



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**  
**Gerência de Rede Ambulatorial Especializada**  
**GERAM/ GERAÉ/DMAC**

## **Protocolo de manejo e encaminhamento de pacientes à Reumatologia**

**Elaboração:**

**Ana Carolina Diniz Oliveira**

**Breno de Souza Botelho**

**Fernando Afrânio Palmeira de Oliveira**

**Flávia Patrícia Sena Teixeira Santos**

**Gabriel Nobre de Aguiar**

**Luciana Caldas Teixeira Coelho**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**  
**Gerência de Rede Ambulatorial Especializada – GERAM/ GERAE/DMAC**

**CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO À REUMATOLOGIA**

A reumatologia é o ramo da medicina que se ocupa das doenças não cirúrgicas, ainda que eventualmente possam sê-lo, do aparelho locomotor, e de outras doenças do tecido conjuntivo.

Apresenta interface com muitas outras especialidades, notadamente ortopedia, neurologia, hematologia, gastroenterologia, nefrologia, pneumologia, dermatologia.

Dentro da rede PBH / SUS podem ser encaminhados ao reumatologista:

Apenas pacientes maiores de 15 anos com queixas articulares **inflamatórias crônicas, osteoporose, vasculites ou outras doenças imunomediadas** devem ser encaminhados ao reumatologista.

**Aqueles SEM condição inflamatória**, uma vez que a suspeita de doença articular inflamatória é mandatória para o encaminhamento à reumatologia, **não devem ser encaminhados**. Entre as condições que devem ser manejados na APS e direcionados a outras especialidades em caso de refratariedade ao tratamento citamos:

- fibromialgia
- osteoartrites / dores lombares mecânicas
- osteopenia

Para direcionamento da anamnese e determinação do padrão da dor, sugere-se utilizar o questionário exibido no Quadro 1.

**Avaliação inicial do paciente com queixa de dor articular:**

- Onde dói?
- Há quanto tempo dói?
- O que piora e o que melhora a dor?
- Há rigidez matinal? De qual duração?
- Há aumento de volume articular?
- Há sinais constitucionais associados?
- Há história de trauma?
- Há história de comorbidades?
- Há história familiar sugestiva de doença reumática inflamatória?
- Há histórico de:
  - Psoríase? Doença inflamatória intestinal? Uveítes?
  - Dor lombar inflamatória?
  - Gota?

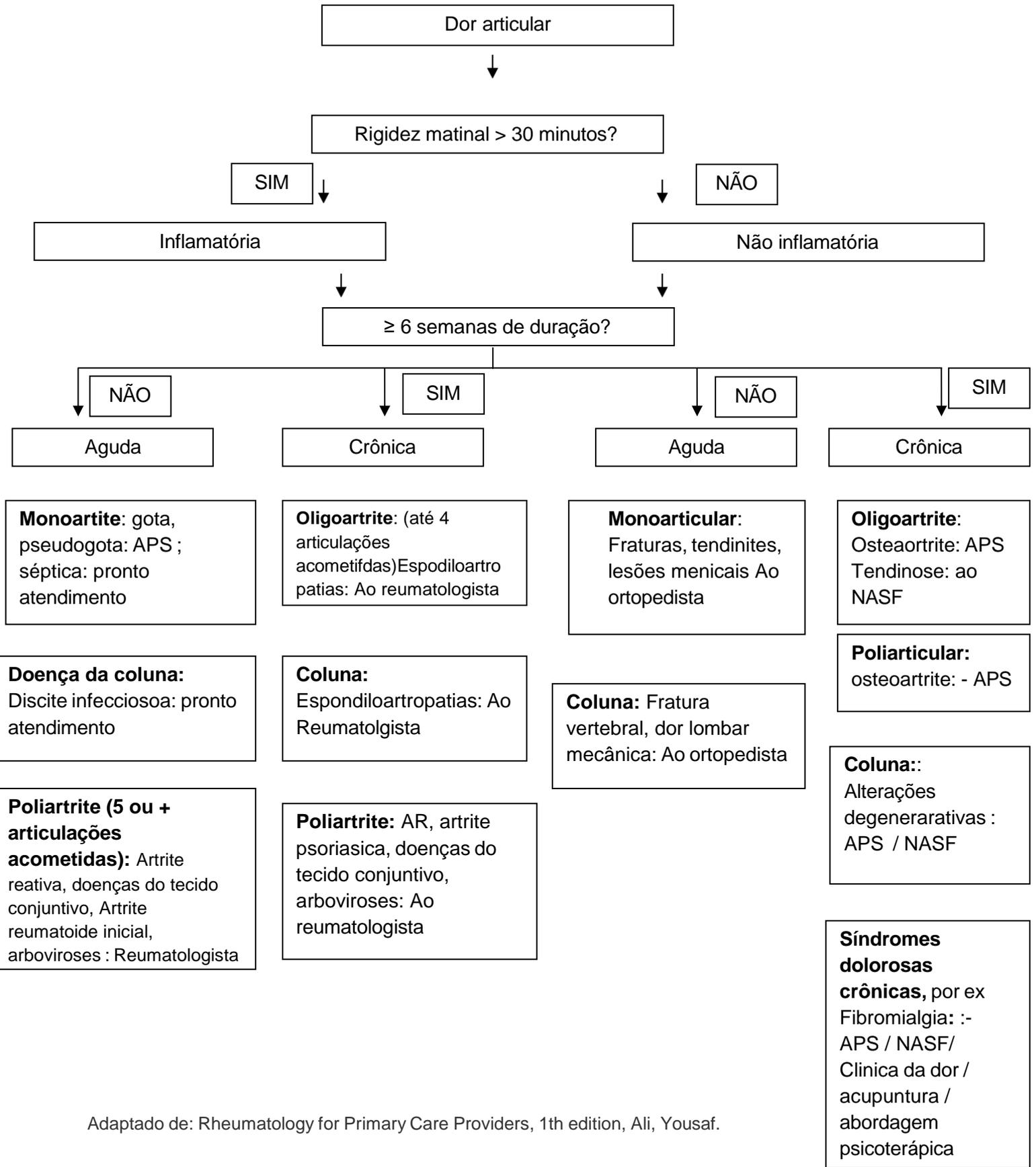
Quadro 1: Avaliação inicial do paciente com queixa articular  
Adaptado de: Rheumatology for Primary Care Providers, 1th edition, Ali, Yousaf.

