

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: REUMATOLOGIA ADULTO	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Artrite Reumatoide	5
Protocolo 2 – Artrite Psoriásica	6
Protocolo 3 – Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)	7
Protocolo 4 – Síndrome de Sjögren	8
Protocolo 5 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar	9
Protocolo 6 – Artrite por Deposição de Cristais (Gota)	11
Protocolo 7 – Osteoartrite	12
Protocolo 8 – Fibromialgia	13
Protocolo 9 – Bursite e Tendinite	14
Protocolo 10 – Dor Miofascial	15
REFERÊNCIAS	16
APÊNDICES – QUADROS E FIGURAS AUXILIARES	21

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Reumatologia Adulto

O protocolo de Reumatologia Adulto foi publicado em resolução CIB/RS 374/16 e será revisado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014, como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Reumatologia Adulto. 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, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico com nefrite ou acometimento do sistema nervoso central, Artrite Reumatoide de início recente (< 1 ano), Esclerose Sistêmica, miopatias inflamatórias, vasculites sistêmicas e pacientes em uso de ciclofosfamida, pulsoterapia, imunobiológicos, imunoglobulina devem ter preferência no encaminhamento para Reumatologia, quando comparados com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. 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 em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 15 de março de 2015.
Última revisão em 20 de janeiro de 2022.

Protocolo 1 – Artrite Reumatoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- diagnóstico de artrite reumatoide ([quadro 1](#));
- suspeita de artrite reumatoide ([quadro 2](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram diagnóstico ou a suspeita de artrite reumatoide (artralgias, sinovite/edema articular ao exame físico, teste do aperto - [figura 1](#), outros sinais e sintomas, descrevendo quais articulações acometidas, características da dor, tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);
2. anexar laudo da radiografia das mãos, punhos e pés, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. resultado de fator reumatoide, com data;
4. resultado de proteína C reativa (PCR) ou velocidade de sedimentação globular (VSG/VHS), com data;
5. resultado de anticorpos contra peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP), com data (se realizado);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Artrite Psoriásica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- diagnóstico de artrite psoriásica ([quadro 3](#));
- suspeita de artrite psoriásica ([quadro 4](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de artrite psoriásica (artralgias, sinovite/edema articular ao exame físico, distrofia ungueal como onicólise, *pitting*, hiperkeratose, dactilite, entesite, dor em coluna de características inflamatórias - [quadro 5](#), outros sinais e sintomas, descrevendo quais articulações acometidas, características da dor, tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);
2. psoríase cutânea atual ou prévia (sim ou não). Se sim, descreva quadro clínico;
3. história familiar de psoríase (sim ou não). Se sim, descreva grau de parentesco;
4. resultado de fator reumatoide, com data;
5. anexar laudo de exame de imagem de articulação acometida, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

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

- suspeita ou diagnóstico de LES com sinais/sintomas ameaçadores à vida¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- diagnóstico de LES ([quadro 6](#));
- suspeita de LES ([quadro 6](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de LES (exantema malar, fotossensibilidade, exantema discoide, úlceras orais, artralguas, rigidez matinal e qual a duração, sinovite/edema articular ao exame físico, serosite, sinais ou sintomas neurológicos, sintomas constitucionais, Fenômeno de Raynaud, outros sinais e sintomas, descrevendo tempo de evolução - [quadro 6](#));
2. resultado de proteinúria em EQU/EAS/Urina tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra ou albuminúria de 24 horas, 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 imunomediada (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data;
5. resultado de fator antinuclear (FAN), com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Sinais e sintomas ameaçadores à vida: sintomas neuropsiquiátricos como psicose, crise convulsiva, alterações hematológicas como febre e neutropenia grave (< 500 neutrófilos/mm³), anemia hemolítica com Hb < 7 g/dL ou sintomática (dispneia, instabilidade hemodinâmica ou sinais sugestivos de isquemia miocárdica ou cerebral), bicitopenia ou pancitopenia com alterações graves (Hb < 7 g/dL, neutrófilos < 500 células/mm³ e/ou plaquetas < 50.000 /mm³), insuficiência renal aguda (aumento de creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL ou aumento de 1,5 x o valor da creatinina basal em 24 horas ou redução do volume urinário $< 0,5$ mL/kg/hora nas últimas 6 horas), anasarca, derrame pleural e/ou pericárdico com repercussão hemodinâmica.

