADE	0.0

FORMA DE EXECUÇÃO

O paciente senta-se sobre uma superfície macia. O examinador palpa ambas as EIPS (inferiormente) do paciente. O paciente é instruído a inclinar o tronco para a frente na linha mediana. O movimento na linha mediana garante a equidade de movimento à esquerda e à direita. O examinador palpa ambas as EIPS e avalia se os movimentos são simétricos (resposta normal) ou assimétricos. O teste é repetido durante a palpação do ângulo lateral inferior do sacro. O resultado positivo consiste na assimetria ou diferenças palpáveis entre as EIPS e os movimentos sacrais.

IMAGENS



7.c Testes para dor sacroilíaca relacionada à dor pélvica posterior associada à gestação

(ALBERT; GODSKESEN; WESTERGAARD, 2000)

Figura 92. Teste de Faber relacionado à dor pélvica posterior associada gestação

NOME	FABER
SENSIBILIDADE	0.70
ESPECIFICIDADE	0.99

FORMA DE
EXECUÇÃO

O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Os sintomas em repouso são avaliados. A perna do lado doloroso é posicionada de modo a formar a figura de um número "quatro". O tornozelo é colocado logo acima do joelho da perna contralateral. O examinador aplica uma pressão descendente suave no joelho do lado doloroso e na EIAS do lado não doloroso. A dor concordante é avaliada, especificamente a sua localização e tipo.

IMAGENS



Figura 93. Teste de Mennel

NOME	MENNEL'S
SENSIBILIDADE	0.70
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. O paciente move uma perna em 30° de abdução e 10° de flexão do quadril. O examinador empurra a perna para dentro e depois para fora da pelve em um movimento sagital (extensão seguida de flexão). O teste positivo consiste na reprodução dos sintomas concordantes do paciente.

IMAGENS



7.d Testes para sinfisiólise

(JAIN et al., 2006)

Figura 94. Teste Palpação da Sínfise Púbica

NOME	PALPATION OF THE SYMPHYSIS PUBIS
SENSIBILIDADE	0.66
ESPECIFICIDADE	0.99
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente posiciona-se em decúbito dorsal. O examinador palpa a sínfise púbica próximo da linha mediana. Uma alternativa envolve aplicar uma força de cisalhamento púbico nas partes superior e inferior dos ossos púbicos. O teste positivo é identificado pela reprodução da dor concordante do paciente.

IMAGENS



Figura 95. Teste de Tredelenburg

NOME	TREDELENBURG
SENSIBILIDADE	0.60

ESPECIFICIDADE 0.99

FORMA DE EXECUÇÃO O paciente fica em pé na frente do examinador. O examinador instrui o paciente a ficar em apoio unipodal. O examinador avalia o grau de queda da pelve contralateral assim que a perna é levantada. É necessária a confirmação da queda anormal da pelve durante a marcha. Um teste positivo é identificado por uma queda assimétrica de um quadril em comparação com o outro durante o apoio unipodal.

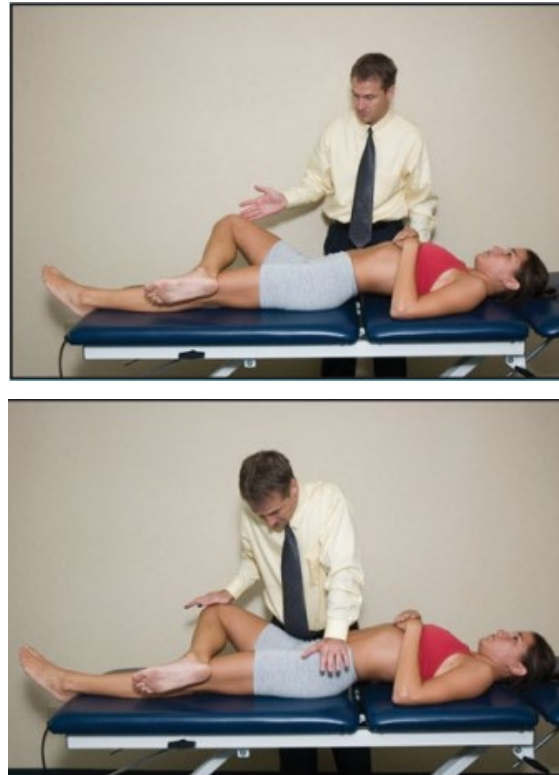
IMAGENS



Figura 96. Teste de Faber aplicado a sínfisiólise

NOME	FABER
SENSIBILIDADE	0.40
ESPECIFICIDADE	0.99
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Os sintomas em repouso são avaliados. A perna do lado doloroso é posicionada de modo a formar a figura de um número "quatro". O tornozelo é colocado logo acima do joelho da perna contralateral. O examinador aplica uma pressão descendente suave no joelho do lado doloroso e na EIAS do lado não doloroso. A dor concordante é avaliada, especificamente a sua localização e tipo.

IMAGENS



7.e Testes para Fratura do Anel Pélvico

(MCCORMICK; MORGAN; SMITH, 2003)

Figura 97. Teste de Palpação Pélvica Posterior Aplicado a Fratura do Anel Pélvico

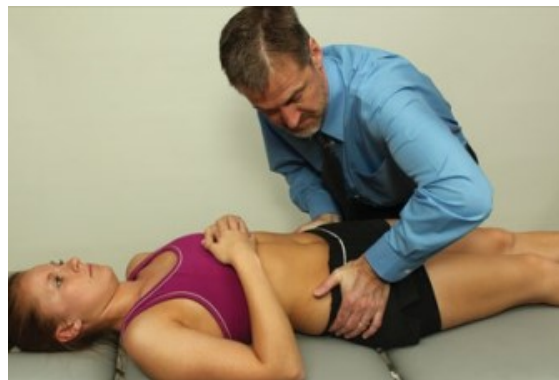
NOME	POSTERIOR PELVIC PALPATION
SENSIBILIDADE	0.98
ESPECIFICIDADE	0.94
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é colocado sentado ou em decúbito ventral. O examinador palpa cuidadosamente o sacro e as articulações sacroilíacas bilateralmente. O teste positivo está associado com dor à palpação moderadamente profunda.

IMAGENS

**Figura 98.** Teste de Compressão ântero-posterior e lateral

NOME	ANTERO-POSTERIOR AND LATERAL COMPRESSION
SENSIBILIDADE	0.98
ESPECIFICIDADE	0.24
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente permanece em decúbito dorsal. O examinador aplica uma força de compressão de anterior para posterior e uma força de compressão lateral nas asas do ílio. Um teste positivo está associado à reprodução da dor durante a compressão.

IMAGENS

**Figura 99.** Teste Amplitude de Movimento Ativa do Quadril

NOME	ACTIVE HIP RANGE OF MOTION
SENSIBILIDADE	0.53
ESPECIFICIDADE	0.76
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente mantém-se em decúbito dorsal. O examinador realiza uma elevação da perna reta em cada lado, seguida de flexão, abdução, adução, rotação medial e rotação lateral passiva do

quadril. Um teste positivo está associado à reprodução da dor durante o movimento passivo.

IMAGENS



3.8 Testes de exame físico para o quadril

8.a Testes para osteoartrite

Cluster: Squat Test, Scour Test, Hip Flexion, Hip Extension, Passive Internal Rotation. Cluster positivo dos 5 testes sugerem osteoartrite de quadril com sensibilidade de 0.14 e especificidade de 0.98. Cluster positivo de 4 testes sugerem osteoartrite de quadril com sensibilidade de 0.48 e especificidade de 0.98. Cluster positivo de 3 testes sugerem osteoartrite de quadril com sensibilidade de 0.71 e especificidade de 0.86 (SUTLIVE et al., 2008).

Figura 100. Teste de Agachamento

NOME	SQUAT TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	Paciente é instruído a agachar. Reprodução ou aumento da dor no quadril é considerado um teste positivo.

IMAGENS

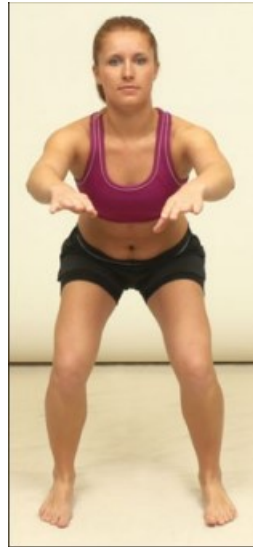


Figura 101. Teste de Abrasão

NOME	SCOUR TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica em decúbito dorsal. O examinador flexiona os joelhos do paciente e aplica uma carga axial sobre o fêmur. O examinador realiza um movimento de varredura em compressão e rotação, da rotação lateral à medial. O teste é positivo se aumentar a dor ou houver dor lateral ao quadril.

