



Prefeitura de  
**CURITIBA**

Secretaria Municipal da Saúde  
Departamento de Atenção à Saúde  
Núcleo de Teleconsultoria e Telerregulação de Curitiba

# **PROTOCOLO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA**

Curitiba

2026



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão: 10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

## 1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes e critérios de elegibilidade para o encaminhamento de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) para as diversas especialidades da Atenção Especializada, visando a qualificação do acesso e a ordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). O intuito é assegurar a integralidade e a eficiência da assistência, fortalecendo o papel da APS e otimizando os recursos de saúde para toda a população.

## 2. APLICABILIDADE

Aplica-se a todos os encaminhamentos emitidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) de Curitiba para consultas, procedimentos, avaliações e exames específicos nas diversas especialidades da Atenção Especializada da rede assistencial de Curitiba



## 3. RESPONSÁVEIS

A solicitação é de responsabilidade exclusiva do médico assistente da APS, realizada de acordo com as atribuições clínicas e legais estabelecidas em legislações específicas e nos conselhos de classe.

## 4. SIGLAS

- **APS:** Atenção Primária à Saúde
- **CPK:** Creatinoquinase
- **EAS:** Elementos Anormais e Sedimento (Parcial de Urina)
- **FAN:** Fator Antinúcleo
- **IMC:** Índice de Massa Corpórea
- **MS:** Ministério da Saúde
- **OMS:** Organização Mundial da Saúde
- **OPAS:** Organização Pan-Americana da Saúde
- **PCDT:** Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
- **PMAE:** Programa Mais Acesso a Especialistas
- **RAS:** Rede de Atenção à Saúde
- **SUS:** Sistema Único de Saúde
- **TFGe:** Taxa de Filtração Glomerular Estimada
- **UBS:** Unidade Básica de Saúde
- **UPA:** Unidade de Pronto Atendimento
- **VHS / PCR:** Velocidade de Hemossedimentação / Proteína C Reativa

## 5. TERMOS E DEFINIÇÕES

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE <b>Superintendência de Gestão em Saúde</b> Departamento de Atenção em Saúde		  <b>Prefeitura de CURITIBA</b>	
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

**5.1 Critérios de Encaminhamento:** Padrões clínicos, epidemiológicos e operacionais estabelecidos com o objetivo de referenciar os usuários entre os diferentes pontos e níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Curitiba. Baseiam-se em evidências científicas e na necessidade de suporte especializado que ultrapasse o escopo resolutivo da Atenção Primária à Saúde (APS).

**5.2 Classificação de Risco:** Processo dinâmico, baseado em protocolos clínicos, realizado pelo médico assistente e especialista para identificar e estratificar a necessidade de atendimento do usuário. Avalia a clínica, a gravidade do caso (agudo ou crônico), grau de sofrimento, perda funcional e vulnerabilidade social, ordenando o acesso às vagas de forma equânime.

**5.3 Critérios de Prioridade:** Parâmetros que determinam a velocidade de acesso à consulta especializada com base na gravidade estratificada. Garantem que casos com maior risco de morbimortalidade ou perda funcional irreversível sejam atendidos prioritariamente, otimizando o tempo na fila de espera.

**5.4 Critérios de Encaminhamento para Urgência/ Emergência:** Os critérios descritos neste protocolo destinam-se ao agendamento de consultas, exames e procedimentos de caráter **eletivo**. Diante de quadros clínicos que configurem risco iminente de morte, instabilidade hemodinâmica, disfunção orgânica aguda ou sofrimento intenso, o paciente deve ser direcionado pelo médico assistente ao serviço de urgência / emergência, **não inserir** no fluxo de regulação ambulatorial.

