PROTOCOLO MUNICIPAL

Regulação e Auditoria de Encaminhamentos para Ortopedia

Critérios para autorizar, priorizar, devolver, não autorizar e redirecionar

MUNICÍPIO	VERSÃO	STATUS
Quedas do Iguaçu – Paraná	2.0 • Setembro de 2026	Minuta para validação institucional

Finalidade central: reduzir encaminhamentos sem indicação ortopédica, garantir que a APS execute e registre o manejo inicial cabível e preservar acesso rápido para casos com risco de perda funcional ou potencial cirúrgico.

Este documento não substitui avaliação clínica individual, fluxos de urgência, pactuações regionais, critérios do prestador ou normas da SESA-PR. Os prazos e fluxos locais pendentes devem ser formalmente validados pela gestão.

1 Finalidade e escopo

Orientar os médicos da Atenção Primária à Saúde sobre avaliação, manejo inicial, registro e indicação de encaminhamento para Ortopedia, além de padronizar a análise dos pedidos pela regulação e auditoria. O objetivo é encaminhar quem realmente necessita de avaliação especializada, reduzir pedidos incompletos e evitar que pacientes com risco clínico permaneçam em fila inadequada.

Público-alvo: médicos da APS, equipes assistenciais, profissionais da regulação e médicos auditores do município de Quedas do Iguaçu. Aplica-se prioritariamente a adultos. Trauma agudo, ortopedia pediátrica, pós-operatório e subespecialidades seguem o fluxo municipal ou regional pactuado.

1.1 Como utilizar este protocolo

- O médico da APS deve localizar a queixa principal na seção 9 e verificar o manejo inicial, os critérios de encaminhamento e as informações obrigatórias.
- O encaminhamento deve demonstrar a necessidade clínica da avaliação especializada; a solicitação do paciente, isoladamente, não substitui essa avaliação.
- A regulação deve conferir os mesmos critérios e decidir entre autorizar, priorizar, devolver para complementação, não autorizar ou redirecionar.
- Na presença de sinais de alarme, deve ser utilizado o fluxo de urgência ou o destino assistencial apropriado, sem aguardar a fila eletiva.

2 Regra de entrada para consulta ortopédica

Para casos eletivos sem sinal de alarme, a autorização exige a presença simultânea dos quatro eixos abaixo. Um diagnóstico ou laudo de imagem isolado não basta.

Eixo obrigatório	O que deve constar	Se ausente
1 Quadro compatível	Região, lateralidade, duração, hipótese e correlação clínico-funcional.	Devolver para complementação se o dado for essencial.
2 Exame físico	Amplitude, força, sensibilidade, marcha, deformidade, edema e testes pertinentes.	Devolver; não presumir gravidade pelo laudo.
3 Manejo na APS	Tratamento compatível, duração, adesão, contraindicações e resposta; reavaliação documentada.	Manter na APS ou devolver, salvo exceção clínica.
4 Motivo para especialista	Potencial cirúrgico, déficit objetivo, deformidade/instabilidade, bloqueio, ruptura, falha terapêutica adequada ou dúvida estrutural relevante.	Não autorizar e orientar seguimento na APS.

Exceção de segurança: não exigir tratamento prévio ou exames complementares quando houver déficit neurológico objetivo, ruptura completa provável, incapacidade funcional importante de início agudo, deformidade progressiva, osteonecrose, suspeita tumoral/infecciosa ou outra condição em que o atraso possa causar dano.

3 Dados mínimos obrigatórios

Campo	Conteúdo mínimo
Identificação	Idade, região anatômica e lateralidade.
História	Início, duração, mecanismo, padrão da dor, irradiação, piora/alívio, sintomas noturnos e sistêmicos.
Exame físico	Achados positivos e negativos relevantes; exame neurológico ou neurovascular quando aplicável.
Função	Limitação objetiva em marcha, trabalho, autocuidado, sono ou atividades diárias.
Tratamento	Medicação, medidas não farmacológicas, fisioterapia/exercícios, tempo, adesão, resposta e contraindicações.
Exames	Tipo, data e conclusão; anexar laudo e orientar levar imagens. Informar indisponibilidade.
Sinais de alerta	Presença ou ausência de trauma, febre, perda ponderal, câncer, imunossupressão, déficit progressivo e disfunção esfincteriana.
Objetivo	Pergunta clínica clara: avaliação cirúrgica, déficit, deformidade, bloqueio, ruptura ou falha terapêutica.

