

Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde – DMAC

**Protocolo de Encaminhamento para a Especialidade
Ortopedia Adulto da Secretaria Municipal de Saúde de
Belo Horizonte**

Fevereiro/2026

Participantes

- André Luiz Drummond Teixeira de Oliveira Azevedo
- Bernardo Cardoso Pinto Coelho
- Cristiano de Ávila Rajão
- Emerson Alvarenga Ferreira Teixeira
- Gilberto Coelho Byrro de Oliveira
- Hélio Pires de Mendonça Júnior
- Ricardo Fernandes Rezende
- Rodrigo Garcia Vieira
- Rogério de Andrade Gomes

Colaboradores

- Aline Gomes Gonçalves Fagundes
- Amanda Neves Cruz Coelho
- Ana Pitchon
- Ana Carolina Diniz Oliveira
- Anelise Nascimento Prates
- Claudio Marcos Bedran de Magalhães
- Cristina dos Santos Fonseca
- Fernando Afrânio Palmeira de Oliveira
- Isabel Maria Gomes Soares
- Isabella Victoria da Cunha Peixoto Ribeiro
- Kátia Magalhães Almeida Silva
- Ligiane Figueiredo Falci
- Lívia Lúcio de Mattos Amaro
- Sheyla Novaes Faria Sampaio
- Vanessa Beatriz Vida Schuch
- Yasmim Nogueira Medina

Índice

1. Introdução.....	4
2. Estratificação das prioridades.....	5
3. Qualificação da solicitação.....	5
4. Conteúdo descritivo mínimo dos encaminhamentos.....	6
5. Condições que indicam o encaminhamento imediato para o serviço de Urgência/Emergência....	7
6. Encaminhamento para Onco-ortopedia.....	9
7. Encaminhamento para Ortopedia Adulto.....	10
7.1. PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)....	11
7.2. OUTRAS PRIORIDADES.....	12
7.2.1. COLUNA.....	12
7.2.2. OMBRO.....	13
7.2.3. COTOVELO.....	15
7.2.4. MÃO E ANTEBRAÇO.....	17
7.2.5. QUADRIL.....	18
7.2.6. JOELHO.....	19
7.2.7. PÉ E TORNOZELO.....	21
8. REABILITAÇÃO.....	22
9. OBSERVAÇÕES.....	27

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse ponto da rede desempenha um papel estratégico na coordenação e gestão do cuidado, além de assistir o usuário de forma integral, assegurando a equidade e a longitudinalidade. A resolutividade desse nível de atenção depende diretamente da capacidade técnica de suas equipes/profissionais e de sua integração com outros níveis de atenção da rede de saúde.

A Atenção Especializada do município de Belo Horizonte, por sua vez, tem seu acesso organizado pela Gerência de Regulação Ambulatorial (GERAM), sendo a garantia do acesso baseada em protocolos e critérios de priorização. O objetivo da regulação é otimizar a oferta de serviços, em função da necessidade, garantindo a assistência do usuário no ponto da rede adequado e em tempo oportuno.

Para que a regulação do acesso aos serviços de saúde atinja o seu objetivo, a construção e a atualização periódica de protocolos clínicos de encaminhamento para as especialidades são fundamentais e se baseiam na articulação eficiente entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. Os protocolos clínicos são ferramentas da regulação que visam garantir uma triagem eficiente para os serviços especializados e viabilizar a realização de consultas e procedimentos em tempo oportuno, aproveitando ao máximo os recursos disponíveis para a assistência e promovendo equidade no atendimento aos usuários.

Além disso, na especialidade Ortopedia, estará disponível a possibilidade do matriciamento de casos, que permite ao médico assistente da APS o apoio assistencial de caráter educacional visando ampliação de sua capacidade resolutiva.

2. Estratificação das prioridades

No processo de qualificação do acesso, a partir das ferramentas regulatórias, a classificação de prioridade dos encaminhamentos é fundamental para garantir que os usuários recebam atendimento em tempo oportuno conforme a necessidade de priorização de atendimento, garantido assim, a equidade. Durante o processo de regulação da solicitação podem ser realizados pedidos de esclarecimentos para melhor definição do quadro.

O município de Belo Horizonte definiu quatro níveis de prioridade, representados por cores, cada uma correspondendo a um grau de priorização do atendimento, conforme veremos a seguir:

Prioridades

- VERMELHO - MUITO ALTA/REGULAÇÃO
- LARANJA - ALTA
- AMARELO - MÉDIA
- VERDE - HABITUAL

Observação: Todas as solicitações para adultos com diagnóstico de Doença Falciforme deverão ser inseridas sob-regulação no SIGRAH, justificando Doença Falciforme.

3. Qualificação da solicitação

A qualificação da solicitação é um processo essencial para compreensão do quadro pelo regulador. Toda informação **relevante da história clínica** deverá ser registrada na solicitação para facilitar a comunicação e mostrar a necessidade da priorização clínica do paciente de acordo com o grau solicitado pelo médico assistente.