**5.5 Oferta de Cuidado Integrado (OCI):** foi desenvolvida como ferramenta para o cumprimento dos objetivos do PMAE (Programa Mais Acesso a Especialistas), e pode ser compreendida como um conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento, conforme disposto na Portaria SAES nº 181, de 11 de junho de 2024 (Brasil, 2024c). No âmbito da Atenção Especializada, as OCI estruturam-se para realizar a avaliação inicial, a elucidação diagnóstica e a definição da conduta em prazos assistenciais otimizados e preestabelecidos.

## 6. DESCRIÇÃO

Conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada do SUS e o centro de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e seu papel como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados nas redes.

Logo, reforçam-se as ações individuais, familiares e coletivas realizadas pelas unidades de saúde que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde e possuem papel central e estratégico em todos os pontos da linha do cuidado e da oferta de cuidados em reumatologia.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

Os casos originados da APS devem corresponder a este protocolo de encaminhamento, e serão avaliados pelos especialistas em reumatologia com a finalidade de diagnóstico, de orientação clínica e de gestão compartilhada do cuidado.

Os protocolos de encaminhamento são fundamentais para a organização da linha de cuidado e do itinerário terapêutico na rede de atenção. Este documento orienta as equipes, por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências, assegurando um atendimento integral, equânime e resolutivo em reumatologia.

A **prevenção** da maioria das patologias do sistema musculoesquelético inicia com orientação de estilo de vida saudável o qual envolve principalmente a prática de atividade física regular, abster-se de tabaco e álcool, diagnóstico e controle de distúrbios metabólicos/endócrinos e manter IMC adequado.

As patologias mais comuns da reumatologia são a **osteoartrite (artrose), dor lombar mecânica não complicada, gota não complicada, osteoporose e fibromialgia**. Estas condições são de baixa complexidade com necessidade de **acompanhamento multiprofissional**, sendo a UBS o nível de atenção ideal para manejo com apoio remoto de especialidades pela teleconsultoria quando o médico assistente julgar necessário.

A queixa principal que leva o paciente com patologia reumatológica a procurar atendimento na atenção primária é dor. **Uma anamnese detalhada da dor** com localização e lateralidade, tempo de sintoma, fatores de melhora e piora são importantes para o raciocínio clínico (**Anexo A**).

O acompanhamento de **pacientes com dor crônica mecânica ou nociplástica requer uma abordagem integrada**, com atuação direta de equipe multidisciplinar com medidas de promoção da saúde, prevenção e reabilitação. O educador físico, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista devem estar diretamente envolvidos no acompanhamento e educação do paciente.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão: 10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

## 6.1 Protocolo de encaminhamento para Reumatologia

### ARTRITE PSORIÁTICA



#### Quando indicar

- Diagnóstico de artrite psoriática firmado (critérios **Quadro 1**) que não esteja fazendo acompanhamento regular em serviço de reumatologia;
- Suspeita de artrite psoriática (critérios **Quadro 1**).



#### Requisitos e Orientações

- Descrever manifestações clínicas:
  - a) Artrite: articulações acometidas, características e tempo de evolução;
  - b) Distrofia ungueal ou lesões cutâneas típicas (abaixo);
  - c) Dactilite ou história recente de edema e eritema de dedos;
  - d) Entesite (dor ou aumento de sensibilidade, especialmente no tendão de aquiles e/ou fásia plantar);
  - e) Outros sinais ou sintomas. História pessoal ou familiar de psoríase cutânea; Exames: fator reumatoide, VHS, hemograma, Sorologias hepatite B e C, sorologia HIV, TGP e TGO.
- Medicamentos atuais/prévios com dose e tempo de uso.



#### Critérios de prioridade

- Acometimento ocular típico em atividade.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

#### Quadro 1

##### Suspeita de Artrite Psoriática

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

1. Artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais;
2. Dactilite (dedos em salsichas);
3. Entesite / tenossinovite;
4. Dor na coluna de caráter inflamatório

Fonte: Olivieri et al. (2008)

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão: 10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

**Figura 1**

Manifestações clínicas da Psoríase e Artrite Psoriática



Pitting



Onicólise



Dactilite

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

## ARTRITE REUMATÓIDE



### Quando indicar

- Diagnóstico de artrite reumatoide firmado que não esteja fazendo acompanhamento regular em serviço de reumatologia;
- Pessoa com suspeita de artrite reumatoide (**Quadro2**).



