

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume III

Reumatologia e Ortopedia

Versão preliminar

Brasília - DF

2016



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume I I I

Reumatologia e Ortopedia

Versão preliminar

Brasília - DF

2016





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: versão preliminar – 2016– versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II, auditório, sala 4
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3306-8052
Fax: (61) 3305-8028
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5 e 6, Ed. Premium, torre II,
Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação
SAF/SUL, Quadra 2, Edifício Premium, Torre II – 3º Andar – Sala 301
Brasília/DF - 70070-600
Tel.: (61) 3315-5870
E-mail: drac@saude.gov.br

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 717
Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900
Tel.: (61) 3315.3394
Fax: (61) 3315.2974
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mail: degex@saude.gov.br

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 - 1101Bairro 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:

Cleuza Rodrigues da Silveira Bernardo
Dirceu Ditmar Klitzke
João Gabbardo dos Reis

Coordenação-Geral:

Dirceu Ditmar Klitzke
João Marcelo Barreto Silva

Revisão Técnica:

Ana Célia da Silva Siqueira
Carolina Pereira Lobato
Daniela Cristina Moreira Marculino Figueiredo
Graziela Tavares
Katia Motta Galvão Gomes
Letícia Felipak dos Passos Martins
Luciana Morais Rocha
Luciano Gomes Marcelino
Rosely de Andrade Vargas

Organização:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Patrícia Sampaio Chueiri

Elaboração de texto:

Alyne Araújo de Melo
Atahualpa Cauê Paim Strapassom
Danyella da Silva Barreto
Deise Marcela Piovesan
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Erno Harzheim
Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro
Josué Basso
Juliana Keller Brenner
Karoline Simões Moraes
Marcos Ropke
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Rafael Mendonça da Silva Chakr
Ricardo Xavier
Rodrigo Aires Corrêa Lima
Rudi Roman
Odirlei Andre Monticelo
Sérgio Yoshimasa Okane
Thiago Frank
Vinicius de Pra Perius

Colaboração:

Eduardo Alves Melo
Fernanda Chmelnitsky Wainberg
Jane Medianeira Santos Hoch
José Inácio Lermen
Lenita Diacui Simões Krebs
Mayra Marcela Souza Rodrigues
Sandra Jaqueline Diniz Cruz

Projeto Gráfico, design e capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação

Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Reumatologia e Ortopedia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
46 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 3)

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/avs>
ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Título. III. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Titulos para indexação:

Rheumatology and Orthopedics

SUMÁRIO



| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 5 |
| INTRODUÇÃO..... | 6 |
| | |
| 1 REUMATOLOGIA ADULTO | 8 |
| 1.1 Artrite reumatoide..... | 9 |
| 1.2 Artrite psoriásica..... | 10 |
| 1.3 lúpus eritematoso sistêmico | 11 |
| 1.4 Dor lombar e alterações em exame..... | 12 |
| de imagem de coluna lombar | |
| 1.5 Artrite por deposição de cristais (gota)..... | 14 |
| 1.6 Osteoartrite..... | 15 |
| 1.7 Fibromialgia..... | 16 |
| 1.8 Bursite/tendinite..... | 17 |
| 1.9 Dor miofascial..... | 18 |
| | |
| 2 ORTOPEDIA ADULTO | 19 |
| 2.1 Dor lombar alterações em exame..... | 20 |
| de imagem de coluna lombar | |
| 2.2 Dor cervical e alterações em | 22 |
| exame de imagem de coluna cervical | |
| 2.3 Osteoartrite | 24 |
| 2.4 Bursite/tendinite..... | 25 |
| 2.5 Problemas de mão e punho | 26 |
| 2.6 Dor no joelho..... | 27 |
| 2.7 Dor no ombro..... | 28 |
| 2.8 Dor no quadril..... | 29 |
| 2.9 Patologias do tornozelo e pé..... | 30 |
| 2.10 Fraturas e luxações..... | 31 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 32 |
| ANEXO - QUADROS E FIGURAS AUXILIARES..... | 37 |

APRESENTAÇÃO

A atenção Básica (AB), que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a AB tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso a ele. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os gargalos, anteriormente mencionados, requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a Atenção Básica, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) - tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo- e que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros. Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Neste contexto, os protocolos de encaminhamento são ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com esta clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais do SUS vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que caminham no sentido de aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Mãos à obra!

Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS/MS

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul/SES-RS

TelessaúdeRS/UFRGS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes de Atenção Básica com outros pontos de atenção. Ao ser encaminhado para cuidados especializados temporários ou prolongados, é interessante que as equipes de Atenção Básica possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB. As duas questões-chave são:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder à primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Aí, por suposto, desde que atendido o princípio de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e outras ações pedagógicas. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo corretos. A recusa do encaminhamento equivocado, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da AB, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

1 REUMATOLOGIA ADULTO

As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento.

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 suspeita de artrite reumatoide de início recente (sintomas há menos de um ano) ou diagnóstico de artrite reumatoide, suspeita ou diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, diagnóstico de artrite psoriásica, síndrome do anticorpo antifosfolípideo (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. Esses critérios devem ser readaptados conforme a necessidade da regulação local.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, 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.

Pacientes com suspeita de artrite séptica (monoartrite sem diagnóstico estabelecido, especialmente se sintomas sistêmicos presentes e pessoa com outros fatores de risco como: idade acima de 80 anos, diabetes mellitus, prótese articular, cirurgia articular recente, infecção/lesão cutânea, etilismo, uso de drogas ilícitas endovenosas) devem ser avaliados em serviços de pronto-atendimento/emergência.

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 .

1.1 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 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 hemossedimentação (VHS/ VSG), com data;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.2 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 sugiram 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 da articulação acometida, com data (se necessário);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.3 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 sugiram 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 proteinúria em EQU/EAS/Urina Tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra, 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 teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

1.4 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/repouso) 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).

¹ Tratamento 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 (fisiatria, 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 teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

1.5 Artrite por deposição de cristais (Gota)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para clínica médica 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 clínica médica ou reumatologia ou nefrologia:

- diagnóstico de gota e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- 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 sugiram 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 no último 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 teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.



Taxa de Filtração
Glomerular

O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo “Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS.

Clique aqui para baixar <http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/aplicativos-telessauders-ufrgs/aplicativos-telessauders-ufrgs>

1.6 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 reumatoide 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 deformidades 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 sugiram 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 teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

1.7 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 serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- 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 medicamentos 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 Telessaúde.

¹ Tratamento 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.

1.8 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 teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

1.9 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 Telessaúde.

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

2 ORTOPEDIA ADULTO

As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento.

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 neoplasia óssea devem ter preferência no encaminhamento ao ortopedista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos. Apesar do objetivo destes protocolos não ser a avaliação de lesões traumáticas, os casos com indicação cirúrgica cujo atendimento nos serviços de emergência/urgência não foi resolutivo devem igualmente ter preferência no encaminhamento.

Pacientes que apresentam história prévia de cirurgia no aparelho locomotor devem ter acesso ao serviço especializado de acordo com a condição clínica atual.

Visto a alta prevalência de afecções osteomusculares, é fundamental que os profissionais esgotem os recursos diagnósticos e terapêuticos (acompanhamento fisioterápico, tratamento farmacológico) da Atenção Básica antes de encaminhar para serviços especializados.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos (suspeita de fratura/luxação, ruptura ligamentar, suspeita de compressão medular, etc). 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 .

2.1 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/repouso) 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 ortopedia ou neurocirurgia:

- 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.

¹ Tratamento 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 reumatologia:

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

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 teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

2.2 Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de síndrome de compressão medular (ver quadro 6 no anexo); ou
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

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

Dor cervical 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
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor cervical com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

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

- diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial; ou
- pacientes com cervicálgia e artrite reumatóide; ou
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC; ou
- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

¹ Tratamento 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 reumatologia:

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

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):

- dor cervical crônica inespecífica, 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. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença de sintomas de radiculopatia cervical, 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 cervical (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 ou artrite reumatóide (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 Telessaúde.

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

2.3 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 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 deformidades que comprometam a função da mão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide 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 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 sugiram 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 teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

2.4 Bursite/tendinite

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, 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 Telessaúde.

2.5 Problemas de mão e punho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de emergência/urgência/pronto atendimento:

- suspeita de fratura.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ortopedia ou cirurgia da mão:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional; ou
- dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado¹; ou
- tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado¹.

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

- síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; ou
- síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou
- síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou atrite psoriásica.

