

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES

Caderno de Reumatologia

*Secretaria da
Saúde*



**Prefeitura de
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Dra Hellora Grillo Junqueira
Núcleo de Políticas de Saúde

Dra Isabella Gavazza
Médica Reumatologista da Policlínica

Dra Tatchia Puertas Garcia
Coordenadora Técnica da Regulação Eletiva

Vanessa A. Marciano
Núcleo de Políticas de Saúde

Vanderson Farley Brito
Rede de Saúde Pública

Ana Flávia Guimarães Moura
Rede de Saúde Pública

Camila Cruz
Núcleo de Políticas de Saúde

Camila Cristina G. Costa
Núcleo de Políticas de Saúde

Daniela Ferreira Machado da Silva
Policlínica

Grasiele Rodrigues de Góes
Policlínica

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. FLUXO DE ATENDIMENTO.....	6
3. PRIORIZAÇÃO.....	7
4. EXAMES COMPLEMENTARES – CONSIDERAÇÕES.....	8
4.1. Fator Antinúcleo (FAN).....	8
4.2. Fator Reumatoide (FR).....	8
4.3. Anticorpo Antiestreptolisina O (ASLO).....	8
4.4. Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e Proteína C Reativa (PCR).....	8
5. REUMATOLOGIA ADULTO.....	8
5.1. ARTRITE REUMATOIDE.....	8
5.1.1. Critérios de encaminhamento.....	9
5.1.2. Critérios de Classificação de Artrite Reumatoide (ACR/EULAR 2010).....	10
5.1.3. Conteúdo descritivo mínimo.....	10
5.1.4. Critérios para suspeita de Artrite Reumatoide.....	11
5.1.5. Teste do Aperto.....	11
5.2. ARTRITE PSORIÁSICA.....	11
5.2.1. Suspeita de Artrite Psoriásica.....	11
5.2.2. Critérios de encaminhamento.....	12
5.2.3. Conteúdo descritivo mínimo.....	12
5.2.4. – Critérios de classificação de Artrite Psoriásica. Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis.....	13
5.3. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....	13
5.3.1. Critérios de encaminhamento:.....	13
5.3.2. Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico - SLICC de 2012.....	14
5.3.3. Conteúdo descritivo mínimo.....	14



5.3.4. Critérios para encaminhamento para a UPAs/PAs.....	15
5.4. SÍNDROME DE SJÖGREN.....	15
5.4.1. Critérios de encaminhamento.....	15
5.4.2. Critérios para diagnóstico de Síndrome de Sjögren.....	16
5.4.3. Medicamentos que causam xerofthalmia e/ou xerostomia.....	17
5.5. DOR LOMBAR E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA LOMBAR.....	17
5.5.1. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:	17
5.5.2. Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem.....	18
5.5.3. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:.....	18
5.5.3.1. Dor lombar de característica inflamatória (pelo menos 3 entre os 4 critérios):.....	18
5.5.4. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:.....	18
5.5.5. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:.....	19
5.6. ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS (GOTA).....	19
5.6.1. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:.....	19
5.6.2. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:.....	20
5.6.3. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:.....	20
5.7. FIBROMIALGIA.....	20
5.7.1. Critérios de encaminhamento.....	20
5.7.2. Conteúdo descritivo mínimo.....	20
5.8. OSTEOARTRITE.....	20
5.9. BURSITES E TENDINITES.....	21
5.10. DOR MIOFASCIAL.....	21
6. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA.....	21
6.1. ARTRITE REUMATOIDE.....	21
6.1.1. Critérios de encaminhamento.....	21
6.1.2. Conteúdo descritivo mínimo.....	21

6.2. COLAGENOSES.....	22
6.2.1.Critérios de encaminhamento:.....	22
6.2.2.Conteúdo descritivo mínimo.....	22
7. ANEXOS.....	22
7.1 Encaminhamentos Reumatologia.....	22
7.2 Fluxograma de Patologias Reumatológicas.....	22
8. REFERÊNCIAS.....	23

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES (Reumatologia)

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS, como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

É importante que a APS seja altamente resolutiva, o que depende, dentre tantos fatores, da capacidade clínica, da coordenação dos cuidados das equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos das Redes de Atenção à Saúde.

O Serviço Especializado (ou secundário) é marcado por diferentes estreitamentos no que se refere ao seu acesso, em especial, no dimensionamento e organização das ofertas em função dos encaminhamentos da APS.