### Requisitos e Orientações

- Tempo de evolução, quais articulações foram e estão acometidas, com o tempo de evolução de cada uma;
- Fatores associados: teste do aperto, rigidez matinal (duração), sintomas sistêmicos;
- Medicamentos em uso atual/ prévio, com dose e tempo de uso;
- Resultados de exames: VHS e/ou PCR, Fator reumatoide, sorologias de Hepatite B e C, TGP e TGO, radiografias de mãos ou pés, conforme distribuição da artrite;
- Registro de Comorbidades.



### Critérios de prioridade

- Acometimento pulmonar, doença sistêmica, acometimento ocular em atividade.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão: 10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

### Quadro 2

#### Critérios para suspeita de Artrite Reumatóide

- Presença de artrite (sinovite / edema identificado pelo médico) de pequenas articulações das mãos ou pés; ou
- Presença de artrite (sinovite / edema identificado pelo médico) de 3 ou mais articulações associadas a:
- Rigidez matinal por mais de 30 minutos; e / ou
- Teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (Squeeze test – **figura 2**) positivo

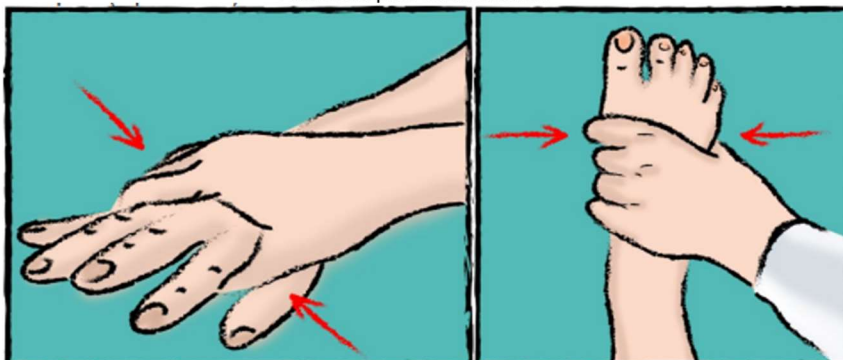
Fonte: Emery (2002) e NICE (2020)

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

### Figura 2

#### Squeeze test.

Dor à manobra de compressão de metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas realizada pelo examinador.



Fonte: Telessaúde RS – UFRGS (2022)

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão: 10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

## ARTROPATIA POR CRISTAIS (Gota e Pseudogota)



### Quando indicar

- Diagnóstico incerto (crises típicas e sem hiperuricemia, hiperuricemia em pessoas muito jovens);
- Pessoas que não conseguem controle das crises, apesar do tratamento clínico otimizado;
- Pessoas que não atingem as metas de ácido úrico sérico, apesar do tratamento clínico otimizado.



### Requisitos e Orientações

- História clínica: artrite (articulações acometidas, tempo de evolução, sequelas), tofo, número de crises no último ano, outros sinais e sintomas relevantes;
- Exames: ácido úrico sérico, creatinina sérica, TFGe, uricosúria de 24h, EAS;
- Tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);
- Outras doenças ou medicações em uso.



### Critérios de prioridade

- Doença renal crônica ou cálculos renais de ácido úrico.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

## DOR COLUNA LOMBAR, TORÁCICA E / OU CERVICAL CRÔNICA INFLAMATÓRIA



### Quando indicar

- Dor com caráter inflamatório >3 meses com início de sintomas antes dos 45 anos (**Quadro 3**)



### Requisitos e Orientações

- História completa com evolução dos sintomas, história ocupacional, medicamentos em uso e comorbidades;
- Hemograma, VHS, creatinina, elementos anormais e sedimento na urina;
- Rx preferencialmente realizado na UPA ou transcrição do laudo.



