

ENCAMINHAMENTO POR ÁREAS ESPECÍFICAS

MÃO/PUNHO/COTOVELO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- 1- Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;
- 2- Cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional;
- 3- Dedo em gatilho;
- 4- Tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado
- 5- Fibromatose de fáscia palmar (**Dupuytren**)
- 6- Síndrome do túnel do carpo (solicitar eletroneuro) 220,00 reais
- 7- Doença de Kienbock;
- 8- Lesões tumorais

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen (quando indicado), fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. Tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico (tipo de fisio e duração); e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação;
- 3- Exame de imagem com data.
4. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não)

DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS

1) Tenossinovite de De Quervain:

Diagnóstico: USG (punho ou mão conforme a patologia envolvendo partes moles), manobra de Finkelstein.

Tratamento: analgesia + uso de órtese noturna (8h/dia).

2) Fibromatose de fáscia palmar (Dupuytren)

Diagnóstico: USG de mão conforme a patologias

Tratamento: fisioterapia (alongamento da fáscia palmar e órtese em punho) + analgesia

3) Síndrome do Túnel do Carpo

Diagnóstico: USG de punho; eletromiografia (para cirurgia se refratário).

Tratamento: fisioterapia (alongamento de flexores dos dedos e flexor do polegar; ganho de ADM em punho) + analgesia

OBSERVAÇÃO: falha na resposta terapêutica após 40 sessões de tratamento fisioterapêutico e farmacológico, encaminhar para especialidade.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	Suspeita de 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 ou dor com componente neuropático, sem melhora após 3 meses de tratamento clínico; Tenossinovite de De Quervain; Doença de Dupuytren.
VERDE	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; impacto fêmuro-acetabular
AZUL	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional.

OMBRO/COTOVELO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- 1- Suspeita de fratura ou luxação
- 2- Ruptura tendínea aguda (geralmente com trauma ou esforço associado)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

1. Dor e/ou deformidade de ombro ou cotovelo que não melhoram após tratamento clínico (analgesia e fisioterapia) por 6 meses;
2. Processos degenerativos de ombro com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial;
3. Lesão do manguito rotador e síndrome do impacto com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial;
- 4- Suspeita de Radiculopatias, lesões neurológicas da cintura escapular;
- 5- Sequelas de fraturas que apresenta deformidade ou prejuízo funcional no ombro ou cotovelo;
- 6- Luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não).
3. Presença de luxação do ombro, descreva quantidade de vezes.
4. Resultado de exame de imagem do ombro, com data;
5. História prévia de trauma local
6. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não).
7. Tratamento realizado para a dor no ombro (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS

1) Tendinopatia do manguito sem ruptura completa

Diagnóstico: USG de ombro

Conduta: sessões de fisioterapia (reforço da cintura escapular, alongamento capsular com exercícios pendulares, fisioterapia ativa e assistida) + analgesia

2) Capsulite adesiva

Diagnóstico: USG de ombro

Conduta: sessões de fisioterapia (analgésica e amplitude vigorosa de movimento) + analgesia

3) Pós fraturas de úmero proximal já consolidadas

Conduta: sessões de fisioterapia (reforço da cintura escapular, alongamento capsular com exercícios pendulares, fisioterapia ativa e assistida) + analgesia

4) Epicondilite medial

Diagnóstico: clínico (teste do golfista) e USG de cotovelo

Conduta: sessões de fisioterapia (alongamento de flexores e supinador ao nível do antebraço) + analgesia

5) Epicondilite lateral

Diagnóstico: clínico (teste de Cozen/tenista) e USG de cotovelo

Conduta: sessões de fisioterapia (alongamento de extensores e supinador ao nível do antebraço) + analgesia

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	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.

