



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE **REUMATOLOGIA**

COMO E QUANDO REALIZAR O
SEU ENCAMINHAMENTO.
SUGESTÕES DE CONDUTA,
FLUXOS E ORIENTAÇÕES
GERAIS.

2025

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Distribuição e informações:

Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma

Rua Domenico Sonogo, 542 CEP: 88804-050 – Criciúma – SC

Elaboração

Dra. Fernanda Manente Milanez - Reumatologista

Centro de Especialidades em Saúde - CES

E-mail: coordenacoespecialidades@criciuma.sc.gov.br

Prefeito:

Vagner Espíndola

Vice-prefeito:

Salésio Lima

Secretário Municipal de Saúde de Criciúma:

Deivid de Freitas Floriano

Apoio Técnico

Gerências

Atenção Primária em Saúde

Atenção Especializada em Saúde

Diretorias

Diretoria Assistencial: Enf. Eliane das Graças Camargo dos Santos

Salib

Diretoria Administrativa: Enf. Juliane Zanon

Diretor Técnico: Dr Alaor Schein

Equipe Revisão Técnica

Dr. Peterson Rech Honorato.

Dra. Fernanda Savi Damiani De Boit

Dra. Gisleine Bittencourt Scotti

Dr. Fábio Rosa Silva

Dr. Jandir Pinho Neckel

Dra. Augusto Bitencourt

Dr. Alaor Ernst Schein

Organização

Dra. Fernanda Manente Milanez -
Reumatologista

Enf. Tamires Regina dos Santos

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO.....	06
2. OBJETIVO.....	06
3. ABRANGÊNCIA.....	06
4. ABORDAGEM INICIAL DA DOR.....	07
4.1. Dor de Ritmo Mecânico.....	07
4.2. Dor de Ritmo Inflamatório (mais frequente nas patologias de cunho autoimune ou inflamatórias – AR, Les, Spa, Aps.....	07 e 08
5. OSTEOARTRITE	08
5. 1 Osteoartrite De Mãos.....	08
5.1.1 Tratamento Inicial Pela APS.....	08 e 09
5.1.1.1 Tratamento farmacológico.....	09
5.1.1.2 Tratamento não farmacológico	09
5. 2 Osteoartrite De Joelhos / Quadril.....	09 e 10
5.2.1 Tratamento Inicial Pela APS.....	10
5.2.1.2 Tratamento Não farmacológico.....	10 e 11
5.2.1.3 Tratamento Farmacológico.....	11
6. DOENÇAS DE CUNHO INFLAMATÓRIO E/OU AUTOIMUNE.....	12
6. 1 Artrite Reumatoide.....	12
6.1.1 Quadro clínico típico.....	12
6.1.2 Quais exames solicitar na APS.....	12
6.1.3 Critérios Classificatórios ACR 2010	13
6.1.4 Fator Reumatoide, interpretação e armadilhas.....	13 e 14
6.1.5 Quando encaminhar para o reumatologista.....	14
6. 2 Espondiloartrites.....	14 e 15

6.2.1 Como suspeitar clinicamente das Espondiloartrites	15
6.2.2 Exames laboratoriais e de imagem.....	15
6.2.3 Considerar encaminhamento ao reumatologista quando.....	15 e 16
6.3 Lúpus el Síndrome De Sjögren.....	16
6.3.1 Como suspeitar clinicamente.....	16
6.3.2 Critérios Classificatórios de Lúpus – EULAR/ACR 2019.....	16 a 18
6.3.3 Exames laboratoriais	18
6.3.4 FAN - interpretação e armadilhas.....	18
6.3.5 Quando encaminhar ao reumatologista.....	19
7. OSTEOPOROSE.....	20
7.1 Os principais Fatores de Risco são.....	19
7.2 Indicações de Densitometria Óssea (DXA).....	19
7.2.1 Mulheres	20
7.2.2 Homens	21
7.2.3 Ambos os sexos	21
7.2.4. Avaliação de Risco de Fratura – Utilização do FRAX.....	21
7.3. Investigação Inicial.....	22
7.4 Estratificação de Risco pelo FRAX.....	22 e 23
7.5 Tratamento	23
7.5.1 Medidas gerais	23
7.5.2 Osteopenia e/ou baixo risco de fraturas pelo FRAX	23 a 25
7.5.3 Osteoporose na DMO e/ou Osteopenia com Presença de Fratura por Fragilidade e/ou Alto Risco de Fraturas pelo FRAX.....	25
7.5.3.1 Reabsortivos orais.....	25
7.5.3.2 Reabsortivos injetáveis	25 e 26

