



Saúde



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **REUMATOLOGIA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS



Saúde



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **REUMATOLOGIA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS

ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2025

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Vice-Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Cavaliere

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo de Sousa Prado

Subsecretária Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador-Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador-Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Cristina Oliveira do Nascimento

Coordenação Técnica

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

Colaboração

Jose Verztman

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Reumatologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

24p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE REUMATOLOGIA	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO	6
Artrite crônica por Chikungunya	7
Artrite reumatoide.....	7
Artrite reumatoide juvenil.....	8
Artrite psoriásica	8
Gota e pseudogota.....	9
Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)	9
Síndrome de Sjögren.....	11
Fibromialgia.....	12
Osteoporose	13
Síndrome antifosfolípide (SAAF)	13
Síndrome de Paget	14
Doença de Behçet.....	14
Dermatomiosite e polimiosite	14
Esclerose sistêmica.....	15
Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC)	16
Vasculites	16
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....	18
COMO SOLICITAR REUMATOLOGIA NO SISREG	18
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	19
PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO	19
UNIDADES EXECUTANTES.....	20
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	21
REFERÊNCIAS	21

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da reumatologia na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE REUMATOLOGIA

As doenças reumatológicas são inúmeras e se apresentam de diversas formas, acometendo os mais diversos sistemas e órgãos.

Tais doenças possuem prevalências distintas, sendo algumas consideradas doenças raras, por vezes de difícil diagnóstico, e algumas com o diagnóstico feito por exclusão. Cursam com sintomas que levam à morbimortalidade, prejuízo na qualidade de vida e sofrimento aos sujeitos e famílias.

Estima-se que cerca de 3% na população possua alguma doença reumatológica. Desta forma, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) devem estar organizados para reconhecer os sintomas, iniciar a primeira investigação e encaminhar, de forma oportuna, aos serviços especializados, quando necessário.

A identificação destes pacientes e seu correto manejo permite que o tratamento adequado seja logo instituído, mudando-se sobremaneira o prognóstico destes pacientes, reduzindo-se o risco de complicações e recuperando a qualidade de vida dos mesmos.

DOR CRÔNICA

Pacientes com osteoartrite ou outros sintomas dolorosos persistentes por seis meses ou mais podem se beneficiar do encaminhamento para “Consulta em Clínica Médica — Clínica da Dor”.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo o diagnóstico, seguindo a seguinte distribuição:

1. Artrite crônica por Chikungunya;
2. Artrite reumatoide;
3. Artrite reumatoide juvenil;
4. Artrite psoriásica;
5. Gota e pseudogota;
6. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES);
7. Síndrome de Sjögren;
8. Fibromialgia;
9. Osteoporose;
10. Síndrome antifosfolípide (SAAF);
11. Síndrome de Paget;
12. Doença de Behçet;
13. Dermatomiosite e polimiosite;
14. Esclerose sistêmica;
15. Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC);
16. Vasculites.

ATENÇÃO!

Pacientes com maior gravidade, intensidade dos sintomas, rápida evolução e acometimento sistêmico, bem como aqueles que necessitem de exames de maior complexidade, a exemplo de biópsias, devem ser preferencialmente agendados para unidades terciárias (hospitais federais ou universitários).

ARTRITE CRÔNICA POR CHIKUNGUNYA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com dor articular na fase crônica da Febre Chikungunya que não respondem ao tratamento com analgésicos comuns, AINES e corticoides após 6 a 8 semanas de tratamento.

ARTRITE REUMATOIDE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Suspeita ou diagnóstico de artrite reumatoide — pacientes com dor, edema e rigidez articular de três ou mais articulações, por vezes associado a deformidade articular. Solicitar previamente dosagem de Fator Reumatoide (FR), Anti-CCP, VHS, PCR e radiografias das articulações acometidas.

Quadro 1. Critérios para classificação e diagnóstico de artrite reumatoide — pacientes com sete ou mais pontos indicam o diagnóstico da doença.

CRITÉRIOS	PONTOS
DOR E EDEMA ARTICULAR	
1 grande articulação	1
2 a 10 grandes articulações	2
1 a 3 pequenas articulações	3
10 articulações, incluindo uma pequena articulação	5
SOROLOGIA	
FR negativo; Anti-CCP negativo	0
FR positivo ou Anti-CCP com titulação baixa	2
FR positivo ou Anti-CCP com titulação alta	3

CRITÉRIOS	PONTOS
PROVAS INFLAMATÓRIAS AGUDAS	
PCR e VHS normais	0
PCR e VHS aumentados	1
TEMPO DE SINTOMAS	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

Observações: Grande articulação: ombro, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos. Pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, e da segunda à quinta articulação metatarsofalangeanas.

