



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial Reumatologia

Reumatologia

Versão digital
2017

Organização

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Protocolos de Regulação Ambulatorial **Reumatologia Adulto**

Porto Alegre

UFRGS

2017

É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo deste que citada a fonte.

A coleção dos Protocolos de Regulação Ambulatorial do Rio Grande do Sul RegulaSUS pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS <<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/#protocolos>>.



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar Bairro Praia de Belas
CEP: 90110 – 150 – Porto Alegre
Tel.: (51) 3288-5800
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS
Rua Dona Laura, 320 - 1101 - Bairro Rio Branco
CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333 7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

João Gabbardo dos Reis

Organização:

Marcelo Rodrigues Gonçalves
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:

Deise Marcela Piovesan
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Erno Harzheim
Josué Basso
Juliana Keller Brenner
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Rudi Roman
Thiago Frank

Revisão Técnica:

Central de Regulação Ambulatorial Estadual - SES/RS
Rafael Mendonça da Silva Chakr
Ricardo Xavier
Odirlei André Monticielo

Colaboração:

Fernanda Chmelnitsky Wainberg
Jane Medianeira Santos Hoch
José Inácio Lermen
Lenita Diacui Simões Krebs
Sandra Jaqueline Diniz Cruz

Revisão de Texto:

Ana Célia da Silva Siqueira
Ana Paula Borngräber Corrêa
Rosely de Andrade Vargas
Letícia Nolde Melo

Projeto Gráfico, design e capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação e ilustração

Carolyne Vasques Cabral
Lorenzo Costa Kupstaitis
Luiz Felipe Telles

Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P967 Protocolos de Regulação Ambulatorial: reumatologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017.

26 p.

ISBN 978-85-9489-054-2 (versão eletrônica)

1. Protocolos Clínicos. 2. Reumatologia. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Telemedicina.
I. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
III. TelessaúdeRS.

NLM WE 544

Catálogo na fonte – TelessaúdeRS-UFRGS

Sumário

Protocolos de Regulação Ambulatorial: reumatologia adulto	5
Protocolo 1 - Artrite reumatoide	6
Protocolo 2 - Artrite psoriásica	7
Protocolo 3 - Lúpus eritematoso sistêmico (LES)	8
Protocolo 4 - Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar	9
Protocolo 5 - Artrite por deposição de cristais (gota)	11
Protocolo 6 - Osteoartrite	12
Protocolo 7 - Fibromialgia	13
Protocolo 8 - Bursite/Tendinite	14
Protocolo 9 - Dor miofascial	15
Referências	16
Anexos - Quadros e Figuras	19

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Reumatologia Adulto

O Protocolo de Reumatologia foi publicado conforme resolução CIB/RS nº 374/16. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, e contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide de início recente, diagnóstico de artrite psoriásica, síndrome de anticorpo antifosfolípido (SAF), esclerodermia sistêmica, miopatias inflamatórias, vasculites sistêmicas, espondilite anquilosante e síndrome de Sjögren devem ter preferência no encaminhamento ao reumatologista, quando comparados com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 15 de março de 2015.
Revisado em 10 de setembro de 2015.

