

**PROTOCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL
SES/SC**

PROTOCOLO DE ACESSO PARA CONSULTA EM ORTOPEDIA ADULTO

**Florianópolis-SC
Fevereiro-2020**

PROTOCOLO DE ACESSO - PATOLOGIAS DA COLUNA VERTEBRAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- I. Dor crônica inespecífica sem melhora após 6 meses de tratamento clínico otimizado (farmacológico e não farmacológico);
- II. Artropatias/discopatias degenerativas com dor crônica de caráter mecânico;
- III. Sinais e sintomas de radiculopatia sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado (farmacológico e não farmacológico);
- IV. Diagnóstico e/ou sinais clínicos sugestivos de estenose de canal medular ou mielopatia;
- V. Escoliose com grau de curvatura alto (superior a 40 graus) e sintomática.

SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

- I. Suspeita de síndrome de compressão medular, compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina;
- II. Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- III. Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA ESPECIALIDADE:

Encaminhar para reumatologia os casos de dor na coluna vertebral com duração maior ou igual a 6 (seis) semanas **com características inflamatórias** (dor noturna, piora ao acordar, rigidez após repouso) e elevação das provas de atividade inflamatórias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e médicos especialistas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- I. Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);
- II. Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (perda de peso quando recomendado, fisioterapia, acupuntura);
- III. Resultados dos exames realizados (ex. radiografia), com data.
- IV. Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

1. Sinais de alerta e/ou fatores de risco que indicam necessidade de avaliação complementar com exame de imagem (ressonância magnética, tomografia computadorizada) se radiografia normal ou inconclusiva:

I. Dor na coluna vertebral em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;

II. Dor na coluna vertebral em paciente com história prévia ou suspeita de câncer;

III. Dor na coluna vertebral em paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);

IV. Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária);

V. Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna;

VI. Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose;

Observação:

Anormalidades anatômicas, como protusão ou extrusão de discos são observadas em até 30% dos pacientes assintomáticos e em 57% dos pacientes com idade superior a 64 anos e não necessariamente estão relacionadas à condição clínica apresentada pelo paciente.

2. 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.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO Não inserir no SISREG	<p>Síndrome de compressão medular ou síndrome da cauda equina; trauma recente; suspeita de infecção. Obs. Encaminhar para unidade de emergência.</p> <p>Outras condições que podem ser resolvidas ambulatorialmente, não descritas nesse protocolo, com sinais objetivos de alarme e gravidade.</p>
AMARELO	<p>Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante; perda de força progressiva, medida de maneira objetiva; dor com sinais de radiculopatia sem melhora após 6 semanas de tratamento otimizado; estenose de canal medular com radiculopatia (ex. escoliose neuromuscular, cisto aneurismático (tumor ósseo), invaginação basilar com sintomas neurológicos, sinais de denervação).</p>
VERDE	<p>Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento, com limitação funcional.</p>
AZUL	<p>Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento, sem limitação funcional (ex. redução do espaço discal, deformidade de scheuermann, costela cervical assintomática, hemangioma de corpo vertebral assintomático, discopatia degenerativa discal (DDD)).</p>

PROTOCOLO DE ACESSO - SEQUELAS DE FRATURAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

I. Fratura ou luxação tratada em serviço de emergência que apresenta deformidade ou prejuízo funcional.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- I. Informar o histórico de fratura ou luxação;
- II. Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade;
- II. Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (terapia ocupacional, fisioterapia, acupuntura);
- III. Resultados dos exames de imagem realizados, com data.
- IV. Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	
AMARELO	Dor crônica intensa, com limitação importante.
VERDE	Dor crônica com limitação funcional.
AZUL	Dor crônica sem limitação funcional.