### Critérios de prioridade

- Acometimento ocular em atividade.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão: 10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

### Quadro 3

#### Dor lombar de característica inflamatória (pelo menos 3 entre os 4 critérios)

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

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

## DOR MONOARTICULAR NO ADULTO



### Quando indicar

- Agudo, sinais flogísticos com suspeita de artrite séptica;
- Agudo, sinais flogísticos, suspeita de artropatia por cristais, que não responde ao tratamento clínico usual;
- Subagudo ou crônico, suspeita de espondiloartropatia soronegativa (*ver artrite psoriática, espondiloartropatia inflamatória, artrite por doença inflamatória intestinal e artrite reativa*);
- Agudo ou subagudo pós infeccioso (confirmado) que não responde ao tratamento usual.



### Requisitos e Orientações

- Suspeita de artrite séptica (monoartrite de início recente com sinais de septicemia e/ou fatores de risco como idade maior que 80 anos, história de cirurgia recente ou trauma aberto da articulação acometida, infecção cutânea sobre a articulação, diabetes melito ou uso de droga endovenosa): encaminhar para serviço de pronto-atendimento (UPA);
- Suspeita de artropatia por cristais (monoartrite recorrente, assimétrica, com ácido úrico elevado no período intercrítico): encaminhar para reumatologia se não tiver resposta com tratamento clínico padrão ou se tiver insuficiência renal (TFGe menor que 60). Encaminhar com hemograma, VHS, dosagem de ácido úrico, creatinina;
- Artrite reativa que não melhora em 6 semanas de tratamento com anti-inflamatório com hemograma, VHS, creatinina, TGO, TGP, sorologia hepatite B e C (últimos 12 meses), sorologia HIV. Investigar DSTs.



### Critérios de prioridade

- Artrite ativa em suspeita de síndrome paraneoplásica.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão: 10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

## DOR POLIARTICULAR NO ADULTO



### Quando indicar

- Pessoa com doença reumatológica crônica estabelecida que não esteja fazendo acompanhamento com reumatologista;
- Pessoa com poliartrite há mais de 6 semanas.



### Requisitos e Orientações

- Diferenciar dor mecânica, dor inflamatória e neuropática (**ver ANEXO 1**) e descrição das articulações acometidas;
- Pessoa com diagnóstico firmado e/ou em tratamento para doença reumatológica mas sem seguimento: data do diagnóstico e início do tratamento, medidas terapêuticas utilizadas (com dose), hemograma, VHS, creatinina, parcial de urina (máximo 3 meses), TGO, TGP, sorologia para Hepatites B e C (nos últimos 12 meses);
- Investigação inicial na APS: hemograma, VHS, creatinina, parcial de urina (máximo 3 meses), TGO, TGP, sorologia para Hepatites B e C (nos últimos 12 meses), sorologia HIV, Fator Reumatóide;
- **Na presença de acometimento sistêmico (hematológico, renal, neurológico, cardiológico, respiratório, cutâneo) com descrição, solicitar FAN.**



### Critérios de prioridade

- Acometimento de órgão-alvo.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

## LÚPOS ERITEMATOSO SISTÊMICO



### Quando indicar

- Pessoa com diagnóstico de LES firmado;
- Pessoa com FAN reagente E pelo menos 1 critério clínico e  $\geq 10$  pontos (**Quadro 4**).



### Requisitos e Orientações

- História do diagnóstico e/ou tratamento para pacientes já acompanhados anteriormente;
- História clínica destacando a descrição das lesões que fazem parte dos critérios diagnósticos;
- Presença de outros sinais ou sintomas reumatológicos ou comorbidades significativas, com descrição do tratamento;
- Resultado de exames: proteinúria em EAS ou relação albumina-creatinina, hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente); se anemia, reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto; FAN, com registro da titulação e padrão; outros anticorpos disponíveis.