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

- problemas de mão e/ou punho há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen (quando indicado), fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico (tipo e duração); e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. conclusão da eletroneuromiografia ou exame de imagem, com data (se indicado);
4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

2.6 Dor no Joelho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ressonância Magnética Nuclear – RMN - do joelho:

- suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar do joelho (ver quadros 11 e 12 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica; ou
- lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica; ou
- suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar (ver quadro 11 e 12 no anexo), na impossibilidade de realizar RNM; ou
- subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador; ou
- osteoartrite de joelho 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).

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 no joelho 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:

- pacientes com dor no joelho há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas (descrever presença de instabilidade, bloqueio articular, crepitação, tempo de evolução, manobras ortopédicas realizadas);
2. apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. resultado de exame de imagem do joelho, com data;
4. história prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;
5. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;
6. tratamento realizado para a dor no joelho (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

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

2.7 Dor no ombro

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação;

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- ruptura total de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem; ou
- ruptura parcial de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor refratária ao tratamento clínico otimizado¹; ou
- dor no ombro refratária ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses; ou
- osteoartrite de ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência.

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 no ombro 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:

- pacientes com dor no ombro há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas;
2. apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. presença de luxação do ombro (sim ou não). Se sim, descreva quantidade de vezes;
4. resultado de exame de imagem do ombro, com data;
5. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
6. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;
7. tratamento realizado para a dor no ombro (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
8. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

2.8 Dor no quadril

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação do quadril.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- todos os casos de osteonecrose (necrose avascular ou asséptica); ou
- osteoartrite de quadril 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).

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 no quadril 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. sinais e sintomas;
2. apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. resultado de exame de imagem do quadril, com data.
4. tratamento realizado para osteoartrite de quadril (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).
5. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde

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

2.9 Patologias do tornozelo e pé

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado¹; ou
- fascite plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses¹.

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 no tornozelo ou pé 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. sinais e sintomas;
2. apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico -tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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

2.10 Fraturas e luxações

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- todas situações de suspeita ou diagnóstico de fratura ou luxação pós trauma; ou
- fratura ou luxação tratada com suspeita de síndrome compartimental.

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

- fratura manejada em serviço de emergência e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descreva localização da fratura e data;
2. descreva manejo realizado para fratura (imobilização, procedimento cirúrgico, tratamento fisioterápico);
3. apresenta deformidade ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde.

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.
- ANDERSON, B. C. **Evaluation of the patient with hand pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-hand-pain>>. Acesso em 14 ago. 2015.
- ANDERSON, B. C. **Evaluation of the patient with shoulder complaints**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-shoulder-complaints>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- ANDERSON, B. C. **General evaluation of the adult with knee pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/general-evaluation-of-the-adult-with-knee-pain>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- ANDERSON, B. C. **Meniscal injury of the knee**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/meniscal-injury-of-the-knee>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- 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.
- BARKER; L. R.; ZIEVE, P. D. (Ed.). **Principles of ambulatory medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- BURBANK, K. M. et al. Chronic shoulder pain: part I. Evaluation and diagnosis. **American Academy of Family Physicians**, Kansas City, v. 77, n. 4, p. 453-60, 2008.
- BURBANK, K. M. et al. Chronic shoulder pain: part II. **American Academy of Family Physicians**, Kansas City, v. 77, n. 4, p. 493-97, 2008.
- 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.

CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.

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 (PA), 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-and-diagnosis-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.

HEBERT, S.; ALIMENA, L. J. M. (Ed.). **Ortopedia: exames e diagnóstico consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HERBERT, S. et al (Org.). **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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.

ISAAC, Z.; ATLAS, S. J. PARK, L. **Evaluation of the patient with neck pain and cervical spine disorders.** Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-neck-pain-and-cervical-spine-disorders?source=search_result&search=neck+pain&selectedTitle=1~150>. Acesso em: abril/2015.

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.

KOTHARI, M. J. **Treatment of carpal tunnel syndrome.** Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-carpal-tunnel-syndrome?source=search_result&search=carpal+tunnel+syndrome&selectedTitle=1~128>. Acesso em: abril/2015.

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.

LEVIN, K. **Cervical spondylotic myelopathy.** Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy?source=search_result&search=Cervical+spondylotic+myelopathy&selectedTitle=1~13>. Acesso em: abril/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.