Também devem ser registradas informações adicionais, além do descritivo mínimo (vide o tópico abaixo), como agudizações (piora do quadro), ganho de peso, perda de peso inexplicável, presença de comorbidades (osteoporose, imunossupressão, neoplasia, dentre outras) associadas e uso de medicamentos, dentre outras informações que o médico assistente considerar pertinente ou que estiverem descritas neste protocolo.

4. Conteúdo descritivo mínimo dos encaminhamentos

- Sinais e sintomas (dor, falseio, derrame articular ou edema, estalido, perda de força, dentre outros)
 - a. Descrever características do sinal/sintoma, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, primeiro episódio ou recorrente;
 - b. Presença de alterações em exame ortopédico. Em caso afirmativo, descrever;
 - c. Presença de alterações em exame neurológico. Em caso afirmativo, descrever;
 - d. Presença de restrição de movimento e/ou prejuízo funcional. Em caso afirmativo, descrever;
 - e. Outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais - perda ou ganho de peso, astenia, dentre outros);
- Resultado de exame de imagem (conforme orientado em tópico específico neste protocolo), com data e laudo;
- História prévia de trauma local. Em caso afirmativo, descrever, considerando inclusive o intervalo de tempo entre o trauma e o evento atual;
- Necessidade de atendimento em serviço de urgência e/ou internação relacionada à condição apresentada;
- Associação do sintoma com atividade laboral. Em caso afirmativo, descrever as condições ambientais, ergonômicas e os processos de trabalho desfavoráveis;
- Tratamentos prévios para a condição (reabilitação física, medicamentoso, cirúrgico, dentre outros). Descrever o tipo de tratamento realizado, incluindo características como duração, medicamentos utilizados com dose e posologia e resposta à terapêutica.

Observações:

- Importante anexar, à solicitação no SIGRAH, cópia de exames ou relatórios que possam embasar o encaminhamento.
- O paciente deve ser orientado a levar à consulta os exames (mais recentes) que possuir e a guardar as radiografias realizadas por dois anos (exceto em caso de deformidades, fraturas e status pós-cirúrgico, que deve ser por tempo indeterminado).

5. Condições que indicam o encaminhamento imediato para o serviço de Urgência/Emergência

CONDIÇÕES QUE INDICAM O ENCAMINHAMENTO PARA A URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Cervicobraquialgia aguda (dor originária na região cervical com irradiação para membro superior) com suspeita de compressão medular ou radicular importante (dormência, perda de força, entre outros sintomas);
- Lombociatalgia aguda (dor originária na coluna lombossacra com irradiação para membro inferior) com suspeita de compressão medular ou radicular importante (dormência, perda de força, perda do controle do esfíncter urinário - síndrome da cauda equina);
- Suspeita de infecções agudas e subagudas ou crônicas agudizadas do sistema músculo esquelético, como osteomielite, artrite séptica e tenossinovite purulenta (articulação quente, hiperemiada/avermelhada, com derrame articular e bloqueio doloroso, associado ou não a febre, calafrios);
- Suspeita de fratura - história de trauma com dor e deformidade associada a sinais de fratura (crepitação, hematoma extenso), sem avaliação ortopédica prévia;
- Fraturas e entorses em tratamento não cirúrgico (o acompanhamento deverá ser mantido conforme o fluxo da unidade de urgência responsável até alta documentada);
- Suspeita de luxação aguda (presença de deformidade visível, edema volumoso pós-traumático, bloqueio articular ou incapacidade total de movimento), sem avaliação ortopédica prévia;
- Luxação associada a sinais de isquemia (pulso ausente, mão fria) ou déficit neurológico extenso (suspeita de comprometimento neurovascular agudo);
- Dor aguda intensa (EVA \geq 8) e progressiva no sistema musculoesquelético refratária ao tratamento disponível na APS;

CONDIÇÕES QUE INDICAM O ENCAMINHAMENTO PARA A URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Suspeita de ruptura tendínea e nervosa aguda - história de trauma (lesão aberta ou fechada) ou esforço súbito seguido de "estalo", dor aguda, deformidade muscular visível e perda de força aguda;
- Suspeita de síndrome compartimental (dor desproporcional ao trauma, membro tenso/duro, parestesia e dor ao estiramento passivo das articulações adjacentes)
- Entorses articulares agudas e subagudas (< 2 semanas) com comprometimento funcional, dor e edema;
- Joelho bloqueado (incapacidade de esticar ou dobrar totalmente o joelho, ocorrendo por uma causa mecânica ou funcional limitando muito a mobilidade);
- Bursite traumática aguda volumosa e tensa, com risco de sofrimento da pele sobrejacente (pele muito fina, brilhante ou com áreas de necrose/escoriação), necessitando de esvaziamento (punção) ou bursectomia de urgência relativa para evitar rotura espontânea e infecção.

Apenas algumas condições de saúde mais prevalentes que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência estão contempladas no descritivo acima. Assim, ressalta-se que podem existir outras condições que não foram contempladas e que compete ao médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado.

6. Encaminhamento para Onco-ortopedia

Pacientes com diagnóstico firmado de tumores malignos ósseos ou tumores malignos de partes moles **NÃO** devem ser encaminhados para a Ortopedia Ambulatorial.