Protocolo 4 – Síndrome de Sjögren

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- diagnóstico de Síndrome de Sjögren ([quadro 7](#));
- suspeita clínica de Síndrome de Sjögren ([quadro 8](#)) por:
 - sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia por mais de 3 meses com presença de autoanticorpos associados, após exclusão de outras causas¹; ou
 - sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia por mais de 3 meses com confirmação objetiva através de exame oftalmológico e/ou avaliação de hipofunção salivar ([quadro 7](#)), após exclusão de outras causas¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de Síndrome de Sjögren (visão turva, sensação de areia nos olhos, olho seco, uso de colírios lubrificantes ou lágrimas artificiais, boca seca, sinais e sintomas constitucionais, artralgia, sinovite/edema articular, confirmação objetiva de xerofthalmia ou xerostomia - [quadro 7](#) e [quadro 8](#));
2. história prévia de radioterapia de cabeça e pescoço (sim ou não). Se sim, descreva;
3. outras doenças autoimunes associadas (sim ou não). Se sim, descreva quais;
4. resultados de anti-HIV e anti-HCV (ou testes rápidos para HIV e HCV), com data;
5. resultado de fator antinuclear (FAN), fator reumatoide, anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, com data, se disponíveis;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Outras causas de xerofthalmia e/ou xerostomia incluem: medicamentos ([quadro 9](#)), história de radioterapia de cabeça e pescoço, infecção por HCV ativa, infecção por HIV, sarcoidose, amiloidose, doença relacionada ao IgG4, doença do enxerto versus hospedeiro, respiradores bucais, sialodinite e sialolitíase, diabetes mellitus tipo 1 e 2, anemia, bulimia, tabagismo e alcoolismo.

Protocolo 5 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar

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

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina ([quadro 10](#));
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- dor lombar aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- suspeita de infecção (especialmente em imunossuprimidos e/ou usuários de drogas endovenosas);
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN, preferencialmente, 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;
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória - [quadro 5](#));
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de início antes dos 40 anos e de característica inflamatória ([quadro 5](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia ou Ortopedia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado¹;
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese e sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica²;
- sintomas compatíveis com claudicação neurogênica²;
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa $\geq$ grau 2;
- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS;
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado para dor crônica¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

²Claudicação neurogênica: dor e alteração de sensibilidade nas pernas, com ou sem fraqueza, na distribuição das raízes nervosas, precipitados por caminhada ou permanência em pé. Tem alívio lento com repouso (usualmente necessita sentar) e mudança de posição (flexão do tronco).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisiatria, equipe de tratamento da dor):

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses;
- dor lombar crônica já operada, sem suspeita de complicações cirúrgicas ou indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

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

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas (características da dor, presença ou não de ciatalgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas constitucionais, descrição de exame físico neurológico, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local que realizou a cirurgia)];
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são, os medicamentos em uso e a resposta terapêutica;
8. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
9. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

Protocolo 6 – Artrite por Deposição de Cristais (Gota)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- diagnóstico de gota ([quadro 11](#)) e crises recorrentes (3 ou mais no ano), mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico¹).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna ou Nefrologia:

- diagnóstico de gota ([quadro 11](#)) e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa);
- diagnóstico de gota ([quadro 11](#)) em pessoa com doença renal crônica estágios 4 e 5 (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73 m²).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:

- paciente com gota tofácea crônica e complicações devido à presença de tofos gotosos (infecção recorrente, compressão devido a efeito de massa, deformidade articular que ocasione prejuízo funcional), sem melhora com o tratamento otimizado¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de gota (artrite, tofo, número de crises no ano, descrevendo tempo de evolução, se há sinais flogísticos no exame físico e 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento farmacológico otimizado consiste em profilaxia das crises com colchicina (na contraindicação pode-se utilizar AINEs ou corticosteroides em dose baixa) associada a tratamento hipouricemiante com alopurinol até 800 mg ao dia. Pacientes com diagnóstico de gota e que estejam estáveis, sem crises com adequada adesão ao tratamento otimizado não precisam ter sua terapia modificada caso o ácido úrico esteja fora do alvo terapêutico. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543 caso seja necessário auxílio com o tratamento.