Após a anamnese pode-se utilizar os dados do Quadro 2 e da Figura 1 a para classificação sindrômica dos pacientes e decidir-se ou não pelo encaminhamento:

	<b>Doença reumática inflamatória</b>	<b>Doença reumática mecânica</b>
Duração dos sintomas	≥6 semanas	≥6 semanas
Rigidez Matinal	>30 minutos	<30 minutos
Atividade	Reduz a dor	Agrava a dor
Repouso	Agrava a dor	Reduz a dor
Tumefação	+ (derrame articular / hipertrofia sinovial)	Discreto: ósseo
Crepitações	finas	grosseiras

Quadro 2: Diferença entre dores inflamatórias e mecânicas  
Fonte: Manual de Reumatologia, Série: Medicina na Atenção Básica, Koyama et al. 2022.

Figura 1 – esquema para diagnósticos sindrômicos em reumatologia



Adaptado de: Rheumatology for Primary Care Providers, 1th edition, Ali, Yousaf.

**A partir da classificação, os pacientes com condições inflamatórias crônicas devem ser encaminhados, obedecendo critérios de prioridade descritos a seguir.**

**O encaminhamento que deve constar de:**

**1) HISTÓRIA CLÍNICA:**

- a) Quais as articulações acometidas
- b) Tempo de evolução
  - i) É considerado inflamatório um processo doloroso que dura mais de 6 semanas.
- c) Presença ou não de sinais inflamatórios locais
- d) Descrição do ritmo da dor (mecânico/inflamatório)
  - i) A dor mecânica piora com esforços e melhora com repouso
  - ii) A dor inflamatória piora com repouso e melhora com atividades leves
- e) Presença ou não de rigidez matinal (quantificada), que deve ser quantificada,
  - i) A rigidez matinal < que 30 minutos NÃO é considerada inflamatória
- f) Presença ou não de sinais constitucionais / comprometimento de outros órgãos e sistemas associados (lesões de pele, lesões renais, pulmonares, cardíacas, hematológicas).

**2) EXAMES COMPLEMENTARES ESSENCIAIS:**

Os pacientes devem ser encaminhados com exames laboratoriais básicos:

- Hemograma / plaquetas
- Ureia / creatinina
- Transaminases
- Provas de atividade inflamatória (VHS/ PCR)
- TSH
- Glicemia / glicohemoglobina
- Sedimento urinário (EAS)
- Sorologias para HIV (anti HIV I e II), sífilis (VDRL) e hepatites (HbsAg, anti-HCV)

**FAN e Fator reumatoide NÃO são exames de triagem** e devem ser solicitados **somente quando a suspeita clínica** for de artrite reumatoide, para exclusão de artrite reumatoide em paciente com suspeita da artrite psoriásica ou doença do colágeno. São exames muito sensíveis e muito pouco específicos e devem ser interpretados à luz do quadro clínico. Lembrando: 4 de cada 5 pacientes com FAN positivo não tem qualquer doença reumática.

**Exames de imagem**, quando indicados, devem ser solicitados nas seguintes incidências:

Mãos e pés: PA e oblíqua: direita e esquerda

Membros: AP e Perfil: direita e esquerda

Ombros: AP, Rotação externa e interna direita e esquerda

Coxo Femorais: AP e Batráquio

Sacroiliacas: Fergusson

Coluna torácica: AP e Perfil

Coluna lombar com preparo: AP, Perfil e localizada L5-S1

**3) TRATAMENTOS REALIZADOS:**

Os tratamentos realizados previamente, incluindo medicamentos e as doses correspondentes e a resposta obtida, devem ser descritos.