A indicação de Consulta em Oncologia/Ortopedia Adulto refere-se à avaliação cirúrgica de pacientes com **tumores malignos ósseos** ou **tumores malignos de partes moles**, conforme o documento “**DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS**”, disponível em:

<https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/12116e70f17d1a0cee5e51632ae377a8b2e8e71b.pdf>.

7. Encaminhamento para Ortopedia Adulto

As prioridades de encaminhamento para a especialidade de Ortopedia Adulto foram organizadas de forma que as situações classificadas como prioridade **muito alta** estão apresentadas separadamente no início deste tópico, em razão da gravidade clínica e do risco potencial de desfechos desfavoráveis, exigindo encaminhamento mais ágil para ortopedia.

As demais categorias de prioridade de encaminhamento (**alta, média e baixa**) foram organizadas conforme o segmento corporal acometido (coluna, ombro, cotovelo, mão, quadril, joelho, tornozelo e pé). As condições classificadas como **prioridade baixa** correspondem, em sua maioria, a situações passíveis de manejo inicial e acompanhamento prioritário na APS.

Casos em que o médico assistente apresente dúvidas ou identifique necessidade de discussão poderão ser matriciados com a Ortopedia para apoio na condução diagnóstica e terapêutica, inclusive quanto à solicitação de exames complementares sugeridos que não estejam disponíveis no âmbito da APS.

7.1. PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)

- Suspeita de tumores do sistema musculoesquelético (perda de peso inexplicável e/ou dor musculoesquelética progressiva associada a alterações sugestivas de neoplasia em exames de imagem - lesões osteolíticas, de crescimento desordenado e com limites mal definidos);
- Suspeita de escoliose idiopática do adolescente - teste de ADAMS positivo (o teste é realizado observando-se o paciente por trás enquanto ele se inclina para a frente a partir da cintura, mantendo as costas o mais reta possível, tentando alcançar o chão com as mãos. Os pés devem estar juntos, os joelhos estendidos e os braços pendentes. A presença de proeminência torácica ou lombar caracteriza teste de ADAMS positivo, sendo um sinal de escoliose);
- Ortopedia Adulto para Doença Falciforme.

7.2. OUTRAS PRIORIDADES

7.2.1. COLUNA

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- Quadro crônico de cervicobraquialgia ou lombociatalgia **com déficit sensitivo-motor** (perda de sensibilidade, sensação de “choque”, parestesia, fraqueza em membros superiores ou inferiores), após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Deformidades moderadas/ Graves em coluna (por exemplo, escoliose e cifose);
- Claudicação neurogênica (presença de dor, fraqueza, dormência nas pernas que piora ao movimento e melhora com o repouso e com a inclinação do tronco para a frente).

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR AMARELA NO SIGRAH)

- Quadro crônico de cervicobraquialgia ou lombociatalgia **sem** déficit sensitivo-motor, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);

- Alterações radiográficas importantes ou inconclusivas.
 - **Sugere-se o matriciamento dos casos para esclarecimento das alterações radiográficas em questão.**

7.2.2. OMBRO

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR **LARANJA NO SIGRAH)**

- Suspeita de lesão neurológica após uma luxação reduzida na urgência (por exemplo, lesão de nervo axilar, em que paciente apresenta anestesia na região lateral do deltóide e/ou dificuldade ativa de elevar o braço);
- Suspeita de ruptura traumática do manguito rotador - pacientes vítimas de trauma recente (acidentes, quedas e outros), apresentando dor e/ou limitação da amplitude de movimento e/ou perda de força no ombro pós trauma, já avaliado na urgência e tendo sido descartadas fraturas ou luxações;
- Ruptura não traumática (total/parcial) de tendão do manguito rotador em pacientes **com menos de 65 anos** com falha de reabilitação - a lesão deve ter sido evidenciada em exame de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética) previamente realizado pelo paciente;
- Primeiro episódio de luxação traumática (já reduzida na urgência) em paciente jovem (< 35 anos), atleta ou trabalhador braçal (alto risco de recorrência e potencial indicação cirúrgica primária);
- Ruptura aguda do cabo longo do bíceps ("Sinal do Popeye") em paciente jovem (< 40 anos), atleta ou trabalhador braçal com alta demanda de força muscular, para avaliação de tenodese cirúrgica;
- Suspeita de capsulite adesiva - dor difusa no ombro, frequentemente de início insidioso, tipicamente pior à noite, com perda progressiva e global da amplitude de movimento; o paciente apresenta dificuldade em elevar o braço e, principalmente, não consegue realizar a rotação interna e externa do braço, com dificuldade importante para as atividades de vida diária (AVDs).