### Critérios de prioridade

- Doença em atividade, lesão em órgão-alvo.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

#### Quadro 4

#### Critérios para Classificação Lúpus Eritematoso Sistêmico (EULAR/ACR 2019)

\*Considerar somente um critério de cada domínio, o de maior valor.

Critério de entrada	Fator Anti Núcleo reagente (FAN HEp-2)	
Domínio Clínico: Constitucional	Febre (>38,3)	2
	Leucopenia (<4000)	3
	Plaquetopenia (<100.000)	4
Domínio Clínico: Hematológico	Hemólise autoimune (reticulócitos, bilirrubinas, DHL e coombs direito)	4
	Delírium	2
Domínio Clínico: Neuropsiquiátrico	Psicose	3
	Convulsão	5
	Alopecia não cicatrizante	2
Domínio Clínico: Musculoesquelético	Úlcera oral observada pelo examinador	2
	Lúpus discoide ou lúpus cutâneo subagudo	4
	Lúpus cutâneo agudo	6
Domínio Clínico: Serosa	Derrame pericárdico ou pleural	5
	Pericardite aguda	6
Domínio Clínico: Musculoesquelética	Artrite em ≥ 2 articulações	6
	Proteinúria > 0,5g/24h	4
Domínio Clínico: Renal	Nefrite lúpica classe II ou V na biópsia renal	8
	Nefrite lúpica classe III ou IV na biópsia renal	10
	Anticorpo anticardiolipina (IgA, IgM ou IgG) moderada ou alta titulação ou ac B2GP1 reagente ou anticoagulante lúpico presente	2
Domínio Imunológico: AFL	Consumo de C3 e C4	4
	Consumo de C3 ou C4	3
Domínio Imunológico: Complementos	Ac Anti-SM	6
	Ac Anti-DNA	6

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

## MIOSITES



### Quando indicar

- Pessoa com elevação da CPK acima de 3X o normal, repetida e confirmada em 2 semanas, que não seja de origem potencialmente viral, medicamentosa ou metabólica;
- Pessoa com lesão cutânea associada à miosite ou dermatomiosite estabelecida e sem acompanhamento com reumatologista.



### Requisitos e Orientações

- História completa com evolução dos sintomas, história ocupacional, medicamentos em uso, traumas, infecções ou cirurgias recentes;
- Resultados de exames, com data: CPK, TGO, TGP, hemograma, creatinina, elementos anormais e sedimento na urina, glicemia, anticorpo antinúcleo.



### Critérios de prioridade

- Acometimento de órgão-alvo, disfagia.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

## OUTRAS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS ESPECÍFICAS (DMTC, Dermatomiosite, condições mais raras)



### Quando indicar

- Pessoa com diagnóstico firmado com doença reumatológica específica e que não esteja fazendo acompanhamento compartilhado com reumatologista (consulta reumatológica anual);
- Pessoa com suspeita de uma destas doenças, precisando confirmação diagnóstica.



### Requisitos e Orientações

- Pessoa com doença estabelecida: encaminhar histórico da doença (tempo de diagnóstico, serviço que fez o diagnóstico ou acompanhamento, terapêutica atualmente em uso);
- Quadro clínico do caso suspeito e exames mínimos.



### Critérios de prioridade

- Sinais de atividade da doença;
- Lesão órgão-alvo.

