



PREFEITURA DE BENTO GONÇALVES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Protocolos municipais de encaminhamento para Ortopedia Adulto

Protocolo desenvolvido conforme Portaria SAS nº 423, de 09 de julho de 2002 que aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo referente ao controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS; e Política Nacional de Regulação (PNR) regulamentada pela [Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008](#).

DIRETORES TÉCNICOS

Daniel Francio - Médico Regulador

Júlia Oliari Franco - Médica Reguladora

Pedro Augusto Cavagni Ambrosi - Médico Regulador

SUPERVISÃO GERAL

Daiane Piuco - Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial

Paula Coghetto Pertile - Médica coordenadora da Atenção Primária

Thiago Arpini Valerio - Médico coordenador

AUTORIDADES

Gilberto Santo Souza de Souza Junior - Secretário Municipal de Saúde

Diogo Segabinazzi Siqueira - Prefeito de Bento Gonçalves

Bento Gonçalves - RS

2024

Protocolos municipais de encaminhamento para Ortopedia Adulto

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Destacamos que outras condições clínicas, bem como achados durante a história clínica e o exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia óssea devem ser encaminhados com prioridade ao ortopedista, em comparação com outras condições clínicas listadas nos protocolos. Apesar de os protocolos não abordarem especificamente a avaliação de lesões traumáticas, os casos que requerem intervenção cirúrgica e não foram resolvidos nos serviços de emergência/urgência devem receber igual prioridade de encaminhamento.

Dada a elevada prevalência de afecções osteomusculares, é crucial que os profissionais esgotem os recursos diagnósticos e terapêuticos (incluindo acompanhamento fisioterapêutico e tratamento farmacológico) oferecidos pela Atenção Primária à Saúde antes de encaminhar para serviços especializados.

É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação e fornecer todas as informações pertinentes solicitadas pela Regulação Ambulatorial.

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.

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

Em caso de dúvida ou situação não disponível ou contemplada neste protocolo, por favor discuta qual o melhor fluxo com a Regulação Municipal através do email: regulacaomedicabentogoncalves@gmail.com ou ainda do nosso WhatsApp disponibilizado aos médicos cadastrados na Rede Municipal de Saúde de Bento Gonçalves.

Protocolos municipais de encaminhamento para Ortopedia Adulto e Ortopedia Pediátrica	2
Protocolo 1 - DOR LOMBAR E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA LOMBAR	4
Protocolo 2 - DOR CERVICAL E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA CERVICAL	6
Protocolo 3 - OSTEOARTRITE	8
Protocolo 4 - BURSITE/TENDINITE	10
Protocolo 5 - PROBLEMAS DE MÃO E PUNHO	11
Protocolo 6 - DOR NO OMBRO	12
Protocolo 7 - DOR NO JOELHO	14
Protocolo 9 - PATOLOGIAS DO TORNOZELO E PÉ	18
Protocolo 10 - FRATURAS E LUXAÇÕES	19
REFERÊNCIAS	20

Protocolo 1 - DOR LOMBAR E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA LOMBAR

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial;
2. Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
3. Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica);
4. Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese;
5. Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses.
6. Dor lombar crônica sem melhora após tratamento clínico otimizado (mais de 3 meses) com suspeita de associação com o trabalho.

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

1. sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
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);
5. dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantementenoturna;
6. paciente com diagnóstico prévio de osteoporose;
7. dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado

OBS.: dor com sinais de alarme¹ que sugerem manejo em serviço de emergência devem ser encaminhadas à UPA.

¹Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina; 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.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Sinais e sintomas:
 - a. Descrever características da dor, presença ou não de cialgia 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.

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Dor incapacitante;
 - b. Suspeita de neoplasia;
 - c. Dor com sinais de alerta;
 - d. Casos previamente discutidos com regulação.
2. Brevidade média:
 - a. Dor com limitação funcional.
3. Brevidade baixa:
 - a. Dor sem limitação funcional.

Protocolo 2 - DOR CERVICAL E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA CERVICAL

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial;
2. Diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia não operados em caráter emergencial;
3. Pacientes com cervicalgia e artrite reumatóide;
4. Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
5. Dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses. Dor cervical crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com o trabalho.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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;
2. Tratamento em uso ou já realizado para dor cervical (não-farmacológico, tipo e duração);
3. Medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
4. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
5. Presença de imunossupressão ou artrite reumatóide (sim ou não). Se sim, qual? 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.

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Dor incapacitante;
 - b. Suspeita de neoplasia;
 - c. Dor com sinais de alerta;
 - d. Casos previamente discutidos com regulação.