IMAGENS

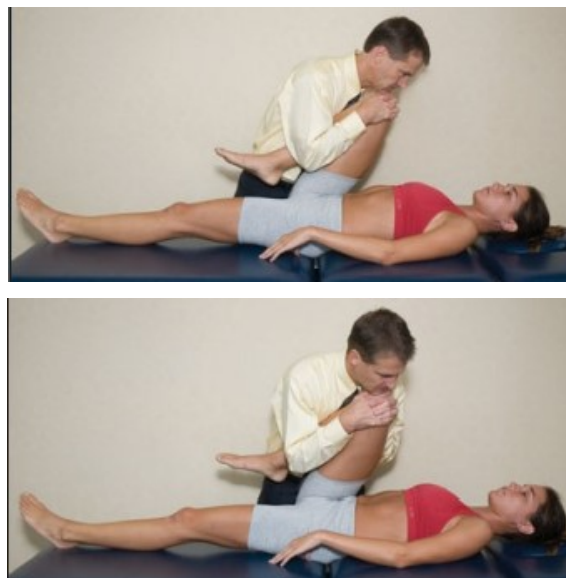


Figura 102. Flexão do Quadril

NOME	HIP FLEXION
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal. O examinador move passivamente o quadril em flexão. Considera-se o teste positivo quando há reprodução da dor concordante na lateral do quadril do paciente junto com a detecção de perda de amplitude de movimento em relação ao membro contralateral.

IMAGENS

**Figura 103.** Extensão do Quadril

NOME	HIP EXTENSION
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito ventral. O examinador move passivamente o quadril em extensão. O teste é positivo caso ocorra dor concordante no quadril do paciente.

IMAGENS



Figura 104. Teste Rotação Interna Passiva

NOME	PASSIVE INTERNAL ROTATION
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal. O quadril é flexionado passivamente a 90°. O examinador move passivamente o quadril em rotação medial. O teste é positivo caso a amplitude de movimento seja menor que 25°.

IMAGENS

**8.b Testes para doenças intra-articulares**

Cluster: Faber Test, Stinchfield Test, Scour Test. Cluster positivo sugere doença intra-articular de quadril com sensibilidade de 1.0 e especificidade de 0.13 (MASLOWSKI et al., 2010).

Cluster: Faber Test, Stinchfield Test, Scour Test, Internal Rotation Over Pressure. Cluster positivo sugere doença intra-articular de quadril com sensibilidade de 1.0 e especificidade de 0.0 (MASLOWSKI et al., 2010).

Figura 105. Teste de Faber Aplicado a Doenças Intra-articulares

NOME	FABER TEST
SENSIBILIDADE	0.81
ESPECIFICIDADE	0.25
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Os sintomas em repouso são avaliados. A perna do lado doloroso é posicionada de modo a formar a figura de um número "quatro". O tornozelo é colocado logo acima do joelho da perna contralateral. O examinador

aplica uma pressão descendente suave no joelho do lado doloroso e na EIAS do lado não doloroso. A dor concordante é avaliada, especificamente a sua localização e tipo.

IMAGENS

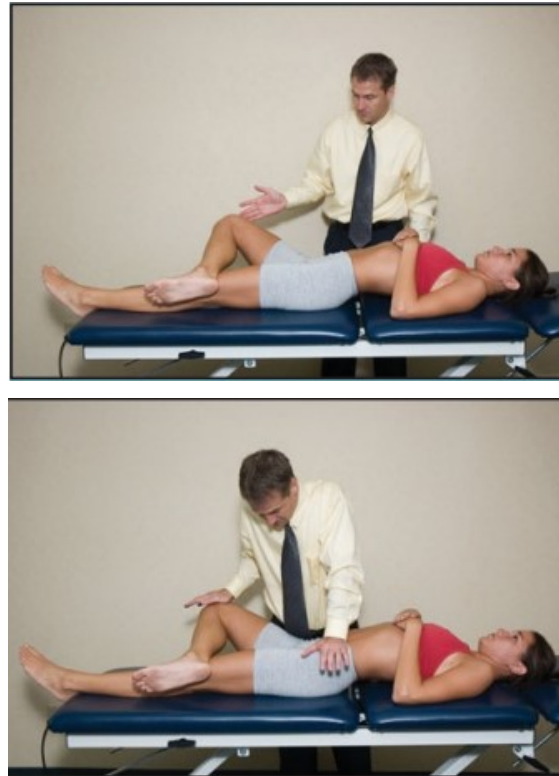


Figura 106. Teste de Stinchfield

NOME	STINCHFIELD TEST
SENSIBILIDADE	0.58
ESPECIFICIDADE	0.29
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o paciente em supino. O quadril da perna testada é flexionado em 30° com extensão completa do joelho. A paciente segura a perna na posição enquanto o examinador aplica uma força em direção abaixo proximal ao joelho. O teste é positivo se reproduzir dor concordante com a do paciente.

IMAGENS

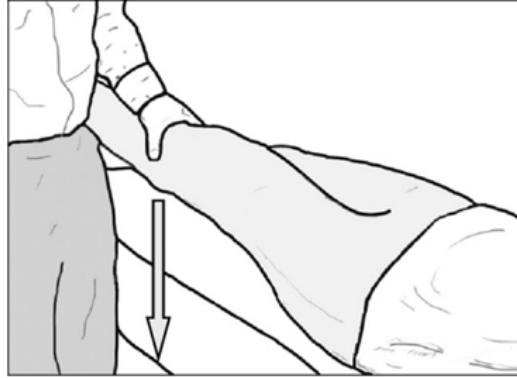


Figura 107. Teste de Abrasão Aplicado a Doenças Intra-articulares

NOME	SCOUR TEST
SENSIBILIDADE	0.62
ESPECIFICIDADE	0.38
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica em decúbito dorsal. O examinador flexiona os joelhos do paciente e aplica uma carga axial sobre o fêmur. O examinador realiza um movimento de varredura em compressão e rotação, da rotação lateral à medial. O teste é positivo se aumentar a dor ou houver dor lateral ao quadril.

IMAGENS



Figura 108. Rotação Interna Sobre Pressão

NOME	INTERNAL ROTATION OVER PRESSURE
SENSIBILIDADE	0.88
ESPECIFICIDADE	0.17
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o paciente em supino. O quadril afetado é flexionado a 90° e o joelho flexionado em 90°. O examinador realiza uma rotação interna do quadril enquanto estabiliza o joelho. A outra mão do examinador é usada para aplicar uma gentil pressão para baixo na espinha ilíaca anterossuperior contralateral. O examinador aplica uma gentil pressão na perna testada na direção lateral. O teste é positivo se recriar a dor do paciente.

IMAGENS

**8.c Testes para impacto femoroacetabular e/ou laceração do lábio glenoidal**

Testes para impacto femoroacetabular: Anterior Impingement Test, Fadir Test, Faber Test, Dynamic External Rotatory Impingement Test, Dynamic Internal Rotatory Impingement Test, Internal Rotation in Neutral Hip Position. (PÅLSSON; KOSTOGIANNIS; AGEBERG, 2020). Testes para laceração do lábio glenoidal: Impingement Test, Faber Test. (TROELSEN et al., 2009)

Figura 109. Teste de Impacto Anterior

NOME	ANTERIOR IMPINGEMENT TEST
SENSIBILIDADE	0.80
ESPECIFICIDADE	0.26
FORMA DE EXECUÇÃO	Com o paciente em decúbito dorsal o examinador coloca o quadril do paciente em 90° e depois o move em rotação interna e adução. O

teste é positivo se houver dor concordante ou exacerbada no quadril do paciente

IMAGENS



Figura 110. Teste de Fadir

NOME	FADIR TEST
SENSIBILIDADE	0.80
ESPECIFICIDADE	0.24
FORMA DE EXECUÇÃO	Com o paciente em decúbito dorsal o examinador coloca o quadril do paciente no máximo de flexão, de rotação interna e adução. O teste é positivo se houver dor concordante ou exacerbada no quadril do paciente.

