



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO: **ORTOPEDIA PEDIÁTRICA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA

Dário Jorge Giolo Saadi

Prefeito Municipal de Campinas

Lair Zambon

Secretário Municipal de Saúde

Deise Fregni Hadich

Secretária Adjunta de Saúde

Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes

Diretora do Departamento de Saúde

Denise Vieira Amaral

Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Marcelle Regina Silva Benetti

Diretora do Departamento de Ensino, Pesquisa e Saúde Digital

Gláucia Margoto

Coordenadora do Distrito de Saúde Leste

Rita Bottcher

Coordenadora do Distrito de Saúde Norte

Juliana Ahmed de Oliveira Ramos

Coordenadora do Distrito de Saúde Noroeste

Raquel Aparecida Silveira Furtado

Coordenadora do Distrito Sudoeste

Jorge Mendes Ávila

Coordenador do Distrito de Saúde Sul

Renata Cauzzo Zingra Mariano

Coordenador do Distrito de Saúde Sudeste

Sara Maria Teixeira Sgobin

Coordenadora da Atenção Secundária

Rejane Maria Rios Fleury Trautwein

Coordenadora da Atenção Primária

Ricardo Nemer Jalbut

Coordenador da Urgência e Emergência

GRUPO DE TRABALHO

Liliane Cristina Ferraz Grulli
Departamento de Saúde

Vera Alice Bolzani Berni
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Marie Elise da Cruz Fickinger
Médica Reguladora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Ana Paula de Oliveira Souza
Coordenação Centro de Exames e Especialidades Médicas - CEEM

Carlanne Eutalia Barros Matias
Enfermeira Centro de Exames e Especialidades Médicas – CEEM

Larissa Macedo Barros
Médica Ortopedista Centro de Exames e Especialidade Médicas - CEEM

Isabella Tambelli Pires Cardoso
Médica Reumatologista Centro de Exames e Especialidades Médicas - CEEM

Isadora Maria Gomes Almeida
Fisioterapeuta Centro de Exames e Especialidades Médicas - CEEM

Tienne de Almeida Antônio Rampazzo
Apoio à Atenção Primária / Departamento de Saúde

Márcia Regina Muradas
Área Técnica de Informação / Departamento de Saúde

COLABORADORES

Marcelo Marotti Gomes
Coordenadoria Departamental de Tecnologia da Informação

Felipe Hideo Fávaro Kajihara
Coordenadoria Departamental de Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	4
CONDUTAS PRÉVIAS QUE DEVEM SER REALIZADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	4
PRIORIDADE NO ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL	5
SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO	5
CONDIÇÕES QUE NECESSITAM DE AVALIAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	5
ENCAMINHAR PARA O REUMATOLOGISTA	6
ENCAMINHAR PARA CIRURGIA TORÁCICA	6
ENCAMINHAR PARA O NEUROLOGISTA	6
PÉ TORTO CONGÊNITO	6
DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL (DDQ)	6
DEFORMIDADES ÓSSEAS	7
ALTERAÇÕES DO ARCO LONGITUDINAL DO PÉ	8
FRATURAS, LESÕES TRAUMÁTICAS E/OU TENDINOSAS NÃO AGUDAS	9
PATOLOGIAS DA COLUNA	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
ANEXO I	12
ANEXO II	13

FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

O médico assistente da Atenção Primária à Saúde (APS) deve preencher o formulário de encaminhamento para Ortopedia Pediátrica com a descrição da queixa principal e relato evolutivo do caso.

A APS é responsável pela inserção do encaminhamento e dos documentos anexos no sistema SIRESP.

O Regulador da Central Municipal de Regulação de Vagas realiza a avaliação da pertinência clínica do encaminhamento, a classificação de risco/prioridade e a análise da necessidade assistencial do usuário.

O agendamento é efetuado pela Central Municipal de Regulação de Vagas, conforme a disponibilidade de vagas e o perfil assistencial das unidades da Atenção Especializada (AE).

ATENÇÃO: Dor articular, muscular e tendínea sem sinais de alarme deve receber tratamento clínico otimizado por 6 meses antes do encaminhamento (obrigatório descrição).