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR **AMARELA NO SIGRAH)**

- Ruptura não traumática (total/parcial) de tendão do manguito rotador em pessoas **com mais de 65 anos** com falha de reabilitação - a lesão deve ter sido evidenciada em exame de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética) previamente realizado pelo paciente;
- Primeiro episódio de luxação traumática (já reduzida) em paciente > 35 anos e baixa demanda funcional ou luxação recorrente (três ou mais episódios);
- Ruptura aguda do cabo longo do bíceps ("Sinal do Popeye") em paciente > 40 anos ou de baixa demanda de força muscular (onde o tratamento geralmente é conservador);
- Artrose acromioclavicular ou glenoumeral sintomática, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Dor crônica e instabilidade residual em articulação acromioclavicular pós-traumática (após luxação tratada conservadoramente);
- Tendinopatia bicipital (sem ruptura) com prejuízo funcional significativo, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR **VERDE NO SIGRAH)**

- Dor crônica (> 6 meses), sem alterações significativas em raio-x/ultrassonografia, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- História de subluxações e falseios, sem episódio prévio de luxação efetiva do ombro e com sintomas discretos;
- Achado incidental de calcificação no raio-x ou USG.

7.2.3. COTOVELO

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR **LARANJA NO SIGRAH)**

- Sinais de neuropatia progressiva (alteração de sensibilidade, perda de força e atrofia de antebraço/mão);
- Deformidade grave de cotovelo com restrições funcionais significativas.

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR **AMARELA NO SIGRAH)**

- Rigidez de cotovelo em posição não funcional, dificultando a alimentação e higiene pessoal;
- Suspeita de epicondilite medial ou lateral **com lesão tendinosa associada** e documentada em exame de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética);
- Bursite crônica (> 6 meses) recidivante que causa incômodo funcional ou estético importante, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, gelo, proteção local, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Artrose de cotovelo sintomática, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Ossificação heterotópica (RX mostra o osso formado), com limitação de movimento parcial, mas funcionalmente estável. Encaminhar para avaliar a possibilidade de ganho de movimento cirúrgico;

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR **VERDE NO SIGRAH)**

- Casos de epicondilite medial (dor na face medial do cotovelo, que piora com a flexão do punho e pronação do antebraço, frequentemente associada a atividades de arremesso ou uso repetitivo de ferramentas manuais) ou lateral (dor na face lateral do cotovelo, que irradia para o dorso do antebraço, piora com a extensão do punho e dos dedos; perda da força de preensão), após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);

- Rigidez leve - perda apenas dos últimos graus de extensão (comum pós-fratura), sem impacto funcional significativo.

7.2.4. MÃO E ANTEBRAÇO

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR **AMARELA NO SIGRAH)**

- Paciente com síndrome do túnel cubital - sintomas predominantemente sensitivos (parestesia/dormência), intermitentes ou constantes, sem perda motora evidente, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, mudança de hábitos posturais, evitar flexão prolongada e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Tenossinovite de DeQuervain (inflamação dos tendões na base do polegar, levando a dor, inchaço e dificuldade para movimentação do polegar e do punho), após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Dedo em gatilho ou tenossinovite estenosante (inflamação do tendão flexor, que faz com que o dedo "trave" dobrado e, ao ser estendido, haja um estalo doloroso), após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Síndrome do túnel do carpo (compressão do nervo mediano ao passar pelo túnel do carpo no punho, que resulta em dor e formigamento na mão, principalmente à noite), após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Cisto sinovial sintomático, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Contratura de Dupuytren (espessamento do tecido sob a pele da palma da mão, formando nódulos e cordões que progressivamente enrijecem e flexionam os dedos, dificultando a extensão dos dedos) com deformidades em metacarpo falangiana (> 30°) e interfalangiana proximal (> 20°);

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR **VERDE NO SIGRAH)**

- Cisto sinovial assintomático;
- Contratura de Dupuytren sem deformidades.

7.2.5. QUADRIL

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR **LARANJA NO SIGRAH)**

- Osteonecrose em pacientes com < 50 anos, evidenciada em exame de imagem (ressonância magnética);
- Osteoartrose com diagnóstico clínico-radiológico estabelecido (dor crônica em região da virilha, crepitação, perda de rotação interna e externa do quadril e radiográfica compatível) com prejuízo importante para as AVDs e impacto significativo na qualidade de vida.

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR **AMARELA NO SIGRAH)**

- Suspeita de osteonecrose (presença de dor na região inguinal ou no joelho) em pacientes com < 50 anos e com radiografia da bacia (AP e batráquio);
 - **Sugere-se o matriciamento com Ortopedia para esclarecimentos necessários e solicitação de ressonância magnética.**
- Osteoartrose sintomática, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Outras dores crônicas (> 6 meses) do quadril, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR **VERDE NO SIGRAH)**

- Tendinopatias do quadril (dor na lateral do quadril, próximo ao trocânter maior do fêmur, que irradia para a coxa, levando a dificuldade para deitar de lado, caminhar ou subir escadas).
 - **Sugere-se solicitação de ultrassonografia do quadril para auxílio diagnóstico.**

7.2.6. JOELHO

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR **LARANJA NO SIGRAH)**

- Suspeita de lesão ligamentar e meniscal com potencial indicação cirúrgica (paciente com relato de entorse ou trauma do joelho, avaliado no serviço de urgência e descartado fratura e evoluiu com dor, falseio, edema e bloqueio);
- Suspeita de ruptura crônica recente do tendão quadríceps ou tendão patelar (entre 21 dias e 2 meses da lesão). O quadro rememora-se à fase aguda da lesão - dor aguda intensa na região próxima ao joelho, depressão/falha do tendão envolvido identificada à palpação, edema e dificuldade para realizar a extensão do joelho;
- Osteonecrose aguda (< 2 meses) evidenciada em exame de imagem (ressonância magnética), na ausência de dor intensa.