IMAGENS



Figura 111. Teste de Faber Aplicado a Impacto Femoroacetabular

NOME	Faber Test
SENSIBILIDADE	Para impacto femoroacetabular: 0.54 Para laceração do lábio glenoidal: 0.41
ESPECIFICIDADE	Para impacto femoroacetabular: 0.38 Para laceração do lábio glenoidal: 1.0

FORMA DE EXECUÇÃO

O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Os sintomas em repouso são avaliados. A perna do lado doloroso é posicionada de modo a formar a figura de um número "quatro". O tornozelo é colocado logo acima do joelho da perna contralateral. O examinador aplica uma pressão descendente suave no joelho do lado doloroso e na EIAS do lado não doloroso. A dor concordante é avaliada, especificamente a sua localização e tipo.

IMAGENS



Figura 112. Teste Impacto Rotatório Externo Dinâmico

NOME	DYNAMIC EXTERNAL ROTATORY IMPINGEMENT TEST
SENSIBILIDADE	0.60
ESPECIFICIDADE	0.46
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é instruído a segurar o quadril contralateral em mais de 90° de flexão. O examinador coloca o quadril testado em 90° de flexão e o move por todo o arco de extensão, abdução e rotação externa. O teste é positivo se houver dor concordante ou exacerbada no quadril do paciente.

IMAGENS



Figura 113. Teste Dinâmico de Impacto Rotatório Interno

NOME	DYNAMIC INTERNAL ROTATORY IMPINGEMENT TEST
SENSIBILIDADE	0.54
ESPECIFICIDADE	0.51
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é instruído a segurar o quadril contralateral em mais de 90° de flexão. O examinador coloca o quadril testado em 90° de flexão e o move por todo o arco de extensão, adução e rotação interna. O teste é positivo se houver dor concordante ou exacerbada no quadril do paciente.

IMAGENS



Figura 114. Teste de Rotação Interna na Posição Neutra do Quadril

NOME	INTERNAL ROTATION IN NEUTRAL HIP POSITION
SENSIBILIDADE	0.29
ESPECIFICIDADE	0.94
FORMA DE EXECUÇÃO	Paciente em decúbito ventral e com os joelhos fletidos. O examinador move o quadril em direção a rotação interna com o quadril em posição neutra.

O teste é positivo se a amplitude de movimento estiver menor com ou sem dor.

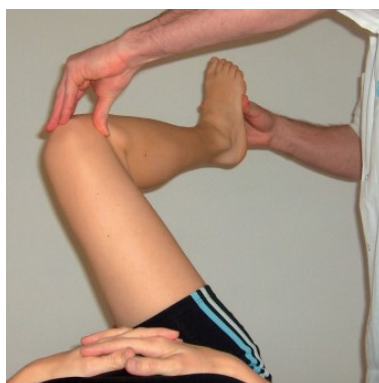
IMAGENS



Figura 115. Teste de Impacto

NOME	IMPINGEMENT TEST
SENSIBILIDADE	0.59
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador leva o quadril do paciente em 90° de flexão, rotação interna e adução passivamente. O teste é positivo se houver dor concordante.

IMAGENS



8.d Testes para laceração do músculo glúteo médio

(ORTIZ-DECLET et al., 2019)

Figura 116. Teste de Tredelenburg

NOME	TREDELENBURG TEST
------	-------------------

SENSIBILIDADE	0.31
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente fica em pé na frente do examinador. O examinador instrui o paciente a ficar em apoio unipodal. O examinador avalia o grau de queda da pelve contralateral assim que a perna é levantada. E necessária a confirmação da queda anormal da pelve durante a marcha. Um teste positivo é identificado por uma queda assimétrica de um quadril em comparação com o outro durante o apoio unipodal.

IMAGENS



Figura 117. Teste de Abdução Resistida do Quadril

NOME	RESISTED HIP ABDUCTION
SENSIBILIDADE	0.73
ESPECIFICIDADE	0.87
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é colocado em decúbito lateral. O examinador instrui o paciente a abduzir o quadril a 45°. O examinador aplica força contra a perna, resistindo à abdução do quadril. O teste positivo consiste na replicação dos sintomas durante o teste

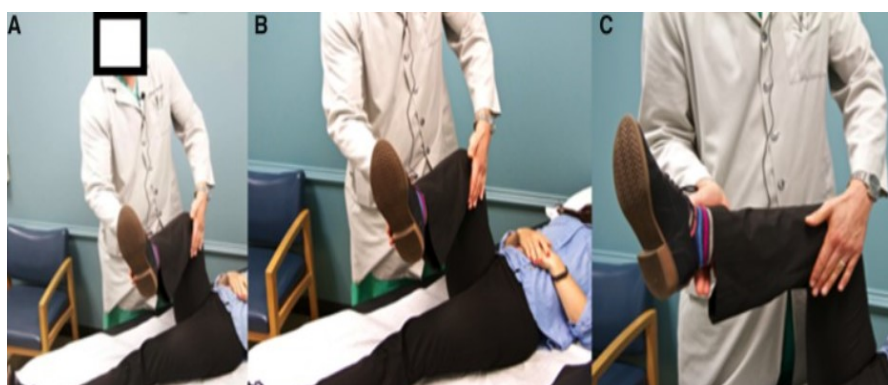
IMAGENS



Figura 118. Teste Derrotação Externa Resistida

NOME	RESISTED EXTERNAL DEROTATION
SENSIBILIDADE	0.92
ESPECIFICIDADE	0.85
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o paciente em decúbito dorsal com o joelho e quadril acometido fletido a 90° e o quadril em 10° de rotação externa. Com o examinador em pé no lado ipsilateral da extremidade afetada, o paciente é solicitado a girar ativamente o quadril internamente contra a resistência do examinador. Uma das mãos do examinador estará na face lateral do tornozelo e a outra na face medial do joelho para resistir ao movimento e isolar os rotadores internos do quadril. O teste é positivo com reprodução de dor e/ou fraqueza.

IMAGENS

**8.e Testes para síndrome dolorosa do trocanter maior**

(GANDERTON et al., 2017)

Figura 119. Teste de Faber Aplicado a Síndrome Dolorosa do Trocanter Maior

NOME	FABER TEST
SENSIBILIDADE	0.50
ESPECIFICIDADE	0.83
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. Os sintomas em repouso são avaliados. A perna do lado doloroso é posicionada de modo a formar a figura de um número "quatro". O tornozelo é colocado logo acima do joelho da perna contralateral. O examinador

aplica uma pressão descendente suave no joelho do lado doloroso e na EIAS do lado não doloroso. A dor concordante é avaliada, especificamente a sua localização e tipo

IMAGENS



Figura 120. Teste de Palpação do Trocânter Maior

NOME	PALPATION OF THE GREATER TROCHANTER
SENSIBILIDADE	0.85
ESPECIFICIDADE	0.61
FORMA DE EXECUÇÃO	Realizado com o paciente em decúbito lateral com os quadris e joelhos levemente flexionados. Cinco pontos diferentes do trocanter são palpados: anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior, posteroinferior e no centro na face lateral. O teste é considerado positivo se houver dor à palpação.

IMAGENS

**Figura 121.** Teste de Abdução Resistida do Quadril

NOME	RESISTED HIP ABDUCTION
SENSIBILIDADE	0.50
ESPECIFICIDADE	0.97
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é colocado em decúbito lateral. O examinador instrui o paciente a abduzir o quadril a 45°. O examinador aplica força contra a perna, resistindo à abdução do quadril. O teste positivo consiste na replicação dos sintomas durante o teste.

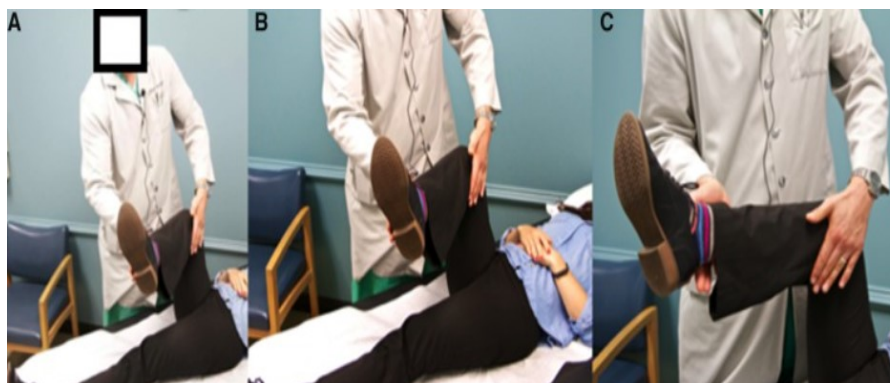
IMAGENS

**Figura 122.** Teste de Derrotação Externa Resistida

NOME	RESISTED EXTERNAL DEROTATION
SENSIBILIDADE	0.42
ESPECIFICIDADE	0.95
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o paciente em decúbito dorsal com o joelho e quadril acometido fletido a 90° e o quadril em 10° de rotação externa. Com o examinador em pé no lado ipsilateral da extremidade afetada, o paciente é solicitado a girar ativamente o

quadril internamente contra a resistência do examinador. Uma das mãos do examinador estará na face lateral do tornozelo e a outra na face medial do joelho para resistir ao movimento e isolar os rotadores internos do quadril. O teste é positivo com reprodução de dor e/ou fraqueza.

