

# PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À REUMATOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município  
de Jundiá – 2020  
Versão III



Prefeitura  
de Jundiá

## Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde  
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Aline (Reumatologista do Núcleo Integrado da Saúde)

Dra. Jacqueline (Reumatologista do Núcleo Integrado da Saúde)

Dra. Patrícia Ledo M. Costa (Assessoria Técnica da Saúde do Adulto e Idoso)

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora – Departamento de Regulação da Saúde)

Diretora: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	03
FLUXO DE ATENDIMENTO .....	04
PRIORIZAÇÃO .....	04
INTRODUÇÃO .....	05
1. ARTRITE REUMATÓIDE .....	07
2. ARTRITE PSORIÁSICA .....	08
3. LÚPUS ERITEMATOSE SISTÊMICO .....	09
4. DOR LOMBAR .....	11
5. GOTA .....	11
6. OSTEOARTRITE.....	12
7. DOR CRÔNICA .....	13
8. FEBRE REUMÁTICA.....	13
9. OSTEOPENIA .....	13
10. SOLICITAÇÃO DENSITOMETRIA ÓSSEA.....	13
11. OSTEOPOROSE.....	14
12. FIBROMIALGIA .....	14
13. CHIKUNGUNYA .....	16
14. PARTES MOLES.....	16
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	17



**Prefeitura  
de Jundiaí**

## APRESENTAÇÃO:

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que 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.

O **Serviço Especializado** (ou secundário) é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar 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.

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

Para este ordenamento são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar esta necessidade. 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 e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas.

A oferta deste protocolo é mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da atenção primária. Serve como subsídio para uma triagem clínica mais qualificada dos encaminhamentos desnecessários, colaborando com a priorização do acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos.

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

#### FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico /generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

#### PRIORIZAÇÃO:

- **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao Pronto Socorro.
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias);
- **P2:** Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- **P3:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

## INTRODUÇÃO

Este PROTOCOLO foi baseado em publicação do Ministério da Saúde e UFRGS denominado PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA REUMATOLOGIA.

1. A DOR, por ser queixa preponderante na especialidade, todo referenciamento deverá ter a descrição detalhada deste sintoma com dados como – TEMPO DE EVOLUÇÃO, LOCALIZAÇÃO, FATORES DE PIORA E MELHORA, TIPO DE DOR (NEUROPÁTICA? RITMO INFLAMATÓRIO OU MECANICO?), SINTOMAS ASSOCIADOS.
2. Considerando que a queixa de ARTRALGIA na maioria das vezes NÃO reflete uma doença inflamatória de fundo reumatológico inflamatório, é mandatório que já tenham sido investigadas situações como tireopatias, diabetes mellitus, doenças hematológicas como hemoglobinopatias, infecções, distúrbios psicoafetivos e mais frequentemente, aquelas queixas relacionadas a fatores mecânicos e em decorrência a vícios posturais.
3. Situações de alta prevalência como osteoartrite, lombalgia crônica não inflamatória, fibromialgia e dores miofasciais deverão ser submetidas a tratamento analgésico otimizado e terem implantados medidas comportamentais (controle de peso, exercícios físicos, correções posturais). Uma vez serem condições em que a mudança comportamental é o tratamento PADRÃO-OURO, não há indicação de tratamento especializado e deverão ser conduzidos pela equipe multidisciplinar da Atenção Primária.
4. Referenciar a especialidade casos de osteoporose refratária ao tratamento habitual com bisfosfonato oral (perda de massa óssea sendo descartado **MA-ADERÊNCIA** ou fratura de fragilidade apesar do uso

regular de bisfosfonato), osteoporose em homens ou contra-indicação absoluta ao uso de bisfosfonato oral. Casos de osteopenia e osteoporose não refratária serão conduzidos pela Atenção primária.

5. SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO serão sempre tratadas pela equipe regulatória, caso a caso, e para tanto é necessário que nesta situação o relato médico seja bastante detalhado e explicitando a razão que justifica o encaminhamento.