4 Situações fora da fila eletiva

Destino	Situações
Urgência ou emergência	Fratura/luxação aguda, exposição óssea, déficit neurovascular após trauma, síndrome compartimental, artrite séptica, cauda equina, compressão medular, perda rápida de força ou dor intratável com sinal de alarme.
Fluxo oncológico	Massa progressiva, suspeita de tumor ósseo/metástase, dor óssea noturna persistente com sinais sistêmicos ou fratura patológica.
Reumatologia	Poliartrite, sinovite persistente, rigidez matinal prolongada, padrão inflamatório axial ou suspeita autoimune.
Saúde do Trabalhador	Provável nexo ocupacional quando houver fluxo específico, sem excluir o cuidado clínico.
Serviço operante	Complicação ou seguimento diretamente relacionado a cirurgia/procedimento recente, conforme regra pactuada.

4.1 Regra para condições tratáveis na APS

Nos quadros eletivos em que exista tratamento conservador possível na Atenção Primária, o encaminhamento para Ortopedia deve ocorrer somente após realização do tratamento adequado e ausência de melhora clínica ou funcional. O encaminhamento deve informar quais medidas foram realizadas, por quanto tempo, a adesão do paciente e a resposta obtida.

Não encaminhar diretamente ao especialista sem tentativa terapêutica quando o quadro puder ser acompanhado e tratado inicialmente na APS. A simples persistência da queixa, sem tratamento adequado documentado, não caracteriza falha terapêutica e não justifica consulta ortopédica.

Se o tratamento indicado não puder ser realizado por contraindicação, intolerância, limitação clínica ou indisponibilidade do serviço, o médico deve registrar claramente essa condição no encaminhamento. A regulação avaliará o caso conforme os achados clínicos e o risco assistencial.

Exceções: não aguardar tratamento conservador quando houver sinal de alarme, déficit neurológico ou neurovascular objetivo, suspeita de ruptura completa, fratura ou luxação aguda, bloqueio articular importante, deformidade progressiva, osteonecrose, suspeita infecciosa ou tumoral, perda funcional acelerada ou outra situação em que o atraso possa causar dano.

5 Regra local sobre ressonância magnética

Regra local informada pela usuária: em Quedas do Iguaçu, a solicitação de ressonância magnética no fluxo ortopédico é atribuição do médico ortopedista. A APS encaminha história, exame físico, manejo realizado e radiografias pertinentes, quando disponíveis. A ausência de RM não constitui motivo isolado para devolver ou negar consulta quando os critérios clínicos estiverem preenchidos.

5.1 Encaminhamento a pedido do paciente

Regra local informada pela usuária: a expressão “encaminho a pedido do paciente”, isoladamente ou usada como justificativa principal, não constitui indicação clínica e não autoriza acesso à Ortopedia. A decisão de encaminhar é responsabilidade do profissional solicitante e deve ser sustentada por avaliação clínica, exame físico, repercussão funcional, manejo realizado e critério previsto neste protocolo.

Situação encontrada	Decisão da regulação
Consta somente “encaminho a pedido do paciente”, sem história, exame físico, manejo ou hipótese verificável.	DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO. Exigir preenchimento dos dados mínimos e justificativa clínica. Não inserir na fila.
Há dados clínicos suficientes, mas não existe critério técnico para Ortopedia.	NÃO AUTORIZAR. Manter o cuidado na APS e registrar o critério não preenchido.
Além da frase, há dados completos e critério técnico objetivo previsto no protocolo.	Analisar pelo critério clínico, sem considerar o pedido do paciente como fundamento da autorização.
Há sinal de alarme ou condição tempo-dependente.	Orientar o fluxo de urgência ou destino apropriado; não manter em fila eletiva.

6 Matriz decisória da auditoria

Decisão	Quando aplicar	Registro obrigatório
AUTORIZAR	Quatro eixos preenchidos, destino adequado e critério específico atendido.	Critério identificado e prioridade.
AUTORIZAR E PRIORIZAR	Critério atendido com maior risco de perda funcional, déficit, evolução acelerada ou condição P1/P2.	Achado objetivo que justifica prioridade.
DEVOLVER PARA COMPLEMENTAR	Há possível indicação, mas faltam dados essenciais obtíveis na APS.	Listar exatamente os campos ausentes e sinal de alerta para retorno imediato.
NÃO AUTORIZAR MANTER NA APS	Quadro manejável na APS, sem falha terapêutica adequada, sinal de alerta, déficit objetivo ou potencial cirúrgico.	Critério não cumprido, conduta esperada e condição para reencaminhar.
NÃO AUTORIZAR POR DUPLICIDADE	Mesmo problema já está em fila ou seguimento, sem nova condição clínica que justifique outro pedido.	Identificar duplicidade e preservar solicitação válida.
REDIRECIONAR	Destino mais adequado é urgência, reumatologia, oncologia, saúde do trabalhador ou serviço operante.	Destino indicado e justificativa.
ORIENTAR URGÊNCIA	Condição tempo-dependente ou sinal de alarme.	Não manter em fila; registrar orientação imediata.