IMAGENS



8.f Testes para síndrome do piriforme

Cluster: Active Piriformis Test, Seated Piriformis Stretch Test. Cluster positivo sugere síndrome do piriforme com sensibilidade de 0.91 e especificidade de 0.80 (MARTIN et al., 2014).

Figura 123. Teste do Piriforme Ativo

NOME	ACTIVE PIRIFORMIS TEST
SENSIBILIDADE	0.78
ESPECIFICIDADE	0.80
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é executado com o paciente em uma maca deitado lateralmente. O examinador palpa o piriforme enquanto o paciente é instruído a colocar seu calcanhar na mesa, iniciando uma abdução ativa de quadril e rotação externa contra uma resistência imposta pelo examinador no joelho do paciente. O teste é positivo se gerar dor concordante ou parestesia.

IMAGENS

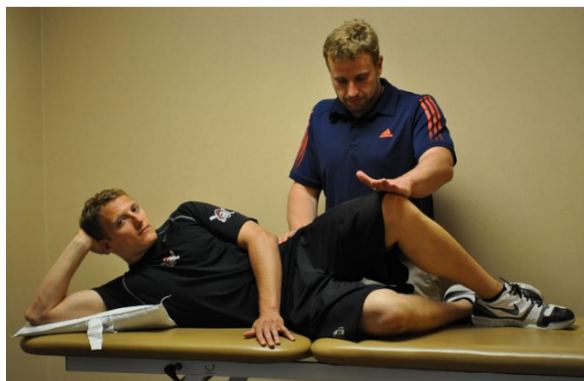


Figura 124. Teste de Alongamento do Piriforme Sentado

NOME	SEATED PIRIFORMIS STRETCH TEST
SENSIBILIDADE	0.52
ESPECIFICIDADE	0.90
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é executado com o paciente sentado na beirada da maca com o quadril fletido em 90° e o joelho em extensão. Enquanto palpa a incisura ciática, o examinador aduz e gira internamente o membro. O teste é positivo se gerar dor concordante ou parestesia.

IMAGENS



8.g Testes para fratura de quadril ou fêmur

(REIMAN et al., 2013)

Figura 125. Teste de Percussão Púbrica Patelar

NOME	PATELLAR PUBIC PERCUSSION
------	---------------------------

SENSIBILIDADE 0.95

ESPECIFICIDADE 0.86

FORMA DE EXECUÇÃO O paciente é posicionado em decúbito dorsal. O examinador coloca um estetoscópio sobre a sínfise púbica do paciente. O examinador percute a patela do lado afetado e descreve qualitativamente o som. O examinador repete o procedimento no lado oposto para determinar se há diferença na ausculta. O teste positivo consiste na determinação de redução na percussão no lado doloroso. No teste negativo, não é observada diferença na percussão. Pode-se usar um diapasão no lugar da percussão.

IMAGENS



3.9 Testes de exame físico para o joelho

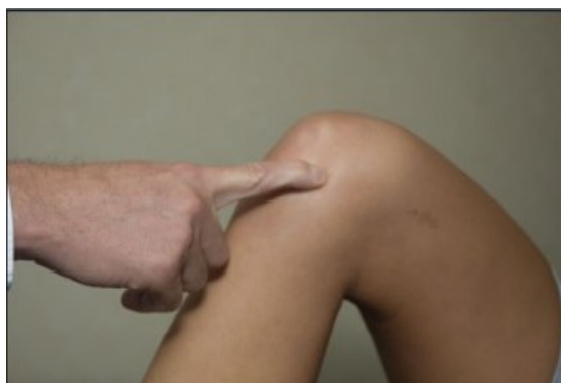
9.a Testes para ruptura do menisco medial

Cluster: Tenderness in the Joint Line, Bohler Test, McMurray's Test, Steinmann I Test, Apley Griding Test, Payr Test. Cluster positivo de Tenderness in the Joint Line mais dois dos cinco testes acima sugere ruptura do menisco medial com sensibilidade de 0.96 e especificidade de 0.87 (MUELLNER et al., 1997).

Figura 126. Teste de Pressão na Linha Comum

NOME	TENDERNESS IN THE JOINT LINE
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o joelho afetado flexionado a 90°. O examinador palpa a interlinha articular tibiofemoral medial e lateral. O teste positivo para laceração meniscal é indicado pela reprodução da dor do paciente (sinal concordante).

IMAGENS

**Figura 127.** Teste de Bohler

NOME	BOHLER TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	Paciente em supino sobre a maca. Com uma mão o examinador estabiliza o quadríceps no terço inferior, mantendo a perna contra a maca. Com a outra mão, o examinador segura o pé do paciente a nível dos maléolos e eleva a perna, buscando a hiperextensão do joelho. O teste é positivo se durante a manobra a dor na zona da inter-linha articular.

IMAGENS

**Figura 128.** Teste de McMurray

NOME	MCMURRAY'S TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. O examinador fica em pé do lado do joelho lesionado do paciente. O examinador segura o calcânhar do paciente e flexiona o joelho até a amplitude máxima com uma das mãos, enquanto usa o polegar e o dedo indicador da outra mão para palpar a interlinha articular tibiofemoral medial e lateral. Para testar o menisco medial, o examinador gira a tíbia em rotação lateral e então estende lentamente o joelho. Para testar o menisco lateral, o examinador flexiona novamente o joelho, mas agora roda medialmente a tíbia do paciente e estende lentamente o joelho. O teste positivo é tradicionalmente indicado por um "baque" ou "clique" audível ou palpável.

IMAGENS





Figura 129. Teste de Steinmann I

NOME	STEINMANN I TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. O examinador fica em pé do lado do joelho lesionado do paciente. O examinador segura o calcanhar do paciente e flexiona o joelho e o quadril dele, enquanto usa o polegar e o dedo indicador da outra mão para palpar a interlinha articular tibiofemoral medial e lateral. O examinador roda a tíbia medial e lateralmente em vários graus de flexão do joelho, mas o joelho não deve se mover em parte alguma do teste. O teste positivo para laceração meniscal é indicado pela dor na interlinha articular.

IMAGENS



Figura 130. Teste de Apley Griding

NOME	APLEY GRIDING TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito ventral. O examinador apoia seu joelho na coxa do paciente e flexiona o joelho deste a 90°. O examinador segura o pé do paciente com ambas as mãos, distraciona a tíbia e a roda, observando se há ou não reprodução de dor. Considera-se o teste positivo quando há dor que piora com a rotação e é indicativo de uma "entorse em rotação" dos tecidos moles. O examinador então se inclina sobre o pé do paciente, aplicando uma força compressiva à tíbia e rodando-a novamente. O teste positivo para laceração meniscal é indicado pela presença de mais dor à compressão do que à distração.

IMAGENS

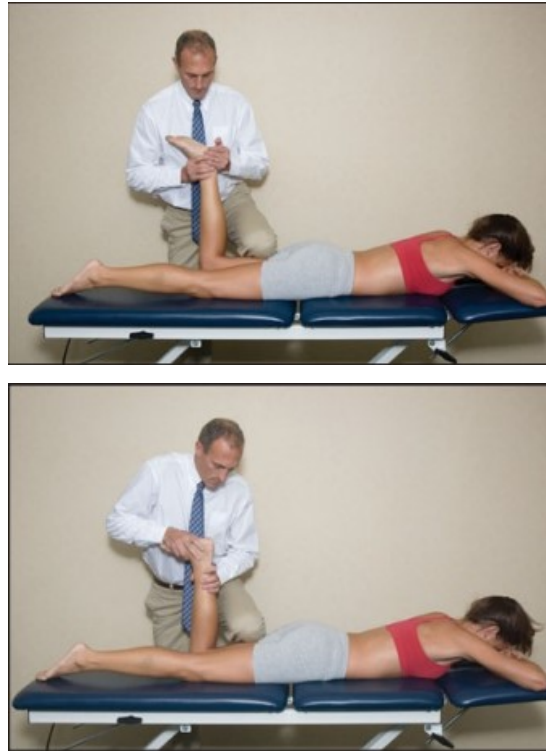


Figura 131. Teste de Payr

NOME	PAYR TEST
SENSIBILIDADE	Não Informado
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente senta-se e coloca o pé do joelho afetado sobre o joelho contralateral, formando uma "figura de 4". O examinador empurra o joelho afetado em direção ao chão. O teste positivo é indicado pela dor concordante sobre a interlinha articular medial.

