



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A
ATENÇÃO ESPECIALIZADA: **REUMATOLOGIA**

Ouro Preto, abril de 2026



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

Secretário Municipal de Saúde

Leandro Leonardo Assis Moreira

Secretária Adjunta de Saúde

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

Gerente da Atenção Secundária/Terciária

Simone de Cassia Caetano

Diretora da Atenção Especializada

Paola Cristiane Andrade Amorim

Gerente da Atenção Primária

Ricardo Duarte Pereira

Diretora de Programas e Estratégias na Atenção Primária

Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

Diretor Técnico Policlínica Municipal de Ouro Preto

Roberto Gonçalves Machado

Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto

Vinícius Gonçalves de Paula

Responsável Técnica da Junta Reguladora

Taciana de Oliveira



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

COLABORADORES

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora

Paulo Vinícius Moreno Camargos - Médico Reumatologista



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	5
2. REGULAÇÃO	5
3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO	6
3.1. ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES.....	6
4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES	6
5. CRITÉRIOS DE SOLICITAÇÃO E PRIORIDADE	6
5.1. ARTRITE.....	6
5.2. COLAGENOSSES	7
5.3. DOR NA COLUNA VERTEBRAL.....	8
5.4. OSTEOARTRITE	9
5.5. OSTEOPOROSE	9
5.6. FIBROMIALGIA.....	10
6. REFERÊNCIAS.....	11



1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamento são importantes ferramentas de gestão do cuidado, pois orientam as decisões clínicas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e funcionam como referência técnica para a análise das solicitações pelas equipes reguladoras.

A APS desempenha um papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço onde se organiza e se coordena o cuidado dos usuários. Sua resolutividade depende diretamente da capacidade clínica e de cuidado das equipes, da incorporação adequada de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação efetiva com os demais pontos da rede de atenção.

Este protocolo aborda aspectos essenciais do processo de referência de usuários com condições clínicas relacionadas à especialidade Reumatologia no município de Ouro Preto. Trata-se de um documento elaborado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas experiências locais de organização da atenção ambulatorial especializada.

O objetivo é padronizar os critérios de encaminhamento em Reumatologia, identificando os principais quadros clínicos que demandam avaliação especializada, os dados mínimos obrigatórios na solicitação e a definição de prioridades de atendimento. Dessa forma, busca-se garantir a qualificação do cuidado, a otimização dos fluxos assistenciais e a efetivação da integralidade da atenção no território.

2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.



P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.

P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/ acompanhamento.

3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- Motivo do encaminhamento, com registro dos sinais e sintomas atuais;
- História clínica sucinta e relevante (incluindo tempo de evolução, fatores agravantes, comorbidades);
- Resultados de exames complementares já realizados;
- Tratamentos instituídos na APS e resposta clínica observada;
- Avaliação do grau de funcionalidade e impacto no cotidiano do paciente (quando pertinente).

3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

Na primeira consulta no serviço especializado, oriente o paciente a levar:

- Formulário de referência devidamente preenchido (com dados clínicos e motivo do encaminhamento);
- Receitas dos medicamentos em uso;
- Exames complementares realizados.

4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES

O encaminhamento deve ser realizado por médico(a) da Atenção Primária à Saúde (APS), médicos(as) especialistas da Atenção Secundária e/ou pela Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto.

5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO E PRIORIDADE

5.1 ARTRITE

- Suspeita ou confirmação de Artrite Reumatoide (anexo I e II);
- Suspeita ou confirmação Artrite Psoriática (anexo III e IV);



- Diagnóstico de Artrite por Deposição de Cristais - gota (anexo V) e crises recorrentes (3 ou mais no ano), mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado.
- Poliartralgia com duração > ou = 6 semanas, sem alterações de exames laboratoriais ou radiológicos e sem elucidação do quadro na APS.

● **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Crises recorrentes mesmo com tratamento otimizado.
P1	Artrite com > ou = 6 semanas e fatores de gravidade (alterações radiológicas erosivas, FR e/ou anti-CCP positivo, psoríase associada); Presença de tofo e/ou litíase renal.
P2	Poliartralgia sem alteração de exames laboratoriais ou radiológicos.

5.2

COLAGENOSES

- Suspeita ou confirmação de Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES (anexo VI);
- Confirmação de Síndrome de Sjogren (anexo VII);
- Suspeita de Síndrome de Sjorgren (anexo VIII) por:
 - sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia por mais de 3 meses com presença de autoanticorpos associados, após exclusão de outras causas;
 - 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, após exclusão de outras causas (medicamentos - anexo IX), história de radioterapia de cabeça e pescoço, infecção por HCV ativa, infecção por HIV, respiradores bucais, sialodenite e sialolitíase, diabetes mellitus tipo 1 e 2, anemia, bulimia, tabagismo e alcoolismo).
- Suspeita ou confirmação de esclerodermia, dermatomiosite e polimiosite.

● **ENCAMINHAR PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- 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 < 7g/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.