Protocolo 7 – Osteoartrite

Ver [quadro 12](#) para sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- suspeita de osteoartrite secundária à doença articular inflamatória¹ como artrite reumatoide ou artrite psoriásica;
- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado² 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, tornozelo ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado² por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- osteoartrite de mão com prejuízo funcional associado à deformidade ou sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado² por 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado² por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugerem o diagnóstico ou a suspeita clínica de osteoartrite (artralgia, hipertrofia óssea, edema articular, sinais flogísticos, deformidades, descrevendo tempo de evolução e duração de rigidez matinal, se presente);
2. presença de restrição de movimento ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. anexar laudo de radiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data;
4. índice de massa corporal (IMC);
5. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações)];
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Pode ser suspeitada em pacientes com sinais e sintomas atípicos: jovens (< 45 anos) e sem história de trauma articular, local incomum de envolvimento (articulações glenoumerais, cotovelos, punhos ou tornozelos), dor articular de características inflamatórias ou presença de perda de peso involuntária. Nesses casos, considerar investigação complementar conforme suspeita clínica.

²Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente ([quadro 13](#)).

Protocolo 8 – 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 equipe de Tratamento da Dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- fibromialgia ([quadro 14](#)) sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por pelo menos 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita de fibromialgia (localidade de dor, com características clínicas e tempo de evolução, fadiga, alterações do sono, associação com sintomas cognitivos e quais, outros sinais e sintomas relevantes);
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 TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento não medicamentoso (educação em saúde, exercícios físicos, higiene do sono e psicoterapia, se necessária) e medicamentoso (para modulação da dor e analgesia) adaptado às condições do paciente. Mais informações sobre tratamento no [quadro 15](#).

Protocolo 9 – Bursite e Tendinite

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de bursite e/ou tendinopatia para a Reumatologia, exceto se houver suspeita de espondiloartrite

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia:

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 4 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 4 meses, preferencialmente já avaliada pela equipe de Ortopedia.

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 atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita clínica de bursite (localização da dor, com descrição de características, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio);
2. presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
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 a atividade;
6. tratamento em uso ou já realizado [não farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica) e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações)];
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico com cinesioterapia (fortalecimento muscular), adaptado às condições do paciente.

Protocolo 10 – 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):

- 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 ou Saúde do Trabalhador:

- dor miofascial há mais de 3 meses, com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico ou a suspeita clínica de dor miofascial (localização da dor, com descrição de características, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio, presença e localização de pontos gatilhos e outros sinais e 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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

Apêndices – quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Critérios de classificação de Artrite Reumatoide.
 Critérios American College of Rheumatology (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 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
Sorologia⁵	(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 ponto)
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos Sintomas⁶	(0 a 1 ponto)
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1
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, 2ª a 5ª metatarsofalangeanas. ⁴ Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular. ⁵ Título positivo baixo corresponde aos valores 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”. ⁶ 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.	

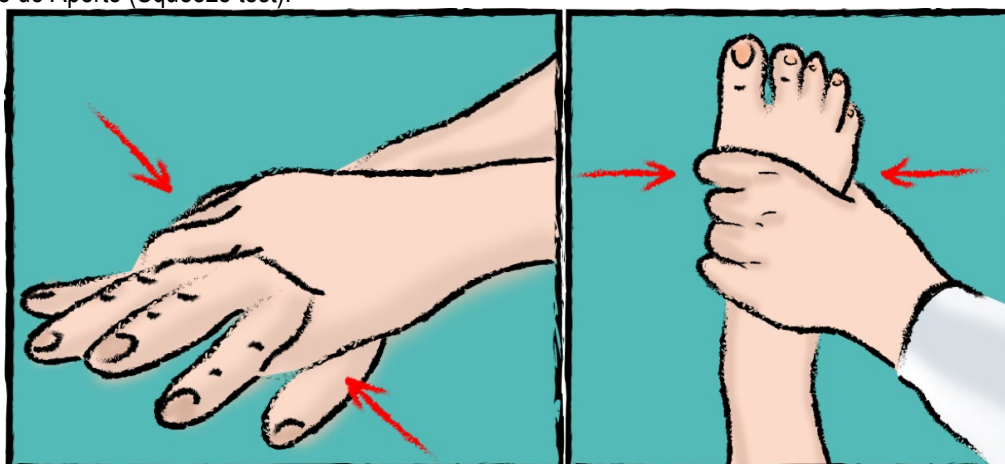
Fonte: Aletaha (2010).