NEOGI T et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Annals of the Rheumatic Diseases** v.74. p.1789–1798.2015.

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/ResearchClinicalCare/Guidelines/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.

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. **Rev Bras Reumatol**, v. 47, n.4, p. 233-242, jul/ago, 2007.

ROWLAND, L. P.; PEDLEY, T. A. **Merrit's Neurology**. 12th ed. Philadelphia (PA): 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.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford**. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. **Physical examination of the shoulder**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

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.

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.

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.

ANEXO - QUADROS E FIGURAS AUXILIARES

Quadro 1 - Critérios de classificação de artrite reumatoide

Critérios de American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (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 indicam o diagnóstico de Artrite Reumatoide. | |
| 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 |
| Sorologia | (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 Sintomas | (0 a 1 pontos) |
| < 6 semanas | 0 |
| ≥ 6 semanas | 1 |

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, 2º a 5º metatarsofalangeanas.

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

Quadro 2 - Critérios para alta suspeita de artrite reumatoide

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 (teste do squeeze) positivo (ver figura 1 no anexo).

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015) adaptado de Emery (2002).

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 - história pessoal de psoríase; ou - história familiar de psoríase. | 2 pontos 1 ponto 1 ponto |
| Dactilite (“dedos em salsicha”) atual ou passada | 1 ponto |
| Evidência radiográfica (mãos/pés) de neoformação óssea justa-articular | 1 ponto |
| Fator reumatoide negativo | 1 ponto |
| Distrofia ungueal psoriásica típica (onicólise, pitting, hiperkeratose) | 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 *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 discoide | 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 antifosfolípidios 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 de 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 de *American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2015)*

| | | |
|---|--|------------------|
| 1º passo: critério de inclusão (apenas aplicar os critérios abaixo para aqueles que preencham 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 olecrânica, 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 uricorreutora 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. | < 4mg/dL | - 4 |
| | 4 a 6 mg/dL | 0 |
| | 6 a < 8 mg/dL | 2 |
| | 8 a <10mg/dL | 3 |
| | ≥ 10mg/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 |

Fonte: *American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2015)*

Quadro 9 - Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

| |
|---|
| <p>Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico):</p> <p>dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia do 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 da mobilização ativa da articulação. |
| <p>Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial):</p> <p>dor no quadril e pelo menos 2 critérios dos 3 critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. |
| <p>Osteoartrite da mão (critério clínico):</p> <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 definidas. |

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

Quadro 10 - Critérios para classificação de Fibromialgia.

Critérios *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. | | | | |

Fonte : American College of Rheumatology ACR (2010).

Quadro 11 - Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho

| |
|---|
| Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas) |
| Dificuldade para agachar ou ajoelhar |
| Bloqueio articular |
| Derrame articular |
| Dor a palpação da interlinha articular |
| Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho. |
| Teste de McMurray positivo (ver figura 2 no anexo) |

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

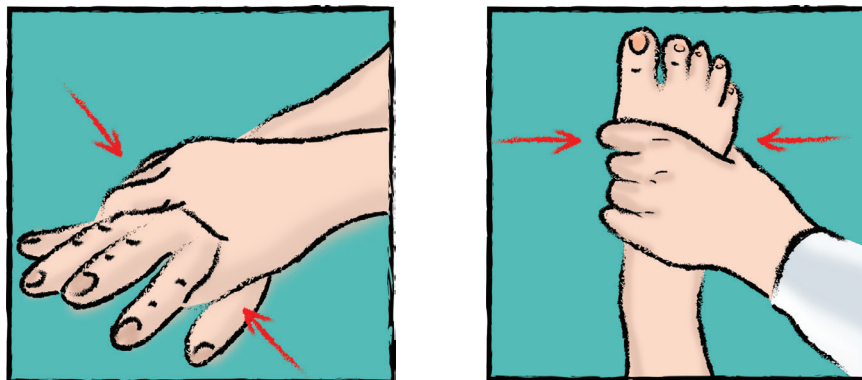
Quadro 12 - Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

| |
|--|
| Sintomas que iniciarem após traumatismo (atividade esportiva) especialmente se associado à derrame articular precoce (primeiros instantes após o trauma) |
| Sensação de instabilidade articular |
| Frouxidão ligamentar (maior amplitude de movimento) |
| Positividade em testes que avaliam a integridade ligamentar: <ul style="list-style-type: none"> - gaveta anterior (ver figura 3 no anexo) - Lachman (ver figura 4 no anexo) - Pivot-shift (ver figura 5 no anexo) |