7.5.4 OSTEOPOROSE COM MUITO ALTO RISCO DE FRATURAS pelo FRAX ou FRATURAS RECORRENTES.....	26
7.5.4.1 Terapias anabólicas.....	26
7.6. Contraindicações ao Uso de Bifosfonatos Orais.....	26
7.6.1. Contraindicações Absolutas.....	26
7.6.2. Contraindicações Relativas / Precauções.....	26 e 27
7.7 Quando Encaminhar ao Especialista.....	27
8. FIBROMIALGIA.....	30
8.1 Quadro Clínico – Sintomas Principais.....	30
8.2 Como Fazer o Diagnóstico de Fibromialgia na Atenção Primária em Saúde.....	30 a 33
8.3 Tratamento Inicial na Atenção Primária em Saúde.....	33
8.3.1 Educação do paciente.....	33
8.3.2 Intervenções não farmacológicas.....	34
8.3.3 Educação e Entendimento da Doença.....	34
8.3.4 Exercício Físico – Principal Intervenção Terapêutica.....	34 e 35
8.3.5 Intervenções farmacológicas	35 a 37
8.4. Como fazer o encaminhamento para o AMASF via APS.....	37 a 38
9. MEDICAMENTOS CEAF.....	40
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
11. REFERÊNCIAS.....	42

1. Identificação

- **Instituição:** Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma/SC
- **Área Responsável:** Gerência da Atenção Especializada / Reumatologia
- **Profissional Responsável:** Dra. Fernanda Manente Milanez - Reumatologista
- **Data da Elaboração:** Outubro de 2025
- **Revisão:** Anual ou sempre que necessário

2. Objetivo

O Objetivo desse protocolo é otimizar a comunicação/encaminhamentos entre a UBS e a especialidade Reumatologia. Aqui você vai encontrar algumas dicas e orientações para investigação inicial pela UBS, sugestões de encaminhamentos e manejo para os casos de baixa complexidade, estabelecendo critérios clínicos e orientações padronizadas para o encaminhamento de pacientes da Atenção Primária em Saúde a Rede de Atenção Especializada em Saúde de Reumatologia, assegurando a racionalização de recursos e a qualificação do cuidado.

3. Abrangência

Este protocolo se aplica a todos os profissionais de saúde da Rede SUS de Criciúma/SC envolvidos na avaliação e encaminhamento de pacientes com suspeita ou confirmação de doenças crônicas e correlatas.

4. ABORDAGEM INICIAL DA DOR

A dor é um sintoma cardinal da Reumatologia. Investigá-la corretamente é o primeiro passo para um diagnóstico correto.

Na anamnese é fundamental arguir sobre as características da dor como localização, irradiação, duração, fatores de melhora/piora e tratamentos prévios. Sintomas correlatos como alterações do humor, distúrbios do sono, alterações de peso, apetite, hábito intestinal e/ou sintomas cardíacos/respiratórios não podem ser esquecidos. Após a anamnese, deve-se fazer um exame físico minucioso com atenção a presença de sinovites, arites, bloqueios articulares, lesões de pele, alterações neurológicas, bem como pesquisa de alterações cardíacas e/ou pulmonares.

Um outro ponto muito importante na abordagem inicial é a diferenciação entre DOR MECÂNICA e DOR INFLAMATÓRIA.

4. 1 Dor de Ritmo Mecânico (mais frequente no dia a dia):

- 2- Características: Piora com o movimento/trabalho, alivia com repouso, pode ser mais intensa após esforço físico ou no final do dia. Comum em situações como tensão muscular, postura inadequada ou lesões nos ligamentos/tendões.
- 3- Exames laboratoriais habitualmente normais (VHS-PCR).
- 4- Causas: Tensão muscular, postura inadequada, lesões ligamentares, osteoartrite, dores miofasciais, etc.

4. 2 Dor de Ritmo Inflamatório (mais frequente nas patologias de cunho autoimune ou inflamatórias – AR, Les, Spa, Aps, etc):

- Características: Piora com o repouso, melhora com o movimento, pode estar associada a rigidez matinal principalmente quando acima de 30-60min, pode despertar a pessoa à noite, dor mais intensa ao acordar.
- Exames laboratoriais habitualmente alterados (VHS-PCR)
- Causas: Doenças inflamatórias, como artrite reumatoide, lúpus, espondilite anquilosante, artrite psoriásica, etc.

As informações sobre anamnese e exame físico devem constar claramente em prontuário e nos pedidos de teleconsultoria acompanhado de exames realizados e

medicações em uso. Isso permitirá que o quadro clínico apresentado pelo paciente e suas dúvidas sejam corretamente entendidos/respondidos.

5. OSTEOARTRITE

A osteoartrite (OA) é uma doença articular crônica, heterogênea e multifatorial, caracterizada por alterações estruturais e funcionais que envolvem toda a articulação, incluindo degradação da cartilagem, remodelação óssea, formação de osteófitos e inflamação sinovial de baixo grau.

A OA é uma forma muito comum de comprometimento articular, afetando principalmente joelhos, quadris e mãos, e sua prevalência aumenta com a idade e com fatores como obesidade, lesões articulares prévias, sexo feminino, desalinhamento articular e fatores ocupacionais (por exemplo, atividades que envolvem flexão repetitiva ou carga excessiva). Embora a perda de cartilagem seja central, a doença envolve todo o conjunto articular, incluindo osso subcondral, meniscos, ligamentos, músculos periarticulares e tecido sinovial

5. 1 Osteoartrite de Mãos

Os sintomas clássicos da osteoartrite das mãos incluem dor articular MECÂNICA, associado a rigidez (especialmente matinal ou após períodos de inatividade, geralmente inferior a 30 minutos), limitação funcional, diminuição da força de preensão, crepitação e frequentemente deformidades visíveis, como nódulos de Heberden (interfalângicas distais) e de Bouchard (interfalângicas proximais).