Quadro 2 – Critérios para suspeita de artrite reumatoide.

- Presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de pequenas articulações de mãos ou pés; **ou**
- 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 (Squeeze test - [figura 1](#)) positivo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Emery (2002) e NICE (2020b).

Figura 1 – Teste do Aperto (Squeeze test).*



*Paciente refere dor à manobra de compressão de metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas realizada pelo examinador.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 3 – Critérios de classificação de Artrite Psoriásica.

Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

Doença inflamatória articular, enteseal ou axial estabelecida e pontuação igual ou maior do que 3 pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase	
- psoríase cutânea atual; ou	2 pontos
- história de psoríase; ou	1 ponto
- história familiar de psoríase.	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: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Taylor *et al.* (2006).

Quadro 4 – Suspeita de artrite psoriásica.

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 salsicha”);
- 3) entesite/tenossinovite;
- 4) dor na coluna de caráter inflamatório.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Olivieri *et al.* (2008).

Quadro 5 – 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: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Rudwaleit (2009).

Quadro 6 – Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)¹.

Critérios Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) de 2012.

Critério diagnóstico para LES: presença de 4 de 17 critérios, incluindo pelo menos 1 clínico e 1 imunológico **OU** nefrite lúpica comprovada por biópsia.
Suspeita diagnóstica para LES: presença de 3 de 17 critérios, incluindo pelo menos 1 clínico e 1 imunológico.

Critérios clínicos	Definição
1. Lúpus cutâneo agudo	- Eritema malar lúpico (exantema discoide malar não conta), lúpus bolhoso, variante da necrólise epidérmica tóxica do LES, exantema lúpico maculopapular, exantema lúpico fotossensível (na ausência de dermatomiosite). - Lúpus cutâneo subagudo (psoriasiforme sem induração e/ou lesões anelares policíclicas que desaparecem sem deixar cicatrizes, algumas vezes com despigmentação ou telangiectasias pós-inflamatórias).
2. Lúpus cutâneo crônico	- Exantema discoide clássico, exantema discoide localizado (acima do pescoço), exantema discoide generalizado (acima e abaixo do pescoço), lúpus hipertrófico (verrucoso), paniculite lúpica (profunda), lúpus mucoso, lúpus eritematoso túmido, lúpus de frieiras. - Lúpus discoide/sobreposição de líquen plano.
3. Alopecia não cicatrizante	- Espessamento difuso ou fragilidade capilar com cabelos quebrados visíveis (na ausência de outras causas, como alopecia areata, substâncias químicas, deficiência de ferro e alopecia androgenética).
4. Úlceras orais ou nasais	- Úlceras bucais, do palato e da língua. - Úlceras nasais (na ausência de outras causas, como vasculite, Doença de Behçet, infecção (vírus do herpes), doença intestinal inflamatória, artrite reativa e alimentos ácidos).
5. Doença articular	- Sinovite comprometendo 2 articulações ou mais, caracterizada por edema ou derrame. - Sensibilidade em 2 articulações ou mais e pelo menos 30 minutos de rigidez matinal.
6. Serosite	- Pleurisia típica por mais de 1 dia, derrame pleural ou atrito pleural. - Dor pericárdica típica (dor em decúbito que melhora ao sentar inclinado para a frente) por > 1 dia, derrame pericárdico, atrito pericárdico ou pericardite por eletrocardiografia (na ausência de outras causas).
7. Renal	- Relação proteína-creatinina urinária (ou proteinúria de 24h) representando 500 mg ou mais de proteína/24h. - Cilindros hemáticos.
8. Neurológico	- Convulsão, psicose, mononeuropatia múltipla (na ausência de outras causas conhecidas, como vasculite primária), mielite, neuropatia periférica ou craniana (na ausência de outras causas). - Estado confusional agudo (na ausência de outras causas).
9. Anemia hemolítica	- Anemia hemolítica.
10. Leucopenia ou linfopenia	- Leucopenia: < 4.000/mm ³ pelo menos uma vez (na ausência de outras causas). - Linfopenia: < 1.000/mm ³ pelo menos uma vez (na ausência de outras causas).
11. Trombocitopenia	- Trombocitopenia (< 100.000/mm ³) pelo menos uma vez (na ausência de outras causas).
Critérios Imunológicos	Definição
12. Anti-DNA dupla hélice	- Anticorpos anti-DNA de dupla hélice acima do intervalo laboratorial (ou > 2 x o intervalo de referência, se ELISA).
13. Anti-Sm	- Presença de anticorpos contra o antígeno nuclear Sm (anti-Sm).
14. Antifosfolípeidos	- Teste de anticoagulante lúpico positivo; ou - presença de VDRL falso-positivo; ou - níveis de títulos de anticorpos anticardiolipina médios ou altos (IgA, IgG ou IgM); ou - resultado positivo do teste anti-beta2-glicoproteína I (IgA, IgG ou IgM).
15. Complementos baixos	- C3 baixo, C4 baixo ou CH50 baixo.
16. Coombs direto	- Teste de Coombs direto positivo na ausência de anemia hemolítica.
17. FAN	- Nível de FAN acima do intervalo de referência laboratorial.