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

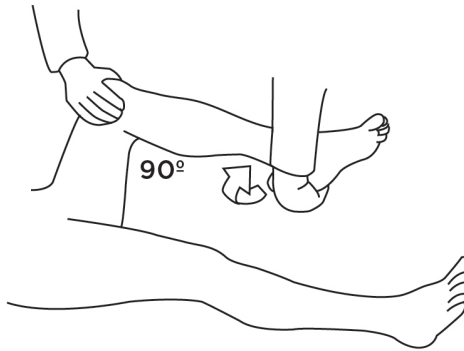
Figura 1 - Teste do Aperto (Teste do Squeeze)

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

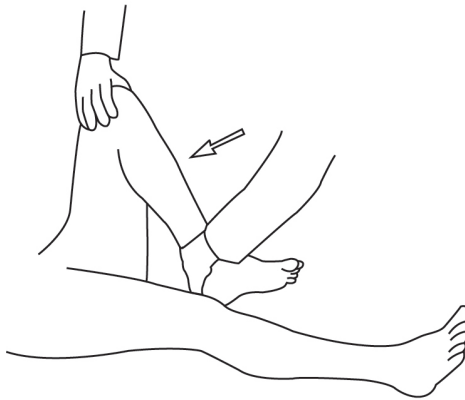


Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

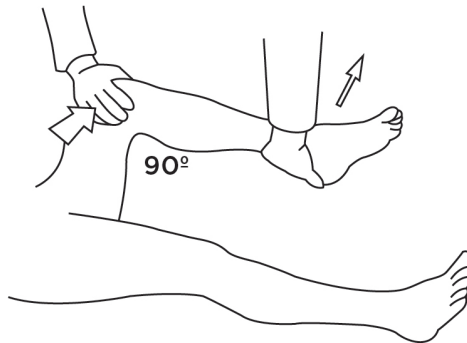
Figura 2 - Teste de McMurray



Testar o menisco medial: o paciente deve permanecer em decúbito dorsal com joelho totalmente fletido. Segurar o pé e fazer rotação externa, simultaneamente aplica-se uma força em varo (para compressão do compartimento medial). Mantem-se os dedos da outra mão na linha articular medial e inicia movimento de extensão do joelho sentindo-se um estalo ou clique associado a dor.

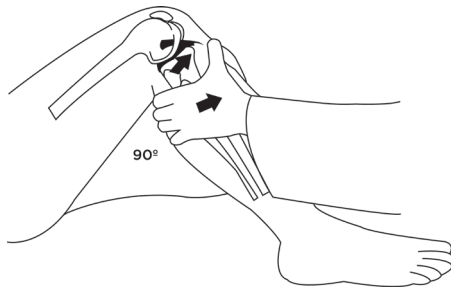


Testar menisco lateral: com o joelho totalmente fletido, se segura o pé agora em rotação interna. Simultaneamente aplica-se uma força em valgo no joelho enquanto se estende a perna lentamente. Deve-se manter os dedos da outra mão na linha articular do joelho e atentar para um estalo ou clique associado a dor.



Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Figura 3 - Teste da gaveta anterior



Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Com o paciente em decúbito dorsal, flexionar o joelho examinado a 90°. O profissional apoia o pé do paciente, e com as mãos na região posterior da tibia superior, empurra-a para anterior. Se comparativamente com o outro joelho há translação aumentada o teste é positivo.

Figura 4 - Teste de Lachman



Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

O teste de Lachman é realizado com o paciente em decúbito dorsal, flexão do joelho de 30°, estabiliza-se o fêmur distal com uma mão e com a outra se segura a tibia proximal realizando um movimento antagônico entre eles. O teste é positivo quando a tibia se desloca anteriormente.

Figura 5 - Teste de Pivot-shift

Paciente em decúbito dorsal e joelho em completa extensão. Realiza rotação interna da perna e estresse em valgo do joelho (empurrando a perna medialmente). Inicia-se um movimento de flexão e quando o teste é positivo observa-se uma translação da tibia no fêmur (redução de uma subluxação anterior).



Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
para esclarecer dúvidas ligue:

0800 644 6543