Para que estes desafios sejam superados, é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno.

No entanto, são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar as necessidades. O desenvolvimento de protocolos para o encaminhamento a consulta especializada e exames solicitados, facilita a ação da Regulação e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas e ordenação dos recursos.

A atualização deste protocolo é mais uma estratégia para ampliar a resolutividade, equalizar as demandas e melhorar a assistência à saúde da população.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda em espera.

2. FLUXO DE ATENDIMENTO

A necessidade de consulta com especialista, será determinada pelo profissional médico /generalista da Unidade Básica de Saúde (UBS) a depender da patologia, conforme Fluxograma de Patologias Reumatológicas (Anexo 1). 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 e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo.

Somente serão aptos ao agendamento, os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados de acordo com o protocolo. O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação. É imprescindível: letra legível, CID, carimbo e assinatura do médico, carimbo e assinatura do coordenador da Unidade de Saúde.

O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contrarreferência para acompanhamento na própria UBS.

A periodicidade das consultas e alta do serviço de especialidades será realizada conforme descrito no Fluxograma de Patologias Reumatológicas.

Considerações da Especialidade:

- **DOR:** por ser queixa preponderante na especialidade, todo referenciamento deverá ter a descrição detalhada deste sintoma (tempo de evolução, localização, fatores de piora e melhora, tipo – neuropática? ritmo inflamatório ou mecânico?) e sintomas associados.
- **ARTRALGIA:** na maioria das vezes não reflete uma doença inflamatória de fundo reumatológico. É mandatório que já tenham sido investigadas situações como tireopatias, diabetes mellitus, doenças hematológicas como hemoglobinopatias, infecções, distúrbios psicoafetivos e mais frequentemente, aquelas queixas relacionadas a fatores mecânicos e em decorrência a vícios posturais.
- **OSTEOARTRITE, LOMBALGIA CRÔNICA NÃO INFLAMATÓRIA, FIBROMIALGIA E DORES MIOFASCIAS:** deverão ser submetidas a tratamento analgésico otimizado e terem implantadas medidas comportamentais (controle de peso, exercícios físicos, correções posturais). Uma vez serem condições em que a mudança comportamental é o tratamento padrão-ouro, não há indicação de tratamento especializado e deverão ser conduzidos pela equipe multiprofissional da APS.
- **OSTEOPOROSE:** referenciar a especialidade casos de osteoporose refratária ao tratamento habitual com bisfosfonato oral (perda de massa óssea sendo descartado má aderência ou fratura de fragilidade apesar do uso regular de bisfosfonato), osteoporose em homens ou contra-indicação absoluta ao uso de bisfosfonato oral.

Situações de exceção serão sempre tratadas pela equipe regulatória caso a caso e para tanto, é necessário que nesta situação o relato médico seja bastante detalhado e explicitando a razão que justifica o referenciamento.

3. PRIORIZAÇÃO

P0/Urgência: não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar às UPAs ou PAs.

P1: casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias);

P2: Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;

P3: Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da APS e agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

4. EXAMES COMPLEMENTARES – CONSIDERAÇÕES

4.1. Fator Antinúcleo (FAN)

Presente em 20 a 25% da população normal (padrão pontilhado fino denso);

Possível positividade em condições não reumatológicas como uso de certos medicamentos (hidralazina, carbamazepina, hidantoína, procainamida, isoniazida, metildopa, ácido acetilsalicílico -AAS);

NÃO é diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES);

O pedido deste exame será feito **apenas pelo especialista**, quando existirem dados na história clínica, exame físico e epidemiologia com forte suspeita de autoimunidade e/ou artralgia inflamatória.

4.2. Fator Reumatoide (FR)

Presente em 5% da população normal (sobretudo idosos);

Positividade em situações não reumatológicas como endocardite, hepatite, hanseníase e neoplasias;

Pode estar positivo em condições reumatológicas diferentes da Artrite Reumatóide como LES, Síndrome de Sjögren, Esclerodermia, Polimiosite, entre outras);

Nos pacientes com Artrite Reumatoide (AR), o FR em altos títulos significa pior prognóstico, portanto, justifica o referenciamento para a Reumatologia.

4.3. Anticorpo Antiestreptolisina O (ASLO)

Não é marcador de doença reumatológica e não deve fazer parte dos exames que avaliam atividade inflamatória.