¹O instrumento utilizado foi escolhido por apresentar maior sensibilidade em comparação a outros critérios diagnósticos, considerando o cenário da APS.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Tan *et al.* (1982), Petri *et al.* (2012) e Aringer *et al.* (2019).

Quadro 7 – Diagnóstico de Síndrome de Sjögren.

Presença dos critérios 1 e 2 abaixo e ausência dos critérios de exclusão.	
1. Achados objetivos de: - secura ocular*: teste de Schirmer ou coloração anormal da superfície ocular; ou - secura oral*: hipofunção salivar; ou - lesão do parênquima glandular: anormalidades de parênquima de glândula salivar evidenciado em exame de imagem.	
2. Evidência sorológica ou histopatológica de autoimunidade: - presença de anticorpos anti-Ro (anti-SSA) com ou sem a presença de anti-LA (anti SSA); ou - biópsia de glândula salivar menor com sialoadenite linfocítica.	
Crítérios de exclusão - diagnóstico prévio de qualquer uma das seguintes condições: - história de tratamento com radiação de cabeça e pescoço; - infecção ativa de hepatite C (com PCR positivo); - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; - sarcoidose; - amiloiose; - doença enxerto versus hospedeiro; - doença relacionada a IgG4.	

*Pacientes que habitualmente usam medicamentos anticolinérgicos ([quadro 9](#)) devem ser avaliados quanto aos sinais objetivos de hipofunção salivar e secura ocular após o intervalo de tempo suficiente sem essas medicações para que esses componentes sejam uma medida válida da secura oral e ocular.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Shiboski *et al.* (2017) e Vitali *et al.* (2002).

Quadro 8 – Suspeita clínica de Síndrome de Sjögren.

Sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia:	Resposta positiva a pelo menos uma das seguintes questões: - Você teve olhos secos diariamente, persistentes e incômodos por mais de 3 meses? - Você tem uma sensação recorrente de areia ou cascalho nos olhos? - Você usa substitutos de lágrima mais de 3 vezes ao dia? - Você tem sentido sensação de boca seca diariamente por mais de 3 meses? - Você bebe líquidos com frequência para ajudar a engolir alimentos secos?
Outros sintomas sugestivos*	Artralgia, sinovite/edema articular, Raynaud, sintomas constitucionais, aumento de volume de parótidas, gengivite de repetição e perda dentária.

*Esses sintomas podem aumentar a suspeita clínica, mas não são imprescindíveis para o diagnóstico.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Baer (2021) e Hochberg *et al.* (2019).

Quadro 9 – Medicamentos que causam xeroftalmia/xerostomia¹.