Protocolo 1 – Artrite reumatoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de artrite reumatoide (ver quadro 1 no anexo); ou
- suspeita de artrite reumatoide (ver quadro 2 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - b) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - c) teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (sim ou não) (ver figura 1 no anexo);
 - d) outros sinais ou sintomas;
2. descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data (se necessário);
3. resultado de fator reumatoide, com data.
4. resultado de proteína C reativa (PCR) ou velocidade de sedimentação globular (VSG/VHS), com data.
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Artrite psoriásica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de artrite psoriásica (ver quadro 3 no anexo); ou
- suspeita de artrite psoriásica (ver quadro 4 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - b) presença de distrofia ungueal psoriásica típica (onicólise, pitting, hiperqueratose) (sim ou não);
 - c) presença de dactilite ou história recente de edema e eritema de dedos (sim ou não);
 - d) presença de entesite (dor ou aumento de sensibilidade, especialmente no tendão de aquiles e/ou fásia plantar) (sim ou não);
 - e) outros sinais ou sintomas.
2. psoríase cutânea atual (sim ou não).
3. história prévia de psoríase cutânea (sim ou não).
4. história familiar de psoríase (sim ou não).
5. resultado de fator reumatoide, com data.
6. resultado de exame de imagem de articulação acometida, com data (se necessário).
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita ou diagnóstico de LES com sinais/sintomas ameaçadores à vida.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de LES (ver quadro 5 no anexo); ou
- suspeita de LES (pelo menos 3 critérios clínicos/laboratoriais) (ver quadro 5 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) presença de exantema malar (sim ou não);
 - b) presença de fotossensibilidade (sim ou não);
 - c) presença de exantema discoide (sim ou não);
 - d) presença de úlcera oral (sim ou não);
 - e) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - f) presença de serosite (pleurite ou pericardite) (sim ou não);
 - g) presença de sinais ou sintomas neurológicos (sim ou não). Se sim, descrever quais;
 - h) presença de outros sinais ou sintomas (sintomas constitucionais, fenômeno de Raynaud) (sim ou não). Se sim, descreva quais;
2. resultado de proteinúria em EQU/EAS/Urina tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra ou albuminúria de 24 horas, conforme disponibilidade local), com data;
3. resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data;
4. se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data;
5. resultado de fator antinuclear (FAN), com data;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver quadro 6 no anexo); ou
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN –, ou tomografia computadorizada – TC), se raio-X normal ou inconclusivo:

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; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados); ou
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/reposo) ou dor predominantemente noturna; ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver quadro 7 no anexo).

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica); ou
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese; ou
- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS; ou
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) e suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 5 – Artrite por deposição de cristais (gota)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna ou reumatologia:

- diagnóstico de gota (ver quadro 8 no anexo) e crises recorrentes (3 ou mais no ano) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico);
- diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (alvo determinado por ácido úrico sérico <6 mg/dL em pessoas sem tofo gotoso e <5 mg/dL em pessoas com tofo gotoso) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- diagnóstico de gota e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa); ou
- diagnóstico de gota em pessoa com doença renal crônica (Taxa de Filtração Glomerular (TFG) <60 ml/min/1,73m²).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características (calor, rubor, edema) e tempo de evolução do quadro;
 - b) presença de tofo (sim ou não);
 - c) número de crises ao ano;
 - d) outros sinais e sintomas relevantes;
2. resultado de ácido úrico sérico, com data;
3. resultado de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (para cálculo de taxa de filtração glomerular);
5. tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);
6. outras medicações em uso;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Osteoartrite.

Ver quadro 9 no anexo para sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatóide ou artrite psoriásica; ou
- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- osteoartrite em mãos com deformidade que comprometam a função da mão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outro serviço de referência disponível):

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
 - b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;
 - c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
 - e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
2. presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. resultado de exame de imagem, com data;
4. resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;
5. índice de massa corporal (IMC);
6. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
7. comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento não medicamentoso (educação em saúde, exercícios e acompanhamento fisioterápico) e medicamentoso (como antidepressivo tricíclico e analgesia) adaptado às condições do paciente.

Protocolo 7 – Fibromialgia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para equipe de tratamento da dor, fisioterapia ou acupuntura:

- fibromialgia (ver quadro 10 no anexo) sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por pelo menos 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas:
 - a) citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução;
 - b) presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade;
 - c) paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade;
 - d) presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade;
 - e) outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Se sim, quais.
2. paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não). se sim, qual e medicamento em uso;
3. tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 8 – Bursite/Tendinite

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de bursite/ tendinopatia mecânica para o reumatologista.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- bursite ou tendinite há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
2. resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;
3. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9 – Dor miofascial

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- pacientes com dor miofascial sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho:

- dor miofascial há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes;
 - b) presença de pontos gatilhos (sim ou não). Se sim, localidade e irradiação;
 - c) outros sinais ou sintomas relevantes;
2. tratamento em uso ou já realizado para dor miofascial (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento não medicamentoso (identificar e eliminar fator desencadeante, educação em saúde, exercícios e acompanhamento fisioterápico) e medicamentoso (como analgesia, relaxante muscular e/ou antidepressivo tricíclico) adaptado às condições do paciente.