**4) HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

A hipótese diagnóstica e os critérios classificatórios preenchidos pelo paciente devem estar presentes na solicitação da consulta.

**5) MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO / O QUE SE ESPERA DA CONSULTA.**

Especificar os motivos do encaminhamento ao especialista e quais as dúvidas devem ser esclarecidas com a interconsulta.

### **PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)**

- Lupus com comprometimento hematológico grave, renal ou do sistema nervoso central ou periférico;
- Vasculites sistêmicas de grandes e médios vasos ativos ou em proedêutica;
- Esclerose sistêmica com comprometimento pulmonar e/ou vascular periférico grave e/ou hipertensão arterial pulmonar;
- Dermatomiosite / polimiosite com comprometimento muscular ativo, com disfagia e / ou comprometimento pulmonar e / ou cardíaco;
- Síndrome de Sjögren com comprometimento neurológico;
- Pacientes em uso regular de duas classes de imunossupressores sintéticos;
- Pacientes em uso de imunobiológicos;
- Pacientes que necessitam de imunossupressão encaminhados por outra especialidade.

### **PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR ALARANJADA NO SIGRAH)**

- Lupus com comprometimento hematológico leve, serosites;
- Vasculites de pequenos vasos, cursando sem disfunção de órgão alvo;
- Esclerose sistêmica clinicamente estável;
- Dermatomiosite e polimiosite clinicamente estáveis;
- Artrites crônicas em seu primeiro ano de evolução;
- Pacientes em uso de uma classe de imunossupressores;
- Pacientes com uveíte encaminhados pela oftalmologia;
- Retorno de pacientes já avaliados pela especialidade.

### **PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR AMARELA NO SIGRAH)**

- Lupus cutâneo-articular;
- Artrite reumatoide;
- Síndrome de Sjögren;
- Espondiloartrites;
- Artrite psoriásica;
- Gota refratária ao tratamento na APS;
- Osteoporose (informar resultado de densitometria óssea, quando disponível).

A seguir relembramos critérios classificatórios para as condições reumáticas mais comuns:

### Artrite Reumatoide

#### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de artrite reumatoide ou suspeita de artrite reumatoide;
- descrição completa de articulações acometidas com ritmo da dor (inflamatório ou mecânico) e quantificação de rigidez matinal.
- devem ser sempre excluídos quadros infecciosos (Hepatite B e C, HIV, sífilis);
- pacientes devem ser encaminhados com resultado de hemograma, VHS, PCR glicemia, ureia, creatinina, transaminases, Fator Reumatoide, e raio X de articulações acometidas, nas incidências já relacionais. As radiografias devem ser sempre bilaterais.

#### ***Critérios de classificação de artrite reumatoide do ACR/EULAR 2010***

Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema articular) que não seja melhor explicado por outra doença. Pontuação > 6 define diagnóstico.	
Envolvimento articular <sup>1</sup>	(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
Sorologia <sup>5</sup>	(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 <sup>6</sup>	(0 a 1 pontos)
< 6 semanas	0
> 6 semanas	(0 a 1 pontos)

<sup>1</sup> Envolvimento articular refere-se a qualquer articulação com dor ou edema identificado ao exame físico.

<sup>2</sup> Grandes articulações: ombro, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.

<sup>3</sup> Pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, 2<sup>o</sup> a 5<sup>o</sup> metatarsofalangeanas.

<sup>4</sup> Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular.

<sup>5</sup> Título positivo baixo corresponde aos valores (UI) maiores que o limite superior de normalidade (LSN), mas menores ou iguais a três vezes o LSN para o método e laboratório. Título positivo alto: valores maiores que três vezes o LSN para o método e laboratório. Quando o FR só estiver disponível como positivo ou negativo, um resultado positivo deve ser marcado como "positivo em título baixo".

<sup>6</sup> Duração dos sintomas se refere ao relato do paciente quanto à duração dos sintomas ou sinais de sinovite (por exemplo, dor, inchaço) nas articulações que estão clinicamente envolvidas no momento da avaliação, independentemente do status do tratamento.

Fonte: ACR/EULAR (2010).

## Espondiloartrites

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de espondiloartrite ou suspeita diagnóstica;
- pacientes devem ser encaminhados com descrição da lombalgia (inflamatório ou mecânico) hemograma, VHS, PCR glicemia, ureia, creatinina, transaminases, e raio X de articulações acometidas, nas incidências já relacionais.
- descrição completa de articulações periféricas acometidas com ritmo da dor (inflamatório ou mecânico) e quantificação de rigidez matinal;
- descrição de história de uveíte, psoríase, dactilite, entesites, doença inflamatória intestinal ou infecção urogenital.

