

MÓDULO: ORTOPEDIA

INFORMAÇÕES MÉDICAS DE APOIO À REGULAÇÃO



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 01. Considerações Iniciais..... | 03 |
| 02. Motivações mais comuns de consultas e exames..... | 04 |
| Dor lombar..... | 04 |
| Cervicalgia..... | 06 |
| Artrose/Artrite..... | 09 |
| Bursite/Tendinite..... | 10 |
| Joelho..... | 12 |
| Ombro..... | 14 |
| Quadril..... | 15 |
| Pé e Tornozelo..... | 16 |
| Fraturas e Luxações | 17 |
| 03. Ordem de Priorização: resumo | 18 |
| 04. Referências e embasamento..... | 20 |
| 05. Apêndice..... | 21 |

01. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As “**INFORMAÇÕES MÉDICAS DE APOIO À REGULAÇÃO**” são um material de uso interno da CECIR – SMS – FORTALEZA, representando uma visão da regulação médica em relação ao acolhimento de solicitações de consultas e de exames **eletivos**. Têm intenção de ser ponto de partida para uma discussão mais ampla, envolvendo representantes das unidades solicitantes de consultas e de exames, de Instituições de Ensino e da Central de Regulação do Município de Fortaleza. Apoia-se na literatura médica média, amplamente disponível, e em protocolos de regulação existentes, como o RegulaSUS.

O resultado final dessa abrangente discussão poderá restar, em um segundo momento, em um PROTOCOLO DE REGULAÇÃO EM CONSULTAS E EXAMES. Tem por objetivo oferecer ao médico regulador um material de apoio, não restritivo, com intenção de auxiliar a racionalização da marcação de consultas e de exames.

Por sua natureza não restritiva e auxiliar, não intenciona protocolar orientações inflexíveis, “engessadas”, respeitando a autonomia do médico regulador em seu livre julgamento. Informações de história clínica, de exame físico e de exames complementares, informados ou anexados, devem ser consideradas na definição de prioridade e regulação.

Pacientes com suspeita de neoplasias ósseas têm preferência de encaminhamento ao ortopedista quando comparados com outras condições clínicas previstas no Manual de Orientação à Regulação.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam de encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas neste material (como por exemplo suspeita de fratura/luxação, suspeita de compressão medular, etc). Apesar disso, ressaltamos que existem muitas outras condições que não estão contempladas neste conteúdo. É de responsabilidade do médico assistente tomar decisão e orientar o encaminhamento de pacientes para o serviço de atendimento médico apropriado, conforme avaliação presencial. É de responsabilidade do médico regulador acolher a solicitação de consulta ou de exame, reconhecendo a prioridade adequada de acordo com as informações disponíveis. O médico regulador pode devolver uma solicitação ao “Estabelecimento Solicitante” sempre que julgar as informações inseridas no sistema de regulação incompletas e/ou inconsistentes.

Quando sinalizada pelo estabelecimento solicitante a informação de que não há mais necessidade do exame e/ou de consulta solicitados, o médico regulador poderá retirar o pedido de consulta ou de exame do sistema, transcrevendo no ato do cancelamento a informação inserida pelo estabelecimento solicitante de que não há mais necessidade da consulta ou do exame inicialmente solicitado.

DOR LOMBAR

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

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver quadro 1 no anexo); ou
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; 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..

Condições clínicas que indicam a **necessidade de investigação com exame de imagem** (Ressonância Magnética Nuclear - RMN - preferencialmente - ou Tomografia Computadorizada).

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

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- 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
- 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 otimizado¹

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para ORTOPEDIA – CIRURGIA DA COLUNA ou NEUROCIRURGIA:**

- 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 otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para REUMATOLOGIA:**

- dor lombar crônica (mais de 3 meses de duração) de característica inflamatória (ver quadro 2 no anexo).

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 da suspeita;

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;

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

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para emergência:**

- suspeita de síndrome de compressão medular (ver quadro 1 no anexo); ou
- 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.

Cervicalgia com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- 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 otimizado¹.