## 6. EXAMES COMPLEMENTARES – CONSIDERAÇÕES

### **FAN**

- Presente em 20 a 25% da população normal (padrão pontilhado fino denso)
- Possível positividade em condições não reumatológicas como uso de certos medicamentos (hidralazina, carbamazepina, hidantoína, procainamida, isoniazida, metildopa, AAS)
- NÃO é diagnóstico de Lúpus Eritematoso
- O pedido deste exame só deve ser feito quando existirem dados na história clínica, exame físico e epidemiologia com forte suspeita de autoimunidade e/ou artralgia inflamatória.

### **FATOR REUMATÓIDE**

- Presente em 5% da população normal (sobretudo idosos)
- Positividade em situações não reumatológicas como endocardite, hepatite, hanseníase e neoplasias
- Pode estar positivo em condições reumatológicas diferentes da Artrite Reumatóide como LES, Síndrome de Sjögren, Esclerodermia, Polimiosite, entre outras)
- Nos pacientes com Artrite Reumatóide, o FR em altos títulos significa pior prognóstico, portanto, justifica o encaminhamento para a Reumatologia.

### **ASLO**

- NÃO É MARCADOR DE DOENÇA REUMATOLÓGICA E NÃO DEVE FAZER PARTE DOS EXAMES QUE AVALIAM ATIVIDADE INFLAMATÓRIA.

### **VHS E PCR**

- Na suspeita de doenças reumatológicas de cunho inflamatório e monitoramento de atividade, são exames úteis de fácil realização.

### **Exames OBRIGATÓRIOS a serem solicitados antes do encaminhamento a especialidade:**

- Radiografia da articulação acometida ou de coluna lombar e torácica em AP+ Perfil nos casos de osteoporose
- VHS e PCR
- Casos de osteoporose: Hemograma, função renal e hepática, calciúria de 24 horas, fosfatase alcalina, gama GT, TSH, cálcio, fosforo e radiografia de coluna lombar e torácica em AP e Perfil.

## **1. ARTRITE REUMATÓIDE**

- Diagnóstico de certeza de AR seguindo critérios ACR/EULAR 2010.
- Artralgia inflamatória e/ou artrite no exame físico e rigidez matinal prolongada maior que 1 hora
- Radiografia com erosões ósseas
- VHS e PCR elevados
- Fator reumatoide pode estar presente em pessoas saudáveis, especialmente idosos.

- **CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS ARTRITE REUMATÓIDE**

**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 $\geq 6$ indicam o diagnóstico de Artrite Reumatoide.	
<b>Envolvimento articular<sup>1</sup></b>	(0 a 5 pontos)
1 grande <sup>2</sup> articulação	0
2-10 grandes <sup>2</sup> articulações	1
1-3 pequenas <sup>3</sup> articulações	2
4-10 pequenas <sup>3</sup> articulações	3
$>10$ articulações <sup>4</sup> (pelo menos uma pequena articulação)	5
<b>Sorologia</b>	(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
<b>Provas de fase aguda</b>	(0 a 1 pontos)
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
<b>Duração dos Sintomas</b>	(0 a 1 pontos)
$< 6$ semanas	0
$\geq 6$ semanas	1

Fonte: ACR/EULAR (2010).

## 2. ARTRITE PSORIÁSICA

- Diagnóstico de certeza de artrite psoriásica;
- Presença de psoríase + artrite/dactilite (dedo em salsicha);
- VHS e PCR elevados

## CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS ARTRITE PSORIÁTICA

### 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 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, hiperqueratose)	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)

### 3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

- Deve ser sempre excluídos quadros infecciosos (sorologia Hepatite B, Hepatite C, HIV, VDRL) e neoplásicos pertinentes antes do diagnóstico
- Encaminhar ao setor de emergência médica quando estiverem presentes manifestações clínicas que representem risco a vida para o paciente (ex. insuficiência renal aguda, proteinúria franca, pericardite, derrame pleural volumoso, anemia hemolítica entre outros).
- FAN pode estar presente em pessoas saudáveis – não indica doença auto imune.

- Encaminhar pacientes com FAN positivo associado a MAIS DE UMA alteração clínica ou laboratorial objetiva sugestiva de lúpus (EX: FAN positivo + plaquetopenia + artralgia inflamatória).