### ***Critérios de Classificação da Espondiloartrite axial do grupo ASAS***

Em pacientes com dor lombar $\geq$ 3 meses e idade de início < 45 anos		
Sacroilíte na imagem + $\geq$ 1 característica EpA	OU	HLA-B27 + $\geq$ 2 características EpA
Características EpA - Dor lombar inflamatória - Artrite - Entesite (calcanhar) - Uveíte - Dactilite - Psoríase - Chron/ colite ulcerativa - Boa resposta a AINE's - História familiar de EpA - HLA-B27 - PCR elevada		Sacroilíte na imagem: - Inflamação ativa (aguda) na ressonância magnética, altamente sugestiva de sacroilíte associada a EpA - Sacroilíte radiológica definida, de acordo com critérios modificados de New York

Fonte: ASAS, 2009

## Lupus Eritematoso Sistemico (LES)

### São critérios classificatórios para o LES, SLICC, 2012:

Pacientes com biópsia renal compatível com Lupus eritematoso sistêmico e FAN ou anti DNA positivos ou ainda aqueles que apresentam pelo menos 4 critérios classificatórios clínicos e laboratoriais, com pelo menos um critério clínico e um laboratorial.

#### Critérios clínicos:

Lupus cutâneo agudo	Rash malar, lúpus bolhoso, necrólise epidérmica tóxica, eritemas máculopapular e fotossensível do lúpus <b>OU</b> lúpus cutâneo subagudo
Lupus cutâneo Crônico	Lúpus discoide, hipertrófico/verrucoso, paniculite, tímido, mucoso, sobreposição líquen plano/lúpus discoide
Úlceras mucosas	Palato, cavidade oral, língua, ou úlcera nasal, sem outras causas
Alopecia não cicatricial	
Sinovite	Sinovite $\geq 2$ articulações Artralgia $\geq 2$ articulações, com rigidez matinal $\geq 30$ minutos
Serosite	Pleurite: Dor $\geq 1$ dia / derrame pleural / atrito pleural Pericardite: Dor $\geq 1$ dia / derrame / atrito / alteração no ECG
Renal	Proteinúria de 24 horas $>500$ mg <b>OU</b> relação proteína / creatinina $> 500$ mcg/mg; cilindros eritrocitários
Neurológico	Convulsão, psicose, mononeurite múltipla, mielite, neuropatia periférica / craniana, estado confusional agudo (sem outras causas)
Anemia hemolítica	
Leucopenia / linfopenia	Leucopenia $<4.000/mm^3$ em pelo menos uma ocasião <b>OU</b> Linfopenia $<1000/mm^3$ em pelo menos uma ocasião
Trombocitopenia	$<100.000$ plaquetas em pelo menos uma ocasião.

---

**Manifestações Laboratoriais**

---

FAN Hep2 positivo

Acima do valor de referência do laboratório

Anti DNA dupla hélice positivo

Acima do valor de referência do laboratório, exceto ELISA: 2X o valor de referência do laboratório.

Anti Sm positivo

Anticorpo antifosfolipede positivo

Anticoagulante lúpico positivo  
Anticardiolipina positiva (Título moderado / alto IgA, IgM, IgG  
VDRL falso positivo  
Anti beta 2 glicoproteína 1 positiva

Complemento baixo

C3 baixo  
C4 baixo  
CH 50 baixo

Coombs direto positivo

Na ausência de anemia hemolítica

---

Fonte: SLICC 2012

## Esclerose Sistêmica

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:**

### ***Crterios de Classificao da Esclerose sistmica do ACR/EULAR 2013***

So classificados como portadores de esclerose sistmica pacientes que obtiverem 9 ou mais pontos		
Item	Subitem	Pontuao
Espessamento cutneo dos dedos das duas mos, proximal as metacarpofalangeanas	-	9
Espessamento cutneo dos dedos (apenas o maior)	Puffy hands (edema difuso das mos)	2
	Esclerodermia (distal as metacarpofalangeanas e proximal as interfalangeanas proximais)	4
Lesoes em polpas digitais  (apenas o maior)	Ulceras em polpas digitais	2
	Pitting scars (micro cicatrizes de ulceras prvias)	3
Telangiectasias	-	2
Fenmeno de Raynaud	-	3
Acometimento Pulmonar  (pontuao mxima: 2)	Hipertensoo Pulmonar	2
	Doena Intersticial Pulmonar	2
Capilares anormais a capilaroscopia	-	2
Autoanticorpos  (pontuao mxima: 3)	Anticentrmero	3
	Anti-topoisomerase I	3
	Anti-RNA polimerase III	3

Fonte: ACR/EULAR 2013

## **Dermatomiosite e polimiosite**

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:**

- diagnóstico de dermatomiosite/polimiosite ou suspeita diagnóstica (quadro provável ou possível);
- pacientes com achados dermatológicos + fraqueza proximal e simétrica dos membros e alterações de enzimas musculares;
- pacientes devem ser encaminhados com descrição do exame clínico detalhado da força muscular dos 4 membros, diferenciando músculos proximais e distais; descrição de achados dermatológicos de Heliotropo ou Gottron;
- pacientes devem ser encaminhados com resultado de CPK, aldolase, LDH, TGO e TGP;
- eletroneuromiografia e biópsia muscular se disponíveis.