PROTOCOLO DE ACESSO - PATOLOGIAS DO OMBRO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- I. Dor e/ou deformidade de ombro que não melhoram após tratamento clínico otimizado por 6 meses;
- II. Processos degenerativos de ombro com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento otimizado;
- III. Lesão do manguito rotador e síndrome do impacto com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento otimizado;
- III. Lesões tendíneas traumáticas ou não, evidenciadas em exame de imagem;
- IV. Bursites;
- V. Radiculopatias, lesões neurológicas da cintura escapular;
- VI. Osteoartrite de ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- VII. Luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência.

SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

- I. Suspeita de artrite séptica;
- II. Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- III. Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e médicos especialistas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- I. Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);
- II. Se histórico de trauma prévio local ou de luxações recorrentes (quantidade de vezes);
- II. Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (ex. fisioterapia, acupuntura);
- III. Resultados dos exames de imagem realizados (ex. radiografia, ultrassonografia, RNM, de acordo com a indicação clínica), com data.
- IV. Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:**5.1 Condições clínicas que indicam necessidade de radiografia:**

Histórico de traumas ou fraturas antigas;

Sintomas de instabilidade articular;

Paciente com mais de 70 anos e suspeita de artrose.

5.2 Condições que indicam necessidade de ultrassonografia:

Suspeita de bursite;

Suspeita de tenossinovite;

Suspeita de lesão de manguito rotador.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO Não inserir no SISREG	Suspeita de artrite séptica, fraturas e luxações associadas a traumas recentes. Obs. Encaminhar para emergência. Outras condições que podem ser resolvidas ambulatorialmente, não descritas nesse protocolo, com sinais objetivos de alarme e gravidade.
AMARELO	Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante, sem melhora após 3 meses de tratamento clínico; capsulite adesiva; lesão de manguito rotador; instabilidade crônica com redução da amplitude do movimento articular.
VERDE	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; bursite; tendinite; artrose de ombro.
AZUL	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional.

PROTOCOLO DE ACESSO – PATOLOGIAS DA MÃO, PUNHO E COTOVELO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- I. Processos degenerativos de mão, punho ou cotovelo com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento farmacológico e não farmacológico otimizados;
- II. Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;
- III. Cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional;
- IV. Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado
- V. Síndrome do túnel do carpo;
- VI. Tenossinovite, epicondilite, sem melhora com tratamento clínico otimizado;
- VII. Tenossinovite de De Quervain; Pseudoartrose do escafóide; Doença de Kienbock; Doença de Dupuytren; Síndrome do Pronador Redondo.

SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

- I. Suspeita de artrite séptica;
- III. Suspeita de fratura, luxação ou lesão neurotendínea associadas a traumatismo recente.

SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA ESPECIALIDADE:

Encaminhar para reumatologia:

Casos de dor **com características inflamatórias** (dor noturna, piora ao acordar, rigidez após repouso) e elevação das provas de atividade inflamatórias (ex. casos suspeitos de artrite reumatoide, artrite psoriática)

Considerar encaminhamento para Neurocirurgia ou Cirurgia de Mão:

- Síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar;
- Síndrome do túnel com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos);
- Síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

I. Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);

II. Se histórico de trauma prévio local;

III. Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (ex. fisioterapia, acupuntura);

IV. Resultados dos exames de imagem realizados (ex. radiografia, ultrassonografia, eletroneuromiografia de acordo com a indicação clínica), com data.

VI. Manobra de Tinel e Phalen quando indicado.

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:**1. Condições clínicas que indicam necessidade de radiografia:**

Histórico de traumas ou fraturas antigas;

Sintomas de instabilidade articular;

Paciente com mais de 70 anos e suspeita de artrose.