Referências

ALTMAN, R. et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 29, n. 8, p. 1039-1049, 1986.

ALTMAN, R. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 33, n. 11, p. 1601-1610, 1990.

ALTMAN, R. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 34, n. 5, p. 505-514, 1991.

BALAGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. **Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, feb. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982256>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

CARRAGEE, E. J. Clinical practice: persistent low back pain. **New England Journal of Medicine**, Boston (MA), v. 352, n. 18, p. 1891-1898, may 2005. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp042054>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

CHOU R. et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 154, n. 3, p. 181-189, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282698>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

COHEN, S. P.; ARGOFF, C. E.; CARRAGEE, E. J. Management of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2718, dec. 2008.

DEYO, R. A.; JARVIK, J. G.; CHOU, R. Low back pain in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 349, g4266, jul. 2014.

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

EMERY, P. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 61, n. 4, p. 290-7, Apr. 2002.

GLADMAN, D. F, RITCHLIN, C. **Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-anddiagnosis-of-psoriatic-arthritis>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. **Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.
- HADDAD, A.; CHANDRAN, V. How can psoriatic arthritis be diagnosed early? **Current Rheumatology Reports**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p 358-363, aug. 2012.
- HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 40, n. 9, p. 1725, sep. 1997.
- KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W.; THOMAS, S. Diagnosis and treatment of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 332, n. 7555, p. 1430-1434, jun. 2006.
- LAST, A. R.; HULBERT, K. Chronic low back pain: evaluation and management. **American Family Physician**, Kansas City (MO), v.79, n. 12, p. 1067-1074, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.html>>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. (Clinical Guideline, n. 88). Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg88>>. Acesso em: 29 abr. 2015.
- NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2012. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarDiscHerniation.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.
- NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2010. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/CervicalRadiculopathy.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.
- NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2011. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.
- NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2014. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCareGuidelines/Spondylolisthesis.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.
- OLIVIERI, I. et al. The challenge of early diagnosis of psoriatic arthritis. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 35, n. 3, p. 3-5, Jan. 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 374/16 - CIB/RS.** Aprova os encaminhamentos para o projeto Intervenção das Teleconsultorias na Regulação das Consultas Ambulatoriais na Especialidade Reumatologia e outras providências relacionadas à implantação de protocolos de regulação ambulatorial. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170220/23112046-1481911342-cibr374-16.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.

ROWLAND, L. P., PEDLEY, T. A. **Merrit's Neurology.** 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

RUDWALEIT, M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Annals of the Rheumatic Diseases** v. 68. p.777-783.2009.

SAMPAIO-BARROS, P.D., AZEVEDO, V. F., BONFIGLIOLI, R, et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento - Primeira Revisão. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, n.4, p. 233-242, jul/ago, 2007.

STEIGER, T. O. et al. **Diagnostic testing for low back pain.** Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-testing-for-low-back-pain?source=related_link#H1>. Acesso em: 28 abr. 2015.

TAVARES, R. et al. A parallel group cohort to determine the measurement properties of an early inflammatory arthritis detection tool. **Rheumatology**, Oxford, v. 52, n. 11, p.

TAYLOR, W. et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 54, n. 8, p. 2665-73, Aug. 2006.

WHEELER, S. G. et al. **Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults; Treatment of acute low back pain.** Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-evaluation-of-low-back-pain-in-adults>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

VILLENEUVE, E. et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 72, n. 1, p. 13-22, Jan. 2013.