Fonte: DAS, SMS Curitiba, 2026

## 7. REGRAS GERAIS E CONDUTAS



Visando estabelecer as diretrizes normativas e os padrões a serem observados pelos médicos da APS nas solicitações de regulação, seguem as orientações descritas abaixo:

### 7.1 Verificação e Avaliação do Prontuário de Sistema Eletrônico (E-saúde)

- **Cheragem:** Consulta prévia ao prontuário eletrônico na aba "**Localiza Compromisso**" antes de abrir uma nova solicitação. O médico atestará se o paciente já está em acompanhamento na especialidade ou inserido em fila de espera, sendo **vedada a duplicidade** de encaminhamentos para o mesmo fim.
- **Análise de Pareceres Anteriores:** Caso o histórico aponte telerregulação prévia, o profissional tem acesso à conduta do médico regulador na página inicial do prontuário, em "**Retorno Regulação**", antes de reencaminhar o usuário.
- **Vinculação de Casos Cirúrgicos:** Pacientes em pós-operatório ou com intervenções cirúrgicas prévias devem manter o seguimento com o mesmo serviço/prestador que realizou o procedimento, exceto em casos comprovados de incapacidade institucional de atendimento daquela unidade. Estes casos devem ser informados para a CMCE.

### 7.2 Manejo Clínico Prévio e Estabilização

- **Priorização do Manejo na APS:** Condições agudas ou agudizações de quadros crônicos precisam ser tratadas e estabilizadas na unidade de origem antes de qualquer encaminhamento ambulatorial eletivo.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE <b>Superintendência de Gestão em Saúde</b> Departamento de Atenção em Saúde		  Prefeitura de <b>CURITIBA</b>	
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

- **Completeness Propedêutica:** Se o paciente aguarda exames laboratoriais ou de imagem para o diagnóstico, **é importante aguardar os resultados oficiais** e inseri-los detalhadamente na solicitação, evitando encaminhamentos com propedêutica incompleta.
- **Uso de Protocolos Municipais:** O encaminhamento de condições crônicas só é justificado após a falha documentada no manejo clínico otimizado, seguindo as diretrizes e os Protocolos Clínicos da SMS Curitiba.

### 7.3 Observações do Fluxo nas Solicitações Encaminhadas à Especialidades

- **Duplicidade de Especialidades nas solicitações:** Não encaminhar o usuário para mais de uma especialidade médica com a mesma finalidade diagnóstica ou terapêutica (ex: Gastroenterologia e Proctologia; Gastroenterologia e Cancerologia; Ortopedia e Reumatologia para a mesma queixa algica).
- **Restrição de Escopo Profissional:** Solicitações voltadas exclusivamente para a concessão e dispensação de órteses, tem fluxo próprio da Fisioterapia da (UBS).
- **Mudança Transversal de Prestador:** O médico não deve usar a telerregulação para solicitar alteração de prestador de serviço. Essa demanda é de caráter puramente administrativo e deve ser encaminhada via e-mail corporativo diretamente à CMCE ([cmce@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:cmce@sms.curitiba.pr.gov.br)).
- **Necessidade de prioridades:** Com base no agravamento do quadro clínico, com maior risco de morbimortalidade ou perda funcional irreversível, que demanda a necessidade de priorizar a consulta eletiva do paciente. Enviar e-mail com a descrição que justifica essa necessidade, para: [regulacaocmce@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:regulacaocmce@sms.curitiba.pr.gov.br)

### 7.4 Preenchimento das Solicitações



- **Registros:** As solicitações devem estar com o preenchimento completo, claro e detalhado.
- **Definição de Escopo:** Explicitar objetivamente a finalidade da solicitação (Avaliação Presencial, Teleconsultoria para dúvida clínica ou Solicitação de Exame de Alta Complexidade).

#### a. Anamnese Estruturada - Histórico Clínico:

Registrar o quadro clínico atual, incluindo tempo de evolução dos sintomas e sua localização. Na presença de dor, descrever localização, lateralidade, características, ritmo (contínuo ou intermitente), intensidade e relação com movimento, repouso e período do dia (**ANEXO A**).

Sintomas associados relevantes, como rigidez matinal, fadiga, edema articular, limitação funcional, febre, perda ponderal, alterações cutâneas ou outros sinais sistêmicos.