ARTRITE REUMATOIDE JUVENIL

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Suspeita ou diagnóstico de artrite reumatoide juvenil — pacientes com idade inferior a 17 anos com artrite crônica (> 6 meses de duração) de uma ou mais articulações, podendo estar associado à rigidez matinal, dificuldade em mobilizar a articulação e fraqueza, alguns pacientes apresentam febre diária por mais de duas semanas. A doença pode evoluir com lesão ocular (uveíte) ou com a forma sistêmica, quando há acometimento de pele (*rash* cutâneo), serosite (pleurite ou pericardite), adenopatias e/ou hepatoesplenomegalia. Solicitar previamente dosagem de Fator Reumatoide (FR), Fator Antinuclear (FAN), Hemograma, VHS e PCR. Exames de imagem geralmente não são necessários.

ARTRITE PSORIÁSICA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Suspeita ou diagnóstico de artrite psoriásica — pacientes com ou sem lesões de pele típicas de psoríase, apresentando-se com dor, edema e rigidez articular, podendo apresentar, ainda, onicólise, hiperqueratose, dactilite, entesite e outras inflamações sistêmicas. Solicitar previamente dosagem de Fator Reumatoide, Anti-CCP, VHS, PCR e radiografias das articulações acometidas.

GOTA E PSEUDOGOTA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico de gota (artrite por depósito de cristais) que apresentem três ou mais crises por ano, durando de dois a sete dias, mesmo com boa adesão ao tratamento clínico otimizado, incluindo farmacológico e não farmacológico.

TRATAMENTO DA GOTA NA APS

- **Não farmacológico:** Orientações dietéticas (restrição na ingestão de bebidas alcoólicas e carne vermelha), prática de atividade física e suspensão de medicação hiperuricemiantes. Nas crises se recomenda repouso e gelo local.
- **Tratamento das crises de gota:** Sempre avaliar a gravidade, se dor leve à moderada e oligoarticular, instituir monoterapia com AINES, colchicina ou corticoides. Caso dor intensa ou poliarticular, associar os medicamentos. Avaliar instituir tratamento hipouricemiantes após a crise em pacientes com 40 anos de idade ou menos, com valores de ácido úrico superiores a 8mg/dl ou que possuam comorbidades, como doenças cardiovasculares.
- **Tratamento hipouricemiante:** Deve ser considerado para os pacientes com tofos gotosos, crises de gota frequentes (duas ou mais crises de gota por ano), litíase urinária e doença renal crônica de estágios 2 a 5. A droga de primeira escolha é o Alopurinol.

2. Suspeita ou diagnóstico de pseudogota (condrocalcinose) — pacientes apresentando dor articular aguda em crise algica, podendo durar de dias a semanas, sendo a mesma semelhante à gota. É causada por depósito de pirofosfato de cálcio nas articulações, sendo estes visíveis na radiografia de articulação. Acomete mais comumente a articulação do joelho em pacientes idosos. O tratamento da fase aguda é realizado com AINES, e ainda não há definição para o tratamento crônico.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Suspeita ou diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) — solicitar previamente Fator Antinuclear (FAN), Hemograma completo, VHS, PCR, Urina Tipo 1 ou EAS, Microalbuminúria em amostra isolada ou Proteinúria 24 horas, Bilirrubinas totais e frações, LDH, contagem de reticulócitos e coombs direto.

Quadro 2. Critérios do American College of Rheumatology (ACR) revisados em 1997 para diagnóstico de LES. O diagnóstico se dá na presença de quatro ou mais dos seguintes critérios:

Eritema malar	Eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial.
Lesão discoide	Lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
Fotossensibilidade	Eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história referida pelo paciente ou observação do médico.
Úlcera oral	Ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.
Artrite	Artrite não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame.
Serosite	<ol style="list-style-type: none"> 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.
Alteração renal	<ol style="list-style-type: none"> a. Proteinúria persistente de mais de 0,5g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou b. Cilindros celulares — podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos.
Alteração neurológica	<ol style="list-style-type: none"> a. Convulsão — na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (exemplos: uremia, ce-toacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b. Psicose — na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (exemplos: uremia, ce-toacidose, distúrbios hidroeletrólíticos).

