

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIAS DE ESPECIALIDADES
ANO DE REFERÊNCIA 2018**

**PROTOCOLO DE ACESSO SUGERIDO PARA:
CONSULTA EM ORTOPEDIA**

Uma adaptação autorizada de: **PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA Ortopedia Adulto**, TelessaúdeRS-UFRGS, 2016 Porto Alegre – RS.

Define-se protocolo como um conjunto de regras ou deliberações que determina a maneira que um processo deverá ser executado. No caso dos **protocolos de acesso** a finalidade é de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso segundo a gravidade clínica do usuário, sendo usados também para definir os fluxos de referência entre os estabelecimentos.

O protocolo de Ortopedia têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento. Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes que apresentam história prévia de cirurgia no aparelho locomotor devem ter acesso ao serviço especializado de acordo com a condição clínica atual. Visto a alta prevalência de afecções osteomusculares, é fundamental que os profissionais esgotem os recursos diagnósticos e terapêuticos (acompanhamento fisioterápico, tratamento farmacológico) da Atenção Primária à Saúde antes de encaminhar para serviços especializados.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos (suspeita de fratura/luxação, ruptura ligamentar, suspeita de compressão medular, etc). Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

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

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

Protocolo 1 – Dor lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

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

- Dor crônica em adulto idoso ou adulto jovem;
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre); ou
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna; ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado.
- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica); ou
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese; ou
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, com ou sem irradiação e, tempo de início
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
- se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
- osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
- associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;

Exame de eleição para quadro clínico radicular – RM

Exame de eleição para fraturas e dores posturais – Raio x e TC

Protocolo 2 – Dor cervical

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Dor cervical com irradiação evidente para MMSS
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura vertebral luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

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

- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre); ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor cervical com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado.
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- tratamento em uso ou já realizado para dor cervical (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
- presença de imunossupressão ou artrite reumatóide (sim ou não). Se sim, qual?
- se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
- osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
- associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;

Exame de eleição para quadro clínico radicular – RM

Exame de eleição para fraturas e dores posturais – Raio x e TC

Protocolo 3 – Dor no Ombro

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Trauma com aumento de volume articular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- ruptura total de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem; ou
- dor no ombro refratarária ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses; ou
- luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- sinais e sintomas;
- apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
- presença de luxação do ombro (sim ou não). Se sim, descreva quantidade de vezes;
- resultado de exame de imagem do ombro, com data;
- história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
- associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;

Exame de eleição para casos mais agudos- RM

Exame de eleição para situações mais leve – USG

Protocolo 4 – Dor no Joelho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Trauma com aumento de volume articular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica; ou
- lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica; ou
- suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar (ver quadro 4 e 5 no anexo), na impossibilidade de realizar RNM; ou
- subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador; ou
- osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária)

Exame de eleição para lesões meniscais e LCA LCP – RM

Exame de eleição para suspeitas de fraturas – Raio x

Exame de USG – Somente indicado para suspeita de cisto de Backer ou ligamentar supreficial (LCM LCL)

Protocolo 5 – Dor no Quadril

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Trauma quadril com dificuldade para se deslocar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- todos os casos de osteonecrose (necrose avascular ou asséptica); ou
- osteoartrite de quadril com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- sinais e sintomas;
- apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
- resultado de exame de imagem do quadril, com data.
- tratamento realizado para osteoartrite de quadril (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- sinais e sintomas (descrever presença de instabilidade, bloqueio articular, crepitação, tempo de evolução, manobras ortopédicas realizadas);
- apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
- resultado de exame de imagem do joelho, com data;
- história prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;
- associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;
- tratamento realizado para a dor no joelho (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

Exame de eleição para lesões degenerativas – Raio x

Exame de eleição lesão condral ou labral – ArthroRM ou RM

Exame de USG somente indicado para lesão muscular local ou bursite.

Protocolo 6 – Patologias mão e punho

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

- suspeita de fratura.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ortopedia:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional; Sinais inflamatórios locais.

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

Dor e parestesia na mão resistente ao tratamento.

Exame de eleição para avaliação óssea – Raio x

Exame eleição para cistos locais – USG Exame eleição para STC – ENMG

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen (quando indicado), fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
- tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- conclusão da eletroneuromiografia ou exame de imagem, com data (se indicado);
- associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;



Protocolo 7 – Patologias do Tornozelo e Pé

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Trauma com aumento de volume e limitação funcional.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- fasciíte plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refrataria ao tratamento clínico otimizado por 6 meses¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
- apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
- tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

Exame de eleição para lesões ósseas – Raio x

Exame eleição lesão ligamentar – RM



Protocolo 8 – Bursite/Tendinite

Condições para encaminhamento ao Ortopedista:

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

sinais e sintomas:

- a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
- resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;
 - história prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;
 - associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade; tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração);

Protocolo 9 – Osteoartrite.

Ver quadro 3 no anexo para sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- Bloqueio articulares quadril, joelhos, mãos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:
 - dor articular
 - hipertrofia óssea na articulação
 - presença de rigidez matinal se houver
 - presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
 - outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
- presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
- resultado de exame de imagem, com data;
- resultado de Laboratório
- índice de massa corporal (IMC);

Exame de eleição para visualização lesão óssea.



Protocolo 10 – Fraturas e luxações

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- descreva localidade da fratura e data;
- descreva manejo realizado para fratura (imobilização, procedimento cirúrgico, tratamento fisioterápico);
- apresenta deformidade ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;

Exame de eleição para visualização lesão óssea – Raio x

ANEXO: quadros e figuras auxiliares

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

Compressão medular (cervical ou torácica)
Tetra – paraparesia;
Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
Espasticidade;
Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);
Presença do sinal de Lhermitte;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;
Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, mão).
Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
Anestesia em sela;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 2– Dor lombar de característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios).

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

Fonte: Rudwaleit (2009).

Quadro 3 – Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico):
dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia do joelho e mais um critério clínico: <ul style="list-style-type: none">• idade superior a 40 anos;• rigidez matinal com duração inferior a 30 minutos;• crepitação da mobilização ativa da articulação.
Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial):
dor no quadril e pelo menos 2 critérios dos 3 critérios: <ul style="list-style-type: none">• VHS < 20 mm/h/1º hora;• osteófitos femoral ou acetabular na radiografia de quadril;• diminuição do espaço interarticular (superior, axial e/ou medial) na radiografia de quadril.
Osteoartrite da mão (critério clínico):
dor ou rigidez das mãos e pelo menos 3 dos 4 critérios: <ul style="list-style-type: none">• alargamento ósseo de duas ou mais articulações definidas (2º e 3º interfalangeanas distais, 2º e 3º interfalangeanas proximais e 1º articulação carpometacarpal de ambas as mãos);<ul style="list-style-type: none">• alargamento ósseo de duas ou mais articulações interfalangeanas distais;• menos de três articulações metacarpofalangeanas com edema;• deformidade de pelo menos 1 das 10 articulações definidas.
Fonte: American College of Rheumatology (1986, 1990, 1991).

Quadro 4 – Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho

Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas)
Dificuldade para agachar ou ajoelhar
Bloqueio articular
Derrame articular
Dor a palpação da interlinha articular
Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho.

Quadro 5 – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

Sintomas que iniciarem após traumatismo (atividade esportiva) especialmente se associado à derrame articular precoce (primeiros instantes após o trauma)
Sensação de instabilidade articular
Frouxidão ligamentar (maior amplitude de movimento)