### CRITÉRIOS PARA LES 2019

**Crítérios de Entrada**

Fatores Antinucleares (FAN) com um título  $\geq 1:80$  nas células HEp-2 ou um teste positivo equivalente (sempre)

▼

Se ausente, não classifique como LES  
Se houver, aplique critérios aditivos

▼

**Crítérios Aditivos**

Não conte o critério se houver uma explicação mais provável que o LES.  
A ocorrência de um critério em pelo menos uma ocasião é o suficiente.  
A classificação do LES requer pelo menos um critério clínico e  $\geq 10$  pontos.  
Os critérios não precisam ocorrer simultaneamente.  
Dentro de cada domínio, apenas o critério ponderado mais alto é contado para a pontuação total.

Domínios e critérios clínicos	Peso	Domínios e critérios de imunologia	Peso
<b>Constitucional</b>		<b>Anticorpos Antifosfolípídeos</b>	
Febre	2	Anticorpos anti-cardiolipinas ou Anticorpos anti- $\beta 2$ GP1 ou Anticoagulante Lúpico	2
<b>Hematológico</b>		<b>Proteínas de Complemento</b>	
Leucopenia	3	C3 baixo ou C4 baixo	3
Trombocitopenia	4	C3 baixo e C4 baixo	4
Hemólise Autoimune	4		
<b>Neuropsiquiátrico</b>		<b>Anticorpos específicos para LES</b>	
Delírio	2	Anticorpo Anti-dS * DNA ou Anticorpo Anti- Smith	6
Psicose	3		
Convulsão	5		
<b>Mucocutâneo</b>			
Alopécia sem cicatrizes	2		
Úlceras Orais	2		
Lúpus cutâneo ou discoide subagudo	4		
Lúpus cutâneo agudo	6		
<b>Serosal</b>			
Derrame pleural ou pericárdico	5		
Pericardite aguda	6		
<b>Músculo-esquelético</b>			
Envolvimento articular	6		
<b>Renal</b>			
Proteiúria $>0,5g/24h$	4		
Biópsia Renal Nefrite Lúpica Classe II ou V	8		
Biópsia Renal Nefrite Lúpica Classe III ou IV	10		

Pontuação Total:

Classifique como Lúpus Eritematoso Sistêmico com uma pontuação de 10 ou mais se o critério de entrada for cumprido

#### 4. DOR LOMBAR

Condições que justificam o encaminhamento para a reumatologia:

- DOR LOMBAR CRÔNICA DE CARACTERÍSTICA INFLAMATÓRIA (piora com repouso, melhora com atividade física) POR MAIS DE TRÊS MESES.
- Não serão aceitos casos de lombalgia mecânica.

Condições que justificam encaminhamento ao setor de **emergência**

- Suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina;
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

#### 5. GOTA

- Diagnóstico: monoartrite ou poliartrite recorrente associado a ácido úrico elevado.
- Dosagem de ácido úrico elevado sem a presença de artrite migratória **não** caracteriza o diagnóstico de gota.
- Alvo terapêutico: ácido úrico < 6 ou ácido úrico <5 nos pacientes com tofo gotoso.
- Os pacientes com gota tofácea não aderentes ao tratamento especializado receberão alta com orientações ao clínico da UBS.

Condições que justificam encaminhamento ao Reumatologista:

- **DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DE GOTA TOFÁCEA.** Gota não tofácea será conduzida na UBS.
- Tratamento da crise se gota: AINE + colchicina ou prednisona + colchicina por 5 dias. Não iniciar ou aumentar alopurinol na crise.
- Tratamento ambulatorial (longo prazo):
- Alopurinol: iniciar com 100 mg, aumento gradual para evitar crises. Máximo de 800 mg. Ajustar em pacientes com disfunção renal.
- Colchicina: 0,5 a 1 mg ao dia. Serve como profilático (evitar crises).