**Critérios classificatórios de miopatias inflamatórias idiopáticas, segundo EULAR/ACR (2017)**

MII possível: escore menor do que 5,5 ou 6,5 (com biópsia do músculo) MII provável: escore de 5,5 ou 6,7 (com biópsia do músculo) MII definitiva: escore igual ou maior a 7,5 ou 8,5 (com biópsia do músculo)		
Variáveis	Escore	
	Sem biópsia	Com biópsia
Idade de início do primeiro sintoma assumido como relacionado à doença		
≥ 18 anos e <40 anos	1,3	1,5
≥40 anos	2,1	2,2
Fraqueza muscular		
Fraqueza simétrica, usualmente progressiva, proximal dos MMSS	0,7	0,7
Fraqueza simétrica, usualmente progressiva, proximal dos MMII	0,8	0,5
Flexores da cervical são relativamente mais fracos do que os músculos distais	1,9	1,6
Nas pernas, os músculos proximais são relativamente mais fracos do que os músculos distais	0,9	1,2
Manifestações cutâneas		
Heliotropo	3,1	3,2
Pápulas de Gottron	2,1	2,7
Sinal de Gottron	3,3	3,7
Outras manifestações clínicas		
Disfagia ou falta de motilidade esofágica	0,7	0,6
Evidências laboratoriais		
Anti-Jo-1 presente	3,9	3,8
Elevados níveis séricos de CPK, LDH, AST ou ALT	1,3	1,4
Características da biópsia muscular		
Presença de infiltrado endomisial de células mononucleares ao redor, porém não invadindo, miofibras	-	1,7
Infiltrado perimisial e/ou perivascular de células mononucleadas	-	1,2
Atrofia perifascicular	-	1,9
Vacúolos marginalizados (rimmed vacuoles)	-	3,1
ALT: alanina aminotransferase; AST: aspartato aminotransferase; CPK: creatinofosfoquinase; LDH: desidrogenase láctica; MMII: membros inferiores; MMSS: membros superiores.		

Fonte: EULAR/ACR 2017

## Artrite Psoriásica

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- devem ser sempre excluídos quadros infecciosos (Hepatite B e C, HIV, sífilis);
- diagnóstico de artrite psoriásica ou suspeita de artrite psoriásica;
- psoríase + artrite ou dactilite;
- descrição completa de articulações acometidas com ritmo da dor (inflamatório ou mecânico) e quantificação de rigidez matinal;
- descrever se há presença de distrofia ungueal psoriásica típica ou psoríase cutânea;
- descrever se há história familiar positiva para psoríase;
- descrever o resultado do Raio X das articulações acometidas.
- descrever o resultado de fator reumatoide, PCR e VHS.

### ***Critérios de classificação de artrite psoriásica de CASPAR***

Doença inflamatória articular estabelecida e pontuação igual ou maior do que 3 pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase - psoríase cutânea atual; ou - história de psoríase; ou - história familiar de psoríase;	2 pontos 1 ponto 1 ponto
Dactilite (“dedos em salsicha”) atual ou passado;	1 ponto
Evidência radiográfica (mãos/pés) de neoformação óssea justa-articular;	1 ponto
Fator reumatoide negativo;	1 ponto
Distrofia ungueal (onicólise, pitting, hiperkeratoses).	1 ponto

Fonte: Sociedade Brasileira de Reumatologia (2007).

## Gota

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de gota e crises recorrentes (3 ou mais no ano) mesmo **com adequada adesão ao tratamento**;
- diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (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**;
- ácido úrico elevado sem evidência de artrite não configura gota;
- pacientes deverão ser encaminhados com descrição da terapêutica já realizada, valor de ácido úrico e resultado de RX das articulações acometidas.