Registrar comorbidades, fatores de risco e predisponentes (IMC, tabagismo, etilismo, atividade laboral, histórico traumático e prática de atividade física), bem como tratamentos prévios e atuais, especificando medicamentos utilizados, dosagens, tempo de uso e resposta terapêutica.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE <b>Superintendência de Gestão em Saúde</b> Departamento de Atenção em Saúde		  Prefeitura de CURITIBA	
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

**b. Exame Físico Qualificado:** Registrar sinais vitais e dados antropométricos completos.

- **Dor Articular:** Descrever articulação acometida, localização e lateralidade, amplitude de movimento articular, força muscular do membro afetado, deformidades e se há presença de sinais flogísticos. Avaliar e registrar força muscular, limitação funcional e alterações da marcha, quando presentes.
- **Dor lombar/cervical/torácica:** Descrever amplitude de movimento, achados neurológicos pertinentes e resultados de manobras específicas quando houver suspeita de radiculopatia.
- **Dor difusa, em membro ou mialgia:** Descrever localização e lateralidade. Avaliar e registrar se há presença de tender points, pontos gatilhos, sinais flogísticos, força muscular e relação com movimento.
- **Pele:** Descrever lesões cutâneas, alterações de coloração, espessamento, ulcerações ou outros achados relevantes, informando localização e extensão.

**c. Exames Complementares:** Transcrever integralmente os laudos relevantes com as datas de realização.

**d. Encerramento Técnico:** Conclusão da solicitação preferencialmente com a hipótese diagnóstica clara (CID) ou com a dúvida técnica de manejo que motivou a solicitação, dúvida (pedido de apoio), discussão clínica.



## 7.5 Orientação importante ao Usuário

- **Informação ao Paciente:** O médico assistente (referência na UBS) deve informar ao paciente, de maneira clara, que seu caso clínico permanece sob sua condução direta, contando com o suporte contínuo e a articulação remota do médico especialista da rede de saúde.

## 8. CRITÉRIO DE INCLUSÃO OU EXCLUSÃO

### 8.1 Critérios de Inclusão:

- Pacientes assistidos pela Rede Municipal de Saúde de Curitiba, com registros atualizados no sistema e-Saúde e com cadastro definitivo em (UBS) de referência.
- Solicitações de encaminhamento provenientes da (APS) ou da Atenção Especializada, devidamente preenchidas no sistema e-Saúde, com justificativa médica que inclua: história clínica atual, anamnese detalhada, descrição do exame físico direcionado e resultados de exames complementares pertinentes.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE <b>Superintendência de Gestão em Saúde</b> Departamento de Atenção em Saúde		  Prefeitura de CURITIBA	
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

## 8.2 Critérios de Exclusão:

- Pacientes que apresentem sinais, sintomas ou critérios clínicos de urgência e emergência, devem seguir o fluxo da Rede de Urgência e Emergência.
- Solicitações que não apresentem indicação clínica fundamentada ou que possuam ausência de justificativa médica para a avaliação especializada.
- Pacientes em acompanhamento em prestador com código válido (até 02 anos) do último atendimento.
- Pedidos com preenchimento incompleto, omissão de dados obrigatórios ou informações clínicas insuficientes para a análise da telerregulação no sistema e-Saúde.

## 9. RECOMENDAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

A definição de critérios clínicos padronizados para o acesso à Atenção Especializada fundamenta-se nas diretrizes da (OMS) e da (OPAS), que apontam a regulação baseada em protocolos como modelo essencial para ampliar a equidade, otimizar os fluxos e reduzir os atrasos assistenciais na rede pública.

O processo de regulação e suporte clínico pauta-se na estrita observância e acompanhamento das atualizações periódicas dos (PCDT), bem como das diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas validadas pelo Ministério da Saúde para as diversas condições assistenciais.