Anexos - Quadros e Figuras

Quadro 1 – Critérios de classificação de artrite reumatoide

Critérios do American College of Rheumatology (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 pontos)
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos Sintomas⁶	(0 a 1 pontos)
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	(0 a 1 pontos)

Fonte: ACR/EULAR (2010).

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, 2^o a 5^o metatarsofalangeanas.

⁴ Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular.

⁵ Título positivo baixo corresponde aos valores (UI) 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.

Quadro 2 – Critérios para alta suspeita de artrite reumatoide

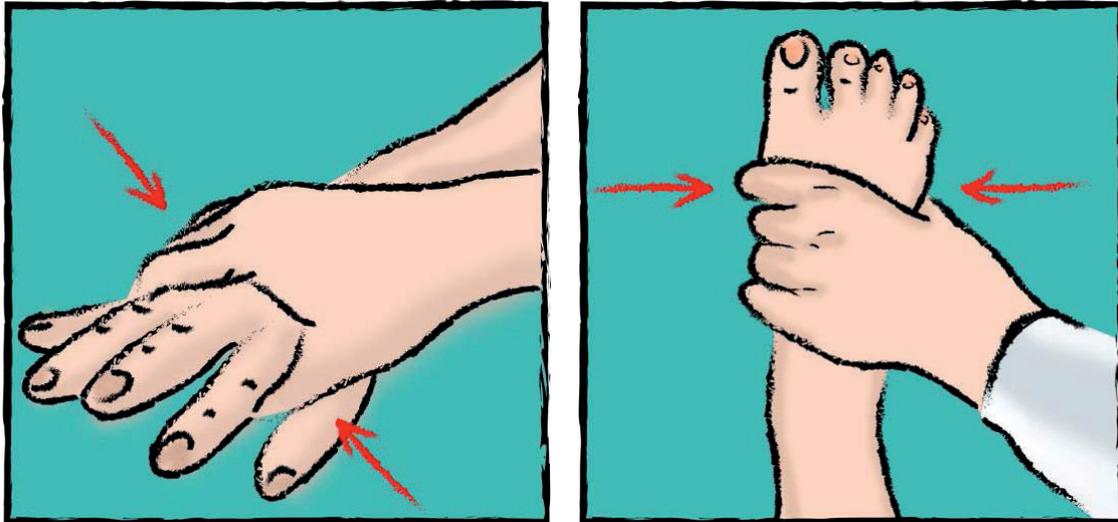
Presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de 3 ou mais articulações associada à:

- rigidez matinal por mais de 30 minutos; e/ou
- teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (ver figura 1 no anexo).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015) adaptado de EMERY (2002).

Figura 1 – Teste do Aperto (Teste do Squeeze)

Paciente refere dor à manobra de compressão de metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas realizada pelo examinador



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 3 – Critérios de classificação de artrite psoriásica

Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

Doença inflamatória articular estabelecida e pontuação igual ou maior do que 3 pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase	
- psoríase cutânea atual; ou	2 pontos
- história de psoríase; ou	1 ponto
- história familiar de psoríase;	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: Sociedade Brasileira de Reumatologia (2007).

Quadro 4 – Suspeita de artrite psoriásica

Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado a 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: OLIVIERI (2008).