IMAGENS



9.b Testes para ruptura do ligamento cruzado anterior

(SHAIR et al., 2022)

Figura 132. Teste Sinal de Alavanca

NOME	LEVER SIGN
SENSIBILIDADE	0.86
ESPECIFICIDADE	0.90
FORMA DE EXECUÇÃO	O teste é realizado com o paciente em supino sobre uma maca com os joelhos estendidos. O examinador fica ao lado do paciente e coloca o punho fechado abaixo do terço proximal da panturrilha. Isso faz com que o joelho se flexione levemente. Com a outra mão, o examinador aplica uma força moderada para baixo na parte distal do quadríceps. Em um joelho intacto, a criação de uma alavanca completa pelo LCA permite força descendente no quadríceps para mais do que compensar a força da gravidade, o joelho se estende e o calcanhar se levanta da maca. No joelho deficiente do LCA, o platô tibial desliza anteriormente em relação aos côndilos femorais. Nesse caso a gravidade puxa o calcanhar para baixo e o calcanhar não se levanta da mesa.

IMAGENS



Figure (3): Lever Sign test. Positive test in the Rt. Injured leg and negative in the Lt. normal leg.

Figura 133. Teste “Gaveta” Anterior

NOME	ANTERIOR DRAWER
SENSIBILIDADE	0.88
ESPECIFICIDADE	0.90
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o joelho flexionado a 90°, de modo que o pé fica em posição plana apoiado sobre a maca. O examinador se senta sobre o pé do paciente e segura por trás da tíbia proximal, com os polegares palpando o platô tibial e os indicadores palpando os tendões dos músculos isquiotibiais medial e lateralmente. O examinador aplica uma força à tíbia dirigida anteriormente. O teste positivo é indicado por um maior deslocamento anterior da tíbia no lado afetado quando comparado com o lado não afetado.

IMAGENS

**Figura 134.** Teste de Mudança de Pivô

NOME	PIVOT SHIFT
SENSIBILIDADE	0.81
ESPECIFICIDADE	0.84
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal. O examinador fica em pé do lado do joelho acometido do paciente. O examinador envolve um braço em torno da perna do paciente fixando-a firmemente e flexiona o joelho a 90° enquanto usa a palma da outra mão para rodar a tíbia medialmente, subluxando efetivamente o platô tibial lateral. O examinador estende lentamente o joelho, mantendo a rotação da tíbia. Conforme o joelho do paciente alcança sua

extensão máxima, o platô tibial vai se relocar. O teste positivo é tradicionalmente indicado por um "baque" ou "clique" audível ou palpável.

IMAGENS



Figura 135. Teste de Lachman

NOME	LACHMAN
SENSIBILIDADE	0.93
ESPECIFICIDADE	0.93
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com um apoio sob o fêmur distal, de modo que o joelho fique flexionado entre 30° e 40°. Solicita-se ao paciente que estenda ativamente o joelho envolvido e, em seguida, relaxe e retorne à posição inicial. Um teste positivo para é indicado pelo deslizamento anterior da tíbia proximal.

IMAGENS



9.c Testes para ruptura do ligamento cruzado posterior

(MALANGA et al., 2003)

Figura 136. Teste Sinal de Sag Posterior

NOME	POSTERIOR SAG SIGN
SENSIBILIDADE	0.79
ESPECIFICIDADE	0.10
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o joelho e o quadril flexionados a 90°. O examinador apoia a perna sob a panturrilha/calcanhar, suspendendo-a no ar. O teste positivo para laceração do LCP consiste em frouxidão posterior da tíbia em razão da força gravitacional.

IMAGENS



Figura 137. Teste de “Gaveta” Posterior Aplicado a Ruptura do Ligamento Cruzado Posterior

NOME	POSTERIOR DRAWER
SENSIBILIDADE	0.90

ESPECIFICIDADE 0.99

FORMA DE EXECUÇÃO O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o joelho flexionado a 90°, o quadril flexionado a 45° e o pé em posição neutra. O examinador se senta sobre o pé do paciente para estabilizar o membro. O examinador coloca as duas mãos na região anterior da tíbia proximal, com os polegares nas interlinhas articulares medial e lateral. A tíbia proximal é transladada em uma direção posterior e estima-se a quantidade de movimento. Este teste é repetido com o pé rodado medial e então lateralmente, e comparado com o lado contralateral. O teste positivo para laceração do LCP depende da quantidade de movimento posterior da tíbia: grau 1 + (0 a 5 mm), grau 2+ (6 a 10 mm) e grau 3+ (+ 11 mm).

IMAGENS



Figura 138. Teste Ativo de Quadríceps

NOME	QUADRICEPS ACTIVE TEST
SENSIBILIDADE	0.98
ESPECIFICIDADE	0.10
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o joelho flexionado a 90°. Mantendo os olhos ao nível do joelho flexionado

do indivíduo, o examinador apoia a coxa com uma mão e confirma que os músculos da coxa estão relaxados, enquanto o pé é estabilizado pela outra mão. O indivíduo é convidado a deslizar o pé suavemente, escorregando-o para baixo até que a perna toque na maca. O teste positivo para laceração do LCP consiste na presença de deslocamento tibial anterior resultante da contração do quadríceps.

IMAGENS



9.d Testes para laceração do ligamento colateral

Teste para laceração do ligamento colateral medial: Valgus Stress Test. Teste para laceração do ligamento colateral lateral: Varus Stress Test (MALANGA et al., 2003).

Figura 139. Teste de Estresse em Valgo

NOME	VALGUS STRESS TEST
SENSIBILIDADE	0.86
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o quadril levemente abduzido e estendido, de modo que a coxa fique apoiada sobre a maca. O joelho é flexionado a 30° na lateral da maca e o examinador coloca uma mão sobre o aspecto lateral do joelho, enquanto a outra mão segura a perna. O examinador aplica delicadamente uma força de lateral para medial no joelho, enquanto a mão que está no tornozelo roda lateralmente a perna, ligeiramente. Repete-se o teste com o joelho em extensão completa. O teste

positivo consiste em abertura medial excessiva e dor concordante quando comparadas com o joelho não envolvido. Se o teste for positivo a 30°, o LCM está implicado. Se o teste for positivo a 0°, então LCA/LCP e/ou a cápsula articular estão implicados.

IMAGENS



Figura 140. Teste de Esforço Varo

NOME	VARUS STRESS TEST
SENSIBILIDADE	0.25
ESPECIFICIDADE	Não Informado
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o quadril levemente abduzido e estendido, de modo que a coxa fique apoiada sobre a maca. O joelho é flexionado a 30° na lateral da maca e o examinador coloca uma mão sobre o aspecto medial do joelho, enquanto a outra mão segura no pé/tornozelo. Aplica-se delicadamente uma força de medial para lateral no joelho, enquanto a mão que está no tornozelo roda lateralmente a perna, ligeiramente. Repete-se o teste com o joelho em extensão completa. O teste positivo consiste em abertura medial excessiva e dor concordante

quando comparadas com o joelho não envolvido. Se o teste for positivo a 30°, o LCM está implicado. Se o teste for positivo a 0°, então LCA/LCP e/ou a cápsula articular estão implicados.

IMAGENS



9.e Testes para disfunção patelofemoral

(NUNES et al., 2013)

Figura 141. Teste de Agachamento

NOME	SQUAT TEST
SENSIBILIDADE	0.91
ESPECIFICIDADE	0.50
FORMA DE EXECUÇÃO	Paciente é instruído a agachar. Reprodução ou aumento da dor na região patelar é considerado um teste positivo.

IMAGENS

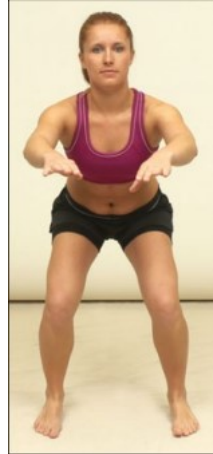


Figura 142. Teste de Inclinação Patelar

NOME	PATELLARTILT
SENSIBILIDADE	0.43
ESPECIFICIDADE	0.92
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal, com os joelhos estendidos e o quadríceps relaxado. O examinador estabiliza o membro no tornozelo em posição neutra de rotação. O examinador levanta a borda lateral da patela do côndilo lateral do fêmur usando o polegar e o dedo indicador de ambas as mãos. Considera-se o teste positivo quando a patela se move para fora do sulco troclear e subluxa lateralmente.