4.4. Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e Proteína C Reativa (PCR)

Na suspeita de doenças reumatológicas de cunho inflamatório e monitoramento de atividade, são exames úteis de fácil realização. Sempre serão solicitados com Fator Reumatoide em associação.

5. REUMATOLOGIA ADULTO

5.1. ARTRITE REUMATOIDE

5.1.1.Critérios de encaminhamento

- Diagnóstico de certeza de AR seguindo critérios ACR/EULAR 2010;
- Artralgia inflamatória e/ou artrite no exame físico e rigidez matinal prolongada maior que 1 hora;
- Radiografia com erosões ósseas (Alterações de doença de longa data/avançada);
- Ultrassonografia de mãos e punhos (Avalia alterações mais precoces que a radiografia, como sinovite);
- VHS e PCR elevados;
- Fator Reumatoide pode estar presente em pessoas saudáveis, especialmente idosos.

5.1.2. Critérios de Classificação de Artrite Reumatoide (ACR/EULAR 2010)

Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema articular) que não seja melhor explicado por outra doença. Pontuação ≥ 6 define diagnóstico.	
Envolvimento articular¹	(0 a 5 pontos)
1 grande ² articulação	0
2-10 grandes ² articulações	1
1-3 pequenas ³ articulações	2
4-10 pequenas ³ articulações	3
> 10 articulações ⁴ (pelo menos uma pequena articulação)	5
Sorologia⁵	(0 a 3 pontos)
FR negativo e anti-CCP negativo	0
FR positivo em título baixo ou anti-CCP positivo em título baixo	2
FR positivo em título alto ou anti-CCP positivo em título alto	3
Provas de fase aguda	(0 a 1 ponto)
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos Sintomas⁶	(0 a 1 ponto)
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1
¹ Envolvimento articular refere-se a qualquer articulação com dor ou edema identificado no exame físico. ² Grandes articulações: ombro, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos. ³ Pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, 2ª a 5ª metatarsofalangeanas. ⁴ Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular. ⁵ Título positivo baixo corresponde aos valores maiores que o limite superior de normalidade (LSN), mas menores ou iguais a três vezes o LSN para o método e laboratório. Título positivo alto: valores maiores que três vezes o LSN para o método e laboratório. Quando o FR só estiver disponível como positivo ou negativo, um resultado positivo deve ser marcado como "positivo em título baixo". ⁶ Duração dos sintomas se refere ao relato do paciente quanto à duração dos sintomas ou sinais de sinovite (por exemplo, dor, inchaço) nas articulações que estão clinicamente envolvidas no momento da avaliação, independentemente do status do tratamento.	

Fonte: Aletaha (2010).

5.1.3. Conteúdo descritivo mínimo

- Manifestações clínicas que sugiram diagnóstico ou a suspeita de artrite reumatoide (artralgias, sinovite/edema articular ao exame físico, teste do aperto, outros sinais e sintomas, descrevendo

quais articulações acometidas, características da dor, tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);

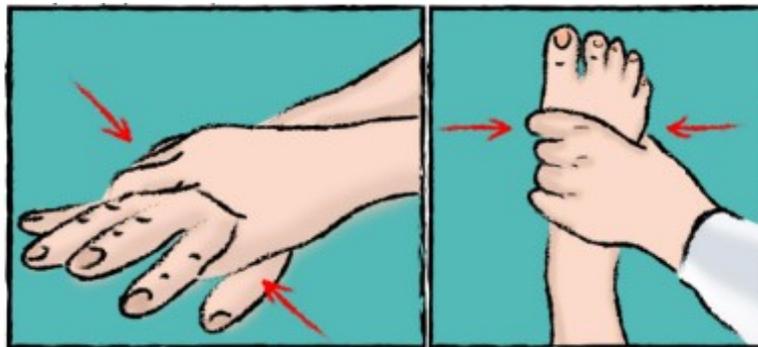
- Comorbidades, antecedentes familiares, tratamentos realizados e medicações em uso;
- Anexar laudo da radiografia das mãos, punhos e pés, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
- Resultado de fator reumatoide, com data;
- Resultado de Proteína C Reativa (PCR) ou Velocidade de Sedimentação Globular (VSG/VHS), com data;
- Resultado de anticorpos contra Peptídeo Citrulinado Cíclico (anti-CCP), com data (se realizado);
- Exames complementares necessários: hemograma, creatinina, urina tipo I, TGO, TGP, parasitológico de fezes.