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

- diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia não operados em caráter emergencial; ou
- pacientes com cervicalgia e artrite reumatóide; ou
- 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.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ao REUMATOLOGISTA:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória.

Conteúdo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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);

2. 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);

3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);

4. presença de imunossupressão ou artrite reumatóide (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;

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para ORTOPEDIA GERAL**:

- osteoartrite de quadril, joelho ou ombro 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); ou
- osteoartrite em mãos com deformidades que comprometam a função da mão.

Obs: Vide quadro 3, no anexo.

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:

Conteúdo mínimo descritivo necessário no encaminhamento:

1. manifestações clínicas que sugiram 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 (VSG/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);

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento à ORTOPEDIA

GERAL:

- 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:

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). Se sim, descreva.

2. resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;

3. história prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;

4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;

5. tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração);

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

- suspeita de fratura (dor, impotência funcional, com ou sem sinais indiretos de equimose, hematoma, deformidades visíveis).
- artrite séptica

Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para ORTOPEDIA GERAL ou ORTOPEDIA – CIRURGIA DA MÃO:**

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional; ou
- dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado ; ou
- tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado¹ .

Condições clínicas que indicam necessidade **de encaminhamento para NEUROCIRURGIA OU ORTOPEDIA – CIRURGIA DA MÃO:**

- síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; ou
- síndrome do túnel com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou
- síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹ .

Condições clínicas que indicam necessidade **de encaminhamento para REUMATOLOGISTA**

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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 e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. conclusão da eletroneuromiografia ou exame de imagem, com data (se indicado);
4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;

1 Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, uso de órtese, exercícios e/ou acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente..

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

- suspeita de fratura ou luxação.
- artrite séptica

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MMII - JOELHO:**

- suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar do joelho (ver quadros 4 e 5 no anexo).

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para ORTOPEDIA – CIRURGIA DO JOELHO:**

- lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica (lesão do ligamento cruzado anterior, cruzado posterior, colaterais); ou
- lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica (lesões meniscais que atingem a superfície articular em pacientes sem artrose avançada estabelecida); ou
- suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar (ver quadro 4 e 5 no anexo), na impossibilidade de realizar RNM; ou
- subluxação patelar recorrente (mais de 1 episódio); 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).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

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

- suspeita de fratura ou luxação;
- artrite séptica

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para ORTOPEDIA – CIRURGIA DO OMBRO**

- ruptura total de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem; ou
- ruptura parcial de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor refratária ao tratamento clínico otimizado¹, rotura que acomete mais de 50% da espessura do tendão; ou
- dor no ombro refrataria ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses; ou
- 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); ou
- 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). Se sim, descreva;
3. presença de luxação do ombro (sim ou não). Se sim, descreva quantidade de vezes;
4. resultado de exame de imagem do ombro, com data;
5. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
6. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;
7. tratamento realizado para a dor no ombro (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);

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

- suspeita de fratura ou luxação do quadril
- artrite séptica

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para ORTOPEDIA-QUADRIL**:

- 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:

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).

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

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

- suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé.
- artrite séptica

Condições clínicas que indicam a **necessidade de encaminhamento para ORTOPEDIA – CIRURGIA DO PÉ:**

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado¹ ; ou
- fascíte 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:

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);

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/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 – CIRURGIA DO PÉ:**

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado¹ ; 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:

1. descreva localidade 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;

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

03. Ordem de priorização: resumo

A tabela exibida na página seguinte estratifica, de forma resumida, níveis de priorização por cores: azul, verde, amarelo e vermelho. Sendo um resumo, a tabela não apresenta todos os pormenores necessários para decisão final de regulação, sendo um ponto de partida para tomada de decisão, essa abalizada pelo completo julgamento do médico, a partir das informações disponíveis.

Faz-se necessário explicar que algumas condições devem ser encaminhadas diretamente para os **serviços com atendimento de portas abertas, emergenciais**. Algumas condições que se encontram nessa situação são: síndrome de compressão medular ou síndrome da cauda equina, suspeita de infecção, suspeita de artrite séptica, fraturas e luxações associadas a traumas recentes, lesões neurotendíneas associadas a traumas recentes. Existem outras condições que requerem encaminhamento diretamente à emergência, sendo de responsabilidade do médico que realiza o atendimento reconhecer essas condições e realizar o encaminhamento, que não percorre o caminho de regulação ambulatorial.