CONDUTAS PRÉVIAS QUE DEVEM SER REALIZADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Abordagem Farmacológica: Uso de analgésicos, anti-Inflamatórios não esteroidais (AINEs) e corticoesteróides (especificar tempo de uso e resposta terapêutica);
2. Abordagem não Farmacológica: Fisioterapia (quando disponível na unidade) e participação em Práticas Integrativas e Complementares (PICs) com descrição das condutas, periodicidade e resposta clínica;
3. Intervenções de Estilo de Vida: Modificações nos hábitos de vida;
4. Procedimentos: Registro de infiltrações prévias, se houver;
5. Exame Físico Especializado:
 - Inspeção: deformidades, edemas e atrofia muscular;
 - Palpação: identificação de pontos anatômicos dolorosos;
 - Mobilidade: limitações da amplitude de movimento (ativa e passiva) e graduação da força muscular;
6. Avaliação neurovascular: Pulsos periféricos, sensibilidade e reflexos;
7. Impacto funcional: Grau de limitação para as atividades de vida diária (AVDs) e/ou atividades laborais;

8. Sinais de alerta (*Red Flags*): Descrição minuciosa de sinais como perda ponderal inexplicável, febre, déficit neurológico progressivo, perda de força e alteração de esfínterianas;
9. Exame de Imagem: *Apresentação obrigatória de **radiografia (raio-X)** da região afetada;
Ultrassonografia (USG) pelo método de GRAF em casos de suspeita de Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ) solicitado pelo médico pediatra.

PRIORIDADE NO ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL (os CIDs inseridos devem ser compatíveis com a suspeita)

- Critério obrigatório: Crianças com idade entre zero e dezoito anos incompletos com queixas osteomusculares;
- Pé torto congênito;
- Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ);
- Deformidades ósseas;
- Sequelas de fraturas, lesões traumáticas e/ou tendinosas com evolução superior a 6 meses;
- Patologias da coluna vertebral, tais como: acentuação ou retificações das curvas fisiológicas (Cifose e Lordose), escoliose (idiopática e não idiopática), Espondilolistese, fraturas consolidadas e sequelas de processos infecciosos.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Traumatismos agudos sem evidência de fratura;
- Entorses agudas sem lesões ósseas ou ligamentares estruturais demonstradas;
- Cisto Sinovial assintomático;
- Encaminhamentos cujo objetivo primário seja exclusivamente a solicitação de Ressonância Magnética (RM), uma vez que o exame isolado não modifica a conduta ou a proposta terapêutica do setor.

CONDIÇÕES QUE NECESSITAM DE AVALIAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Queixa álgica após trauma agudo ou recente, com suspeita de fratura ou luxação;
- Queixa álgica em membros sem histórico de trauma, de início agudo com associação à febre, recusa de deambulação, queda do estado geral;

- Suspeita de infecção (Artrite Séptica ou Osteomielite);
- Suspeita de violência física ou maus-tratos.

ENCAMINHAR PARA O REUMATOLOGISTA

- Queixa álgica poliarticular crônica com alteração das provas de atividade inflamatória (Proteína C Reativa e Velocidade de Hemossedimentação).

ENCAMINHAR PARA CIRURGIA TORÁCICA

- *Pectus Escavatum*.

ENCAMINHAR PARA O NEUROLOGISTA

- Lesão do Plexo-Braquial.

1. PÉ TORTO CONGÊNITO

Encaminhamento dos casos com diagnóstico de Pé Torto Congênito, caracterizado por

deformidade em equino-cavo-varo.

Nota Clínica: Na abordagem inicial, devem-se considerar a idade cronológica do paciente e a presença de comorbidades ou síndromes associadas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	Pacientes com idade entre zero a seis meses.
VERDE	Pé plano, deformidades rotacionais acima de 6 anos.
AZUL	

2. DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL (DDQ)

Encaminhamento obrigatório de todos os casos que apresentem Manobra de Ortolani positiva ou duvidosa. É indispensável a descrição do laudo e a data dos exames já realizados, obedecendo aos seguintes critérios por faixa etária:

Até 6 meses de idade: Ultrassonografia de Quadril em Método Graf;

Maiores de 6 meses de idade: Radiografia bilateral de quadris nas incidências AnteroPosterior (AP) e Rã (Lauenstein/Batráquio).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	Todos os casos.
VERDE	
AZUL	

3. DEFORMIDADES ÓSSEAS

Encaminhamento de crianças acima de sete anos de idade com deformidade óssea

confirmada em exame de imagem (obrigatório anexar laudo) e/ou quando a deformidade estiver associada à baixa estatura.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	Deformidades congênitas complexas graves, com assimetria ou encurtamento evidente do membro em recém-nascidos.
VERDE	Geno varo ou geno valgo assimétrico, acentuado e progressivo ou quando associado à estatura baixa.
AZUL	Demais casos.