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR **AMARELA NO SIGRAH)**

- Suspeita de ruptura antiga do tendão quadríceps ou do tendão patelar (acima de 2 meses da lesão);
- Luxação patelar recorrente (≥ 2 episódios), após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Osteonecrose crônica (> 2 meses) evidenciada em exame de imagem (ressonância magnética);
- Osteoartrose agudizada com potencial indicação cirúrgica (permanência de sintomas, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS - analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário, e/ou ou prejuízo importante para as AVDs);
- Tendinites e bursites do atleta;

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR **VERDE NO SIGRAH)**

- Osteoartrose (dor crônica, crepitação, aumento do volume, perda de movimentos, deformidade, padrões de alinhamento - varo, valgo, alinhado) com potencial indicação cirúrgica (permanência de sintomas, após esgotadas as possibilidades de tratamento

ofertadas pela APS - analgésicos, anti-inflamatórios e avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário, e/ou ou prejuízo importante para as AVDs).

7.2.7. PÉ E TORNOZELO

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR **LARANJA NO SIGRAH)**

- Suspeita de ruptura recente do tendão calcâneo (< 2 meses) - dor aguda intensa na região posterior da perna (sensação de pedrada), presença de “gap” (quebra da continuidade do tendão do calcâneo) e dificuldade para realizar a flexão plantar e apoio monopodálico.

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR **AMARELA NO SIGRAH)**

- Suspeita de ruptura crônica do tendão do tornozelo e pé (acima 2 meses);
- Entorses articulares (> 2 meses) com comprometimento funcional, dor e edema;
- Pé cavo ou pé plano doloroso, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário)
- Presença de deformidade progressiva ou dificuldade ou alteração de marcha;
- Deformidade grave em dedos (hálux valgo, artrose), com dificuldade de marcha e uso de calçados;
- Tendinopatia do tendão calcâneo (dor na região posterior do tornozelo e calcanhar), após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);
- Dores plantares (fascíte plantar, esporão de calcâneo, entre outros), síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia, após esgotadas as possibilidades de tratamento ofertadas pela APS (analgésicos, anti-inflamatórios, avaliação/acompanhamento de reabilitação quando necessário);

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR **VERDE NO SIGRAH)**

- Diagnóstico primário de dores plantares para orientação diagnóstica e tratamento.

8. REABILITAÇÃO

Os cuidados em reabilitação podem ocorrer tanto na rede ambulatorial especializada, por meio dos Centros de Referência em Reabilitação (CREAB) ou clínicas conveniadas/contratadas, como na APS (NASF-AB, Academia da Cidade, dentre outros), sendo fundamental identificar quais indivíduos são elegíveis para o cuidado em cada um dos pontos da rede.

Os encaminhamentos para a Rede Ambulatorial Especializada podem ser realizados por profissionais de nível superior da APS ou por médicos especialistas do SUS-BH e da rede privada e serão direcionados para os CREABs ou clínicas conveniadas, de acordo com a necessidade funcional identificada. Deverão ser encaminhados usuários com graves limitações funcionais que apresentam lesões complexas, tratadas cirurgicamente ou não, com comorbidades associadas, com condições clínicas para tratamento ambulatorial, situação socioeconômica e ambiental que não impeçam seu deslocamento ao serviço de reabilitação e com indicação de iniciar o tratamento o mais rápido possível, evitando complicações, sequelas ou incapacidades, – vide <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/conteudo.php?id=479>).





As solicitações para Reabilitação Ambulatorial Especializada deverão ser cadastradas no SIGRAH, por meio do item de agendamento REABILITAÇÃO FÍSICA ADULTO/(FISIOTERAPIA/TERAPIA OCUPACIONAL/FONOAUDIOLOGIA). Para a adequada qualificação do encaminhamento e apoio ao processo regulatório, é imprescindível o preenchimento do CID, a informação do tempo de lesão/agravo e a descrição do impacto funcional apresentado pelo usuário, sendo também importante o registro de telefones atualizados para contato. O descritivo funcional deverá contemplar as principais limitações nas atividades de vida diária, mobilidade, desempenho ocupacional e/ou participação social decorrentes da condição de saúde, conforme aplicável.