## 10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Número de solicitações, segundo o procedimento, os critérios de prioridade, no geral, por Distrito Sanitário e por Unidade de saúde.
- Tempo médio de espera do encaminhamento, segundo o procedimento, os critérios de prioridade, no geral, por Distrito Sanitário e por Unidade de Saúde.

## 11. RESULTADOS ESPERADOS

Estabelecimento dos critérios de acesso e fluxos de encaminhamento para a Atenção Especializada, assegurando a estratificação de risco equânime e a priorização dos usuários conforme a gravidade e a necessidade clínica. Busca-se, com isso, a qualificação do processo regulatório, a otimização do acesso à rede assistencial e o consequente fortalecimento das linhas de cuidado.

## 12. PONTOS CRÍTICOS E OU RISCOS

- **Inconsistência na Priorização:** Dificuldade na definição e aplicação dos critérios de acesso, gerando assimetria na ordenação da fila e comprometendo a equidade.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

- **Subnotificação ou Baixa Qualidade do Registro:** Encaminhamentos incompletos ou sem critérios clínicos definidos, o que retarda o processo regulatório e reduz a resolutividade na Atenção Especializada.

### 13. RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA

- Garantir que o acesso à Atenção Especializada ocorra exclusivamente em conformidade com os critérios clínicos e regulatórios estabelecidos neste protocolo.
- Assegurar que os encaminhamentos oriundos da (APS) contenham a descrição clínica mínima obrigatória, os resultados de exames prévios (quando indicados) e a devida justificativa fundamentada nos critérios de elegibilidade.

### 14. REFERÊNCIAS

Firestein GS. Clinical manifestations of rheumatoid arthritis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): Wolters Kluwer; 2026 [citado 2026 maio 25]. Disponível em:

<https://www.uptodate.com>

Smith J, Brown M. Management of rheumatoid arthritis in primary care. Am Fam Physician. 2020;101(5):295-302. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp.html>

Sociedade Brasileira de Reumatologia. Diretrizes para artrite reumatoide [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia; 2017 [citado 2026 maio 25]. Disponível em: <https://www.reumatologia.com.br/diretrizes/>

Telessaúde RS-UFRGS. Manejo da artrite reumatoide na atenção primária [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2022 [citado 2026 maio 25]. Disponível em: <https://telessauders.ufrgs.br>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.DAS.003 – Páginas: 016	
Título do Documento	<b>ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA</b>	Emissão:10/06/2026	Próxima Revisão: 10/06/2028
		Versão: 2	

## HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	10/06/2026	Atualização do protocolo

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Núcleo de Teleconsultoria e Telerregulação Curitiba
Revisão/Análise	Núcleo da Qualidade do Cuidado em Saúde/ Diretora da Atenção em Saúde
Validação	Diretora da Atenção em Saúde
Aprovação	Superintendente de Gestão

## ANEXO A – ORIENTAÇÃO PARA A CARACTERIZAÇÃO DA DOR CRÔNICA

Caracterização de Dor Crônica			
Tipo de dor	Características principais	Exemplos comuns	Pistas clínicas importantes
<b>Nociceptiva mecânica</b>	Bem localizada, contínua, em peso ou pontada	Osteoartrose, dor muscular, lombalgia mecânica	Piora com movimento/ palpação, melhora com repouso.
<b>Neuropática</b>	Queimação, choque, formigamento, agulhada	Neuropatia diabética , síndrome do túnel do carpo, radiculopatia, Hansen	Alodinia, hiperalgesia déficit sensitivo
<b>Nociplástica (central)</b>	Dor difusa, sem lesão clara, frequentemente migratória	Fibromialgia	Fadiga, sono não restaurador, tender points.
<b>Nociceptiva Inflamatória</b>	Rigidez pós repouso prolongada, dor pior pela manhã.	Artrite reumatoide , espondiloartropatia inflamatória	Sinais flogísticos, rigidez matinal > 30 min. Melhora com movimento