5.1.4. Critérios para suspeita de Artrite Reumatoide

- Presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de pequenas articulações de mãos ou pés; **ou**
- presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de 3 ou mais articulações associada a:
 - rigidez matinal por mais de 30 minutos; e/ou
 - teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (Squeeze test - [figura 1](#)) positivo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Emery (2002) e NICE (2020b).

5.1.5. Teste do Aperto



*Paciente refere dor à manobra de compressão de metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas realizada pelo examinador.
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

5.2. ARTRITE PSORIÁSICA

5.2.1. Suspeita de Artrite Psoriásica

Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado à pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais;
- 2) dactilite ("dedos em salsicha");
- 3) entesite/tenossinovite;
- 4) dor na coluna de caráter inflamatório.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Olivieri et al. (2008).

5.2.2.Critérios de encaminhamento

- Dor articular;
- Suspeita ou diagnóstico confirmado de artrite psoriásica.

5.2.3.Conteúdo descritivo mínimo

- Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de artrite psoriásica (artralgias, sinovite/edema articular ao exame físico, distrofia ungueal como onicólise, pitting, hiperkeratose, dactilite, entesite, dor em coluna de características inflamatórias, outros sinais e sintomas, descrevendo quais articulações acometidas, características da dor, tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);
- Psoríase cutânea atual ou prévia (sim ou não). Se sim, descreva quadro clínico;
- História familiar de psoríase (sim ou não). Se sim, descreva grau de parentesco;
- Resultado de fator reumatoide, com data;
- Anexar laudo de exame de imagem de articulação acometida, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

5.2.4. – Critérios de classificação de Artrite Psoriásica. Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

Doença inflamatória articular, enteseal ou axial estabelecida e pontuação igual ou maior do que 3 pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase - psoríase cutânea atual; ou - história de psoríase; ou - história familiar de psoríase.	2 pontos 1 ponto 1 ponto
Dactilite (“dedos em salsicha”) atual ou passado.	1 ponto
Evidência radiográfica (mãos/pés) de neoformação óssea justa-articular.	1 ponto
Fator reumatoide negativo.	1 ponto
Distrofia ungueal (onicólise, pitting, hiperkeratoses).	1 ponto

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Taylor *et al.* (2006).

5.3. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

5.3.1. Critérios de encaminhamento:

- Suspeita ou diagnóstico confirmado de Lúpus Eritematoso Sistêmico.