7 Motivos técnicos para não autorizar

Esta seção também informa previamente aos médicos solicitantes quais situações não justificam consulta ortopédica naquele momento. A não autorização deve ser individualizada e educativa. Não usar exclusivamente “fora do protocolo”: vincular a decisão ao critério não preenchido, orientar o cuidado na APS e informar quando um novo encaminhamento será pertinente.

Código	Motivo	Conduta regulatória
N1	Dor musculoesquelética sem sinal de alarme e sem tratamento inicial adequado documentado.	Manter na APS; orientar manejo e reavaliação.
N2	Solicitação baseada apenas em achado de imagem, sem correlação clínica ou repercussão funcional.	Não autorizar; solicitar correlação clínica se houver dúvida relevante.

Código	Motivo	Conduta regulatória
N3	Ausência de potencial cirúrgico, déficit objetivo, deformidade progressiva, instabilidade, bloqueio ou falha terapêutica.	Manter na APS.
N4	Diagnóstico usualmente manejável na APS ainda dentro do período inicial de tratamento, sem exceção clínica.	Manter na APS e reencaminhar se cumprir critério.
N5	Pedido exclusivo de exame, atestado, laudo, renovação de receita ou procedimento sem necessidade de consulta ortopédica.	Não autorizar consulta; seguir fluxo próprio.
N6	Duplicidade ou paciente já em seguimento pelo mesmo problema.	Cancelar pedido duplicado e manter o válido.
N7	Destino inadequado.	Redirecionar ao ponto correto da rede.
N8	Informações insuficientes impedem verificar indicação.	Devolver para complementação; não registrar negativa clínica definitiva.
N9	Queixa inespecífica sem região, lateralidade, tempo de evolução, exame físico ou impacto funcional.	Devolver com campos faltantes.
N10	Exame avançado solicitado como finalidade única, sem indicação de consulta especializada.	Não autorizar consulta; aplicar fluxo municipal do exame.

Aplicação obrigatória: solicitações cuja única justificativa seja “encaminho a pedido do paciente” devem ser devolvidas e não entram na fila. Se, após análise ou complementação, os dados forem suficientes mas não houver critério deste protocolo, devem ser não autorizadas.

8 Modelos prontos de parecer

Situação	Texto sugerido
Manter na APS	Não autorizado neste momento. O encaminhamento não demonstra critério para avaliação ortopédica especializada: [critério ausente]. Recomenda-se continuidade do manejo na APS com [conduta cabível], registro da resposta e reavaliação. Reencaminhar se houver falha terapêutica adequadamente documentada, déficit objetivo, deformidade/instabilidade, bloqueio, suspeita de ruptura ou outro critério deste protocolo.
Dados insuficientes	Solicitação devolvida para complementação. Informar [dados específicos], descrever [exame físico/impacto funcional] e registrar tratamento já realizado, duração e resposta. Reencaminhar imediatamente pelo fluxo apropriado se houver [sinal de alerta pertinente].
Imagem isolada	Não autorizado com base apenas no laudo de imagem. É necessária correlação com sintomas, exame físico, repercussão funcional e motivo clínico para avaliação ortopédica. Manter acompanhamento na APS e reapresentar se houver critério do protocolo.
Duplicidade	Não autorizado por duplicidade referente ao mesmo problema clínico. Manter ativa a solicitação/seguimento já existente. Nova solicitação somente se houver mudança clínica relevante, devidamente descrita.
Destino inadequado	Não autorizado para Ortopedia. O quadro descrito é mais compatível com o fluxo de [destino], por [justificativa]. Encaminhar conforme pactuação local.
Urgência	Não manter em fila eletiva. Há descrição de [sinal de alarme]. Orientado encaminhamento imediato ao serviço de urgência/emergência, conforme fluxo local.