## 6. OSTEOARTRITE

- Diagnóstico: dor articular (geralmente mãos, joelhos, quadril e colunas) com rigidez matinal de 30 minutos ou menos.
- Exame físico: nódulos de Heberden e Bouchard, crepitações a mobilização de joelhos.
- Radiografia: presença de osteófitos, esclerose subcondral e diminuição do espaço articular.
- Não há indicação de encaminhamento ao reumatologista, uma vez que a mudança comportamental é o tratamento padrão-ouro e ser uma doença de altíssima prevalência.
- São orientações importantes e que fazem a diferença na evolução clínica da Osteoartrite: perda de peso (independe se a osteoartrite é de joelhos ou de outro sítio como mãos, por exemplo) e fortalecimento muscular. O tratamento medicamentoso, basicamente, tem foco na dor e não exige conhecimento especializado para sua prescrição, já que é **recomendação nível A o uso de analgesia simples (dipirona ou paracetamol), AINE oral, AINE tópico (bom para osteoartrite de mãos).** O uso de **colágenos, diacereína e sulfato de condroitina e glicosamina não são recomendados por todos os consensos (estudos controversos) tem ação lenta, elevado custo, não SUS e atuam basicamente em dor.**

- OBS: PACIENTES COM OSTEORTRITE COM LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO ARTICULAR, GENOVARO OU GENOVALGO ACENTUADOS PODEM SER ENCAMINHADOS PARA A ORTOPEDIA (VIDE PROTOCOLO DA ORTOPEDIA).

## **7. DOR CRÔNICA**

- A dor crônica apesar de presente em doentes com afecções articulares e de partes moles não é de especialidade do reumatologista.
- Não tem indicação para encaminhamento ao reumatologista.

## **8. FEBRE REUMÁTICA**

- Uma vez que o envolvimento articular na febre reumática é autolimitado, não erosivo e a cardite é a principal manifestação de morbi-mortalidade e com necessidade de acompanhamento, estes casos são de escopo de cardiologia e não da reumatologia.

## **9. OSTEOPENIA**

- Não tem indicação de encaminhamento ao reumatologista
- Tratamento: Orientação de ingestão de cálcio diária (no mínimo 1000 mg ao dia), manutenção dos níveis de vitamina D dentro da faixa da normalidade e atividade física para melhora de massa óssea
- Densitometria óssea a cada 2 anos

## **10. SOLICITAÇÃO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA**

- Não tem indicação de encaminhamento ao reumatologista.
- Todos os médicos da Atenção Básica podem solicitar em SAD e enviar para o Departamento de Regulação da Saúde via Malote.
- Se T score L1-L4 ou colo fêmur ou fêmur total  $\leq -2.5$  iniciar tratamento para osteoporose com alendronato 70 mg semanal, com previsão de uso por 5 anos, associado a cálcio e vitamina D. Se osteopenia seguir tratamento com cálcio, vitamina D e atividade física.

## 11. OSTEOPOROSE

### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM ENCAMINHAMENTO PARA A REUMATOLOGIA:

- Osteoporose com fratura não traumática ou por trauma de baixo impacto: vertebral e colo de fêmur
- Osteoporose com T score menor que -3.5
- Osteoporose em homens
- Osteoporose sem resposta ao tratamento (perda de massa óssea ou fratura de fragilidade apesar do uso regular de bisfosfonato oral)
- Osteoporose com contraindicação ao uso de bisfosfonato oral

### Tratamento proposto para Osteoporose:

- Suplementação de cálcio – Necessidade diária é 1g de cálcio (2 copos de leite ou 2cp de carbonato de cálcio, são equivalentes)
- Suplementação de Vitamina D – 7000 a 14000UI/semanal
- Bisfosfonatos – Alendronato 70mg 1x por semana (tomar em jejum em não deitar por 30 minutos). Tempo de uso por 5 anos. Se Densitometria após 5 anos com osteopenia e sem novas fraturas considerar a suspensão do bisfosfonato (Holiday).
- **Meta: Densitometria óssea a cada 2 anos estável ou com ganho de massa óssea.**

## 12. FIBROMIALGIA

- Dor difusa pelo corpo, sono não reparador, fadiga crônica, cefaleia, parestesias (SUBJETIVO), transtorno de humor, edema de mãos e pés (SUBJETIVO). Tender points podem estar presentes, mas não são obrigatórios. Diagnóstico é clínico.
- VHS e PCR são normais. Solicitar TSH, CK para exclusão de hipotireoidismo e miopatias (doenças que podem mimetizar). Sorologias para Hepatite B, C e HIV pesquisam condições associadas.