5.3.2. Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico - SLICC de 2012

Critério diagnóstico para LES: presença de 4 de 17 critérios, incluindo pelo menos 1 clínico e 1 imunológico OU nefrite lúpica comprovada por biópsia. Suspeita diagnóstica para LES: presença de 3 de 17 critérios, incluindo pelo menos 1 clínico e 1 laboratorial.	
Critérios clínicos	Definição
1. Lúpus cutâneo agudo	- Eritema malar lúpico (exantema discoide malar não conta), lúpus bolhoso, variante da necrose epidérmica tóxica do LES, exantema lúpico maculopapular, exantema lúpico fotossensível (na ausência de dermatomiosite). - Lúpus cutâneo subagudo (psoriasiforme sem induração e/ou lesões anelares policíclicas que desaparecem sem deixar cicatrizes, algumas vezes com despigmentação ou telangiectasias pós-inflamatórias).
2. Lúpus cutâneo crônico	- Exantema discoide clássico, exantema discoide localizado (acima do pescoço), exantema discoide generalizado (acima e abaixo do pescoço), lúpus hipertrófico (verrucoso), paniculite lúpica (profunda), lúpus mucoso, lúpus eritematoso túmido, lúpus de freiras. - Lúpus discoide/sobreposição de líquen plano.
3. Alopecia não cicatrizante	- Espessamento difuso ou fragilidade capilar com cabelos quebrados visíveis (na ausência de outras causas, como alopecia areata, substâncias químicas, deficiência de ferro e alopecia androgênica).
4. Úlceras orais ou nasais	- Úlceras bucais, do palato e da língua. - Úlceras nasais (na ausência de outras causas, como vasculite, Doença de Behçet, infecção (vírus do herpes), doença intestinal inflamatória, artrite reativa e alimentos ácidos).
5. Doença articular	- Sinovite comprometendo 2 articulações ou mais, caracterizada por edema ou derrame. - Sensibilidade em 2 articulações ou mais e pelo menos 30 minutos de rigidez matinal.
6. Serosite	- Pleurisia típica por mais de 1 dia, derrame pleural ou atrito pleural. - Dor pericárdica típica (dor em decúbito que melhora ao sentar inclinado para a frente) por > 1 dia, derrame pericárdico, atrito pericárdico ou pericardite por eletrocardiografia (na ausência de outras causas).
7. Renal	- Relação proteína-creatinina urinária (ou proteinúria de 24h) representando 500 mg ou mais de proteína/24h. - Cilindros hemáticos.
8. Neurológico	- Convulsão, psicose, mononeuropatia múltipla (na ausência de outras causas conhecidas, como vasculite primária), mielite, neuropatia periférica ou craniana (na ausência de outras causas). - Estado confusional agudo (na ausência de outras causas).
9. Anemia hemolítica	- Anemia hemolítica.
10. Leucopenia ou linfopenia	- Leucopenia: < 4.000/mm ³ pelo menos uma vez (na ausência de outras causas). - Linfopenia: < 1.000/mm ³ pelo menos uma vez (na ausência de outras causas).
11. Trombocitopenia	- Trombocitopenia (< 100.000/mm ³) pelo menos uma vez (na ausência de outras causas).
Critérios Imunológicos	Definição
12. Anti-DNA dupla hélice	- Anticorpos anti-DNA de dupla hélice acima do intervalo laboratorial (ou > 2 x o intervalo de referência, se ELISA).
13. Anti-SM	- Presença de anticorpos contra o antígeno nuclear Sm (anti-Sm).
14. Antifosfolípeos	- Teste de anticoagulante lúpico positivo; ou - presença de VDRL falso-positivo; ou - níveis de títulos de anticorpos anticardiolipina médios ou altos (IgA, IgG ou IgM); ou - resultado positivo do teste anti-beta2-glicoproteína I (IgA, IgG ou IgM).
15. Complementos baixos	- C3 baixo, C4 baixo ou CH50 baixo.
16. Coombs direto	- Teste de Coombs direto positivo na ausência de anemia hemolítica.
17. FAN	- Nível de FAN acima do intervalo de referência laboratorial.

¹O instrumento utilizado foi escolhido por apresentar maior sensibilidade em comparação a outros critérios diagnósticos, considerando o cenário da APS.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Tan *et al.* (1982), Petri *et al.* (2012) e Aringer *et al.* (2019).

5.3.3. Conteúdo descritivo mínimo

- Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de LES;

- Resultado de proteinúria na Urina tipo I ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra ou albuminúria de 24 horas, conforme disponibilidade local), com data;
- Resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data;
- Se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise imunomediada (reticulócitos, lactato desidrogenase (LDH), bilirrubinas e Coombs direto), com data;

5.3.4. Critérios para encaminhamento para a UPAs/PAs

Sinais e sintomas ameaçadores à vida: sintomas neuropsiquiátricos como psicose, crise convulsiva, alterações hematológicas como febre e neutropenia grave (< 500 neutrófilos/mm³), anemia hemolítica com Hemoglobina (Hb) < 7 g/dL ou sintomática (dispneia, instabilidade hemodinâmica ou sinais sugestivos de isquemia miocárdica ou cerebral), bicitopenia ou pancitopenia com alterações graves (Hb < 7 g/dL, neutrófilos < 500 células/mm³ e/ou plaquetas < 50.000 /mm³), insuficiência renal aguda (aumento de creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL ou aumento de 1,5 x o valor da creatinina basal em 24 horas ou redução do volume urinário $< 0,5$ mL/kg/hora nas últimas 6 horas), anasarca, derrame pleural e/ou pericárdico com repercussão hemodinâmica.

5.4. SÍNDROME DE SJÖGREN

5.4.1. Critérios de encaminhamento

- Diagnóstico de Síndrome de Sjögren;
- Suspeita clínica de Síndrome de Sjögren por:
 - Sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia por mais de 3 meses com presença de autoanticorpos associados, após exclusão de outras causas (medicamentos, história de radioterapia de cabeça e pescoço, infecção por Hepatite C (HCV) ativa, infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV), sarcoidose, amiloidose, doença relacionada à imunoglobulina G4 (IgG4), doença do enxerto versus hospedeiro, respiradores bucais, sialodenite e sialolitíase, diabetes mellitus tipo 1 e 2, anemia, bulimia, tabagismo e alcoolismo);
 - Sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia por mais de 3 meses com confirmação objetiva através de exame oftalmológico e/ou avaliação de hipofunção salivar, após exclusão de outras causas (medicamentos, história de radioterapia de cabeça e pescoço, infecção por HCV ativa, infecção por HIV, sarcoidose, amiloidose, doença relacionada ao IgG4, doença do enxerto versus hospedeiro, respiradores bucais, sialodenite e sialolitíase, diabetes mellitus tipo 1 e 2, anemia, bulimia, tabagismo e alcoolismo);