● **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE**

P0	Casos com vasculite cutânea, perda de função renal rapidamente progressiva e envolvimento do Sistema Nervoso Central, acometimento pulmonar ou alteração importante de parâmetros hematimétricos.
P1	Serosite, artrite, envolvimento cutâneo.
P2	Alterações laboratoriais isoladas.

5.3 DOR NA COLUNA VERTEBRAL

- Dor na coluna vertebral com duração > 6 semanas com características inflamatórias (início insidioso, sem melhora com repouso, melhora com exercício, dor noturna);
- Sinais de alerta:
 - 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 corticóides ou outros imunossupressores);
 - Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
 - Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

● **ENCAMINHAR PARA URGÊNCIA E 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;
- 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.



- CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Presença de sinais de alarme.
P1	Características inflamatórias com alterações nos exames de imagem ou elevação das provas de atividade inflamatória.
P2	Características inflamatórias ou sinais de alerta sem alterações nos exames de imagem ou elevação das provas de atividade inflamatória.

5.4 OSTEOARTRITE

- Suspeita de osteoartrite secundária à doença articular inflamatória (pode ser suspeitada em pacientes com sinais e sintomas atípicos: < 45 anos, sem história de trauma articular, acometimento de articulações atípicas - glenoumerais, cotovelos, punhos ou tornozelos - dor articular de características inflamatórias ou presença de perda de peso involuntária);
- Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses (anexo X).

- CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	
P1	Suspeita de osteoartrite secundária à doença articular inflamatória.
P2	Demais casos.

5.5 OSTEOPOROSE

- Osteoporose grave (DO com escore Ts -2,5 DP com uma fratura por fragilidade óssea ou duas ou mais fraturas por fragilidade óssea independente da DO);
- Novo episódio de fratura por fragilidade a despeito do tratamento instituído previamente para osteoporose;
- Intolerância ou efeitos adversos às drogas de primeira (bisfosfonatos orais) ou segunda linha (raloxifeno);



- Contraindicação ao uso das drogas de primeira linha (p.ex. distúrbio de deglutição, gastrectomia, cirurgia bariátrica, hipocalcemia, IRC com depuração da creatinina < 35 ml/min) ou segunda linha (p.ex. episódios tromboembólicos);
- Suspeita de osteoporose por causa secundária (escore Z e -2,0 DP e/ou evidência de doença associada à OP);
- Paciente com osteoporose em uso de bisfosfonato oral por 5 anos ou mais;
- Osteoporose (confirmada por DO com escore T <2,5 em LI-4, colo fêmur ou fêmur total);
- Usuário de corticoide por doença crônica (asma, pênfigo, etc.) e com fratura patológica (vértebras, punhos, bacia, fêmur ou úmero).

● CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	Osteoporose grave, novo episódio de fratura e uso crônico de corticoide.
P1	Osteoporose por causa secundária; contraindicação e ou intolerância aos drogas de primeira escolha.
P2	Demais casos.

5.6 FIBROMIALGIA

- Paciente mantendo quadro de dor crônica difusa/fadiga refratária ao uso de antidepressivos tricíclicos ou inibidores de recaptação de serotonina por pelo menos 6 meses;
- Suspeita de doença articular inflamatória associada.

● CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

P0	
P1	
P2	Todos os casos.



6. REFERÊNCIAS

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Reumatologia Adulto: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>.



PREFEITURA DE OURO PRETO

Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

7. ANEXOS



Anexo I - Critérios de classificação de Artrite Reumatoide.

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
<p>¹Envolvimento articular refere-se a qualquer articulação com dor ou edema identificado no exame físico.</p> <p>²Grandes articulações: ombro, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.</p> <p>³Pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, 2ª a 5ª metatarsofalangeanas.</p> <p>⁴Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular.</p> <p>⁵Título 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".</p> <p>⁶Duração 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.</p>	

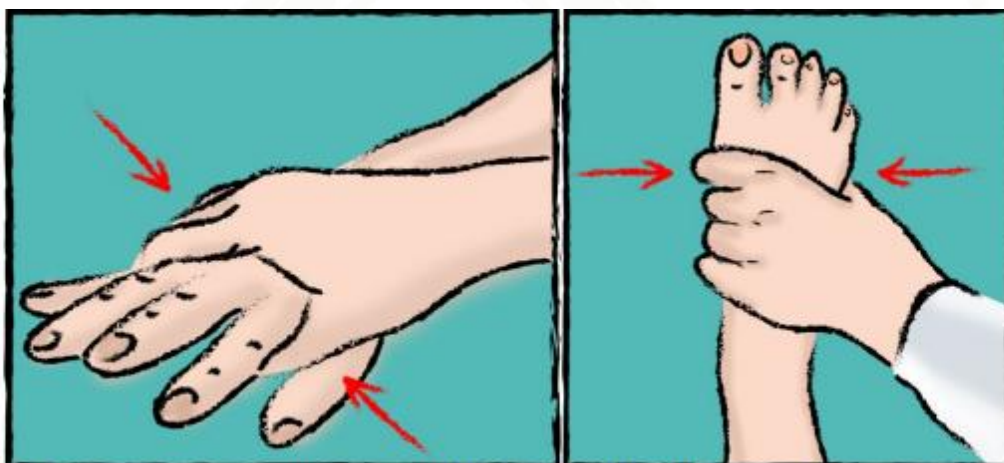
Fonte: Telessaúde (2022) apud Aletaha (2010).