Quadro 5 - Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico

Critérios do *American College of Rheumatology (ACR)* revisados em 1997

Presença de pelo menos 4 critérios entre os 11 critérios	
Critérios	Definição
1. Eritema malar	eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial.
2. Lesão discóide	lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
3. Fotossensibilidade	eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história referida pelo paciente ou observação do médico.
4. Úlcera oral	ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.
5. Artrite	artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame
6. Serosite	a) pleurite – história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural; ou b) pericardite – documentada por eletrocardiograma ou atrito ou evidência de derrame pericárdico.
7. Alteração renal	a) proteinúria persistente de mais de 0,5 g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou b) cilindros celulares – podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos.
8. Alteração neurológica	a) convulsão – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b) psicose – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos).
9. Alterações hematológicas	a) anemia hemolítica com reticulocitose; ou b) leucopenia de menos de 4.000/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou c) linfopenia de menos de 1.500/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou d) trombocitopenia de menos de 100.000/mm ³ na ausência de uso de fármacos causadores.
10. Alterações imunológicas	a) presença de anti-DNA nativo em titulação anormal; ou b) presença de anti-Sm; ou c) achados positivos de anticorpos antifosfolípídios baseados em concentração sérica anormal de: - anticardiolipina IgG ou IgM; ou - teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão; ou - VDRL falso-positivo, por pelo menos 6 meses e confirmado por FTA-Abs negativo.
11. Anticorpo antinuclear (FAN)	título anormal de FAN por imunofluorescência ou método equivalente em qualquer momento, na ausência de fármacos sabidamente associados ao lúpus induzido por fármacos.

Fonte: HOCHBERG (1997).

Quadro 6 – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

Compressão medular (cervical ou torácica)
Tetra – paraparesia;
Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
Espasticidade;
Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);
Presença do sinal de Lhermitte;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;
Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, mão).
Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
Anestesia em sela;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 7 – Dor lombar característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios)

Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos
Início insidioso
Melhora com exercício
Sem melhora com repouso
Dor noturna (com melhora ao levantar-se)

Fonte: Rudwaleit (2009).

Quadro 8 - Critérios de Classificação de Gota (presença de pelo menos 8 pontos)

Critérios do *American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism* (ACR/EULAR 2015)

1º passo: critério de inclusão (apenas aplicar os critérios abaixo para aqueles que preenchem este requisito)	Pelo menos um episódio de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica ou bursa	
2º passo: critério suficiente (se alcançado, pode-se classificar como gota sem aplicar os critérios abaixo)	Presença de cristais de urato monossódico (UMS) em uma articulação ou bursa sintomática (ex: em líquido sinovial) ou tofo.	
3º passo: critérios (para uso caso critério suficiente não seja alcançado)	Categorias	Pontuação
Clínico		
Padrão de envolvimento articular/bursa durante qualquer episódio sintomático.	Tornozelo ou médio pé (como parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular sem o envolvimento da primeira metatarsofalangeana)	1
	Envolvimento da primeira metatarsofalangeana (como parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular)	2
Características de quaisquer episódio(s) sintomáticos: <ul style="list-style-type: none"> Eritema sobre as articulações afetadas (reportado pelo paciente ou observado pelo médico). Não consegue suportar o toque ou pressão na articulação afetada. Grande dificuldade para andar ou incapacidade de usar a articulação afetada. 	Uma característica	1
	Duas características	2
	Três características	3
Curso temporal de qualquer episódio(s): Presença (em qualquer momento) de ≥ 2 dos seguintes critérios, independente do tratamento anti-inflamatório: <ul style="list-style-type: none"> Tempo até a dor máxima < 24 horas Resolução dos sintomas em ≤ 14 dias Resolução completa (até o nível normal) entre os episódios sintomáticos 	Um episódio típico	1
	Episódios típicos recorrentes	2
Evidência clínica de tofo: nódulos subcutâneos drenando ou com material semelhante a giz sob a pele transparente, geralmente com vascularização sobrejacente, localizados em locais típicos: articulações, orelhas, bursa olecraniana, polpas digitais e tendões (ex: tendão de Aquiles)	Presente	4
Laboratório		
Ácido úrico sérico: medido pelo método da uricase. Idealmente deve ser pontuado quando o paciente não está recebendo a terapia uricorrredutora e > 4 semanas do início dos episódios (durante período intercrítico); se possível, testar novamente nessas condições. O maior valor, independente do tempo, deve ser pontuado.	< 4 mg/dL	-4
	4 a 6 mg/dL	0
	6 a < 8 mg/dL	2
	8 a < 10 mg/dL	3
	≥ 10 mg/dL	4
Análise do líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento).	UMS negativo	-2
	Líquido sinovial não avaliado	0
Imagem (se imagem indisponível pontuar esse item como 0)		
Evidência de depósito de urato em uma articulação ou bursa sintomática a qualquer momento: ultrassonografia ou DECT.	Presente (qualquer método)	4
Evidência de dano articular relacionado à gota: radiografia convencional das mãos e/ou dos pés demonstrando pelo menos uma erosão	Presente	4