5.4.2. Critérios para diagnóstico de Síndrome de Sjögren

Presença dos critérios 1 e 2 abaixo e ausência dos critérios de exclusão.
1. Achados objetivos de: a. <i>secura ocular*</i> : teste de Schirmer ou coloração anormal da superfície ocular; ou b. <i>secura oral*</i> : hipofunção salivar; ou c. lesão do parênquima glandular: anormalidades de parênquima de glândula salivar evidenciado em exame de imagem.
2. Evidência sorológica ou histopatológica de autoimunidade: a. presença de anticorpos anti-Ro (anti-SSA) com ou sem a presença de anti-LA (anti SSA); ou b. biópsia de glândula salivar menor com sialoadenite linfocítica.
Critérios de exclusão - diagnóstico prévio de qualquer uma das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none">● história de tratamento com radiação de cabeça e pescoço;● infecção ativa de hepatite C (com PCR positivo);● Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;● sarcoidose;● amiloidose;● doença enxerto versus hospedeiro;● doença relacionada a IgG4.

*Pacientes que habitualmente usam medicamentos anticolinérgicos devem ser avaliados quanto aos sinais objetivos de hipofunção salivar e *secura ocular* após o intervalo de tempo suficiente sem essas medicações para que esses componentes sejam uma medida válida da *secura oral* e ocular.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Shiboski *et al.* (2017) e Vitali *et al.* (2002).

5.4.3. Medicamentos que causam xeroftalmia e/ou xerostomia

Antihistamínicos	- Antagonistas do receptor H1 de 1ª geração: dimenidrinato, difenidramina, hidroxizina, meclizina. - Antagonistas do receptor H1 de 2ª geração: fexofenadina, cetirizina, loratadina, desloratadina, levocetirizina.
Antiparkinsonianos	- Amantadina, bromocriptina, entacapona, triexifenidil.
Analgésicos	- Opioides: codeína, hidrocodona, fentanil, metadona, morfina, oxicodona, tramadol.
Broncodilatadores	- Ipratrópio, tiotrópio. - Corticoide inalatório. - Beta 2 agonista.
Citotóxicos	- Antineoplásicos. - Antirretrovirais. - Interferon alfa.
Cardiovasculares	- Antihipertensivos: alfa 2 agonistas, beta-bloqueadores, bloqueadores alfa adrenérgicos, bloqueadores dos receptores de angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, diuréticos.
Gastrointestinais	- Antieméticos, domperidona, loperamida, proclorperazina. - Antagonistas do receptor H2 (cimetidina, famotidina). - Antiespasmódicos: hiosciamina, glicopirrolato, escopolamina (hioscina).
Relaxantes musculares	- Orfenadrina, tizanidina, ciclobenzaprina, baclofeno, metocarbamol.
Urológicos	- Oxibutinina, tolterodina, citrato de potássio, dutasterida, tansulosina.
Antidepressivos	- Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina. - Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina: citalopram, fluoxetina, paroxetina.
Antipsicóticos	- Antipsicóticos de 1ª geração: clorpromazina, levomepromazina, haloperidol. - Antipsicóticos de 2ª geração: clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona.
Outros psicotrópicos	- Ácido valpróico, carbamazepina, sibutramina, lítio, oxcarbazepina, fenelzina, trazodona, zolpidem. - Benzodiazepínicos: clordiazepóxido, clonazepam, lorazepam.

*Mais de 500 medicamentos podem causar xerostomia/xeroftalmia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Baer e Akpek (2020), Dynamed (2018), Tanasiewicz et al. (2016).

5.5. DOR LOMBAR E ALTERAÇÕES EM EXAME DE IMAGEM DE COLUNA LOMBAR

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

- Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina;
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;

- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Dor lombar aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- Suspeita de infecção (especialmente em imunossuprimidos e/ou usuários de drogas endovenosas);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

5.5.2. Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem

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

- Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- Paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
- Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória);
- Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

5.5.3. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- Dor lombar crônica (mais de 3 meses) de início antes dos 45 anos e de característica inflamatória.