O desconforto estético também é relatado por muitos pacientes, podendo ser um componente importante do impacto psicossocial da doença. Em casos de osteoartrite erosiva/inflamatória, podem ocorrer episódios de dor aguda, edema, eritema e, ocasionalmente, parestesias. A rizartrose é uma manifestação localizada da osteoartrite (OA) que acomete especificamente a articulação trapézio-metacarpal (TMC) do polegar.

A confirmação diagnóstica pode ser feita por radiografia, que demonstra osteófitos, estreitamento do espaço articular, esclerose subcondral e, em casos erosivos, erosões centrais e alterações como lesões em “asa de gaviota” ou “dente de serra”. A radiografia é útil para diferenciar osteoartrite de outras artropatias e para classificar subtipos (ex: osteoartrite erosiva). As provas de atividade inflamatória são habitualmente normais (VHS/PCR).

5.1.1 Tratamento inicial pela APS:

O tratamento da osteoartrite das mãos é multimodal, com foco principal no alívio dos sintomas e na preservação da função. As opções incluem intervenções não farmacológicas e farmacológicas.

5.1.1.1 Tratamento farmacológico:

- **Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) tópicos** → devido ao perfil de segurança superior em relação aos AINEs orais, especialmente em pacientes idosos ou com comorbidades. *não disponível na REMUME.
- **AINEs orais também podem ser usados.** A escolha do AINE oral deve considerar o perfil de risco individual para eventos adversos gastrointestinais, cardiovasculares e renais, e a dose e duração do tratamento devem ser as menores possíveis para controle dos sintomas. Não usar de forma contínua. *Disponíveis na REMUME: diclofenaco de sódio, ibuprofeno.

5.1.1.2. Tratamento não farmacológico:

- Fisioterapia, exercícios regulares para as mãos
- Programas de autogerenciamento/proteção articular.
- Evitar torcer pano, esfregar, carregar peso, cortar alimentos duros etc.
- Uso de órteses, especialmente para a osteoartrite do primeiro carpometacarpal pode ser uma opção (sugestão de uso noturno).

LEITURA SUGERIDA

1. Favero M, Belluzzi E, Ortolan A, et al. Erosive hand osteoarthritis: latest findings and outlook. *Nat Rev Rheumatol.* 2022;18(3):171-183. doi:10.1038/s41584-021-00747-3.
2. Haugen IK, Felson DT, Abhishek A, et al. 2023 EULAR classification criteria for hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(11):1428-1435. doi:10.1136/ard-2023-225073.

5. 2 Osteoartrite de joelhos / quadril

A osteoartrite de joelho/quadril são uma doença articular bem comum em adultos, caracterizadas por degeneração progressiva da cartilagem articular, alterações ósseas subcondrais, sinovite leve e comprometimento funcional progressivo. Os principais fatores de risco incluem idade avançada, sexo feminino, obesidade, predisposição genética, lesões articulares prévias e atividades ocupacionais que sobrecarregam as articulações.

Os sintomas típicos incluem dor MECÂNICA de início insidioso, geralmente agravada pelo uso da articulação e aliviada com o repouso. A rigidez matinal é breve, geralmente inferior a 30 minutos, podendo haver rigidez após períodos de inatividade. Com a

progressão, a dor pode ocorrer em repouso e à noite. Outros achados incluem crepitação, aumento ósseo, limitação da amplitude de movimento, contratura em flexão e sensibilidade local.

O diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na história e exame físico. Radiografias (sugestão de 2 incidências idealmente com carga) podem ser utilizadas para confirmar o diagnóstico e avaliar a gravidade, evidenciando osteófitos marginais, esclerose subcondral, cistos e redução assimétrica do espaço articular. Exames laboratoriais habitualmente mostram VHS/PCR normais.

Classificação Radiográfica da Artrose de Joelhos – Kellgren e Lawrence

Grau	Descrição Radiográfica
Grau 0	Ausência de sinais radiográficos de artrose.
Grau 1	Dúvida quanto ao estreitamento do espaço articular; possíveis osteófitos muito pequenos.
Grau 2	Osteófitos visíveis e estreitamento definido do espaço articular.
Grau 3	Osteófitos múltiplos, estreitamento acentuado do espaço articular, esclerose subcondral, possível deformidade do contorno ósseo.
Grau 4	Osteófitos grandes, estreitamento severo do espaço articular, esclerose subcondral marcada e deformidade óssea evidente.

Nem sempre a gravidade dos sintomas clínicos se alinha com a intensidade das alterações radiográficas. Alguns pacientes com radiografias severamente alteradas podem apresentar pouca ou nenhuma dor, enquanto outros com mínimas alterações radiográficas podem ter sintomas intensos. Isso ocorre porque a dor na osteoartrite (OA) não depende apenas do grau de destruição articular visível ao RX, mas também de fatores como Inflamação sinovial, Lesões de partes moles (menisco, ligamentos), Alterações do osso subcondral, Fatores neurossensoriais e/ou centrais.