QUADRIL

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- 1- Suspeita de fratura ou luxação do quadril.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- 1- Todos os casos de osteonecrose (necrose avascular ou asséptica);
- 2- Osteoartrite de quadril 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);
- 3- Artrose de quadril com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial por **6 meses**;
- 4- Epifisiólise com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial por **6 meses**;
- 5- Dor no quadril sem melhora após tratamento clínico otimizado por **6 meses**, sem indicação ou condição clínica para cirurgia;
- 6- Síndrome do impacto femoroacetabular.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. Resultado de exame de imagem do quadril, com data.
4. Tratamento realizado para osteoartrite de quadril (não farmacológico (tipo e duração) e/ ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação

DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS

1) Artrose de quadril

Diagnóstico: radiografia AP de bacia + coxofemoral AP+perfil

Conduta: sessões de fisioterapia (analgésica e reforço do glúteo médio com isométricos) + analgesia

2) Síndrome do impacto fêmuro-acetabular

Diagnóstico: radiografia AP de bacia + coxofemoral AP+perfil + USG de coxofemoral

Conduta: sessões de fisioterapia (reforço de rotadores, glúteo médio e alongamento do ileopsoas) + analgesia

3) Bursite trocantérica

Diagnóstico: USG de partes moles do quadril

Conduta: sessões de fisioterapia (analgésica e estabilização do core) + analgesia

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	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.

PÉ E TORNOZELO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- 1- Suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé.
- 2- Suspeita de ruptura aguda de tendões (especialmente tendão de aquiles e fibulares).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

1. Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;
2. Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado;
3. Fascite plantar, ou outras patologias do coxim adiposo;
4. Síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses;
5. Tendinopatia insercional e não insercional do aquiles;
6. Síndrome do impacto anterior ou posterior no tornozelo;
7. Instabilidade crônica do tornozelo (atentar para história de falseios ou entorse de repetição);
8. Lesão osteocondral do tálus/tíbia;
9. Lesão do nervo fibular com pé caído;
10. Pé plano / Pé cavo sintomáticos;
11. Outras dores no tornozelo ou pé sem melhora após tratamento clínico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. 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);

DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS

1) Fascite plantar

Diagnóstico: USG de pé

Conduta: sessões de fisioterapia (alongamento do tríceps sural e fásia plantar) + analgesia

2) Tendinopatia insercional e não insercional do aquiles

Diagnóstico: USG de gastrocnêmico

Conduta: sessões de fisioterapia (alongamento do tríceps sural, anti-inflamatória e analgésica) + analgesia

3) Instabilidade crônica de tornozelo

Diagnóstico: clínico

Conduta: sessões de fisioterapia (reforço dos tendões fibulares até consulta com ortopedista) + analgesia

4) Lesão ósteocondral do tálus/tíbia

Diagnóstico: Radiografia do pé

Conduta: sessões de fisioterapia (analgésica)

5) Lesão do nervo fibular com pé caído

Diagnóstico: Clínico

Conduta: sessões de fisioterapia (trabalhar arco de movimento do pé para não causar rigidez em equino).

6) Tendinite dos fibulares ou outros tendões do pé

Diagnóstico: Ultrassonografia de pé

Conduta: sessões de fisioterapia (analgésica e antiinflamatória)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	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; fasciíte plantar; metatarsalgia; artrose.
AZUL	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional.

JOELHO

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- 1-Suspeita de fratura ou luxação do joelho.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- 1-Todos os casos de osteonecrose.
- 2- Osteoartrite de joelho 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).
- 3- Artrose de joelho com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial por 6 meses;
- 4- Lesão de LCA e ou LCP
- 5- Lesão meniscal sem melhora com tratamento clínico otimizado por 6 meses.
- 6- Dor no joelho sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS

1) Artrose de joelho

Diagnóstico: Radiografia de joelho AP+ Perfil em 30 graus, com carga!

Conduta: Sessões de fisioterapia (anti-inflamatória, analgésica e reforço muscular)+ analgesia

2) Lesão de LCA e ou LCP

Diagnóstico: Ultrassonografia do joelho

Conduta: Sessões de fisioterapia (arco de movimento do joelho e reforço muscular)+ analgesia

3) Lesão meniscal

Diagnóstico: Ultrassonografia do joelho

Conduta: Sessões de fisioterapia (Analgesia) + analgesia

4) Tendinite patelar

Diagnóstico: Ultrassonografia do joelho

Conduta: Sessões de fisioterapia (Analgesia e alongamento)+ analgesia

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. Apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;

3. Resultado de exame de imagem do joelho, com data.

4. Tratamento realizado para osteoartrite do joelho(não farmacológico (tipo e duração) e/ ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	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.