5.5.3.1. Dor lombar de característica inflamatória (pelo menos 3 entre os 4 critérios):

Início insidioso.
Melhora com exercício.
Sem melhora com repouso.
Dor noturna (na segunda metade da madrugada), com melhora ao se levantar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Rudwaleit (2009).

5.5.4. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:

- Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- Diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese e sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica;
- Sintomas compatíveis com claudicação neurogênica;
- Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa \geq grau 2;
- Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na unidade;

•Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado para dor crônica por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

** Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, profissional de educação física, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

5.5.5. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Manifestações clínicas (características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas constitucionais, descrição de exame físico neurológico, outros sinais e sintomas relevantes);
- Tratamento em uso ou já realizado para dor lombar - não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local que realizou a cirurgia);
- Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
- Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;
- Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
- Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
- Sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são, os medicamentos em uso e a resposta terapêutica;
- Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.

5.6. ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS (GOTA)

Diagnóstico: monoartrite ou poliartrite recorrente associado a ácido úrico elevado;

Dosagem de ácido úrico elevado sem a presença de artrite migratória **não** caracteriza o diagnóstico de gota;

Alvo terapêutico: ácido úrico < 6 ou ácido úrico <5 nos pacientes com tofo gotoso;

Os pacientes com gota tofácea não aderentes ao tratamento especializado receberão alta com orientações ao clínico da UBS.

5.6.1. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

Diagnóstico de certeza de gota tofácea (Gota não tofácea será conduzida na UBS);

Tratamento da crise se gota: anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) + colchicina ou prednisona + colchicina por 5 dias. Não iniciar ou aumentar alopurinol na crise;

Tratamento ambulatorial (longo prazo):

Alopurinol: iniciar com 100 mg, aumento gradual para evitar crises. Máximo de 800 mg. Ajustar em pacientes com disfunção renal.

Colchicina: 0,5 a 1 mg ao dia. Serve como profilático (evitar crises).

5.6.2. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:

- Paciente com gota tofácea crônica e complicações devido à presença de tofos gotosos (infecção recorrente, compressão devido a efeito de massa, deformidade articular que ocasione prejuízo funcional), sem melhora com o tratamento otimizado.

5.6.3. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico ou a suspeita de gota (artrite, tofo, número de crises no ano, descrevendo tempo de evolução, se há sinais flogísticos no exame físico e outros sinais e sintomas relevantes);
- Resultado de ácido úrico sérico, com data;
- Resultado de creatinina sérica, com data;
- Cor da pele (para cálculo de taxa de filtração glomerular);
- Tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Outras medicações em uso.

5.7. FIBROMIALGIA

5.7.1. Critérios de encaminhamento

- Quadro de dor crônica difusa/fadiga refratária ao uso de antidepressivos tricíclicos ou inibidores de recaptação de serotonina pelo menos por seis meses;
- Suspeita de doença articular inflamatória associada.

5.7.2. Conteúdo descritivo mínimo

- História clínica, exame físico com especial caracterização do quadro doloroso, comorbidades, medicações em uso e tratamentos realizados;
- Exames complementares.

5.8. OSTEOARTRITE

Diagnóstico: dor articular (geralmente mãos, joelhos, quadril e colunas) com rigidez matinal de 30 minutos ou menos;

Exame físico: nódulos de Heberden e Bouchard, crepitações a mobilização de joelhos;

Radiografia: presença de osteófitos, esclerose subcondral e diminuição do espaço articular;

Não há indicação de encaminhamento ao reumatologista, uma vez que a mudança comportamental é o tratamento padrão-ouro e ser uma doença de altíssima prevalência;

São orientações importantes e que fazem a diferença na evolução clínica da Osteoartrite: perda de peso (independe se a osteoartrite é de joelhos ou de outro sítio como mãos, por exemplo) e fortalecimento muscular. O tratamento medicamentoso, basicamente, tem foco na dor e não exige conhecimento especializado para sua prescrição, já que é recomendação nível A, o uso de analgesia simples (dipirona ou paracetamol), AINE oral, AINE tópico (bom para osteoartrite de mãos). O uso de colágenos, diacereína e sulfato de condroitina e glicosamina não são recomendados por todos os consensos (estudos controversos) tem ação lenta, elevado custo, que não há no SUS e atuam basicamente em dor.