5.2.1 Tratamento Inicial Pela APS:

O tratamento é multimodal, com ênfase em intervenções não farmacológicas como primeira linha. As principais estratégias incluem:

5.2.1.2 Tratamento Não farmacológico:

- Educação do paciente e programas de autogerenciamento. As medidas de proteção articular incluem trocas de sapato (evitar saltos altos e sapatos rasteiros como

chinelos de borracha, rasteirinhas, sapatilhas) – uso de tênis costuma trazer conforto. Evitar subir e descer escadas, atividades com impacto como pular, saltar e correr.

- Exercícios supervisionados (aeróbicos, fortalecimento muscular, alongamento) e fisioterapia.
- Perda de peso em pacientes com sobrepeso ou obesidade, que pode reduzir significativamente a dor e melhorar a função.
- Considerar sugerir uso de órteses ou bengalas quando necessário.

5.2.1.3 Tratamento Farmacológico (deve-se ponderar riscos vs. benefícios)

- **Analgésicos simples** como paracetamol e dipirona podem ser usados com mais frequência para alívio da dor. Já os opiáceos (Tramadol – Codeína) com mais cautela, sendo que o uso contínuo está desencorajado.
- **AINEs orais** podem ser usados (não seletivos ou inibidores de COX-2) para casos refratários, considerando o perfil de risco individual. Usar menos tempo possível com a menor dose possível. *Disponíveis na REMUME: diclofenaco de sódio, ibuprofeno.
- O uso de condroprotetores como glicosamina/condroitina, diacereína e colágeno tipo II na osteoartrite é controverso, com evidências limitadas e benefícios clínicos modestos. Apesar de apresentarem bom perfil de segurança, esses fármacos têm alto custo e eficácia questionável em estudos robustos, especialmente em comparação com abordagens mais custo-efetivas como exercícios, perda de peso, analgesia(*Não disponível pelo SUS.) e fisioterapia.

LEITURA SUGERIDA

1. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and treatment of hip and knee osteoarthritis: a review. *JAMA*. 2021;325(6):568-578. [doi:10.1001/jama.2020.22171](https://doi.org/10.1001/jama.2020.22171).
2. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteo-arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1957;16(4):494-502. [doi:10.1136/ard.16.4.494](https://doi.org/10.1136/ard.16.4.494).
3. Sharma L. Osteoarthritis of the knee. *JAMA*. 2021;325(6):568-578. [doi:10.1001/jama.2020.22171](https://doi.org/10.1001/jama.2020.22171).
4. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *N Engl J Med*. 2021;384(1):51-59. [doi:10.1056/NEJMcp1903768](https://doi.org/10.1056/NEJMcp1903768).
5. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Clinical practice guideline summary: management of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty), third edition. *J Am Acad Orthop Surg*. 2021;29(19):e938-e941. [doi:10.5435/JAAOS-D-21-01233](https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-21-01233).
6. Brophy RH, Fillingham YA. Osteoarthritis of the knee: current evidence-based recommendations. *J Am Acad Orthop Surg*. 2022;30(9):e721-e729. doi:10.5435/JAAOS-D-21-01233.

6. DOENÇAS DE CUNHO INFLAMATÓRIO E/OU AUTOIMUNE

A DOR INFLAMATÓRIA é um sintoma comum em diversas doenças reumatológicas, como artrite reumatóide, espondilite anquilosante, lúpus, esclerodermia dentre outras. Estas doenças afetam principalmente as articulações, mas também podem acometer outros órgãos, causando inflamação crônica e dor. A identificação dos sintomas, incluindo dor, inchaço, vermelhidão, calor e rigidez, é fundamental para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dessas condições. Nas doenças de cunho inflamatório/autoimune é mais frequente encontrar alterações de VHS/PCR e alterações em exames específicos.

6. 1 Artrite Reumatoide

6.1.1 Quadro clínico típico: A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica autoimune que afeta principalmente as articulações. Os principais sinais de alerta são:

- **Dor articular com rigidez matinal >30 minutos**, principalmente ao acordar.
- **Inchaço (edema) persistente** em pequenas articulações (sinovite), principalmente das mãos (metacarpofalângicas e interfalângicas proximais) e punhos.
- **Simetria** das articulações acometidas.
- Sintomas com duração superior a **6 semanas**.
- Fadiga, mal-estar e perda de peso podem estar presentes.

6.1.2 Quais exames solicitar na APS:

- **Hemograma:** pode mostrar anemia normocítica/normocrômica.
- **PCR e VHS:** geralmente elevados, indicam inflamação.
- **Fator reumatoide (FR):** positivo em cerca de 70-80% dos casos, mas pode ser negativo no início.
- **Anti-CCP (peptídeo citrulinado cíclico):** mais específico que o FR. Pode ser muito útil nos casos de FR negativo e nas dúvidas diagnósticas. Está em processo de incorporação no SUS.
- **Função renal e transaminases:** úteis para acompanhamento e planejamento terapêutico posterior.
- **Sorologias virais:** Hepatite B, C, HIV, VDRL – importante para diagnóstico diferencial
- **RX das mãos D e E 2 poses:** pesquisa de erosões.

6.1.3 – Critérios Classificatórios ACR 2010

Tabela 1

População-alvo (quem deve ser testado?)

Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema).*
Sinovite que não seja melhor explicada por outra doença.