2. Condições que indicam necessidade de ultrassonografia:

Suspeita de epicondilite;

Suspeita de tenossinovite;

Lesões císticas;

Sinais e sintomas de STC.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO Não inserir no SISREG	Suspeita de artrite séptica, fraturas, luxações ou lesões neurotendíneas associadas a traumas recentes. Obs. Encaminhar para emergência
AMARELO	Outras condições que podem ser resolvidas ambulatorialmente, não descritas nesse protocolo, com sinais objetivos de alarme e gravidade.
VERDE	Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante ou dor com componente neuropático, sem melhora após 3 meses de tratamento clínico; Tenossinovite de De Quervain; Doença de Dupuytren.
AZUL	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; impacto fêmuro-acetabular
	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional.

PROTOCOLO DE ACESSO – PATOLOGIAS DO QUADRIL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- I. Dor crônica de quadril que não melhora após tratamento otimizado por 6 meses (tratamento medicamentoso, perda de peso quando indicado, fisioterapia, acupuntura);
- II. Epifisiólise com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial;
- III. Avaliação para cirurgias de revisão de prótese de quadril;
- IV. Osteonecrose (necrose avascular ou asséptica);
- V. Osteoartrite de quadril com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- VI. Tendinites;
- VII. Bursites quadril ou tendinite de glúteos, sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado
- VIII. Síndrome do impacto femoroacetabular;
- IX. Lesão labral.

Obs.: Alguns serviços possuem agendas específicas para patologias do quadril em pacientes acima de 65 anos.

SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

- I. Suspeita de fratura ou luxação do quadril.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e médicos especialistas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- I. Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);
- II. Se histórico de trauma prévio local ou de luxações;
- II. Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (ex. fisioterapia, acupuntura);
- III. Resultados dos exames de imagem realizados (ex. radiografia, USG, RNM, de acordo com a indicação clínica), com data.
- IV. Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:**1. Condições clínicas que podem indicar necessidade de radiografia:**

Histórico de traumas ou fraturas antigas;

Paciente com mais de 70 anos e suspeita de artrose;

Suspeita de osteonecrose.

2. Condições que podem indicar necessidade de ultrassonografia:

Suspeita de derrame articular;

Suspeita de bursite;

3. Condições que podem indicar necessidade de RNM:

Lesões musculotendíneas;

Suspeita de osteomielite.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO Não inserir no SISREG	Fraturas e luxações associadas a traumas recentes; Obs. Encaminhar para emergência Outras condições que podem ser resolvidas ambulatorialmente, não descritas nesse protocolo, com sinais objetivos de alarme e gravidade.
AMARELO	Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante, com redução da amplitude do movimento articular, sem melhora após 3 meses de tratamento clínico; necrose avascular ou asséptica; epifisiólise.
VERDE	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; bursite; tendinite; artrose de quadril.
AZUL	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional.

PROTOCOLO DE ACESSO – PATOLOGIAS DO JOELHO

1. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- I. Dor e/ou deformidade de joelho associada a alteração funcional que não melhoram após tratamento otimizado (tratamento medicamentoso, perda de peso, fisioterapia, acupuntura);
- II. Tendinites;
- III. Soltura de prótese;
- IV. Lesão meniscal, com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial com presença instabilidade, dor ou limitação à movimentação;
- V. Lesão ligamentar com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial com presença instabilidade, dor ou limitação à movimentação;
- VI. Osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- VII. Rotura de tendão quadriceptal e tendão patelar;
- VIII. Instabilidade patela femoral;
- IX. Osteonecrose;
- X. Genovalgo e genovaro com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial com presença ou não de dor ou limitação à movimentação;

Obs.: Alguns serviços possuem agendas específicas para pacientes acima de 65 anos.

2. SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

- I. Artrite séptica;
- II. Suspeita de fratura ou luxação do joelho associada a traumatismos recentes.
- III. Trauma agudo com entorse;
- IV. Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);

3. PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e médicos especialistas.

4. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- I. Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);

- II. Se histórico de trauma prévio local ou de luxações;
- II. Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (ex. fisioterapia, acupuntura);
- III. Resultados dos exames de imagem realizados (ex. radiografia, ultrassonografia, RNM, de acordo com a indicação clínica), com data.
- IV. Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

5. ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

1. Condições clínicas que podem indicar necessidade de radiografia:

Histórico de traumas ou fraturas antigas;

Suspeita de artrose;

Paciente com mais de 50 anos solicitar radiografia AP, perfil e com carga axial de patela.