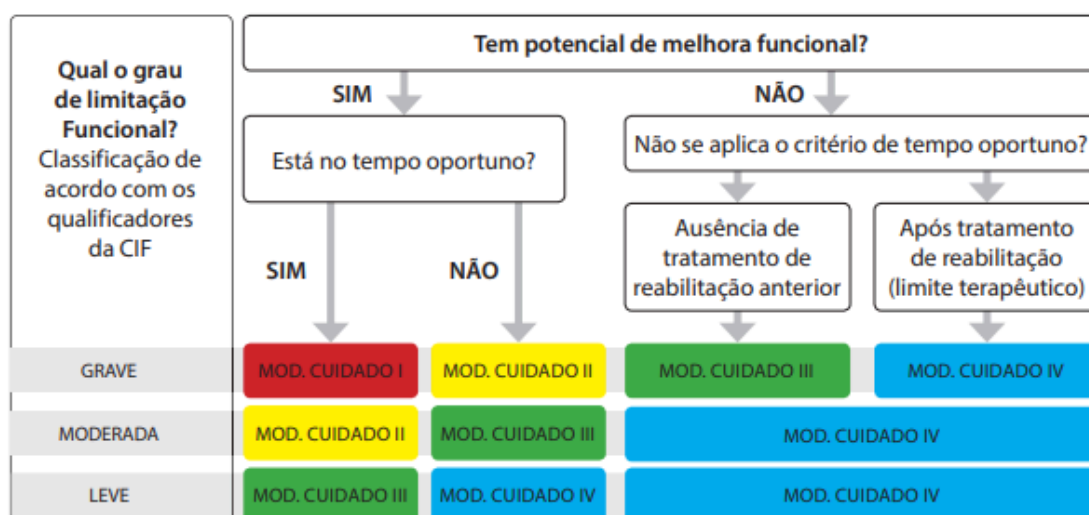
Com o objetivo de apoiar o raciocínio clínico dos profissionais da Rede SUS-BH no referenciamento de usuários com disfunções osteomusculares para os diferentes pontos de atenção da Rede, a classificação dos graus de limitação funcional e a estratificação do cuidado estão descritas na página 27 – Critérios de Referenciamento para Reabilitação – do documento “Cuidado Integral da Pessoa com Disfunções Osteomusculares: Guia do Percurso

na Rede SUS-BH – Atenção Primária à Saúde, Ambulatórios Especializados e Urgência.
Disponível em:

<https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/eebfbcf88f3fcc72c0ae9c6072b867c79abfc797.pdf>.

A estratificação do cuidado foi organizada com o objetivo de promover o acesso equânime e em tempo oportuno ao usuário, por meio do encaminhamento para a modalidade de cuidado mais adequada, conforme quadro a seguir:

ESTRATIFICAÇÃO DO CUIDADO	PONTO DE ATENÇÃO
	Considerar barreiras e facilitadores do contexto do usuário
 Modalidade de cuidado I	Atenção Especializada - CREAB/CER
 Modalidade de cuidado II	Atenção Especializada - CREAB/CER ou Serviço contratados/conveniados
 Modalidade de cuidado III	NASF-AB: Atendimento individual/coletivo
 Modalidade de cuidado IV	Atividades coletivas do NASF-AB / Academi da Cidade / Liang Gong



É importante destacar que o material é um balizador para facilitar a condução clínica, reconhecendo-se que especificidades dos casos poderão demandar condutas diferentes. Para tanto, é essencial o fortalecimento dos processos de comunicação entre profissionais de diferentes equipes e serviços para discussão de casos.

Os Centros de Reabilitação (CREAB) realizam também a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção — como cadeira de rodas, cadeira de banho, muleta, bengala e andador — aos usuários que necessitam dessas tecnologias para uso permanente ou por período superior a seis meses, conforme os modelos previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

O processo de concessão das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção ocorre, no mínimo, em três etapas no CREAB:

- Avaliação do usuário para prescrição do equipamento;
- Medição e prova do equipamento, quando necessário;
- Entrega do equipamento ao usuário.

Após a entrega, caso sejam necessários ajustes, o usuário deverá entrar em contato com o CREAB de referência. A reposição do equipamento será realizada mediante avaliação da necessidade do usuário e das condições de conservação do item concedido.

Conforme a estratificação apresentada no quadro anterior, os casos indicados para reabilitação na APS são elencados como Modalidade III e IV de Cuidado, e demandam acompanhamento contínuo e longitudinal, sem a necessidade de uma abordagem especializada intensiva.

As equipes da APS deparam-se com demandas consequentes de situações geradoras de deficiência e de perda de funcionalidade que necessitam de cuidados em reabilitação nas mais diversas condições. Tais situações demandam cuidado longitudinal e devem ser acolhidas neste ponto de atenção, com priorização da detecção precoce de alterações funcionais, sendo necessário que o mapeamento destes usuários e dos equipamentos relacionados à atenção no território assinala para os potenciais de reabilitação e favoreça a efetiva participação e igualdade de oportunidades.

As práticas em reabilitação na APS devem estar direcionadas ao cuidado do usuário, sua família e comunidade, considerando o grau de complexidade dos cuidados exigidos, assim como as necessidades e possibilidades identificadas no território.