*Os diagnósticos diferenciais são diferentes em pacientes com diferentes apresentações, mas podem incluir condições tais como lúpus eritematoso sistêmico, artrite psoriática e gota. Se houver dúvidas quanto aos diagnósticos diferenciais relevantes um reumatologista deve ser consultado.

**Critério de classificação para AR (algoritmo baseado em pontuação: soma da pontuação das categorias A-D).
Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente como AR**

Envolvimento articular ^a	
1 grande articulação ^b	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas ^c articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações)	2
4-10 pequenas articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações)	3
>10 articulações ^d (pelo menos uma pequena articulação)	5
Sorologia ^e (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação)	
FR negativo e AACP negativo	0
FR positivo em título baixo ou AACP positivo em título baixo	2
FR positivo em título alto ou AACP positivo em título alto	3
Provas de fase aguda ^f (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação)	
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos sintomas ^g	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

Lembrete Importante: Esses são **critérios de classificação (para pesquisa)**, mas são frequentemente usados na prática clínica como suporte ao diagnóstico. **Não são critérios diagnósticos absolutos.** O diagnóstico clínico deve sempre considerar o contexto, a evolução e os achados complementares

6.1.4 Fator Reumatoide, interpretação e armadilhas

O fator reumatoide (FR) é um autoanticorpo dirigido contra a fração Fc da imunoglobulina G (IgG). Embora seja frequentemente solicitado como parte da triagem para artrite reumatoide (AR), seu **valor diagnóstico isolado é limitado** e precisa ser interpretado com cuidado.

FR positivo em pessoas sem AR: O FR pode estar positivo em até 5–10% da população saudável, especialmente em:

- Idosos: o percentual pode chegar a 15% após os 65 anos.
- Infecções crônicas: tuberculose, hepatite B e C, endocardite bacteriana, sífilis.
- Outras doenças autoimunes: lúpus, síndrome de Sjögren, esclerose sistêmica.
- Doenças pulmonares crônicas e intersticiais.

- Neoplasias.

Ou seja, **um FR positivo isolado, sem quadro clínico compatível, não confirma artrite reumatoide.**

6.1.5 Quando encaminhar para o reumatologista:

- Artrite de pequenas articulações, principalmente se for simétrica e com rigidez matinal prolongada OU;
- Sinovite Vista ao exame físico OU;
- Preencher critérios ACR 2010 para AR OU;
- Doença inflamatória articular com duração >6 semanas OU;
- Alterações inflamatórias em exames laboratoriais (PCR, VHS) mesmo com FR negativo, quando excluídas outras causas (como infecções por exemplo).

LEITURA SUGERIDA

1. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Kay J, Upchurch KS. *Rheumatology (Oxford)*. 2012 Dec;51 Suppl 6:vi5-9. doi: 10.1093/rheumatology/kes279.PMID: 23221588 Review.
2. Efficacy of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2022 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis.
3. Kerschbaumer A, Sepriano A, Bergstra SA, Smolen JS, van der Heijde D, Caporali R, Edwards CJ, Verschueren P, de Souza S, Pope JE, Takeuchi T, Hyrich KL, Winthrop KL, Aletaha D, Stamm TA, Schoones JW, Landewé RBM. *Ann Rheum Dis*. 2023 Jan;82(1):95-106. doi: 10.1136/ard-2022-223365. Epub 2022 Nov 11.PMID: 36368906

6. 2 Espondiloartrites

Espondiloartrites (SpA) são um grupo de doenças inflamatórias crônicas que afetam principalmente a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas, podendo também envolver articulações periféricas e enteses (pontos de inserção dos tendões e ligamentos). As apresentações clínicas mais comuns são:

Espondilite Anquilosante (EA): caracterizada pela inflamação da coluna e das articulações sacroilíacas, com possível progressão para fusão vertebral.

Artrite Psoriásica (APs): ocorre em pacientes com psoríase, podendo acometer articulações periféricas e coluna, além de manifestações cutâneas e unhas.

Podemos ter também quadros secundários a inflamação intestinal (enteroartropatia) e secundários a infecções (artrite reativa).

Por ser um grupo de doenças com forte componente genético, lembrar de arguir sobre familiares, principalmente de primeiro grau, com diagnóstico prévio ou sintomas semelhantes. Importante a exclusão de outras condições clínicas como comprometimento neoplásico /fraturas/ hérnia de disco (causas de dor axial crônica).

6.2.1 Como suspeitar clinicamente das Espondiloartrites:

Sintomas comuns:

- Dor lombar inflamatória (início geralmente abaixo dos 40 anos de idade, piora com repouso, melhora com atividade) geralmente com rigidez matinal >30 minutos com ou sem dor noturna.
- Dor em região sacroilíaca, glúteos ou coxas.
- Artrite periférica (especialmente na APS).
- História de psoríase ou doença inflamatória intestinal.
- Entesites (dor em inserções de tendões, como calcanhar).
- Fadiga e sintomas extra-articulares (uveíte, psoríase, doença inflamatória intestinal).