2. Condições que podem indicar necessidade de RNM do joelho:

História de entorse;

Bloqueio articular;

Derrame articular persistente ou recorrentes;

Sinais de massa/tumoração;

Suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar do joelho.

3. Condições que podem indicar necessidade de USG do joelho:

Lesão ligamentar periférica

OBS. USG não é um bom método de imagem para avaliar ou diagnosticar artrose de joelho, suspeita de lesão ligamentar interna ou lesão meniscal.

4. Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho:

- Sintomas e sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas)

- Dificuldade para agachar ou ajoelhar

- Bloqueio articular

- Derrame articular

- Dor a palpação da interlinha articular

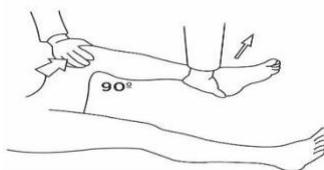
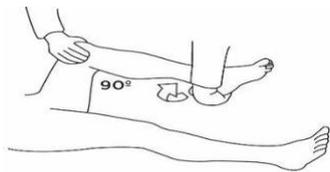
- Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho.

- Teste de McMurray positivo (ver figura 1)

5. Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho:

- Sintomas que iniciarem após traumatismo (atividade esportiva) especialmente se associado a derrame articular precoce (primeiros instantes após o trauma)
- Sensação de instabilidade articular
- Frouxidão ligamentar (maior amplitude de movimento)
- Positividade em testes que avaliam a integridade ligamentar:
 - Gaveta anterior (ver figura 2 no anexo)
 - Lachman (ver figura 3 no anexo)
 - Pivot-shift (ver figura 4 no anexo)

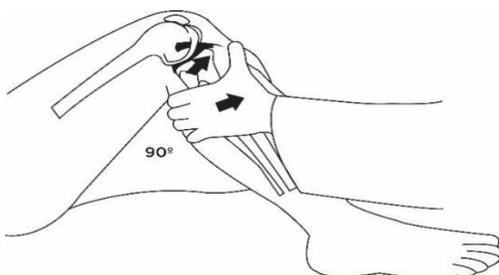
Figura 1 – Teste de McMurray



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

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

Figura 2 – Teste da gaveta anterior



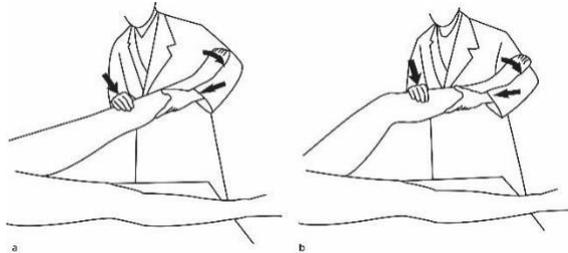
Com o paciente em decúbito dorsal, flexionar o joelho examinado a 90°. O profissional apoia o pé do paciente, e com as mãos na região posterior da tíbia superior, empurra-a para anterior. Se comparativamente com o outro joelho há translação aumentada o teste é positivo.

Figura 3 – Teste de Lachman



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

Figura 4 – Teste de Pivot-shift



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

Fonte: TelessáudeRS-UFRGS (2015).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO Não inserir no SISREG	Artrite séptica, bloqueio articular, fraturas, entorses e luxações associadas a traumas recentes. Obs. Encaminhar para emergência. Outras condições que podem ser resolvidas ambulatorialmente, não descritas nesse protocolo, com sinais objetivos de alarme e gravidade.
AMARELO	Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante, com redução da amplitude do movimento articular; diagnóstico de lesão meniscal ou ligamentar;
VERDE	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; dor femuropatelar; condropatia; subluxação patelar recorrente
AZUL	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional.