2. Brevidade média:
 - a. Dor com limitação funcional.
3. Brevidade baixa:
 - a. Dor sem limitação funcional.

Protocolo 3 - OSTEOARTRITE

Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

- a. **Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico):**
 - i. **dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia do joelho e mais um critério clínico:**
 - 1. - idade superior a 40 anos;
 - 2. - rigidez matinal com duração inferior a 30 minutos;
 - 3. - crepitação da mobilização ativa da articulação.
- b. **Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial):**
 - i. **dor no quadril e pelo menos 2 critérios dos 3 critérios:**
 - 1. - VHS < 20 mm/h/1º hora;
 - 2. - osteófitos femoral ou acetabular na radiografia de quadril;
 - 3. - diminuição do espaço interarticular (superior, axial e/ou medial) na radiografia de quadril.
- c. **Osteoartrite da mão (critério clínico):**
 - i. **dor ou rigidez das mãos e pelo menos 3 dos 4 critérios:**
 - 1. - 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);
 - 2. - alargamento ósseo de duas ou mais articulações interfalangeanas distais;
 - 3. - menos de três articulações metacarpofalangeanas com edema;
 - 4. - deformidade de pelo menos 1 das 10 articulações definidas.

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Osteoartrite de quadril, joelho ou 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);
2. Osteoartrite em mãos com deformidades que comprometam a função da mão;
3. Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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);
 - f. Presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não).
Se sim, descreva.
- 2. Resultado de exame de imagem, com data;
- 3. Resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;
- 4. Índice de massa corporal (IMC);
- 5. Tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- 6. Comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras)

Para uso da Regulação:

- 1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Quadros discutidos com Regulação Médica.
- 2. Brevidade média OU baixa:
 - a. Quadros com suspeita de associação com o trabalho;
 - b. Prejuízo em atividades laborais ou atividades diárias de vida.
- 3. Eletivo:
 - a. Demais situações descritas em protocolo.

Protocolo 4 - BURSITE/TENDINITE

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses;
2. Bursite ou tendinite há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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.
 - c. Resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;
 - d. História prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;
 - e. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
 - f. Tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração).

Para uso da Regulação:

4. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Quadros discutidos com Regulação Médica.
5. Brevidade média OU baixa:
 - a. Quadros com suspeita de associação com o trabalho;
 - b. Prejuízo em atividades laborais ou atividades diárias de vida.
6. Eletivo:
 - a. Demais situações descritas em protocolo.

Protocolo 5 - PROBLEMAS DE MÃO E PUNHO

ORTOPEDIA ADULTO:

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 sem melhora com tratamento clínico otimizado;
4. Tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado
5. Síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar;
6. Síndrome do túnel com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos);
7. Síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado (inclusive uso de órtese);
8. Problemas de mão e/ou punho há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

Para uso da Regulação:

7. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Quadros discutidos previamente com a Regulação;
8. Brevidade média OU baixa:
 - a. Quadros com suspeita de associação com o trabalho;
 - b. Prejuízo em atividades laborais ou atividades diárias de vida
9. Eletivo:
 - a. Demais situações descritas em protocolo.

Protocolo 6 - DOR NO OMBRO

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Ruptura total de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem;
2. Ruptura parcial de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor refratária ao tratamento clínico otimizado;
3. Dor no ombro refratária ao tratamento clínico otimizado por um período de 6 meses;
4. Osteoartrite de ombro (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
5. Luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência;
6. Pacientes com dor no ombro há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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).

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Ruptura total de tendão;
 - b. Luxações e suspeitas de fratura;
 - c. Prejuízo em atividades laborais ou atividades diárias de vida;
 - d. Quadros discutidos com Regulação Médica.
2. Brevidade média OU baixa:
 - a. Ruptura parcial de tendão;
 - b. Osteoartrite
3. Eletivo:

- a. Dor refratária ao tratamento clínico otimizado sem relação com atividade laboral.

Protocolo 7 - DOR NO JOELHO

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica;
2. Lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica;
3. Suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar;
4. Subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador;
5. 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);
6. Dor no joelho sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia;
7. Pacientes com dor no joelho há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho.

Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho:

- a. Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas)
- b. Dificuldade para agachar ou ajoelhar
- c. Bloqueio articular
- d. Derrame articular
- e. Dor a palpação da interlinha articular
- f. Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de
- g. estender completamente o joelho.
- h. Teste de McMurray positivo:



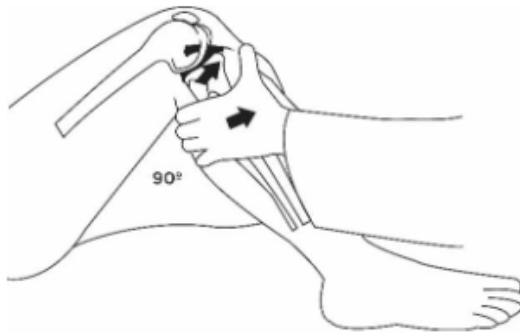
Testar o menisco medial: o paciente deve permanecer em decúbito dorsal com joelho totalmente fletido. Segurar o pé e fazer rotação externa, simultaneamente aplica-se uma força em varo (para compressão do compartimento medial). Mantem-se os dedos da outra mão na linha articular medial e inicia movimento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

Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho:

- a. **Sintomas que iniciarem após traumatismo (atividade esportiva) especialmente se associado à derrame articular precoce (primeiros instantes após o trauma)**
- b. **Sensação de instabilidade articular**
- c. **Frouxidão ligamentar (maior amplitude de movimento)**
- d. **Positividade em testes que avaliam a integridade ligamentar:**
 - i. **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).