5.9. BURSITES E TENDINITES

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de bursite e/ou tendinopatia para a Reumatologia, exceto se houver suspeita de espondiloartrite associada.

5.10. DOR MIOFASCIAL

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de dor miofascial para o Reumatologista.

6. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Encaminhar para Ortopedia:

- Deformidades joelhos, ombros e membros /osteocondrose;
- Fraturas, lesões traumáticas, tendinosas não agudas;
- Luxação congênita do quadril;
- Patologias da coluna;
- Pé torto congênito.

6.1. ARTRITE REUMATOIDE

6.1.1. Critérios de encaminhamento

- Dor articular com edema e/ou bloqueio da articulação;
- Suspeita ou diagnóstico confirmado de artrite reumatoide juvenil.

OBS: Casos agudos, com calor e rubor local (suspeita de artrite séptica) devem ser avaliados nas Unidade de Pronto Atendimento (UPAs) ou nos Pronto Atendimentos (PAs).

6.1.2. Conteúdo descritivo mínimo

- Manifestações clínicas que sugiram diagnóstico ou a suspeita de artrite reumatoide (artralgias, sinovite/edema articular ao exame físico, teste do aperto, outros sinais e sintomas, descrevendo

quais articulações acometidas, características da dor, tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);

- Comorbidades, antecedentes familiares, tratamentos realizados e medicações em uso;
- Anexar laudo da radiografia das mãos, punhos e pés, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
- Resultado de fator reumatoide, com data;
- Resultado de Proteína C Reativa (PCR) ou Velocidade de Sedimentação Globular (VSG/VHS), com data;
- Resultado de anticorpos contra peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP), com data (se realizado);
- Exames complementares necessários: hemograma, creatinina, urina tipo I, Transaminase Glutâmico Oxaloacética (TGO), Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP), parasitológico de fezes.

6.2. COLAGENOSES

6.2.1. Critérios de encaminhamento:

- Diagnóstico confirmado de lúpus, esclerodermia, dermatomiosite, polimiosite, síndrome de Sjögren, artrite reumatoide;
- Evidência de inflamação ocular (uveíte) observada pelo oftalmologista;
- FAN ou fator reumatoide positivo;
- História de trombozes;
- Lúpus Eritematoso Sistêmico, dermatomiosite, polimiosite, síndrome de Sjögren, esclerose sistêmica-esclerodermia, artrite reumatoide;
- Quadro clínico sugestivo: lesões cutâneas em áreas fotoexpostas, úlceras de mucosa, alopecia, serosite, dor abdominal intensa, recorrente e persistente, fenômeno de Raynaud, fraqueza muscular associada a lesão de pele, rigidez matinal, dor lombar persistente febre há mais de 15 dias ou episódios recorrentes de febre sem causa definida; antecedente de trombose arterial ou venosa;
- Síndrome da boca ou olhos secos.

6.2.2. Conteúdo descritivo mínimo

- História clínica, exame físico, tempo de duração das queixas articulares, antecedentes familiares, comorbidades, tratamentos realizados e medicações em uso;
- Exames complementares necessários: hemograma, VHS, PCR, eletroforese de proteínas, creatinina, hormônio tireoestimulante (TSH), urina tipo I, TGO/TGP; creatinofosfoquinase (CPK), desidrogenase láctica (DHL), aldolase, creatinina, radiografia do membro acometido, parasitológico de fezes;
- Em patologias com diagnóstico firmado: FAN, fator reumatoide, mucoproteínas, ASLO na dependência de cada caso.

7. ANEXOS

7.1 Encaminhamentos Reumatologia

7.2 Fluxograma de Patologias Reumatológicas

8. REFERÊNCIAS

1. Protocolo de encaminhamento de especialidades da Secretaria de Saúde de Votorantim, Central Integrada de Regulação de Vagas (CIRV) e Diretoria de Serviços Médicos. Versão – 28/09/2022.
2. Protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para Reumatologia, Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí – 2020, Versão III.
3. Consultas nas especialidades, Coordenadoria de Regiões de Saúde, Caderno 1, grupo de regulação SES/SP, Versão – Novembro/2022.
4. Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, Reumatologia e Ortopedia, Volume III, Brasília 2016.
5. Protocolos de Regulação Ambulatorial, Reumatologia Adulta, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Versão Digital 2022.