6.2.2 Exames laboratoriais e de imagem

Exames de sangue:

- VHS e PCR: frequentemente elevados, mas podem estar normais.
- Fator reumatoide (FR) e anticorpos anti-CCP: geralmente negativos.
- HLA-B27: presente em ~90% dos pacientes com EA, menor frequência em APS (não é diagnóstico isolado, mas ajuda na suspeita). Está em processo de incorporação no SUS.

Exames de imagem:

- Radiografia da coluna e articulações sacroilíacas: alterações tardias como sacroileíte bilateral e fusão vertebral na EA.
- Radiografia de mãos e pés pode mostrar alterações típicas na APs (oligoartrite assimétrica, dactilite).

6.2.3 Considerar encaminhamento ao reumatologista quando:

- Dor lombar inflamatória persistente por >3 meses em jovem adulto OU;
- Dor lombar inflamatória e/ou artrite periférica /entesite associada a psoríase OU;
- Sinais de sacroileíte ou entesite à imagem (RX ou RNM) OU;
- Sintomas extra-articulares sugestivos (uveíte, doença inflamatória intestinal) OU;

- Exames laboratoriais e de imagem que reforcem suspeita de SpA.

LEITURA SUGERIDA

1. Axial **spondyloarthritis**. Navarro-Compán V, Sepriano A, Capelusnik D, Baraliakos X. *Lancet*. 2025 Jan 11;405(10473):159-172. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02263-3. PMID: 39798984 Review.
2. ASAS-**EULAR** recommendations for the management of axial **spondyloarthritis**: 2022 update. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, Ortolan A, Webers C, Baraliakos X, *Ann Rheum Dis*. 2023 Jan;82(1):19-34. doi: 10.1136/ard-2022-223296. Epub 2022 Oct 21. PMID: 36270658
3. **EULAR** recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO, Aletaha D, Baraliakos X, Bertheussen H, *Ann Rheum Dis*. 2024 May 15;83(6):706-719. doi: 10.1136/ard-2024-225531. PMID: 38499325

6.3 Lúpus e Síndrome De Sjögren

- **Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES):** doença autoimune sistêmica potencialmente grave que pode afetar múltiplos órgãos, com manifestações clínicas variadas — desde pele, articulações, rins, até sistema nervoso e hematológico.

- **Síndrome de Sjögren:** doença autoimune crônica que afeta principalmente as glândulas exócrinas, causando xerostomia (boca seca) e xeroftalmia (olhos secos), podendo ter manifestações sistêmicas associadas. Pode ser primária ou vir em associação com LES/Artrite Reumatoide – secundária.

6.3.1 Como suspeitar clinicamente

LES:

- Fadiga, febre, perda de peso, linfonodomegalias.
- Lesões cutâneas: rash malar (em “asa de borboleta”), fotosensibilidade, úlceras orais.
- Artrite franca ou artralgia não erosiva.
- Sintomas renais (edema, hipertensão, perda de proteína na urina, hematúria).
- Serosites (derrame pleural e pericárdico).
- Sintomas neurológicos (SNC /periféricos) e hematológicos (anemia – plaquetopenia – linfopenia).
- Fenômeno de Raynaud.

6.3.2 Critérios Classificatórios de Lúpus – EULAR/ACR 2019 (Resumo)

Para classificar como LES: FAN positivo ($\geq 1:80$) + Soma de ≥ 10 pontos, considerando somente o maior valor dentro de cada domínio.

1. Critério de Entrada (Obrigatório): FAN positivo ($\geq 1:80$ em células HEp-2 ou equivalente) Sem FAN positivo, não se aplica os demais critérios.

2. Critérios Classificatórios Ponderados

- 1 Organizados em 7 domínios clínicos e 3 imunológicos.
- 2 Dentro de cada domínio, apenas o critério com maior pontuação conta (não soma dentro do mesmo domínio).
- 3 É necessário somar ≥ 10 pontos para classificar como LES.

Domínios e Pontuações

Domínio	Critério	Pontos	
Constitucional	Febre ($>38,3^{\circ}\text{C}$)	2	
Hematológico	Leucopenia (<4.000)	3	
	Trombocitopenia (<100.000)	4	
	Anemia hemolítica	4	
Neuropsiquiátrico	Delírio	2	
	Psicose	3	
	Convulsão	5	
Mucocutâneo	Úlceras orais ou nasais	2	
	Alopecia não cicatricial	2	
	Lúpus cutâneo agudo (rash malar, etc.)	6	
	Lúpus subagudo ou discoide	4	
Serosas	Derrame pleural	5	
	Derrame pericárdico	6	
Articular	Artrite (≥ 2 articulações com sinovite, edema ou derrame)	6	
Renal	Proteinúria $\geq 0,5\text{g}/24\text{h}$	4	
	Biópsia renal Classe II ou V (ISN/RPS)	8	
	Biópsia renal Classe III ou IV (ISN/RPS)	10	
IMUNO	AC	Anti-dsDNA ou anti-Sm positivo	6
	SAF	Anticorpos antifosfolípidos (anticardiolipina, anti- $\beta 2\text{GP1}$, VDRL falso positivo)	2
	C3/C4	Hipocomplementemia (C3 OU C4 baixo)	3
		Hipocomplementemia profunda (C3 EC4 baixos)	4

Lembrete Importante: Esses são critérios de classificação (para pesquisa), mas são frequentemente usados na prática clínica como suporte ao diagnóstico. Não são critérios diagnósticos absolutos. O diagnóstico clínico deve sempre considerar o contexto, a evolução e os achados complementares

Síndrome de Sjögren:

- Boca seca persistente, dificuldade para engolir alimentos secos (necessidade de água nas refeições).
- Olhos secos, sensação de areia, irritação ocular.
- Inchaço das glândulas salivares (parotidite de repetição).
- Fadiga e artralguas.