Anexo II - 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.

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

Figura 1 - Teste do Aperto.



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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Anexo III - Critérios de classificação de Artrite Psoriásica.

Doença inflamatória articular, enteseal ou axial 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: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Taylor et al. (2006).



Anexo IV - 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).



Anexo V - Critérios de Classificação de Gota (presença de pelo menos 8 pontos)

1º passo: critério de inclusão (apenas aplicar os critérios abaixo para aqueles que preenchem 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: <ul style="list-style-type: none">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: <ul style="list-style-type: none">Tempo até a dor máxima < 24 horas.Resolução dos sintomas em ≤ 14 dias.Resolução completa (até o nível normal) entre os episódios sintomáticos.	Um episódio típico	1
	Episódios típicos recorrentes	2
Evidência clínica de tofo: nódulos subcutâneos drenando ou com material semelhante a giz sob a pele transparente, geralmente com vascularização sobrejacente, localizados em locais típicos: articulações, orelhas, bursa olecrânica, polpas digitais e tendões (ex: tendão de Aquiles).	Presente	4
Laboratório		
Ácido úrico sérico: medido pelo método da uricase. Idealmente deve ser pontuado quando o paciente não está recebendo a terapia uricorrredutora 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: Telessaúde (2022) apud Neogi et al. (2015).

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



Fonte: Telessaúde (2022) apud Dynamed (2018d).



Anexo VI - Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico.

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 freiras. - 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. Antifosfolípeos	- 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.

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



Anexo VII - Diagnóstico de Síndrome de Sjögren.

Presença dos critérios 1 e 2 abaixo e ausência dos critérios de exclusão.

1. Achados objetivos de:

- a. secura ocular*: teste de Schirmer ou coloração anormal da superfície ocular; ou
- b. secura oral*: hipofunção salivar; ou
- c. lesão do parênquima glandular: anormalidades de parênquima de glândula salivar evidenciado em exame de imagem.

2. Evidência sorológica ou histopatológica de autoimunidade:

- a. presença de anticorpos anti-Ro (anti-SSA) com ou sem a presença de anti-LA (anti SSA); ou
- b. biópsia de glândula salivar menor com sialoadenite linfocítica.

Critérios 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;
- amiloidose;
- doença enxerto versus hospedeiro;
- doença relacionada a IgG4.

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

Anexo VIII - Suspeita clínica de Síndrome de Sjögren.

Sintomas subjetivos de xerofthalmia e/ou xerostomia:	Resposta positiva a pelo menos uma das seguintes questões: <ol style="list-style-type: none">1. Você teve olhos secos diariamente, persistentes e incômodos por mais de 3 meses?2. Você tem uma sensação recorrente de areia ou cascalho nos olhos?3. Você usa substitutos de lágrima mais de 3 vezes ao dia?4. Você tem sentido sensação de boca seca diariamente por mais de 3 meses?5. 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.

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



Anexo IX - Medicamentos que causam xerofthalmia/xerostomia.

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, entacapona, 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 valpróico, carbamazepina, sibutramina, lítio, oxcarbazepina, fenelzina, trazodona, zolpidem. - Benzodiazepínicos: clordiazepóxido, clonazepam, lorazepam.

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



Anexo X - 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 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).

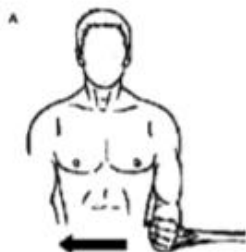
Figura 3 - Exercício do pêndulo com peso.



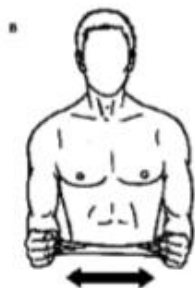
Segurar um peso de 3 a 5 kg levemente pela mão. Os músculos do ombro devem ficar relaxados. O braço deve ser mantido na posição vertical e próximo ao corpo. Devem ser feitos movimentos circulares com amplitude de até 30 cm. O exercício também pode ser feito com o paciente sentado. Não deve ser feito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

Fonte: Telessaúde (2022) apud Weighted (2021)

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: Telessaúde (2022) apud Simons e Roberts (2019).



Anexo XI - 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: Telessaúde (2022) apud Wolfe et al. (2016).



Anexo XII - Tratamento medicamentoso para fibromialgia.

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.

*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).

Anexo XIII - Tratamento não farmacológico.

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. Ressaltando 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/#>

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 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/>

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS (2022).