## Critérios de Classificação de Gota do ACR/EULAR 2015

Pacientes são classificados como portadores de gota se presença de pelo menos 8 pontos		
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	Pontos
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 metatarsfalangeana)	1
	Envolvimento da primeira metatarsfalangeana (como parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular)	2
Características de quaisquer episódio(s) sintomáticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritema sobre as articulações afetadas (reportado pelo paciente ou observado pelo médico).</li> <li>• Não consegue suportar o toque ou pressão na articulação afetada.</li> <li>• Grande dificuldade para andar ou incapacidade de usar a articulação afetada.</li> </ul>	Uma característica	1
	Duas características	2
	Três características	3

<p>Curso temporal de qualquer episódio(s):</p> <p>Presença (em qualquer momento) de <math>\geq 2</math> dos seguintes critérios, independente do tratamento anti-inflamatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo até a dor máxima &lt;24 horas</li> <li>• Resolução dos sintomas em <math>\leq 14</math> dias</li> <li>• Resolução completa (até o nível normal) entre os episódios sintomáticos</li> </ul>	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		
<p>Ácido úrico sérico: medido pelo método da uricase. Idealmente deve ser pontuado quando o paciente não está recebendo a terapia uricorrredutora e &gt;4 semanas do início dos episódios (durante período intercrítico); se possível, testar novamente nessas condições. O maior valor, independentemente do tempo, deve ser pontuado.</p>	< 4mg/dL	-4
	4 a 6 mg/dL	0
	6 a < 8 mg/dL	2
	8 a <10mg/dL	3
	$\geq 10$ mg/dL	4
<p>Análise do líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento).</p>	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: ACR/EULAR 2015

## Osteoporose

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de osteoporose por densitometria óssea ou fratura patológica;
- densitometria óssea: T score L1-L4 ou colo fêmur ou fêmur total  $\leq -2.5$ . Iniciar Alendronato + vitamina D e cálcio até que o paciente seja avaliado pela reumatologia;
- fratura patológica: fratura de radio distal, fêmur proximal e vértebras após trauma mínimo ou queda da própria altura;
- pacientes devem ser encaminhados com resultado de densitometria óssea (se disponível), cálcio iônico, cálcio total, fósforo, vitamina D, fosfatase alcalina e PTH;
- osteopenia não tem indicação de encaminhamento a reumatologia;
- raio X não permite o diagnóstico de osteopenia ou osteoporose.

## Síndrome de Sjogren (SS)

- diagnóstico de Síndrome de Sjogren ou suspeita de SS;
- descrição completa de articulações acometidas com ritmo da dor (inflamatório ou mecânico) e quantificação de rigidez matinal;
- descrever se há boca seca (com avaliação da otorrinolaringologia) e olho seco (com avaliação da oftalmologia);
- pacientes devem ser encaminhados com resultados de FAN, fator reumatoide, C3, C4, anti-Rô/SSA, anti-La/SSB e eletroforese de proteínas.
- devem ser sempre excluídos quadros infecciosos (Hepatite B e C, HIV, sífilis);

### ***Critérios de Classificação da Síndrome de Sjogren do ACR/EULAR 2016***

Para preencher critérios de inclusão, os pacientes devem ter uma pontuação $\geq 4$ , pelo menos um sintoma de xerofalmia ou xerostomia e nenhum critério de exclusão	
Critérios de inclusão	Classificação
Glândula salivar labial com sialadenite linfocítica focal e pontuação focal de $\geq 1$	3
Anticorpos anti-SSA (anti-RO)	3
Pontuação de coloração ocular $\geq 5$ (ou pontuação de Van Bijsterveld $\geq 4$ ) em pelo menos 1 olho	1
Teste de Schirmer $\leq 5$ mm/5min em pelo menos 1 olho	1
Taxa de fluxo salivar total não estimulada $\leq 0.1$ ml/min	1
Critérios de exclusão de Síndrome de Sjogren primária: - História de radioterapia de cabeça e pescoço - Infecção ativa por hepatite C - AIDS - Sarcoidose - Amiloidose - Doença enxerto versus hospedeiro - Doença relacionada com IgG4	

Fonte: ACR/EULAR 2016

## Fibromialgia

- pacientes com fibromialgia **NÃO** devem ser encaminhados à reumatologia.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:**

- suspeita de doença articular inflamatória;
- pacientes devem ser encaminhados com a hipótese diagnóstica descrita da doença articular inflamatória suspeitada, PCR, VHS e raio X das articulações acometidas.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para equipe complementar: NASF, fisioterapia, acupuntura, academia da cidade e grupos operacionais:**

- diagnóstico de fibromialgia refratária ao tratamento clínico.

**Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se todas as condições forem atendidas:**

A. índice de dor generalizada (IDG)  $\geq 7$  e uma escala de gravidade de sintomas (EGS)  $\geq 5$ ; ou IDG entre 4–6 e EGS  $\geq 9$ ;

B. dor generalizada, definida como dor em pelo menos 4 das 5 regiões abaixo, deve estar presente há pelo menos 3 meses;

D. o diagnóstico de fibromialgia é válido independentemente de outros diagnósticos. O diagnóstico de fibromialgia não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes.