As equipes de NASF-AB/eMulti possuem papel fundamental no desenvolvimento de ações em reabilitação na APS, contribuindo para o acesso a este cuidado e qualificando os encaminhamentos aos serviços especializados dos usuários que necessitam. Estas equipes desenvolvem ações em reabilitação pactuando e compartilhando intervenções com as eSF, e propondo diversos arranjos de organização do cuidado em reabilitação por meio de ferramentas de trabalho como grupos, atendimento domiciliar, atendimento compartilhado, atendimento individual específico, Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outras. Atualmente, todos os 83 polos de NASF-AB possuem profissional de Fisioterapia vinculado, com número menor de postos de trabalho de Terapia Ocupacional. Contudo, outras categorias colaboram com o cuidado no âmbito osteomuscular, como Nutricionistas e Farmacêuticos, também com cobertura de 100% das unidades, e ainda Psicólogos e Profissionais de Educação Física.

Os atendimentos nos Centros de Saúde não possuem a perspectiva de oferta ambulatorial, fator que precisa estar claro para profissionais e usuários. Assim, a frequência e espaçamento entre atendimentos, bem como o uso de recursos tecnológicos, é distinta da Rede Ambulatorial de Reabilitação. Avaliações iniciais e manejo de casos crônicos possuem maior convergência com a especificidade de cuidado em reabilitação na APS.

Em relação aos cuidados em domicílio, as equipes de eNASF-AB/eMulti contribuem com ações direcionadas aos usuários que se encontram com dificuldade de locomoção ou alterações funcionais que limitem suas atividades e estão impossibilitados, pela condição de saúde ou barreiras geográficas, de se deslocar até a unidade de saúde.

O cuidado da equipe de NASF-AB/eMulti é ofertado na modalidade de atenção domiciliar *ADI*, ou seja, destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e recursos de saúde de menor densidade tecnológica. Para os casos mais complexos, caracterizados como AD2 e AD3, as equipes NASF-AB e SF apoiam o cuidado e articulam com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Para conhecer mais sobre as diretrizes de atenção domiciliar no SUS-BH, acesse: [Guia - Diretrizes Atenção Domiciliar da SMSA](#).

Ainda na APS, reconhece-se a relevância de atividades coletivas para demandas de Ortopedia no ciclo de vida adulto/idoso. Grupos de manejo de dor crônica são ofertas essenciais nos Centros de Saúde, sendo uma aposta relevante no SUS-BH, e com histórico de oferta desde a equipe precursora do NASF-AB no município, em 2005, intitulada NAR - Núcleo de Apoio em Reabilitação. Grupos de práticas corporais/práticas integrativas e complementares, como Lian Gong em 18 terapia e Tai Chi Chuan são ofertas consistentes e capitalizadas na rede SUS-BH. Muitas vezes, estes grupos são abertos, para entrada de usuários a qualquer tempo, e podem ser frequentados por moradores de áreas diferentes da unidade em que o grupo ocorre. Estas atividades coletivas estão destacadas como “modalidade de cuidado IV” na estratificação apresentada .

O documento *Práticas em Reabilitação na AB - o olhar para a funcionalidade na interação com o território* (MS, 2017) organiza a possibilidade de cuidado coletivo em 3 modalidades:

- Grupo da eSF apoiado pelas equipes de NASF-AB, favorecendo o entrelaçamento do olhar dos saberes dos núcleos profissionais. Essa modalidade qualifica a atenção prestada por meio dos grupos; promove o compartilhamento do cuidado entre eSF e eNasf; e aproxima a eSF das ações de reabilitação.
- Acolhimento coletivo: relaciona-se a um a três encontros com objetivo de promover o acolhimento dos usuários que necessitam de ações de reabilitação. Permite “identificar as maiores demandas do território e planejar possibilidades de intervenção; possibilitar que os profissionais da eNASF contribuam com a coordenação do cuidado em conjunto com as eSF; facilitar o acesso aos profissionais do NASF, em momento oportuno, centrado na necessidade do usuário; vincular os usuários do território aos profissionais do NASF, como possibilidade de acompanhamento longitudinal e tendo o profissional como articulador dos pontos de atenção; regular e qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção, quando necessário; e promover ações de educação em saúde, por meio do aconselhamento do autocuidado, incentivo à corresponsabilização do usuário pelo seu próprio cuidado.”
- Grupos terapêuticos: permanentes ou com maior número de encontros, visam “ampliar o escopo das eSF, apoiando e potencializando as ações de reabilitação e as tornando resolutivas;

ampliar a oferta de ações de reabilitação no território, trazendo possibilidades para mais próximo dos usuários e de seu contexto social; intervir na prevenção e na recuperação de agravos que possam comprometer a funcionalidade e a participação social; promover melhor qualidade de vida aos usuários nos diferentes ciclos de vida e nas condições crônicas; possibilitar o acompanhamento longitudinal dos casos, permitindo o cuidado contínuo, a vigilância em saúde e a intervenção oportuna e precoce em situações de instabilidade das condições de saúde.”