Situação	Texto sugerido
Pedido do paciente sem dados	Solicitação devolvida. A justificativa “encaminho a pedido do paciente” não constitui indicação clínica para Ortopedia. Informar história, exame físico, impacto funcional, tratamento realizado e critério técnico previsto no protocolo. O pedido não será inserido na fila até a complementação.
Pedido do paciente sem critério	Não autorizado. Embora solicitado pelo paciente, não foi identificado critério técnico para avaliação ortopédica especializada. Manter acompanhamento e manejo na APS. Reencaminhar somente se surgir critério clínico previsto no protocolo, devidamente documentado.

9 Critérios clínicos organizados por queixa

9.1 Coluna cervical

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se déficit neurológico objetivo; sinais de mielopatia; suspeita de instabilidade, fratura, infecção ou neoplasia; ou dor com repercussão funcional sem melhora após cerca de 6 semanas de manejo adequado.

O pedido deve informar: Duração/irradiação; força, reflexos, sensibilidade, marcha; trauma; tratamento e resposta.

Exames úteis quando pertinentes: RX AP e perfil quando pertinente. RM não exigida.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.2 Lombalgia e lombociatalgia

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se déficit objetivo; suspeita de estenose/claudicação neurogênica ou condição cirúrgica; ou falha após 6 semanas com repercussão funcional. Sinais de cauda equina seguem urgência.

O pedido deve informar: Irradiação; Lasègue quando pertinente; força/reflexos/sensibilidade; marcha; esfíncteres/anestesia em sela; alarmes; tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX quando indicado; TC em trauma/fratura. RM não exigida.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.3 Osteoartrose de coluna

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se falha após 6–12 semanas, dor progressiva importante, instabilidade/estenose suspeita ou déficit correlacionado.

O pedido deve informar: Padrão mecânico, região, função, exame neurológico, manejo.

Exames úteis quando pertinentes: RX AP e perfil.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.4 Quadril e osteonecrose

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se dor progressiva refratária com limitação de marcha/AVD, progressão/deformidade ou suspeita de osteonecrose.

O pedido deve informar: Dor inguinal/lateral, marcha, amplitude, apoio, risco para osteonecrose, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX bacia AP e perfil do quadril.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.5 Joelho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se dor refratária com limitação e possível indicação cirúrgica, deformidade progressiva, bloqueio, instabilidade, lesão meniscal/ligamentar relevante ou subluxação recorrente após manejo.

O pedido deve informar: Trauma, derrame, amplitude, estabilidade, bloqueio, deformidade, marcha, testes e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX com carga, perfil e axial quando pertinente.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.6 Ombro

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se suspeita de ruptura, instabilidade/luxação recorrente, limitação severa, osteoartrose cirúrgica ou tendinopatia após 6–12 semanas de manejo.

O pedido deve informar: Trauma, dominância, amplitude ativa/passiva, força, testes, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US para manguito/bursa quando pertinente.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.7 Cotovelo

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura provável, incapacidade significativa, indicação cirúrgica ou tendinopatia persistente após manejo prolongado, em geral 6 meses.

O pedido deve informar: Local, movimentos, força/preensão, neurologia, ocupação e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US se suspeita tendínea.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.8 Mão e punho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura tendínea, cisto recorrente sintomático, dedo em gatilho/De Quervain após 6–12 semanas, túnel do carpo com déficit/atrofia/sensibilidade contínua ou falha prolongada, bloqueio ou perda funcional.

O pedido deve informar: Lateralidade, força/atrofia, sensibilidade, bloqueio, testes, órtese e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX/US conforme hipótese; ENMG não é requisito universal.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.9 Quadril periarticular

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se persistência após 6–12 semanas com incapacidade, falha com necessidade invasiva/cirúrgica ou dúvida estrutural relevante.

O pedido deve informar: Dor lateral versus inguinal, marcha, amplitude, palpação/testes, função e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX; US se avaliação tendínea/bursal.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.10 Tendinopatia do joelho

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se persistência após cerca de 3 meses, dificuldade funcional severa ou suspeita estrutural/procedimento.

O pedido deve informar: Local, sobrecarga, força, amplitude, edema, tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX/US conforme hipótese.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.11 Pé e tornozelo

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se ruptura, deformidade/instabilidade progressiva, hálux valgo limitante refratário ou dor persistente após manejo adequado, frequentemente até 6 meses.

O pedido deve informar: Apoio/marcha, deformidade, calçado, neurovascular, trauma, órtese e tratamento.