Alterações hematológicas	<ul style="list-style-type: none"> a. Anemia hemolítica com reticulocitose; ou b. Leucopenia de menos de 4.000/mm³ em duas ou mais ocasiões; ou c. Linfopenia de menos de 1.500/mm³ em duas ou mais ocasiões; ou d. Trombocitopenia de menos de 100.000/mm³ na ausência de uso de fármacos causadores
Alterações imunológicas	<ul style="list-style-type: none"> a. Presença de anti-DNA nativo em titulação anormal; ou b. Presença de anti-SM; ou c. Achados positivos de anticorpos antifosfolípidos 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, seis meses e confirmado por FTA-Abs negativo.
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.

LÚPUS CUTÂNEO

Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) com apresentação apenas cutânea podem ser inseridos somente para “Consulta em Dermatologia”, devendo preferencialmente agendar em unidades terciárias (hospitais federais ou universitários).

SÍNDROME DE SJÖGREN

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de síndrome de Sjögren — xerostomia e/ou xerofthalmia por três meses ou mais, com anticorpos positivos (Anti-SSA/Ro, e Anti-SSB/La), exame oftalmológico ou prova de hipofunção salivar, desde que excluídas outras causas. Solicitar previamente dosagem de Anti-SSA/Ro e Anti-SSB/La, FAN, Fator Reumatoide, VHS, PCR e os Testes Rápidos para HIV e Hepatites.

Critérios diagnósticos para a Síndrome de Sjögren Primária do American-European Consensus Group (AECG). O diagnóstico se dá na presença de quatro ou mais dos seguintes critérios:

- Presença subjetiva de secura ocular;
- Presença subjetiva de secura oral;
- Medidas objetivas de secura ocular (Teste de Schirmer) ou coloração da córnea;
- Cintilografia salivar com fluxo salivar reduzido ou sialectasias difusas;
- Pontuação de foco > 2 em uma biópsia de glândula salivar;
- Autoanticorpos positivos SSA/SSB.

FIBROMIALGIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Em caso de incerteza diagnóstica, quando necessário e para excluir condições inflamatórias e autoimunes que podem apresentar manifestações clínicas semelhantes, conforme critérios de encaminhamento neste protocolo. Excluídas outras causas e tendo o diagnóstico concluído de fibromialgia, dar-se-á alta, sem seguimento com a reumatologia. Pacientes com diagnóstico prévio de fibromialgia não devem ser encaminhados. Considerar encaminhar somente para “Consulta em Clínica Médica — Clínica da Dor” os pacientes com diagnóstico concluído, com sintomas intensos e refratários ao tratamento instituído na APS.

FIBROMIALGIA

É uma síndrome dolorosa crônica caracterizada por dor musculoesquelética difusa, fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas e sintomas associados acometendo cerca de 3% da população brasileira, sendo a maioria dos casos em mulheres. O diagnóstico é essencialmente clínico e realizado por meio dos Critérios para Diagnóstico de Fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia. É importante citar que desde 2016 não é mais necessário excluir diagnósticos diferenciais para confirmar a fibromialgia. Em adultos, a investigação costuma incluir hemograma completo, testes rápidos ou sorologias, dosagem de proteína C-Reativa e velocidade de hemossedimentação. Na APS cabe a realização da avaliação clínica inicial, formulação de hipótese diagnóstica e acompanhamento longitudinal. A atenção especializada deve ser acionada em situações específicas, como nos casos de dúvidas diagnósticas persistentes ou quando houver suspeita de doenças reumatológicas associadas que demandem investigação aprofundada.

OSTEOPOROSE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com osteoporose grave, desde que cumpra qualquer um dos seguintes critérios:
 - a. Duas ou mais fraturas por fragilidade óssea;
 - b. Densitometria Óssea com escore $T \leq -2,5$ e história de uma fratura por fragilidade óssea;
 - c. Novo episódio de fratura por fragilidade, a despeito do tratamento instituído previamente;
 - d. Contraindicação ao uso das drogas de primeira ou segunda linha;
 - e. Intolerância ou efeitos adversos às drogas de primeira (bisfosfonatos orais) ou segunda linha (Raloxifeno);
 - f. Suspeita de osteoporose por causa secundária (escore $Z \leq -2,0$ e/ou evidência de doença associada à osteoporose);
 - g. Paciente com uso de bifosfonato oral por mais de 5 anos.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE (SAAF)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de síndrome antifosfolípide (SAAF) — doença autoimune caracterizada pela formação de trombos arteriais e venosos, levando a um ou mais episódios de trombose sem explicação, especialmente em pacientes jovens, podendo ocorrer de forma isolada (primária) ou associada a outras doenças autoimunes (secundária), a exemplo do LES. Em mulheres é causa comum de aborto, parto prematuro e hipertensão na gravidez. O diagnóstico é feito baseado em pacientes com sintomas típicos e positividade nos testes sorológicos, o que inclui a dosagem de anticoagulante lúpico (AL), anticardiolipina (aCL) e anti- $\beta 2$ -glicoproteína I (anti- $\beta 2$ -GPI).