Para leitura do referido documento, acesse:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf

Também na APS, no que se refere às atividades coletivas, é fundamental reconhecer as Academias da Cidade como importantes pontos de cuidado. Esses equipamentos oferecem aulas coletivas de atividade física/práticas corporais, além de ações de educação em saúde. Cada usuário cadastrado é inserido em uma turma, com frequência de três encontros semanais. A prática regular de atividade física constitui um dos pilares do cuidado às pessoas com disfunções osteomusculares, condição frequentemente relatada pelo público participante. Embora o acesso às Academias da Cidade possa ocorrer por demanda espontânea ou por encaminhamento de profissionais do SUS-BH, todos os usuários passam previamente por avaliação individualizada realizada por profissional de Educação Física. A intensidade dos quadros algícos e limitações funcionais podem representar fatores restritivos à participação nas atividades. Nessas situações, o profissional pode discutir o caso e realizar o encaminhamento à equipe de Saúde da Família de referência e/ou encaminhar o usuário a outros serviços e pontos de atenção da rede, conforme a necessidade de acompanhamento mais específico. Destaca-se que a contrarreferência não se restringe ao momento da avaliação inicial, podendo ocorrer a qualquer tempo, inclusive nas reavaliações periódicas, previstas para acontecer a cada seis meses, garantindo o acompanhamento contínuo e articulado do cuidado. Para acessar a listagem de Academias da Cidade, locais e horários de funcionamento, vide: [Academias da Cidade | Prefeitura de Belo Horizonte](#)

A lógica de apoio matricial deve se materializar em todas ações, seja durante uma reunião de discussão de casos, em atendimentos compartilhados e em atividades coletivas, na

perspectiva de trabalho colaborativo e integrado, e considerando a horizontalização de saberes. É importante o diálogo e identificação conjunta das possibilidades de cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a possibilidade de discussões prévias ao encaminhamento para a especialidade de Ortopedia. Para casos em que estão sob cuidados na Rede Ambulatorial Especializada e serão contra referenciados para a APS, o encaminhamento deve ser para a equipe de Saúde da Família de referência, para seguimento da discussão e articulação com os profissionais de apoio.

O processo de reabilitação desenvolvido APS deve ser orientado pela perspectiva do autocuidado apoiado e da educação em saúde, tendo como eixo estruturante a promoção da autonomia dos sujeitos. Trata-se de fortalecer as pessoas para o cuidado de si, ampliando sua capacidade de compreender sua condição de saúde, manejar sintomas, adotar práticas protetivas e tomar decisões informadas sobre seu próprio cuidado. Assim como nos demais níveis de atenção, as ações de reabilitação na APS têm como finalidade a restauração, a otimização ou a manutenção da funcionalidade, bem como a ampliação da participação nas atividades significativas para cada indivíduo, considerando seu contexto de vida, trabalho e relações sociais. Recomenda-se que o cuidado seja conduzido de forma multiprofissional, especialmente diante da complexidade e das múltiplas dimensões envolvidas nos comprometimentos osteomusculares — físicas, funcionais, psicossociais e comportamentais. No âmbito da equipe do NASF-AB, além do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional e do profissional de Educação Física, destacam-se também as contribuições de nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos, cujos saberes ampliam a abordagem clínica e favorecem a integralidade do cuidado.

Além das ações desenvolvidas pelo NASF-AB e pela Academia da Cidade, ressalta-se o papel dos médicos acupunturistas, inseridos no PRHOAMA/eMulti - Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, para o manejo de casos do âmbito osteomuscular. Constitui-se como prioridade alta para a Acupuntura os casos em que há dor incapacitante para atividades da vida diária ou laboral e refratária a outros tratamentos; e como prioridade média os casos de dores do sistema músculo esquelético refratárias a outros tratamentos. O fluxo de encaminhamento e outras informações pode ser acessado em: [Nota Técnica PRHOAMA](#).

Para mais informações sobre reabilitação na rede SUS-BH, acesse o documento norteador *Cuidado Integral da Pessoa com Disfunções Osteomusculares – Guia do Percurso na Rede SUS-BH: Atenção Primária à Saúde, Ambulatórios Especializados e Urgência* encontra-se disponível como anexo no fluxo “**Ortopedia Adulto – Consulta**”, no Site de Fluxos SUS-BH: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/conteudo.php?id=164>.

9. OBSERVAÇÕES

- Em pacientes previamente submetidos a abordagem cirúrgica ortopédica que apresentem queixas relacionadas ao motivo da cirurgia realizada, o encaminhamento à especialidade Ortopedia Adulto deve ocorrer apenas após liberação/alta formal pelo serviço responsável pelo procedimento.
- Pacientes com **fibromialgia** não devem ser encaminhados para a ortopedia ou reumatologia. Pacientes com fibromialgia refratária ao tratamento clínico devem ser encaminhados ao NASF-AB/eMulti, fisioterapia, Academia da Cidade, Lian Gong em 18 Terapias ou Tai Chi Chuan, e ao PRHOAMA - Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica. Os critérios diagnósticos de fibromialgia, bem como orientações para o tratamento farmacológico e não farmacológico, estão descritos no [PROTOCOLO DE MANEJO E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES À REUMATOLOGIA ADULTO](#).

Juliana de Carvalho B. Rodrigues
Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde

Ewerton Lamounier Júnior
Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integralidade do Cuidado