<b>Índice de Dor Generalizada (IDG - escore de 0-19)</b>				
Número de áreas onde teve dor nos últimos 7 dias (cada área corresponde a 1 ponto)				
<b>Região superior esquerda</b>		<b>Região superior direita</b>		<b>Região Axial</b>
	mandíbula esquerda		mandíbula direita	região cervical
	cintura escapular esquerda		cintura escapular direita	tórax
	braço esquerdo		braço direito	abdome
	antebraço esquerdo		antebraço direito	região dorsal superior
				Região lombar
<b>Região inferior esquerda</b>			<b>Região inferior direita</b>	
quadril (nádega/trocânter) esquerdo			quadril (nádega/trocânter) direito	
coxa esquerda			coxa direita	
perna esquerda			perna direita	

<b>Escala de gravidade dos sintomas (EGS)</b>				
Soma de gravidade dos 3 sintomas (cada sintoma pode pontuar de 0 a 3) (0-9)				
	0: Sem alteração	1: Alterações leves / intermitentes	2: problemas consideráveis, moderados, frequentes	3: grave, contínuo. Prejudicam a vida diária
Fadiga				
Sintomas cognitivos				
Sono não restaurador				
Somado ao número dos seguintes sintomas que o paciente se sentiu incomodado nos últimos 6 meses (0-3), cada sintoma corresponde a 1 ponto				
Cefaleia				
Dores ou cólicas abdominais				
Depressão				

Fonte: Wolfe *et al.* (2016).

## Tratamento Otimizado da Fibromialgia

### Educação em saúde

É fundamental que o paciente entenda a doença e sua responsabilidade para o sucesso terapêutico. Orientações sobre o diagnóstico, curso da doença, plano terapêutico, controle da dor e programas de autocontrole devem ser fornecidas. Ressaltar que se trata de uma doença real, porém é importante tranquilizar quanto ao seu caráter benigno.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia disponibiliza uma cartilha com informações sobre a fibromialgia. Acesso no link:

<https://www.reumatologia.org.br/cartilhas/#:~:text=Fibromialgia,do%20corpo%20que%20n%C3%A3o%20doa.>

### Exercícios

Têm importância fundamental no tratamento. Devem ser fortemente encorajados. Explicar ao paciente que a dor pode ser exacerbada temporariamente ao iniciar um exercício. Atividades aeróbicas de baixo impacto (caminhada, bicicleta, natação, hidroginástica) ou de fortalecimento muscular melhoram a dor, a funcionalidade e o sono. O incremento deve ser lento, atingindo o ponto de resistência leve, não o ponto de dor, reduzindo, dessa forma, a dor induzida pelo exercício. Pequenos ganhos na rotina de exercícios (como 10 minutos ao dia) devem ser reconhecidos e parabenizados.

### Psicoterapia

Terapia cognitivo comportamental e outras formas de psicoterapia.

### Higiene do sono

A higiene do sono e o controle de estímulos podem e devem ser orientados por qualquer profissional da equipe de saúde. As orientações estão sintetizadas no link: [https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/insomnia.](https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/insomnia)

## **Terapia farmacológica**

### **Para modulação da dor:**

- ciclobenzaprina: 5 a 10 mg à noite usualmente, podendo aumentar conforme tolerância até 40 mg/dia (10 mg pela manhã e 30 mg à noite), doses altas podem provocar muita sedação;
- amitriptilina: 12,5 a 50 mg à noite; (tomar 2 horas antes de dormir para evitar sonolência excessiva ao acordar);
- fluoxetina: 20 mg a 80 mg pela manhã, associado à amitriptilina 25 mg à noite;
- duloxetina: 30 a 60 mg pela manhã;
- gabapentina: 300 mg à noite, aumentar conforme tolerância até 1200 a 2400 mg/dia; de 8 em 8 horas (medicação disponível no SUS mediante laudo de solicitação de medicamentos especiais para tratamento de dor crônica, CID-10 R52.1 ou R52.2);
- pregabalina: 75 mg à noite, com aumento gradual, doses usuais entre 150 e 300 mg/dia, podendo aumentar até 450 mg/dia; de 12 em 12 horas, (preferir se distúrbios do sono predominantes ou uso concomitante de antidepressivos);
- duloxetina: 30 a 60 mg pela manhã associado à pregabalina 75 mg à noite, podendo aumentar a dose até 450 mg/dia.

### **Para analgesia:**

- paracetamol: 1 g, de 6 em 6 horas;
- dipirona: 1 g, de 6 em 6 horas;
- tramadol: 50 a 100 mg, de 6 em 6 horas, máximo 400 mg/dia (reduzir doses se insuficiência hepática ou renal).

### **Para distúrbios do sono:**

- se não houver melhora com ciclobenzaprina, amitriptilina ou pregabalina, é possível associar zolpidem 5 a 10 mg à noite (apesar do seu potencial de dependência e alteração de memória).