SÍNDROME DE PAGET

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de síndrome de Paget — doença caracterizada pela aceleração da absorção óssea, levando a um quadro de dor óssea, rigidez, deformidades ósseas e osteoartrite das articulações adjacentes, acometendo, com mais frequência, o osso pélvico, o fêmur e o crânio. O diagnóstico pode ser realizado por meio de radiografias e pela dosagem de fosfatase alcalina, cálcio e fosfato, que se encontram elevados.

DOENÇA DE BEHÇET

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de doença de Behçet — que acomete adultos entre 20 a 40 anos e se caracteriza pelo aparecimento de aftas dolorosas em cavidade oral e, em alguns casos, de úlceras genitais. Alguns pacientes podem, ainda, apresentar lesões de pele (eritema nodoso e lesões pápulo-pustulosas dispersas pelo corpo), em olhos (uveíte, hipópio, vasculite de retina e vitreíte), artrite, sintomas neurológicos (cefaleias de forte intensidade, ataxia, distúrbios esfinterianos e alteração em memória), gastrointestinais (dor abdominal, diarreia, sangue em fezes, náuseas, hiperemese e dispepsia) e vasculares (trombose, tromboflebites e aneurismas). Solicitar Hemograma, VHS e PCR.
Além de encaminhar para Reumatologia, é importante solicitar avaliação via “Consulta em Oftalmologia — Geral”.

DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de dermatomiosite e polimiosite — doenças de origem idiopática caracterizadas pelo surgimento de lesões de pele (heliotropo, eritema periungueal, telangiectasia periungueal, mácula eritemato-vinhosa e sintomas patognomônicos do sinal da pápula de Gottron), fraqueza muscular proximal, edema de membros, alterações da musculatura respiratória

e disfagia, precedidos de sintomas prodrômicos como fadiga, mal estar, febre e dor articular. Os pacientes possuem níveis elevados de CPK, TGO, TGP e DHL, além de FAN positivo. A eletroneuromiografia e a biópsia muscular também podem ser necessárias para o diagnóstico.

Quadro 3. Critérios diagnósticos de Bohan e Peter para diagnóstico de dermatomiosite.

1	Fraqueza muscular proximal e simétrica dos músculos das cinturas pélvica e escapular, flexores anteriores do pescoço, progredindo por semanas a meses, com ou sem disfagia ou envolvimento de músculos respiratórios.
2	Elevação dos níveis séricos de enzimas musculares esqueléticas: creatinofosfoquinase, aspartato aminotransferase, desidrogenase láctica e aldolase.
3	Eletromiografia característica de miopatia (unidades motoras curtas e pequenas, fibrilações, ondas pontiagudas positivas, irritabilidade insercional, descargas repetitivas de alta frequência).
4	Biópsia muscular evidenciando necrose, fagocitose, regeneração, atrofia perifascicular, exsudato inflamatório perivascular.
A	Alterações cutâneas típicas: heliotropo com edema periorbitário e eritema violáceo; sinal de Gottron: vasculite em articulações de cotovelos, metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	
Definitivo	A + três critérios (1, 2, 3 ou 4)
Provável	A + dois critérios (1, 2, 3 ou 4)
Possível	A + um critério (1, 2, 3 ou 4)

ESCLEROSE SISTÊMICA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de esclerose sistêmica — condição caracterizada por manifestações cutâneas, vasculares e viscerais. Dentre os sintomas mais comuns, se destacam a fibrose e a calcinose cutâneas (esclerodermia) distais de joelho e cotovelos (por vezes em face e pescoço, poupando

o tronco), o fenômeno de Raynaud, úlcera isquêmica, doença do refluxo gastroesofágico, hipomotilidade esofágica e intestinal, hipertensão pulmonar e outras pneumopatias. A realização da capilaroscopia ungueal e a dosagem de anticorpos, como Anticentrômero (ACA) e anti-Scl70, são importantes para o diagnóstico.

DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO (DMTC)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) — doença composta pela combinação de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), esclerose sistêmica, dermatomiosite/polimiosite e artrite reumatoide, apresentando sobreposição clínica e laboratorial das manifestações clínicas, sendo um diagnóstico difícil e ainda com pouco consenso na literatura.

VASCULITES

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REUMATOLOGIA ou CONSULTA EM REUMATOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de vasculites — doenças inflamatórias autoimunes do endotélio vascular, progressivas e evoluindo para estenose e oclusão vascular, aneurismas e hemorragias. Podem ser primárias, cuja causa é desconhecida, ou secundárias a alguma outra doença, seja autoimune, neoplásica, infecções etc. As vasculites primárias podem ser classificadas em isolada (quando acomete apenas um órgão) ou sistêmica (quando acometem vasos sanguíneos de dois ou mais órgãos).

Vasculites primárias sistêmicas:

Trata-se de um grupo de doenças, e dentre estas temos:

1. **Arterite de células gigantes ou arterite temporal:** acomete mais comumente mulheres e se localiza em vasos de médio e grande calibre. Entre os sintomas mais comuns estão: cefaleia temporal intensa, que pode estar associada à rigidez da artéria temporal, podendo ser palpadas ao toque; nuchalgia; e dor ao falar e mastigar. Os pacientes podem evoluir com perda súbita da visão e polimialgia reumática, quadro caracterizado por dor e rigidez nas regiões cervical, quadril e ombros.

- 2. Arterite de Takayasu:** Vasculite da artéria aorta e seus ramos primários, evoluindo de forma lenta e progressiva com estenose e oclusão arterial. É predominante em mulheres e inicia entre os 10 e 40 anos. Alguns pacientes podem vir a apresentar aneurismas. Os pacientes apresentam como principal sintoma a claudicação e extremidades frias resultantes da estenose arterial. Outros sintomas pode ocorrer, como: dor articular; hipertensão arterial; cefaleia; mialgia; síncope; vertigem; dor abdominal; diarreia; dor torácica; dispneia; e dificuldade para enxergar.
- 3. Poliarterite nodosa:** Acomete mais os homens, e entre 40 e 60 anos, e é caracterizada por ser uma vasculite necrotizante das artérias de pequeno e médio calibre. Entre os sintomas, destacam-se: febre; poliartrite de grandes articulações; livedo *reticularis*; fenômeno de Raynaud; úlceras e isquemia de extremidades; mialgia e dores viscerais.
- 4. Doença de Kawasaki:** Acomete principalmente crianças menores de cinco anos e é caracterizada por ser uma vasculite de pequenos vasos de diversos órgãos. A presença de febre por cinco dias ou mais associada a quatro dos seguintes sintomas fecha o diagnóstico, sendo estes: (1) Conjuntivite não purulenta; (2) Língua em framboesa, eritema e edema de orofaringe, fissura e eritema labial; (3) Eritema e edema de mãos e pés com descamação periungueal; (4) Exantema escarlatini-forme, morbiliforme ou polimórfico; e (5) Linfonodomegalia cervical. Os pacientes podem evoluir com acometimento cardíaco, incluindo quadros de miocardite, pericardite, endocardite, comprometimento valvular e coronariano.
- 5. Granulomatose de Wegener:** Vasculite necrotizante granulomatosa que acomete principalmente a via aérea (estenose subglótica, sinusite, rinorreia purulenta, obstrução nasal, epistaxe), pulmões (tosse, hemoptise e dispneia) e rins (glomerulonefrite). A radiografia de tórax apresenta os achados de múltiplos nódulos escavados. Os pacientes possuem anticorpo anticitoplasma positivo.
- 6. Arterite de Churg-Strauss ou Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (EGPA):** Vasculite necrotizante de pequenos vasos cujo principal sintoma é a asma de difícil controle, podendo estar associada à sinusite crônica, eosinofilia periférica, infiltrados pulmonares com padrão em vidro fosco, granulomas vasculares, púrpuras e nódulos cutâneos. Os pacientes possuem anticorpo anticitoplasma positivo.
- 7. Púrpura Henoch-Schönlein ou Vasculites por IgA:** Doença autoimune mais comum em crianças e que se caracteriza por púrpura não trombocitopênica palpável, artrite e dor abdominal iniciada geralmente após uma infecção viral. Os adultos mais comumente desenvolvem edema de extremidades e hipertensão. Metade dos pacientes evoluem com acometimento renal, ocasião que estes se apresentam com hematúria microscópica, cilindros hemáticos, proteinúria e, por vezes, falência renal.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

- Dor miofascial;
- Bursite ou tendinite;
- Osteopenia e osteoporose leves;
- Paciente com dor articular crônica decorrente de artrose;

COMO SOLICITAR REUMATOLOGIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Comorbidades existentes;
- Exame físico;
- Resultado de exames (sorológico, de imagem e demais);
- Se história familiar positiva;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões, incluindo cirurgias;
- Exames solicitados e que aguardam realização.