Quadro 9 – Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico):
<p>dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia de joelho e mais um critério clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • idade superior a 40 anos; • rigidez matinal com duração inferior a 30 minutos; • crepitação durante a mobilização ativa da articulação.
Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial):
<p>dor no quadril e pelo menos 2 entre os 3 critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VSG/VHS < 20 mm/h; • osteófitos femoral ou acetabular na radiografia de quadril; • diminuição do espaço interarticular (superior, axial e/ou medial) na radiografia de quadril.
Osteoartrite da mão (critério clínico):
<p>dor ou rigidez das mãos e pelo menos 3 dos 4 critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alargamento ósseo de duas ou mais articulações definidas (2º e 3º interfalangeanas distais, 2º e 3º interfalangeanas proximais e 1º articulação carpometacarpal de ambas as mãos); • alargamento ósseo de duas ou mais articulações interfalangeanas distais; • menos de três articulações metacarpofalangeanas com edema; • deformidade de pelo menos 1 das 10 articulações definida.

Fonte: American College of Rheumatology (1986, 1990, 1991).

Quadro 10 - Critérios para classificação de Fibromialgia.

Critérios do *American College of Rheumatology (ACR)*, 2010

Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se:				
A. índice de dor difusa (IDD) $\geq 7/19$ e uma escala de gravidade de sintomas (SS) ≥ 5 ; ou IDD entre 3–6 e SS ≥ 9 ;				
B. sintomas devem estar estáveis e presentes por pelo menos três meses;				
C. ausência de outra condição clínica que pudesse explicar essa sintomatologia.				
Índice de dor difusa (IDD) (Número de áreas onde teve dor nos últimos 7 dias, escore entre 0 e 19)				
1) mandíbula esquerda ou direita				
2) cintura escapular esquerda ou direita				
3) braço esquerdo ou direito				
4) antebraço esquerdo ou direito				
5) quadril (nádega/trocânter) esquerdo ou direito				
6) coxa esquerda ou direita				
7) perna esquerda ou direita				
8) região cervical				
9) tórax				
10) abdômen				
11) região lombar				
12) região dorsal superior				
Escala de Gravidade de Sintomas (SS):				
soma de gravidade dos 3 sintomas (fadiga, sintomas cognitivos e sono não restaurador) e gravidade dos sintomas somáticos gerais				
Para cada um dos sintomas, indicar o nível de gravidade na última semana:				
	Sem alterações. (0 ponto)	Alterações leves, intermitentes. (1 ponto)	Moderados, frequentes. (2 pontos)	Grave, contínuo, prejudicam a vida diária. (3 pontos)
Fadiga				
Sintomas cognitivos				
Sono não restaurador				
	Nenhum sintoma (0 pontos)	Poucos sintomas (1 ponto)	Moderada quantidade de sintomas (2 pontos)	Grande quantidade de sintomas (3 pontos)
Sintomas somáticos gerais				
* Dor muscular, síndrome do cólon irritável, fadiga ou cansaço, alterações do pensamento ou memória, fraqueza muscular, cefaleia, cólicas abdominais, dormência/formigamentos, tontura, insônia, depressão, constipação, dor em abdômen superior, náusea, nervosismo, dor torácica, borramento visual, febre, diarreia, boca seca, prurido, sibilância, fenômeno de Raynaud, zumbido, vômito, azia, úlceras orais, perda/alteração no paladar, convulsões, olhos secos, respiração curta, perda de apetite, eritema, sensibilidade solar, problemas de audição, maior sensibilidade a ferimentos, perda de cabelos, disúria, espasmos vesicais.				



RegulaSUS