IMAGENS



9.f Testes para síndrome da plica sinovial

(STUBBINGS; SMITH, 2014)

Figura 143. Teste de Plica Patelar Medial

NOME	MEDIAL PATELLAR PLICA TEST
SENSIBILIDADE	0.90
ESPECIFICIDADE	0.89
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente é posicionado em decúbito dorsal com o joelho em extensão completa. O examinador fica em pé ao lado do joelho acometido do paciente. O examinador aplica uma pressão manual à plica na borda patelar inferomedial para forçá-la entre o côndilo femoral medial e a interlinha articular. O examinador flexiona o joelho do paciente a 90°. Considera-se o teste positivo quando há mais dor em extensão do que a 90° de flexão. O joelho doloroso é comparado com o lado oposto.

IMAGENS

**9.g Testes para osteoartrite de joelho**

De acordo com o “American College of Rheumatology”, sugere-se o diagnóstico de osteoartrite de joelho a partir de alguns fatores:

- 1) Idade maior ou igual a 50 anos.

- 2) Rigidez Matinal menor ou igual a 30 minutos.
- 3) Crepitação presente.
- 4) Dor óssea, alargamento ósseo e não ter aquecimento local sentido por palpação.

Se presente três dos fatores sugere-se osteoartrite de joelho com sensibilidade de 0.95 e especificidade de 0.69. Se presente quatro dos fatores sugere-se osteoartrite de joelho com sensibilidade de 0.84 e especificidade de 0.89 (DÉCARY et al., 2017).

10. Testes de exame físico para perna, tornozelo e pé

10.a Testes para entorse da sindesmose do tornozelo

(DE CÉSAR; ÁVILA; DE ABREU, 2011)

Figura 144. Teste de Rotação Externa

NOME	EXTERNAL ROTATION TEST
SENSIBILIDADE	0.20
ESPECIFICIDADE	0.84
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal; o joelho do paciente é flexionado a 90°. O examinador estabiliza o tornozelo em posição neutra e, em seguida, aplica um movimento de rotação lateral ao tornozelo. O teste positivo consiste na reprodução dos sintomas concordantes durante o movimento.

IMAGENS



Figura 145. Teste de Aperto

NOME	SQUEEZE TEST
SENSIBILIDADE	0.30
ESPECIFICIDADE	0.93
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal ou lateral. O examinador aplica uma compressão manual, empurrando a fibula sobre a tíbia, aplicando uma força na região média da panturrilha. O teste é considerado positivo se a força proximal causar dor distal próximo da sindesmose

IMAGENS



10.b Testes para deslocamento anterior do tálus em relação à tíbia

(GOMES et al., 2018)

Figura 146. Teste de Palpação Anterolateral do Tálus

NOME	ANTEROLATERAL TALAR PALPATION
SENSIBILIDADE	1.0
ESPECIFICIDADE	0.77
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal. O tornozelo é pré-posicionado em leve flexão plantar. O examinador procura a crista lateral do tálus pressionando com o polegar. Com o ápice do tálus encontrado, a perna é agarrada com os outros dedos enquanto continua pressionando a crista lateral do tálus. O examinador fornece um deslizamento anterior do calcâneo e tálus na tíbia estabilizada. O teste é positivo quando há uma excessiva translação de um lado quando comparado ao lado contralateral.

IMAGENS



10.c Testes para avaliar a integridade do tendão do calcâneo

(REIMAN et al., 2014)

Figura 147. Teste de Aperto na Panturrilha

NOME	CALF-SQUEEZE
SENSIBILIDADE	0.96
ESPECIFICIDADE	0.93
FORMA DE EXECUÇÃO	O paciente encontra-se em decúbito dorsal. O examinador comprime a panturrilha da perna afetada do paciente. O teste positivo consiste na ausência de resposta durante o teste de compressão.

IMAGENS



10.d Testes para síndrome do túnel do tarso

(ABOUELELA; ZOHIERY, 2012)

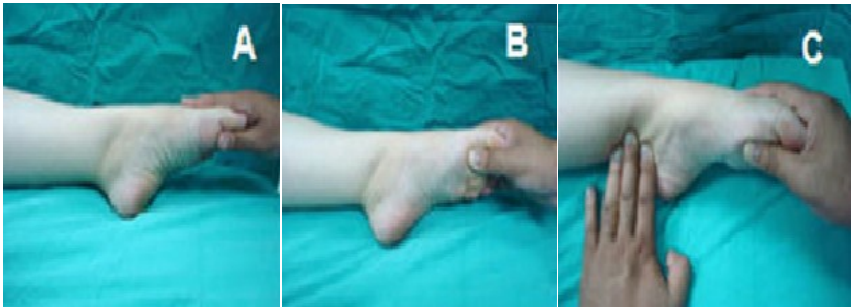
Figura 148. Teste de Estresse de Compressão Tripla

NOME	TRIPLE COMPRESSION STRESS TEST
SENSIBILIDADE	0.86
ESPECIFICIDADE	1.0

FORMA DE
EXECUÇÃO

Paciente tem o tornozelo posicionado em flexão plantar total e em inversão pelo examinador. Simultaneamente o examinador aplica pressão digital por 30s sobre o nervo tibial posterior pela outra mão do examinador atrás do maléolo medial em um esforço para provocar compressão tripla na região posterior do nervo tibial e seus ramos. O teste é positivo caso ocorra dor concordante ou os sintomas fiquem exacerbados.

IMAGENS



10.e Testes para impacto anterior do tornozelo

(MOLLOY; SOLAN; BENDALL, 2003)

Figura 149. Teste do Sinal de Impacto do Tornozelo

NOME	THE ANKLE IMPINGEMENT SIGN
SENSIBILIDADE	0.95
ESPECIFICIDADE	0.88
FORMA DE EXECUÇÃO	O examinador Segura o calcâneo do paciente, os dedos são colocados ao redor da tuberosidade do calcâneo e o polegar sobre a parte anterolateral do tornozelo. A outra mão segura o antepé para controlar a flexão do tornozelo. O pé é inicialmente mantido em posição de flexão plantar e é aplicada pressão anterolateral com o polegar pelo examinador. Isso pode produzir alguma dor por hipertrofia sinovial. O polegar então é removido e o pé vai em direção à dorsiflexão. Pode haver uma amplitude reduzida de dorsiflexão quando comparada com o outro pé. O sinal de impacto do tornozelo combina as duas manobras. A pressão do polegar é aplicada sobre a calha lateral com o pé em flexão plantar e, em

seguida, com a pressão contínua do polegar, o pé é movido de uma posição de flexão plantar para uma posição de total dorsiflexão. Se a sinóvia hipertrófica estiver presente, será forçado para dentro da articulação pelo polegar do examinador e irá colidir entre o colo do tálus e a tíbia distal quando o tornozelo atinga a dorsiflexão total. Se a manobra combinada produzir dor ou intensifica-la já sentida apenas com pressão na posição de flexão plantar, isso é considerado um sinal positivo. Se a dor não for aumentada com a manobra combinada, o sinal é negativo.

IMAGENS



10.f Testes para neuroma interdigital

(MAHADEVAN et al., 2015)

Figura 150. Teste do Polegar Dedo Indicador

NOME	THUMB INDEX FINGER
SENSIBILIDADE	0.96
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	O espaço intermetatarsal sintomático é espremido entre as pontas do dedo indicador e polegara. O teste é considerado positivo se tiver dor concordante.

IMAGENS

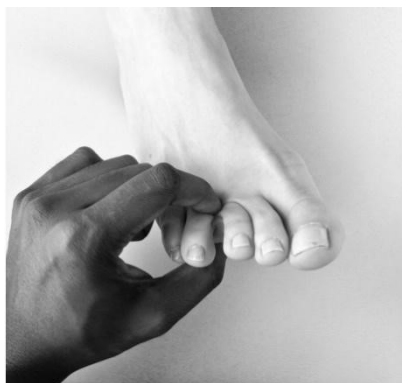


Figura 151. Teste de Mulders Click

NOME	MULDERS CLICK
SENSIBILIDADE	0.62
ESPECIFICIDADE	1.0
FORMA DE EXECUÇÃO	Examinador segura firmemente o antepé do paciente na altura dos metatarsos com as duas mãos. Aplica-se com uma mão uma pressão para baixo com uma das mãos e uma pressão para cima com a outras. O teste é positivo se tiver um ‘click’ audível.