6.3.3 Exames laboratoriais

LES:

- **Hemograma:** anemia, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia.
- **Parcial de Urina:** proteinúria, hematúria, cilindros (indicam possível nefropatia).
- **FAN (anticorpo antinuclear):** positivo na maioria dos casos.
- **Anti-DNA e anti-Sm:** específicos para LES.
- **Complemento (C3, C4):** geralmente reduzido em atividade da doença.

Síndrome de Sjögren:

1. **FAN:** positivo em até 70%
2. **Anti-Ro (SSA) e Anti-La (SSB):** marcadores específicos
3. **Testes funcionais:** teste de Schirmer (medida da produção lacrimal), sialometria (produção salivar), avaliação oftalmológica atestando olho seco.

6.3.4 FAN - interpretação e armadilhas:

O FAN é um exame que detecta a presença de autoanticorpos contra componentes do núcleo celular, sendo usado principalmente para investigar doenças autoimunes. Cerca de **5% a 15% da população saudável** pode apresentar FAN positivo, especialmente em baixos títulos (geralmente até 1:80). A positividade aumenta com a idade, podendo chegar a 20% em idosos. Mulheres apresentam maior taxa de positividade, mesmo sem doença autoimune. Geralmente um FAN positivo isolado em títulos baixo, sem padrão específico (pontilhado fino denso) e sem sintomas ou outros exames alterados geralmente não tem correlação clínica. Ficar atento aos demais sinais e sintomas / alterações nos exames laboratoriais.

6.3.5 Quando encaminhar ao reumatologista

- **LES:** em suspeita clínica com manifestações sistêmicas, exames laboratoriais sugestivos (FAN positivo, DNA+ SM+, citopenias, proteinúria, artite, lesões de pele), ou sinais de envolvimento renal, neurológico ou hematológico.
- **Síndrome de Sjögren:** em pacientes com queixas persistentes de boca e olhos secos, exames positivos para FAN/anti-Ro/La.

LEITURA SUGERIDA

1. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus: a review. *JAMA*. 2024;331(17):1480-1491. [doi:10.1001/jama.2024.2315](https://doi.org/10.1001/jama.2024.2315).
2. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400-1412. [doi:10.1002/art.40930](https://doi.org/10.1002/art.40930).
3. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, et al. 2016 ACR-EULAR classification criteria for primary Sjögren's syndrome: a consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(1):35-45. [doi:10.1002/art.39859](https://doi.org/10.1002/art.39859).
4. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(1):3-18. [doi:10.1136/annrheumdis-2019-216114](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216114).
5. Brito-Zerón P, Baldini C, Bootsma H, et al. Sjögren syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16047. doi:10.1038/nrdp.2016.47

7. OSTEOPOROSE

Osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada pela redução da densidade mineral óssea (DMO) e pela deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando ao aumento do risco de fraturas, especialmente em vértebras, fêmur proximal e antebraço.

7.1 Os principais Fatores de Risco são:

- Idade ≥ 65 anos (mulheres) **ou** ≥ 70 anos (homens).
- História pessoal ou familiar de fratura por fragilidade.
- Baixo peso corporal (**IMC < 19**).
- Uso prolongado de corticoides (≥ 5 mg/dia de prednisona por ≥ 3 meses).
- Tabagismo **e/ou** etilismo crônicos.
- Sedentarismo.
- Hipogonadismo, menopausa precoce (< 45 anos).
- Doenças reumatológicas crônicas (ex: AR, LES).
- Diabetes mellitus tipo 1 ou 2.
- Doença celíaca, cirurgia bariátrica prévia ou outras condições de má absorção.

7.2 Indicações de Densitometria Óssea (DXA)

A densitometria óssea (DO) é o principal exame utilizado para o diagnóstico da osteoporose e avaliação do risco de fraturas. A DO deve ser solicitada conforme as situações/indicações clínicas dispostas abaixo ou diante a estratificação de risco calculada pelo FRAX. O pedido da DO deve conter de forma clara o motivo da solicitação.

7.2.1. Mulheres

- Mulheres pós-menopáusicas com ≥ 65 anos, independentemente de fatores de risco.
- Mulheres entre 50- 65 anos com um ou mais fatores de risco para fraturas osteoporóticas:
 - História pessoal de fratura por fragilidade.
 - IMC < 19 kg/m².
 - Tabagismo ativo ou consumo excessivo de álcool.
 - Uso crônico de glicocorticoides (≥ 5 mg/dia de prednisona por ≥ 3 meses).
 - Artrite reumatoide ou outras doenças inflamatórias crônicas.
 - História materna/paterna de fratura de quadril.
 -

7.2.2. Homens

- Homens ≥ 70 anos, independentemente de fatores de risco.
- Homens entre 50 e 69 anos com fatores de risco descritos acima.