Antihistamínicos	- Antagonistas do receptor H1 de 1ª geração: dimenidrinato, difenidramina, hidroxizina, meclizina. - Antagonistas do receptor H1 de 2ª geração: fexofenadina, cetirizina, loratadina, desloratadina, levocetirizina.
Antiparkinsonianos	- Amantadina, bromocriptina, entacapon, triexifenidil.
Analgésicos	- Opioides: codeína, hidrocodona, fentanil, metadona, morfina, oxicodona, tramadol.
Broncodilatadores	- Ipratrópio, tiotrópio. - Corticoide inalatório. - Beta 2 agonista.
Citotóxicos	- Antineoplásicos. - Antirretrovirais. - Interferon alfa.
Cardiovasculares	- Antihipertensivos: alfa 2 agonistas, beta-bloqueadores, bloqueadores alfa adrenérgicos, bloqueadores dos receptores de angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, diuréticos.
Gastrointestinais	- Antieméticos, domperidona, loperamida, proclorperazina. - Antagonistas do receptor H2 (cimetidina, famotidina). - Antiespasmódicos: hiosciamina, glicopirrolato, escopolamina (hioscina).
Relaxantes musculares	- Orfenadrina, tizanidina, ciclobenzaprina, baclofeno, metocarbamol.
Urológicos	- Oxibutinina, tolterodina, citrato de potássio, dutasterida, tansulosina.
Antidepressivos	- Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina. - Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina: citalopram, fluoxetina, paroxetina.
Antipsicóticos	- Antipsicóticos de 1ª geração: clorpromazina, levomepromazina, haloperidol. - Antipsicóticos de 2ª geração: clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona.
Outros psicotrópicos	- Ácido valproico, carbamazepina, sibutramina, lítio, oxcarbazepina, fenelzina, trazodona, zolpidem. - Benzodiazepínicos: clordiazepóxido, clonazepam, lorazepam.

¹Mais de 500 medicamentos podem causar xerostomia/xeroftalmia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Baer e Akpek (2020), Dynamed (2018), Tanasiewicz *et al.* (2016).

Quadro 10 – Suspeita de Síndrome de Cauda Equina, compressão de cone medular ou compressão medular.

Compressão medular (cervical ou torácica):
tetra ou 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 membros superiores e, mais proeminentemente, na 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 (2022).

Quadro 11 – 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	Pontos
Clínico		
Padrão de envolvimento articular/bursa durante qualquer episódio sintomático.	Tornozelo ou médio pé (sem o envolvimento da primeira metatarsofalangeana)	1
	Envolvimento da primeira metatarsofalangeana - podagra - figura 2	2
Características de quaisquer episódio(s) sintomáticos: - Eritema sobre as articulações afetadas (reportado 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: - 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 uricorrutora e > 4 semanas do início dos episódios (durante período intercrítico); se possível, testar novamente nessas condições. O maior valor, independentemente do tempo, deve ser pontuado.	< 4 mg/dL	- 4
	4 a 6 mg/dL	0
	6 a < 8 mg/dL	2
	8 a < 10 mg/dL	3
	≥ 10 mg/dL	4
Análise do líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento).	Cristais de 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: Neogi *et al.* (2015).

Figura 2 – Podagra: artrite da primeira metatarsofalangeana em paciente com gota.



Fonte: Dynamed (2018d).

Quadro 12 – Principais manifestações clínicas da osteoartrite.

Sintomas	
Dor	• Afeta uma ou poucas articulações. • Início insidioso e progressão lenta por anos. • Intensidade variável. • Pode ser intermitente. • Piora com as atividades e melhora com o repouso. • Dor noturna nos quadros graves.
Rigidez	• Duração curta (< 30 minutos) pela manhã ou após o repouso.
Sintomas constitucionais	• Ausentes.
Exame físico	
Inspeção	• Aumento de volume: pode haver aumento de volume ósseo da articulação, edema e deformidades, principalmente na osteoartrite nodal (nódulos de Heberden e Bouchard). • Alinhamento articular. • Atrofia muscular.
Palpação	• Ausência de calor. • Aumento de volume (se presença de derrame articular, normalmente é pequeno e frio). • Dor à palpação de linha articular. • Dor à palpação periarticular (principalmente em quadris e joelhos).
Amplitude de movimento	• Crepitação. • Redução da amplitude de movimento. • Dor à mobilização. • Fraqueza muscular.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Doherty (2021).