4. ALTERAÇÕES DO ARCO LONGITUDINAL DO PÉ

Encaminhamento de pacientes com alterações no arco longitudinal do plantar, sejam elas atenuadas (pé plano) ou acentuadas (pé cavo).

Critérios de Elegibilidade: Considerar para encaminhamento crianças **acima de seis anos de idade** (período de consolidação completa da marcha), a presença de sintomas e comorbidades associadas. É obrigatória a descrição do laudo radiográfico com a data de realização, sendo a radiografia da região um pré-requisito indispensável, associada ao cálculo do **Índice de Staheli** (descrito no Anexo I).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	Casos de pé plano com desabamento medial do tálus e Índice de Staheli $>1,15$; Casos de pé cavo com Índice de Staheli $< 0,5$ e/ou com episódios de entorses frequentes sem outra causa etiológica associada.
VERDE	Demais casos.
AZUL	

5. FRATURAS, LESÕES TRAUMÁTICAS E/OU TENDINOSAS NÃO AGUDAS

Sequelas de fraturas tratadas previamente em serviços de urgência/emergência que apresentam deformidade ou prejuízo funcional por período superior a seis meses e de lesões tendinosas não agudas, acompanhadas de queixas álgicas frequentes e persistentes, que não obtiveram melhora clínica após o manejo terapêutico inicial. É obrigatória a descrição do laudo e da data da radiografia da região afetada.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	Todos os casos.
AZUL	

5. PATOLOGIAS DA COLUNA

Encaminhamento de quadros de alteração nas curvas fisiológicas da coluna vertebral (cifose ou lordose acentuada/atenuada), Escoliose Idiopática do Adolescente (EIA), escoliose de início precoce (antes dos dez anos de idade), Espondilolistese, fraturas e infecções (como Discite e Osteomielite) que já iniciaram tratamento em Unidade de Pronto Atendimento.

É obrigatório a descrição do laudo e a data do exame de imagem.

***Para casos de Escoliose:** solicitar **Radiografia Panorâmica da Coluna Vertebral Total** e realizar o **Teste de Adams** (descrito no Anexo II).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	Escoliose de início precoce (idade <10 anos), escoliose acentuada ou em pacientes pré-menarca, espondilolistese maior que 30%, suspeita de indecção, suspeita de lesão tumoral.
VERDE	Escoliose acima de 20 graus na adolescência, alteração isoladas das curvas fisiológicas.
AZUL	Demais casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 1083, de 02. de outubro de 2012.

Ebell MH. Osteoarthritis: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2018 Apr 15;97(8):523-526. PMID: 29671497.

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Ministério da Saúde, 2016. <https://www.ufrgs.br/telessaude/materiais-protocolos/> acesso em Maio de 2026

ANEXO I - TESTE DE STAHELI

Medida utilizada para classificar o tipo de arco plantar a partir da impressão plantar (o rastro deixado pelo pé molhado ou com tinta).

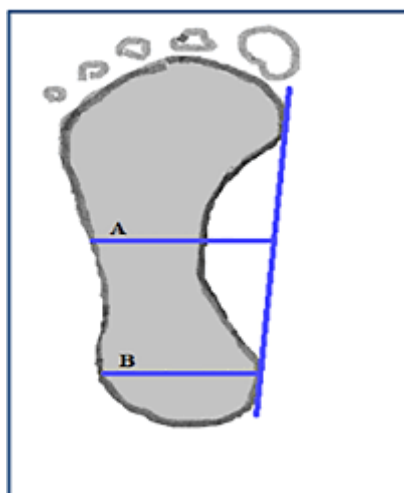
CÁLCULO

O cálculo é feito pela razão entre a largura da região central e a largura do calcanhar, seguindo os passos abaixo:

1. Trace uma linha contínua unindo a borda mais medial (parte de dentro) do antepé e o calcanhar;
2. Encontre o ponto médio (o centro) dessa linha;
3. A partir desse ponto médio, trace uma linha perpendicular até a borda lateral do pé para achar a Largura Central (A);
4. Meça a Largura do Calcanhar (B);
5. Divida a largura central pela largura do calcanhar;

$$\text{Staheli} = A/B$$

6. Classifique como normal entre 0,61 a 0,67; pé plano leve a moderado entre 0,67 e 1,14; pé plano severo acima de 1,14; pé cavo menor que 0,50.