PROTOCOLO DE ACESSO – PATOLOGIAS DO PÉ/TORNOZELO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- I. Dor crônica com queixas frequentes que não melhoram após tratamento otimizado por 6 meses (perda de peso, tratamento medicamentoso, fisioterapia, acupuntura);
- II. Tendinopatias sem melhora após 3 meses de tratamento otimizado;
- III. Entesopatias, fascíte plantar ou metatarsalgia, sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado;
- IV. Lesão ligamentar;
- V. Osteomielite crônica;
- VI. Artrose;
- VII. Halux valgo;
- VIII. Pé plano, pé cavo;
- IX. Sequela de pé torto;
- X. Neuroma de Morton;
- XI. Dedo em garra;
- XII. Coalizão trasal;
- XIII. Cistos sintomático;
- XIV. Síndrome do tunel do tarso.

SITUAÇÕES QUE INDICAM NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

- I. Artrite séptica;
- II. Suspeita de fratura, luxação, lesão neurotendínea ou vascular associadas a traumatismos recentes.
- III. Trauma agudo com entorse;
- IV. Rotura de tendão de Aquiles;
- IV. Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);

3PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e médicos especialistas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- I. Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);
- II. Se histórico de trauma prévio local ou de luxações;
- II. Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (ex. fisioterapia, acupuntura);
- III. Resultados dos exames de imagem realizados (ex. radiografia, ultrassonografia, RNM, de acordo com a indicação clínica), com data.
- IV. Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

1. Condições clínicas que indicam necessidade de radiografia:

Histórico de traumas ou fraturas antigas;

Sintomas de instabilidade;

Paciente com mais de 70 anos e suspeita de artrose.

Solicitação de exames de imagem:

- Radiografia de pé: AP, perfil, com carga e oblíquo (se pé valgo acrescentar axial de calcâneo).
- Radiografia de tornozelo: AP e perfil.

2. Condições que indicam necessidade de ultrassonografia:

Suspeita de tenossinovite;
Cistos;
Síndrome do Túnel do Tarso;
Fasceíte plantar;
Metatarsalgia;
Instabilidade do tornozelo

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO Não inserir no SISREG	Artrite séptica; fraturas, luxações ou lesões neurotendíneas associadas a traumas recentes. Obs. Encaminhar para emergência. Outras condições que podem ser resolvidas ambulatorialmente, não descritas nesse protocolo, com sinais objetivos de alarme e gravidade.
AMARELO	Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante, com redução da amplitude do movimento articular, sem melhora após 3 meses de tratamento clínico; coalizão tarsal; pé plano secundário a insuficiência do tibial posterior; pé cavo; neuroma de Morton sintomático; rotura de tendão calcâneo.
VERDE	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; tenossinovite; cistos sintomáticos; hálux valgo sintomático; dedo em garra; entesopatias; fasceíte plantar; metatarsalgia; artrose.
AZUL	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional.

PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES

DE ENCAMINHAMENTO:

Diagnóstico ou suspeita de tumor ósseo

Diagnóstico de metástase óssea

*Obs. Alguns serviços possuem agendas específicas da Ortopedia-Oncologia, destinadas aos casos confirmados ou fortemente suspeitos de neoplasia maligna **primária** óssea.*

SOLICITANTES: Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- I. Descrição dos sinais e sintomas, descrição dos achados do exame físico;
- II. Resultados dos exames de imagem realizados, com descrição das características radiológicas do tumor ósseo (ex. radiografia, ultrassonografia, RNM, de acordo com a indicação clínica), com data;
- III. Quando lesões metastáticas informar o sítio primário, ossos acometidos, se há fratura óssea suspeita ou confirmada e tratamentos já realizados.
- IV. Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Todos os casos.
AMARELO	
VERDE	
AZUL	