IMAGENS



DISCUSSÃO

O objetivo desta revisão foi compilar os principais testes especiais existentes na literatura e os grupos ou “clusters” para maior chance de um diagnóstico fidedigno. A fisioterapia é uma área da saúde que se dedica à prevenção e tratamento de diversas condições, como doenças, lesões e disfunções musculoesqueléticas. Os testes especiais em fisioterapia são importantes ferramentas diagnósticas para identificar problemas musculoesqueléticos

específicos. Eles permitem ao fisioterapeuta avaliar o paciente com maior precisão e direcionar o tratamento de forma mais adequada.

Nesse estudo, foram analisados 61 artigos contendo 136 testes diferentes, abrangendo 54 disfunções ou lesões comuns na prática clínica. É evidente que algumas regiões do corpo, como ombro, cotovelo, quadril e joelho possuem uma quantidade significativa de literatura disponível, enquanto regiões como coluna torácica, punho e tornozelo apresentam pouca literatura disponível. Além disso, alguns testes específicos, como o teste de Faber ou o teste de Gaenslen, recebem maior atenção na literatura, proporcionando suporte ao diagnóstico de diversas disfunções.

Os clusters de testes especiais são combinações de diferentes testes que têm como objetivo identificar condições específicas de forma mais eficiente (Cook et al. 2013). Esses clusters são importantes porque a combinação de testes em sua maioria é mais efetiva do que um teste isoladamente. Além disso, os clusters ajudam na identificação de condições que podem ser facilmente confundidas com outras, permitindo um diagnóstico mais preciso. Do ponto de vista dos clusters, há ainda mais carência para o melhor diagnóstico. Apesar de incluir 136 testes diferentes, apenas 20 clusters foram identificados, o que evidencia a falta de estudos direcionados à identificação dessas combinações de testes. Todavia, a articulação do ombro apresenta mais clusters que as demais. Nessa revisão ainda foram descritos clusters referentes à coluna cervical, cotovelo, mão, coluna torácica, lombar e sacral, quadril e joelho, porém há uma diferença muito grande na quantidade de estudos que evidenciam bons clusters para auxílio no diagnóstico, nessas e outras articulações, quando comparamos com o ombro.

Na execução deste estudo, houve alguns desafios significativos que impactaram as análises. O principal deles foi a limitação de idioma, visto que somente artigos em inglês, espanhol e português foram lidos por completo. Apesar dessa restrição ter sido a maior dificuldade, é importante mencionar que a língua inglesa concentra o maior número de estudos publicados na área. Outro ponto importante que merece atenção é a escassez de artigos atualizados sobre certas disfunções, especialmente aquelas que foram estudadas predominantemente nas décadas de 2000 ou 1990 e cujas pesquisas não foram continuadas. Nesse contexto, seria interessante que estudos futuros se concentrassem em abordar disfunções pouco estudadas.

Dessa forma, a literatura precisa expandir seus estudos e análises em relação aos clusters de testes especiais em fisioterapia. A falta de informação disponível pode prejudicar a identificação correta de diferentes condições e, consequentemente, afetar a efetividade do tratamento. A pesquisa e sugestão de mais clusters podem melhorar o diagnóstico e

tratamento de condições específicas.

CONCLUSÃO

Nesta revisão foi possível alcançar nosso objetivo de reunir em um único material os principais testes existentes na literatura, que vão desde aqueles mais utilizados para diagnóstico de diferentes condições e partes do corpo na área musculoesquelética. A literatura sobre testes especiais em fisioterapia é vasta, oferece boa confiabilidade, mas ainda carece de mais estudos em diversas partes do corpo, como coluna cervical, torácica e tornozelo. Portanto, para o aprimoramento da prática clínica no diagnóstico e tratamento na área musculoesquelética, sugere-se que futuros estudos se concentrem na elaboração de clusters.

REFERÊNCIAS

- ABOUELELA, A. A. K. H.; ZOHIERY, A. K. The triple compression stress test for diagnosis of tarsal tunnel syndrome. **Foot**, v. 22, n. 3, p. 146–149, set. 2012.
- ADACHI, S. et al. The tibial nerve compression test for the diagnosis of lumbar spinal canal stenosis—A simple and reliable physical examination for use by primary care physicians. **Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica**, v. 52, n. 1, p. 12–16, 1 jan. 2018.
- ADAMS, S. L. et al. **Clinical Use of the Olecranon-Manubrium Percussion Sign in Shoulder Trauma**. [s.l: s.n.].
- ALBERT, H.; GODSKESEN, M.; WESTERGAARD, J. Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. 2000.
- APPELBOAM, A. et al. Elbow extension test to rule out elbow fracture: Multicentre, prospective validation and observational study of diagnostic accuracy in adults and children. **BMJ (Online)**, v. 338, n. 7685, p. 31–33, 3 jan. 2009.
- ARVIND, C. H. V.; HARGREAVES, D. G. Tabletop relocation test: A new clinical test for posterolateral rotatory instability of the elbow. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 15, n. 6, p. 707–708, nov. 2006.
- BEAUDREUIL, J. et al. **Contribution of clinical tests to the diagnosis of rotator cuff disease: A systematic literature review**. **Joint Bone Spine**, jan. 2009.
- BILKIS, S. et al. Modified phalen's test as an aid in diagnosing carpal tunnel syndrome. **Arthritis Care and Research**, v. 64, n. 2, p. 287–289, fev. 2012.
- CAEKEBEKE, P. et al. Distal Biceps Provocation Test. **Journal of Hand Surgery**, v. 46, n. 8, p. 710.e1-710.e4, 1 ago. 2021.
- CARDOSO, A. et al. Diagnostic accuracy of clinical tests directed to the long head of biceps tendon in a surgical population: a combination of old and new tests. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 28, n. 12, p. 2272–2278, 1 dez. 2019.
- Carolina, M., & Guimarães, S. (1985). EXAMES DE LABORATÓRIO: SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO. In *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* (Vol. 18, Issue 2).
- CHRONOPOULOS, E. et al. Diagnostic Value of Physical Tests for Isolated Chronic Acromioclavicular Lesions. **American Journal of Sports Medicine**, v. 32, n. 3, p. 655–661, abr. 2004.
- CLARK, R. C. et al. USE of CLINICAL TEST CLUSTERS VERSUS ADVANCED IMAGING STUDIES in the MANAGEMENT of PATIENTS with a SUSPECTED SLAP TEAR. **International Journal of Sports Physical Therapy**, v. 14, n. 3, p. 345–352, jun. 2019.

CÔTÉ, P. et al. A Study of the Diagnostic Accuracy and Reliability of the Scoliometer and Adam's Forward Bend Test. 1998.

DE ARENAS-ARROYO, S. N. et al. **Accuracy of the Most Common Provocation Tests for Diagnosing Carpal Tunnel Syndrome: A Systematic Review With Meta-analysis.** *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* Movement Science Media, , 1 ago. 2022.

DE CÉSAR, P. C.; ÁVILA, E. M.; DE ABREU, M. R. Comparison of magnetic resonance imaging to physical examination for syndesmotic injury after lateral ankle sprain. **Foot and Ankle International**, v. 32, n. 12, p. 1110–1114, dez. 2011.

DÉCARY, S. et al. **Diagnostic validity of physical examination tests for common knee disorders: An overview of systematic reviews and meta-analysis.** *Physical Therapy in Sport* Churchill Livingstone, , 1 jan. 2017.

DEVEREAUX, M. W.; ELMARAGHY, A. W. Improving the rapid and reliable diagnosis of complete distal biceps tendon rupture: A nuanced approach to the clinical examination. **American Journal of Sports Medicine**, v. 41, n. 9, p. 1998–2004, set. 2013.

EKEDÄHL, H. et al. Accuracy of Clinical Tests in Detecting Disk Herniation and Nerve Root Compression in Subjects With Lumbar Radicular Symptoms. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 99, n. 4, p. 726–735, 1 abr. 2018.

GANDERTON, C. et al. Demystifying the Clinical Diagnosis of Greater Trochanteric Pain Syndrome in Women. **Journal of Women's Health**, v. 26, n. 6, p. 633–643, 1 jun. 2017.

GILLARD, J. et al. **Diagnosing thoracic outlet syndrome: contribution of provocative tests, ultrasonography, electrophysiology, and helical computed tomography in 48 patients.** [s.l: s.n.].

GOLOBOROD'KO, S. A. Provocative test for carpal tunnel syndrome. **Journal of Hand Therapy**, v. 17, n. 3, p. 344–348, jul. 2004.