**Não há evidência para uso de corticoides, anti-inflamatórios, codeína e benzodiazepínicos no tratamento da fibromialgia e, portanto, esses medicamentos não devem ser utilizados.**

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022)

## Osteoartrite

- Pacientes com osteoartrite **NÃO** devem ser encaminhados à reumatologia.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:**

- suspeita de doença articular inflamatória;
- pacientes devem ser encaminhados com a hipótese diagnóstica descrita da doença articular inflamatória suspeitada, PCR, VHS e raio X das articulações acometidas.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:**

- osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia;
- osteoartrite em mãos com deformidade que comprometam a função da mão.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para equipe complementar: NASF, fisioterapia, acupuntura, academia da cidade e grupos operacionais:**

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

## **Sinais e sintomas comuns na osteoartrite**

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

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

## Tratamento da osteoartrite

### Osteoartrite de mãos:

- Preferir tratamento tópico no manejo inicial (capsaicina ou anti-inflamatórios não esteroides - AINE).
- Usar órteses para imobilização articular em períodos de maior dor (usada principalmente para base do polegar).
- Exercícios realizados em casa (apertar esponja na água morna).

### Osteoartrite de joelhos e quadril:

- Tratamento tópico no manejo inicial da osteoartrite de joelho (capsaicina ou AINE).
- Perda de pelo menos 10% do peso corporal em indivíduos com sobrepeso/obesidade.
- Exercícios físicos e fisioterapia:
  - fortalecimento muscular (musculação, treinamento funcional, ginástica localizada);
  - exercício aeróbico de baixo impacto (hidroginástica, caminhadas leves, ciclismo);
  - treinamento de flexibilidade (alongamentos).
- Uso de auxílio para deambular em casos graves (muletas, bengalas, andadores).

### Osteoartrite de ombro (fase aguda):

- Evitar elevação dos braços acima da cabeça.
- Prescrever anti-inflamatórios não esteroides.
- Aplicar calor úmido ao ombro doloroso por 10 a 15 minutos.
- Fazer exercício de pêndulo com peso diariamente por 5 minutos após aplicação de calor.
- Fazer exercícios de alongamento passivo em todos os eixos articulares do ombro, especialmente na direção em que o paciente apresente maior perda de função.

### Osteoartrite de ombro (fase crônica):

- Exercícios de fortalecimento do manguito rotador.

## **Tratamento farmacológico:**

**Tópico:** indicado para acometimento de uma ou poucas articulações (especialmente joelho e/ou mão).

- Capsaicina tópica 0,025% a 0,075%: aplicar na região dolorosa até 4 vezes ao dia (uso limitado por efeitos adversos locais).
- AINE tópicos: cetoprofeno gel OU diclofenaco gel, até 4 vezes ao dia.

## **Sistêmico:**

• AINE sistêmicos não seletivos (usar sempre a menor dose necessária para controlar os sintomas):

- ibuprofeno 600 mg, de 8 em 8 horas; OU
- diclofenaco sódico ou potássico 50 mg, de 8 em 8 horas; OU
- diclofenacocolestiramina 70 mg, de 12 em 12 horas; OU
- cetoprofeno 50 mg, de 6 em 6 horas; OU
- naproxeno 500 mg, de 12 em 12 horas; OU
- meloxicam 7,5 mg ao dia, podendo aumentar para 15 mg ao dia; OU
- nimesulida 100 mg, de 12 em 12 horas.

Pode-se associar inibidor de bomba de prótons para proteção gástrica, se necessário, especialmente em pacientes idosos, em pessoas com história prévia de doença ulcerosa péptica ou uso concomitante de medicações que aumentam risco de complicações gastrointestinais (AAS, corticoide oral, anticoagulantes, inibidores seletivos da recaptção da serotonina).

- AINE sistêmicos COX-2 seletivos: celecoxibe 200 mg/dia, podendo ser dividido em duas tomadas diárias. Preferidos para pacientes que necessitem de gastroproteção.
- Paracetamol: até 1 g, de 6 em 6 horas.
- Dipirona: até 1 g, de 6 em 6 horas.
- Duloxetina: iniciar 30 mg ao dia por uma semana e aumentar a dose para 60 mg ao dia na semana seguinte. Medicamento de escolha para pacientes com resposta inadequada ou com contraindicação ao uso de AINE.

## **Não se recomenda rotineiramente:**

- suplementação com glucosamina e condroitina;
- massagens;
- infiltração com corticoide intra-articular (exceto em casos específicos, pois o alívio da dor é leve-moderado e o efeito de curta-duração);
- corticoide sistêmico (oral ou parenteral);
- antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina);
- anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022)

## Referências Bibliográficas

1. Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento, 5<sup>o</sup> edição. Carvalho, MAP; Lanna, CCD; Bertolo, MB; Ferreira, GA. Editora Guanabara Koogan, 2019.
2. Protocolos de regulação ambulatorial - Reumatologia. Regula SUS. Versão Digital 2017.
3. Protocolo de Manejo e Acesso à Reumatologia, Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí – 2020. Versão III.