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, acione o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico descompensando;
- Artrite séptica;
- Vasculites com trombose;
- Vasculite do sistema nervoso central;
- Síndrome de anticorpos antifosfolípidos catastrófica;
- Lúpus neonatal;
- Crise renal esclerodérmica.

PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

VERMELHO ➔ Doença ativa e com repercussão clínica, incluindo dor, limitação funcional e alteração em função de órgão e tecidos; Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) grave; vasculites; Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC); síndrome antifosfolípide (SAAF); síndrome de Sjögren; dermatomiosite e polimiosite; esclerose sistêmica; artrite reumatoide grave com sintomas ativos.

AMARELO ➔ Lúpus Eritematoso Sistêmico leve a moderado; doença de Behçet.

VERDE ➔ Artrite reumatoide leve a moderada; artrite reumatoide juvenil; artrite psoriásica; fase crônica da Febre Chikungunya.

AZUL → Gota; pseudogota; osteoporose; fibromialgia; síndrome de Paget; LES de forma apenas cutânea.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **smsrio.org**.

CONSULTA EM REUMATOLOGIA

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Ronaldo Gazolla
- Centro Carioca de Especialidades
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM REUMATOLOGIA - ARTRITE CRONICA POR CHIKUNGUNYA

- Policlínica Piquet Carneiro

CONSULTA EM REUMATOLOGIA - PEDIATRIA

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)

- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Municipal da Piedade
- Hospital Municipal Jesus
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **smsrio.org**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. M. G. Síndrome do anticorpo antifosfolípídeo: uma revisão da literatura. **Braz. J. Dev.** v. 8, n. 5, 2022.

BARADELLI, E. M. G.; SILVA, E. B. Síndrome de Behçet — os desafios do diagnóstico: uma revisão sistemática. **RBAC.** v. 52, n. 4, 2020.

BHARGAVA, Juhi; GOLDIN, Jennifer. **Fibromyalgia**. National Library of Medicine, 31 jan. 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540974/>. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CORREA, A. B.; OLIVEIRA, M. S.; PERES, A. A evolução do diagnóstico da doença mista do tecido conjuntivo. **Clin Biomed Res**. v. 39, n. 1, 2019.

DI GIACOMO, C. G.; BUENO, A. N.; VAZ, J. L. P.; SALGADO, M. C. F. Atualização em dermatomiosite. **Rev Bras Clin Med**. v. 8, n. 5, 2010.

MARQUES, C. D. L. *et al*. Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Parte 2 — Tratamento. **Rev. Bras. reumatol**. v. 57, s. 52, 2017.

NETO, N. S. R.; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, C. Dermatomiosite juvenil: revisão e atualização em patogênese e tratamento. **Rev Bras Reumatol**. v. 50, n. 3, 2010.

RALSTON, S. H. *et al*. Diagnosis and Management of Paget's Disease of Bone in Adults: A Clinical Guideline. **J Bone Miner Res**. v. 34, n. 4, 2019.

REAMY, B. V.; SERVEY, J. T.; WILLIAMS, P. M. Henoch-Schönlein Purpura (IgA Vasculitis): Rapid Evidence Review. **Am Fam Physician**. v. 102, n. 4, 2020.

SAMPAIO-BARRIS, P. D. Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da esclerose sistêmica. **Ver Bras Reumatol**. v. 53, n. 3, 2013.

SEKI, M.; MINAMI, T. Kawasaki Disease: Pathology, Risks, and Management. **Vasc Health Risk Manag**. v. 18, 2022.

SOUZA, A. P. D.; MOURA, C.; HORA, P. R.; SANTIAGO, M. Artropatia por Deposição de Cristal Mimetizando Doença Inflamatória Sistêmica Febril em Paciente Idoso. **Rev. Cient**. v. 3, 2019.

THOMAS, D. C. Giant Cell Arteritis: A Case Based Narrative Review of the Literature. **Curr Pain Headache**. v. 26, 2022.

P R E F E I T U R A



RIO

Saúde