COLUNA

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

- 1- Sintomas que iniciaram em paciente nos extremos de idade (menores que 20 ou maiores que 70);
- 2- Paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- 3- Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- 4- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados);
- 5- Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna;
- 6- Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas: a) descrever características da dor, presença ou não de ciatalgia ou claudicação neurogênica, 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);
2. 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);
3. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
5. Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade

DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS

- 1) Discopatia lombar / artrose facetaria / protusões discais.

Diagnóstico: Radiografia de coluna lombar AP + perfil

Conduta: Sessões de fisioterapia (estabilização lombar com estabilização com reforço abdômen e alongamento de músculos dorsais lombares. Alongamento de isquiotibiais) + analgesia.

- 2) Discopatia cervicais / uncoartrose e cervicobraquialgia

Diagnóstico: Radiografia de coluna cervical AP+ perfil

Conduta: Sessões de fisioterapia (alongamento de trapézio, peitoral e esternocleidomastoideo Manutenção da amplitude de movimento) + analgesia.

OBSERVAÇÃO:

*Paciente que solicitarem troca de exames por consulta em clínicas particulares, terão que ser introduzidos no protocolo, seguindo tais condutas.

* Todos os encaminhamentos necessitam que o conteúdo descritivo mínimo sejam bem especificados

* Todas as patologias não citadas nesse protocolo terão de ser manejadas na UBS conforme a literatura e encaminhadas em caso de falha terapêutica após 6 meses.

*Todos os tratamentos analgésicos terão que ser prescritos, preferencialmente, conforme a relação municipal de medicamentos (REMUME).

* Todas as dúvidas em relação a qualquer patologia ortopédica, que necessitem encaminhamento, poderão ser resolvidas diretamente com o médico regulador dessa especialidade, pelo telefone (48) 3445-8403.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	Síndrome de compressão medular ou síndrome da cauda equina; trauma recente; suspeita de infecção. Obs. Encaminhar para unidade de 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; 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).
VERDE	Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento, com limitação funcional.
AZUL	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)).

ENCAMINHAMENTO POR INDICAÇÕES GERAIS

FRATURA E LUXAÇÕES

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- 1- Todas situações de suspeita ou diagnóstico de fratura ou luxação pós trauma;
- 2- Fratura ou luxação tratada com suspeita de síndrome compartimental.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- 1- 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:

1. Descreva localização da fratura e data;
2. Descreva manejo realizado para fratura (imobilização, procedimento cirúrgico, tratamento fisioterápico);
3. Apresenta deformidade ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;

sempre encaminhar com radiografia da área traumatizada.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	
AMARELO	Dor crônica intensa, com limitação importante.
VERDE	Dor crônica com limitação funcional.
AZUL	Dor crônica sem limitação funcional.

OSTEOARTRITE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- 1- Osteoartrite de quadril, joelho, ombro, tornozelo 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);
- 2- Osteoartrite em mãos e pés com deformidades que comprometam a função da mão ou dificuldade para caminhar no caso dos pés.
- 3- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:
 - Suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou artrite psoriásica;
- 4- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outro serviço de referência disponível).
- 5- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.]

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico: a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas; b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas; c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração; d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não); e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
2. Presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
3. Resultado de exame de imagem, com data;
4. Resultado de velocidade de hemossedimentação (VHS), com data;
5. Índice de massa corporal (IMC);
6. Tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
7. Comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras);

BURSITE/ TENDINITE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

Bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios,

acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses.

atentar para as rupturas tendíneas agudas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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)
2. Resultado de exame de ultrassonografia datado + radiografia de articulação adjacente ao local da dor.
3. História prévia de trauma local (sim ou não).
4. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não).