Sequelas de fratura devem ser priorizadas de acordo com a gravidade funcional atual.

Tabela: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADPATADA DE SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

| Classificação de risco: | |
|---|---|
|  | Coluna: Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante; perda de força rapidamente progressiva, medida de maneira objetiva; dor com sinais de radiculopatia sem melhora após 6 semanas de tratamento otimizado; estenose de canal medular com radiculopatia; Joelho: lesão meniscal em alça de balde ocasionada por trauma recente. Todos os tumores. |
|  | Coluna: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento, com limitação funcional; Ombro: 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; Mão: 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. Quadril: 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; Joelho: Dor intensa e intratável, com limitação funcional importante, com redução da amplitude do movimento articular; diagnóstico de lesão meniscal ou ligamentar; luxação patelar recidivante. Pé: 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. |
|  | Coluna: 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)); Ombro: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; bursite; tendinite; artrose de ombro; Mão: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; Quadril: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; bursite; tendinite; artrose de quadril; Joelho: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, com limitação funcional; dor femuropatelar; condropatia; pé: 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; |
|  | Coluna: Escoliose de baixo valor angular, dorsolombalgias mecânicas sem sinais de alerta, não resolvidas por medidas convencionais; Ombro: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional; Mão: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional; Quadril: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional; Joelho: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional; Pé: Dor crônica sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado, sem limitação funcional; |

Fonte: A Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-adulto/13770-neurologia-adulto/file>, adaptada por CECIR/CORAC.

03. Referências, embasamento e autoria

1. Protocolos disponíveis no REGULA SUS
2. Protocolos disponíveis na Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.
3. Autoria:
 - Médico regulador servidor: João Bosco Sales Nogueira, Marcos Costa Moura.
 - Helena Paula Guerra. Coordenadora da Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde da **SMS Fortaleza**.
 - Emília Alves de Castro, Gerente da Célula do Complexo Integrado de Regulação - **CECIR/CORAC**.

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/1ª 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 1ª articulação carpometacarpal de ambas as mãos);- 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. |
| Teste de McMurray positivo (ver figura 1 no anexo) |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 5 – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

| |
|--|
| Sintomas que iniciaram 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) |
| Positividade em testes que avaliam a integridade ligamentar: <ul style="list-style-type: none">- gaveta anterior (ver figura 2 no anexo)- Lachman (ver figura 3 no anexo)- Pivot-shift (ver figura 4 no anexo) |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

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.

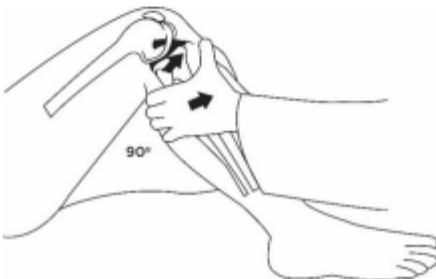


Testar menisco lateral: com o joelho totalmente fletido, se segura o pé agora em rotação interna. Simultaneamente aplica-se uma força em valgo no joelho enquanto se estende a perna lentamente. Deve-se manter os dedos da outra mão na linha articular do joelho e atentar para um estalo ou clique associado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



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Figura 2 – Teste da gaveta anterior



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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

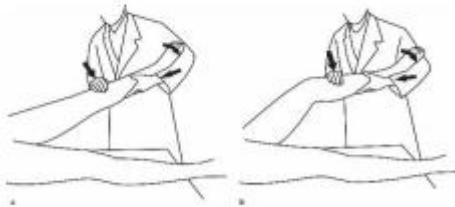
Figura 3 – Teste de Lachman



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

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 tibia proximal realizando um movimento antagônico entre eles. O teste é positivo quando a tibia se desloca anteriormente..

Figura 4 – Teste de Pivot-shift



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

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 tibia no fêmur (redução de uma subluxação anterior).