Fonte: Adich T, Miniret T, Tihunie Akalu T, Gasnaw M, Janakiraman B (2020) Flatfoot and associated factors among Ethiopian school children aged 11 to 15 years: A school-based study. PLoS ONE 15(8): e0238001. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238001>

ANEXO II - ESCOLIOSE

Teste de Adams para Escoliose

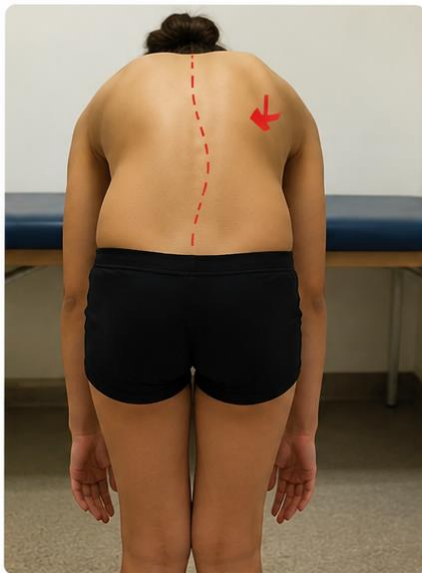
Avaliação clínica realizada com o paciente em flexão anterior do tronco (mãos próximas ao chão) para observar assimetrias do dorso.

POSITIVO

Assimetria visível do dorso (**giba costal**) durante a flexão anterior.



Correlaciona-se com uma curva escoliótica.



NEGATIVO

Ausência de assimetria significativa do dorso durante a flexão anterior.



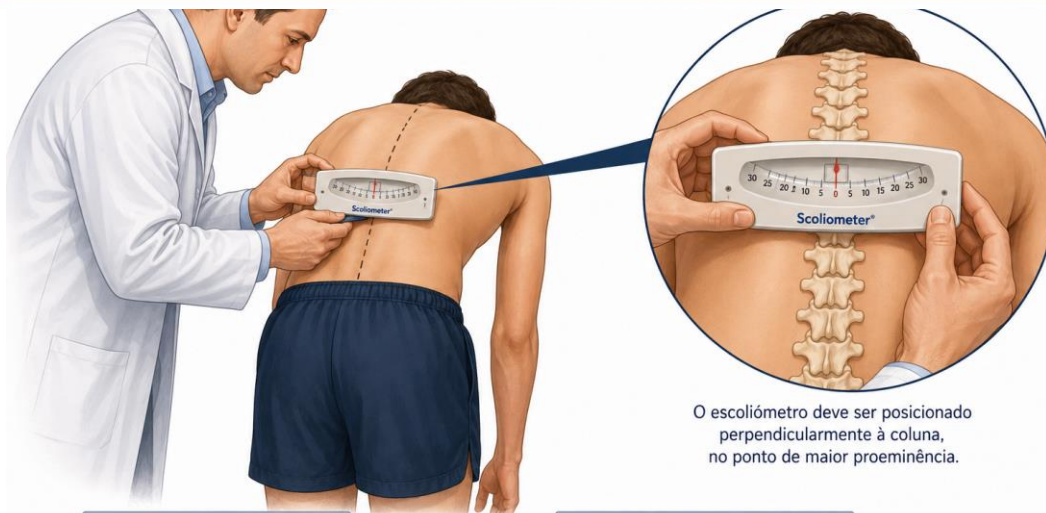
Correlaciona-se com coluna alinhada (**sem escoliose**).



Como é feito:

1. O paciente fica em pé, com os pés juntos.
2. Realiza a flexão anterior do tronco, deixando os braços e a cabeça relaxados.
3. O examinador observa o dorso do paciente por trás e por ambos os lados.
4. Procura-se assimetrias, especialmente a giba costal (proeminência de um lado das costelas).

Importante: O teste de Adams é um método de triagem clínica e não substitui exames de imagem para o diagnóstico.



Paciente Inclinado

Exame de Escoliose