Exames úteis quando pertinentes: RX com carga; US para partes moles.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

9.12 Sequelas de fraturas e luxações

Antes de encaminhar na APS: nos casos em que houver tratamento possível, realizar primeiro o manejo conservador cabível, pelo período recomendado para a condição, e reavaliar. Registrar medidas realizadas, tempo, adesão e resposta. Encaminhar após falha terapêutica documentada. Se houver contraindicação, intolerância, indisponibilidade ou risco em aguardar, informar e justificar.

Encaminhar quando: Autorizar se deformidade, dor/perda funcional, instabilidade recorrente, pseudoartrose/consolidação viciosa ou complicação tardia não urgente.

O pedido deve informar: Data/mecanismo, tratamento inicial, cirurgia/material, neurovascular, amplitude e função.

Exames úteis quando pertinentes: RX atual; TC apenas quando questão óssea complexa.

Orientação ao solicitante: quando o quadro for tratável na APS, não encaminhar antes de realizar e documentar o tratamento. Não encaminhar apenas por dor, achado de imagem isolado ou pedido do paciente. Manter na APS e reavaliar; encaminhar se não houver melhora após manejo adequado ou se surgir outro critério previsto neste protocolo.

Conduta da regulação e auditoria: autorizar quando o critério estiver demonstrado; devolver se faltarem dados essenciais; não autorizar quando os dados forem suficientes, mas não houver indicação; priorizar ou redirecionar quando o risco exigir.

10 Classificação de prioridade

Classe	Aplicação	Exemplos
P0 Urgência	Fora da fila eletiva; encaminhamento imediato.	Cauda equina, compressão medular, fratura/luxação aguda, artrite séptica, comprometimento neurovascular.
P1 Alta	Avaliação prioritária conforme oferta e pactuação.	Déficit motor objetivo, ruptura tendínea completa provável, osteonecrose, perda funcional acelerada.
P2 Eletiva prioritária	Antecipar em relação aos estáveis.	Dor refratária com limitação importante, deformidade progressiva, bloqueio, falha com possível indicação cirúrgica.
P3 Eletiva	Ordem cronológica modulada por função e vulnerabilidade.	Quadro crônico estável que cumpre critério, sem alarme.

Validação local necessária: a Secretaria deve definir formalmente prazos-alvo, cores, prestadores e sistema de regulação. A classe clínica não garante prazo enquanto não houver pactuação.

11 Checklist de decisão

Pergunta de auditoria	Sim	Não
Região, lateralidade, duração e hipótese estão claras?	☐	☐
Impacto funcional foi descrito objetivamente?	☐	☐
Há exame físico pertinente?	☐	☐
Há sinal de alarme que retira da fila eletiva?	☐	☐
Tratamento adequado e resposta foram documentados?	☐	☐
Há potencial cirúrgico, déficit, deformidade, instabilidade, bloqueio, ruptura ou falha terapêutica?	☐	☐
O destino e a prioridade estão justificados?	☐	☐

Decisão: ☐Autorizar ☐Priorizar ☐Devolver ☐Não autorizar/manter na APS ☐Redirecionar ☐Urgência

Código/motivo e justificativa: _____

12 Governança e indicadores

- Validar o protocolo com APS, auditoria/regulação, Ortopedia de referência, fisioterapia, urgência e gestão.
- Definir fluxos pediátrico, trauma, pós-operatório, subespecialidades, prestadores, documentos anexáveis e prazos.
- Monitorar: percentual autorizado, devolvido, não autorizado, duplicado e redirecionado; motivos N1–N10; completude; tempo de espera; reapresentação em 90 dias; ocorrência adversa e desfecho.
- Revisar decisões por amostragem para reduzir variação entre auditores e evitar negativas indevidas.
- Revisar em 12 meses ou quando mudarem pactuações, oferta ou normas aplicáveis.

13 Referências técnicas

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Material de apoio e protocolos de acesso da Regulação Estadual Ambulatorial. Portal oficial da SESA-PR.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Reumatologia e Ortopedia. Brasília, 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.

Nota: os tempos de tratamento descritos funcionam como referência clínica e não como barreira absoluta; exceções devem ser justificadas pelo risco e achados objetivos.

Anexo Campos locais para validação

Item	Definição municipal
Sistema de regulação	_____
Prestadores de referência	_____
Ortopedia geral e subespecialidades	_____
Fluxo pediátrico	_____
Fluxo de trauma e pós-operatório	_____
Exames disponíveis antes da consulta	_____
Prazos P1 P2 P3	_____
Responsável por atualização	_____
Ato normativo de aprovação	_____