- Trata-se de uma doença prevalente, não deformante, em que o tratamento medicamentoso não é essencial e sim uma “ponte” para a aderência atividade física, mudança comportamental e psicológica.

**Portanto, não há indicação de encaminhamento ao reumatologista devendo ser tratada na atenção primária à saúde, com equipe multidisciplinar.**

- Orientações a como conduzir casos de Fibromialgia e medicações que podem ser usadas, de acordo com sono, humor e dor. O mais importante é EDUCAR o paciente com relação a doença e necessidade de aderência a terapêuticas não-medicamentosas.

#### **Tratamento proposto Fibromialgia:**

- Atividade física aeróbica de moderada intensidade 3x na semana (todos devem fazer – 1ª linha de tratamento)
- Ciclobenzaprina 5mg → 10mg. Melhora do sono, pouco impacto na dor.
- Amitriptilina 25mg → 50mg → 75mg. Melhora do sono e da dor, pouco impacto no humor.
- Fluoxetina (início com 20 mg podendo aumentar). Melhora do humor.
- Sertralina (50 mg inicial podendo aumentar). Melhora do humor.
- Gabapentina (início com 300 mg podendo aumentar). Melhora do sono e da dor. RENOVAÇÃO PELO ALTO CUSTO COM CID R52.1 DOR CRÔNICA.
- Outros tratamentos: meditação (academia da saúde), psicoterapia, NASF e acupuntura.

### 13. CHIKUNGUNYA

- Serão aceitos casos de artropatia crônica (mais que 3 meses) associado a teste confirmatório (por exemplo: sorologia para chikungunya).
- Casos agudos ou subagudos são do espectro da atenção primária e tratados com sintomáticos (analgésicos, AINE, corticoide baixas doses).

### 14. PARTES MOLES

- DORES MIOFASCIAS, BURSITES, TENDINITES, DOR MECÂNICA, ENTRE OUTRAS, NÃO TEM INDICAÇÃO PARA REFERENCIAMENTO AO REUMATOLOGISTA.

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

#### **P0: Encaminhar diretamente para Pronto Socorro**

- Pacientes com suspeita de artrite séptica ou crise de gota. Pacientes com suspeita de doença reumatológica com sinais vitais alterados, quadro infeccioso ou sintomas com risco iminente de vida (dor torácica, dispneia súbita por exemplo).

#### **P1:**

- Manifestação grave secundária a lupus (renal ou sistema nervoso)
- Suspeita de Vasculite sistêmica primária.

Lembrar que caso paciente tenha alguma alteração de sinais vitais, deve ser encaminhado ao PS e não aguardar consulta na especialidade.

#### **P2:**

- Lupus (outras manifestações),
- Esclerose Sistêmica,
- Artrite Reumatoide,
- Espondiloartrites,
- Dermatomiosite,
- Polimiosite,
- Doença Mista do Tecido conjuntivo

**P3:**

Osteoporose grave ou refratária que atende aos critérios de encaminhamento.

Obs: Encaminhamentos para solicitação de densitometria óssea não serão aceitos.

**REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS:**

1. CARVALHO, M. A. P.; BÉRTOLO, M. B.; LANNA, C. C. D. **Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento**. 4ª Ed. 2014.
2. VASCONCELOS, J. T. S.; NETO, J. F. M.; SHINJO, S. K.; RADOMINSK, S. C. **Livro Da Sociedade Brasileira De Reumatologia** 1ª Ed. 2019.
3. BONFÁ, E. S. D.; PEREIRA, R. M. R. **Série Manual do Médico Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Reumatologia 1ª Ed. 2018.
4. European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology **Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus**. **Arthritis & Rheumatology**. v.71, n. 9, p 1400–1412, September, 2019.