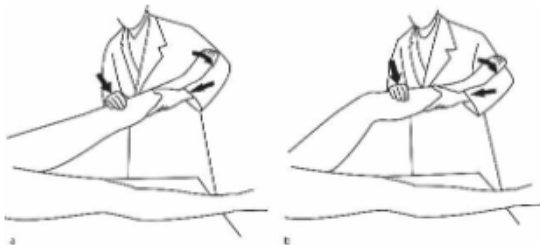
ii. **Lachman**



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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

iii. **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 tibia no fêmur (redução de uma subluxação anterior).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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. Investigação inicial com exame de imagem de joelho, com data (se osteoartrite);
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);

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Suspeita de neoplasias;
 - b. Rotura de tendão;
 - c. Dor incapacitante;
 - d. Casos discutidos com Regulação Médica.
2. Brevidade média:
 - a. Dor com limitação funcional;
 - b. Subluxação patelar.
3. Brevidade baixa:
 - a. Dor sem limitação funcional.
4. Eletivo:
 - a. Demais casos do protocolo.

Protocolo 8 - DOR NO QUADRIL

ORTOPEDIA ADULTO:

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. Dor no quadril sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Osteonecrose;
 - b. Suspeitas de neoplasia;
 - c. Dor incapacitante;
 - d. Prejuízo em atividades laborais;
 - e. Casos discutidos com a Regulação Médica.
2. Brevidade média OU baixa OU eletivo:
 - a. Demais casos do protocolo.

Protocolo 9 - PATOLOGIAS DO TORNOZELO E PÉ

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;
2. Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado;
3. Fascíte plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses;
4. Dor no tornozelo ou pé sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

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

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Rupturas tendíneas;
 - b. Suspeita de neoplasia;
 - c. Dor incapacitante;
 - d. Prejuízo em atividades laborais ou atividades diárias de vida;
 - e. Casos discutidos com Regulação Médica.
2. Brevidade média:
 - a. Fascite plantar.
3. Brevidade baixa:
 - a. Dores refratárias ao tratamento clínico otimizado.
4. Eletivo:
 - a. Hálux valgo sem prejuízos ou dor refratária.

Protocolo 10 - FRATURAS E LUXAÇÕES

ORTOPEDIA ADULTO:

1. Fratura manejada em serviço hospitalar e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador;
2. Fratura manejada em serviço de emergência ou referência de ortopedia que necessite retorno com especialista da rede por carta de contrarreferência.

Se suspeita de fratura ou luxação sem manejo em serviço de emergência, referenciar paciente para serviço de pronto-atendimento (UPA).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Descrição da localidade da fratura e data;
2. Descrição do manejo realizado para fratura (imobilização, procedimento cirúrgico, tratamento fisioterápico);
3. Anexar carta de contrarreferência (se houver);
4. Apresenta deformidade ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta OU alta:
 - a. Todos os casos do protocolo.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Reumatologia e Ortopedia Adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 23 p.: il. (**Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**; v. 3).

Blazar, Philip E. **History and examination of the adult with hand pain**. In: UpToDate. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/history-and-examination-of-the-adult-with-hand-pain>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2024.

CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

HEBERT, S.; ALIMENA, L. J. M. (Ed.). **Ortopedia**: exames e diagnóstico consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HERBERT, S. et al (Org.). **Ortopedia e traumatologia**: princípios e prática. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. **Physical examination of the shoulder**. In: UpToDate. 2024. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2024

Covey, Carlton J; Shmerling, Robert H. **Approach to the adult with unspecified knee pain**. In: UpToDate. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-unspecified-knee-pain>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para ortopedia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 6 mai. 2020. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Encaminhamento_ortopediaTSRS.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

Zacharia Isaac. **Evaluation of the adult patient with neck pain**. In: UpToDate. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-patient-with-neck-pain>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2024.

ASSINATURAS

Diogo Segabinazzi Siqueira
Prefeito de Bento Gonçalves

Gilberto Santo Souza de Souza Junior
Secretário Municipal de Saúde

Daniel Francio
Médico Regulador

Júlia Oliari Franco
Médica Reguladora

Pedro Augusto Cavagni Ambrosi
Médico Regulador

Daiane Piuco
Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial

Paula Coghetto Pertile
Médica coordenadora da Atenção Primária

Thiago Arpini Valerio
Médico coordenador