Quadro 13 – Tratamento para 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 ([figura 3](#)).
- 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 ([figura 4](#)).

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 recaptação 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).

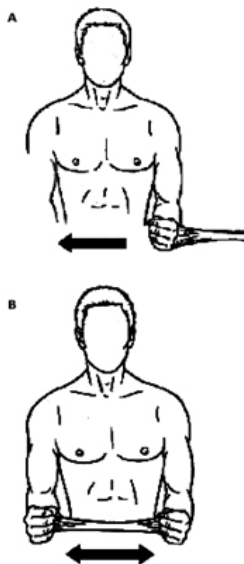
Figura 3 – Exercício do pêndulo com peso.



Segurar um peso de 3 a 5 kg levemente pela mão. Os músculos do ombro devem ficar relaxados. O braço deve ser mantido na posição vertical e próximo ao corpo. Devem ser feitos movimentos circulares com amplitude de até 30 cm. O exercício também pode ser feito com o paciente sentado. Não deve ser feito por pessoas com separação acromioclavicular, deslocamento glenoumeral ou hipermobilidade articular.

Fonte: Weighted... (c2021).

Figura 4 – Exercícios de fortalecimento do manguito rotador.



A: A rotação interna isométrica é feita mantendo-se os cotovelos flexionados em 90 graus, com os braços juntos ao corpo. A banda elástica é amarrada em uma barra ou em uma maçaneta e segurada com a mão. O antebraço se move lentamente de 5 a 7 cm em direção ao corpo e a posição é mantida por cinco segundos. A mão não deve rotar enquanto o antebraço se move.

B: A rotação externa isométrica é feita com os cotovelos flexionados em 90 graus, com os braços junto ao corpo. A banda elástica é segurada com as mãos. Os antebraços são movidos de 5 a 7 cm para fora e mantidos nessa posição por cinco segundos.

Ambos os exercícios devem ser feitos diariamente em séries de 15 a 20 repetições, cada uma mantida por cinco segundos.

Fonte: Simons e Roberts (2019).



Quadro 14 – Critérios para diagnóstico de Fibromialgia.

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

- A. índice de dor generalizada (IDG) ≥ 7 e uma escala de gravidade de sintomas (EGS) ≥ 5 ; ou IDG entre 4–6 e EGS ≥ 9 ;
- B. dor generalizada, definida como dor em pelo menos 4 das 5 regiões abaixo, deve estar presente.
- C. os sintomas estão presentes 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.

ESCALAS

1) Índice de Dor Generalizada (IDG - escore de 0-19): Número de áreas onde teve dor nos últimos 7 dias (cada área corresponde a 1 ponto).

Região superior esquerda

mandíbula esquerda ☐
cintura escapular esquerda ☐
braço esquerdo ☐
antebraço esquerdo ☐

Região superior direita

mandíbula direita ☐
cintura escapular direita ☐
braço direito ☐
antebraço direito ☐

Região Axial

região cervical ☐
tórax ☐
abdome ☐
região dorsal superior ☐
região lombar ☐

Região inferior esquerda

quadril (nádega/trocânter) esquerdo ☐
coxa esquerda ☐
perna esquerda ☐

Região inferior direita

quadril (nádega/trocânter) direito ☐
coxa direita ☐
perna direita ☐

2) Escala de Gravidade de Sintomas (EGS - escore de 0-12):

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 ☐
- dor ou cólicas abdominais ☐
- depressão ☐

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

Quadro 15 – Tratamento otimizado para 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/.
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; · duloxetine§ 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); · duloxetine§ 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.

*Para pacientes com fatores de risco para morte súbita ou doença cardiovascular prévia, considerar realização de eletrocardiograma de repouso em caso de necessidade de uso de doses elevadas de ciclobenzaprina ou amitriptilina.

§Se comorbidades psiquiátricas presentes, como depressão e ansiedade, doses maiores podem ser usadas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).