GOMES, J. L. E. et al. Anterolateral talar palpation: A complementary test for ankle instability. **Foot and Ankle Surgery**, v. 24, n. 6, p. 486–489, 1 dez. 2018.

GOUBAU, J. F. et al. The wrist hyperflexion and abduction of the thumb (WHAT) test: A more specific and sensitive test to diagnose de Quervain tenosynovitis than the Eichhoff's Test. **Journal of Hand Surgery: European Volume**, v. 39, n. 3, p. 286–292, mar. 2014.

HUTTING, N. et al. **Diagnostic accuracy of premanipulative vertebrobasilar insufficiency tests: A systematic review.** *Manual Therapy*, jun. 2013b.

HUTTING, N. et al. **Diagnostic Accuracy of Upper Cervical Spine Instability Tests: A Systematic Review.** [s.l: s.n.].

JAIN, S. et al. Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management. **The Obstetrician & Gynaecologist**, v. 8, n. 3, p. 153–158, jul. 2006.

KASAI, Y. et al. A new evaluation method for lumbar spinal instability: Passive lumbar extension test. **Physical Therapy**, v. 86, n. 12, p. 1661–1667, dez. 2006.

LASLETT, M. et al. Diagnosis of Sacroiliac Joint Pain: Validity of individual provocation tests and composites of tests. **Manual Therapy**, v. 10, n. 3, p. 207–218, ago. 2005.

LASTAYO, P.; HOWELL, J. Clinical Provocative Tests Used in Evaluating Wrist Pain: A Descriptive Study. **Journal of Hand Therapy**, v. 8, n. 1, p. 10–17, 1995.

LEVY, O. et al. The active elevation lag sign and the triangle sign: New clinical signs of trapezius palsy. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 18, n. 4, p. 573–576, jul. 2009.

LIN, L. et al. Internal rotation resistance test at abduction and external rotation: a new clinical test for diagnosing subscapularis lesions. **Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy**, v. 23, n. 4, p. 1247–1252, 1 abr. 2015.

LUIME, J. J. et al. **Does This Patient Have an Instability of the Shoulder or a Labrum Lesion? The Rational Clinical Examination Section Editors**JAMA. [s.l: s.n.]. Disponível em: <www.jama.com/CME/availableonlineatwww.jama.com>.

MAHADEVAN, D. et al. Diagnostic Accuracy of Clinical Tests for Morton's Neuroma Compared With Ultrasonography. **Journal of Foot and Ankle Surgery**, v. 54, n. 4, p. 549–553, 1 jul. 2015.

MALANGA, G. A. et al. **Physical examination of the knee: A review of the original test description and scientific validity of common orthopedic tests.** **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** W.B. Saunders, , 1 abr. 2003.

MALLEE, W. H. et al. Clinical diagnostic evaluation for scaphoid fractures: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Hand Surgery**, v. 39, n. 9, p. 1683- 1691.e2, 2014.

MARTIN, H. D. et al. Diagnostic accuracy of clinical tests for sciatic nerve entrapment in the gluteal region. **Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy**, v. 22, n. 4, p. 882–888, 1 abr. 2014.

MASLOWSKI, E. et al. The Diagnostic Validity of Hip Provocation Maneuvers to Detect Intra-Articular Hip Pathology. **PM and R**, v. 2, n. 3, p. 174–181, mar. 2010.

MCCORMICK, J. P.; MORGAN, J.; SMITH, R. **Clinical Effectiveness of the Physical Examination in Diagnosis of Posterior Pelvic Ring Injuries.** [s.l: s.n.].

MICHENER, L. A. et al. Reliability and Diagnostic Accuracy of 5 Physical Examination Tests and Combination of Tests for Subacromial Impingement. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 90, n. 11, p. 1898–1903, nov. 2009.

MOLLOY, S.; SOLAN, M. C.; BENDALL, S. P. Synovial impingement in the ankle. A new physical sign. **Journal of Bone and Joint Surgery - Series B**, v. 85, n. 3, p. 330–333, abr. 2003.

MUELLNER, T. et al. **The Diagnosis of Meniscal Tears in Athletes A Comparison of Clinical and Magnetic Resonance Imaging Investigations.** [s.l: s.n.].

NEJATI, P. et al. Accuracy of the Diagnostic Tests of Sacroiliac Joint Dysfunction. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 19, n. 1, p. 28–37, 1 mar. 2020.

NOBOA, E. et al. Distension test in passive external rotation: Validation of a new clinical test for the early diagnosis of shoulder adhesive capsulitis. **Revista Espanola de Cirugia Ortopedica y Traumatologia**, v. 59, n. 5, p. 354–359, 1 set. 2015.

NUNES, G. S. et al. **Clinical test for diagnosis of patellofemoral pain syndrome: Systematic review with meta-analysis.** **Physical Therapy in Sport**, fev. 2013.

O'DRISCOLL, S. W. M.; LAWTON, R. L.; SMITH, A. M. The “moving valgus stress test” for medial collateral ligament tears of the elbow. **American Journal of Sports Medicine**, v. 33, n. 2, p. 231–239, fev. 2005.

OCHI, K. et al. Shoulder internal rotation elbow flexion test for diagnosing cubital tunnel syndrome. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 21, n. 6, p. 777–781, jun. 2012.

ORTIZ-DECLET, V. et al. Diagnostic accuracy of a new clinical test (resisted internal rotation) for detection of gluteus medius tears. **Journal of Hip Preservation Surgery**, v. 6, n. 4, p. 398–405, 1 dez. 2019.

PÅLSSON, A.; KOSTOGIANNIS, I.; AGEBERG, E. Combining results from hip impingement and range of motion tests can increase diagnostic accuracy in patients with FAI syndrome. **Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy**, v. 28, n. 10, p. 3382–3392, 1 out. 2020.

REIMAN, M. et al. The utility of clinical measures for the diagnosis of Achilles tendon injuries: A systematic review with meta-analysis. **Journal of Athletic Training**, v. 49, n. 6, p. 820–829, 1 nov. 2014.

REIMAN, M. P. et al. **Diagnostic accuracy of clinical tests of the hip: A systematic review with meta-analysis.** **British Journal of Sports Medicine** BMJ Publishing Group, , 2013.

RUBIO-OCHOA, J. et al. **Physical examination tests for screening and diagnosis of cervicogenic headache: A systematic review.** **Manual Therapy** Churchill Livingstone, , 1 fev. 2016.

SAROJA, G.; ASEER P, A. L.; P M, V. S. DIAGNOSTIC ACCURACY OF PROVOCATIVE TESTS IN LATERAL EPICONDYLITIS. **International Journal of Physiotherapy and Research**, v. 2, n. 6, p. 815–823, 11 dez. 2014.

SATO, J.; ISHII, Y.; NOGUCHI, H. Diagnostic Performance of the Extensor Carpi Ulnaris (ECU) Synergy Test to Detect Sonographic ECU Abnormalities in Chronic Dorsal Ulnar-Sided Wrist Pain. **Journal of Ultrasound in Medicine**, v. 35, n. 1, p. 7–14, 1 jan. 2016.

SHAIR, N. A. et al. Effectiveness of lever sign test for diagnosing anterior cruciate ligament rupture. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 38, n. 4, p. 946–949, 1 mar. 2022.

STUBBINGS, N.; SMITH, T. Diagnostic test accuracy of clinical and radiological assessments for medial patella plica syndrome: A systematic review and meta-analysis. **Knee**, v. 21, n. 2, p. 486–490, 2014.

SUTLIVE, T. G. et al. Development of a clinical prediction rule for diagnosing hip osteoarthritis in individuals with unilateral hip pain. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, v. 38, n. 9, p. 542–550, 2008.

TAKAHASHI, N. et al. Diagnostic value of the lumbar extension-loading test in patients with lumbar spinal stenosis: A cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 15, n. 1, 31 jul. 2014.

THOOMES, E. J. et al. **Value of physical tests in diagnosing cervical radiculopathy: a systematic review**. **Spine Journal** Elsevier Inc., , 1 jan. 2018.

TONOSU, J. et al. Diagnosing discogenic low back pain associated with degenerative disc disease using a medical interview. **PLoS ONE**, v. 11, n. 11, 1 nov. 2016.

TROELSEN, A. et al. What is the role of clinical tests and ultrasound in acetabular labral tear diagnostics? **Acta Orthopaedica**, v. 80, n. 3, p. 314–318, 2009.

VAN DER WINDT, D. A. et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 17 fev. 2010.