7.2.3. Ambos os sexos

- Adultos com fratura por fragilidade após os 50 anos.
- Uso crônico (de longa data) de medicamentos osteopenizantes (são exemplos: anticonvulsivantes, heparina, inibidores da aromatase, análogos do GnRH, etc.).
- Doenças associadas à perda óssea: hiperparatireoidismo, hipogonadismo, mieloma múltiplo, doença celíaca, entre outras.

7.2.4. Avaliação de Risco de Fratura – Utilização do FRAX®

O uso da ferramenta **FRAX® (Fracture Risk Assessment Tool)**, desenvolvida pela OMS, é recomendado para estimar o risco de fratura osteoporótica maior (coluna, quadril, úmero e punho) e fratura de quadril em pacientes com ou sem densitometria.

- Deve ser utilizado em **adultos com idade entre 40 e 90 anos**, especialmente nos casos em que a indicação da DXA não é clara.
- Valores de risco $\geq 20\%$ para fratura osteoporótica maior ou $\geq 3\%$ para fratura de quadril (em 10 anos) indicam risco elevado e justificam a realização da DXA.

A ferramenta está disponível gratuitamente em português no site:

<https://abrasso.org.br/frax-brasil/>

Periodicidade Recomendada da DO

- **População geral sem tratamento:** a cada 4 anos, dependendo da densidade mineral óssea basal e dos fatores de risco clínicos de cada paciente.
- **Situações clínicas específicas com risco elevado de perda óssea** podem **justificar** reavaliações em **intervalos menores**, a critério médico (justificar no pedido o motivo do intervalo menor).
- **Pacientes tratamento para osteoporose:** reavaliar preferencialmente **1x ao ano**.

7.3 Investigação Inicial

Na suspeita de osteoporose, são realizados exames laboratoriais para avaliar o metabolismo ósseo e identificar possíveis causas secundárias da doença.

- **Exames gerais:** Hemograma, PCR, TSH, Ast, ALT, Creatinina, parcial de urina , Eletroforese de proteínas séricas (especialmente se acima de 65 anos).

- **Perfil metabólico:** cálcio total, 25-hidroxivitamina D, fósforo, PTH e fosfatase alcalina. Calciúria de 24 horas pode ser pedida na suspeita de hipercalcúria ou no antecedente de cálculo renal prévio.

- **Radiografias:** sugestão de avaliar a da coluna torácica/lombossacra para pesquisa de fraturas por insuficiência.

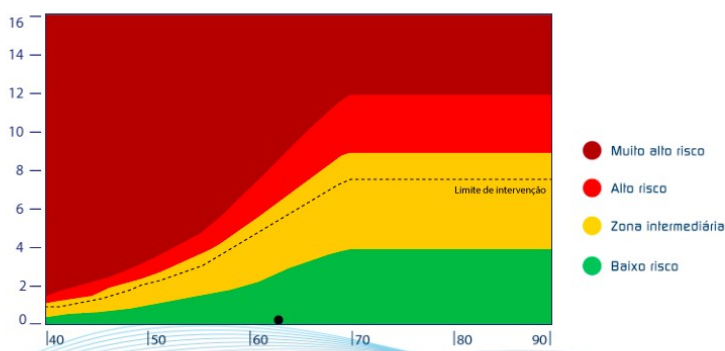
7.4 Estratificação de Risco pelo FRAX – importante para tomada de decisão terapêutica

O FRAX é uma ferramenta que estima o risco de fratura osteoporótica em 10 anos. Pode ser calculado **com ou sem os dados DMO**, mas sua acurácia é maior com o dado do T-score do fêmur. Sugerimos que você se familiarize com essa ferramenta. Vai te ajudar na tomada de decisão.

2 Acesse o FRAX BRASIL (grátis) em: <https://abrasso.org.br/frax-brasil/>

3 Insira dados clínicos e, se disponível, T-score do colo femoral

4 Ele fará o cálculo do risco para as Fratura osteoporótica maiores e Fratura de quadril .São considerados para alto risco de fratura (variam por país, mas geralmente): **Fratura osteoporótica maior $\geq 20\%$ e/ou Fratura de quadril $\geq 3\%$**



Entendendo o gráfico do FRAX:

Muito Alto Risco

Recomenda-se fortemente a instituição de tratamento farmacológico. Considerar referenciar ao especialista pois são pacientes com indicação mais frequente de tratamento injetável.

Alto Risco

Indica grande probabilidade de fratura osteoporótica maior e/ou fêmur proximal nos próximos 10 anos, recomendando fortemente a instituição de tratamento farmacológico. Iniciar geralmente com o uso de Bifosfonatos Orais.

Zona Intermediária

Mostra que os dados não foram suficientes para definir a indicação da terapia medicamentosa e sugere a necessidade de realização da densitometria óssea para aprimorar a avaliação. A zona intermediária do gráfico só é gerada quando o FRAX é calculado sem os dados de DMO.

Baixo Risco

Indica que, pelo baixo risco de fraturas maiores e/ou de fêmur proximal neste momento, a instituição de terapêutica medicamentosa específica não é necessária (Bifosfonatos). Se houver osteopenia na DMO, cálcio e VitD podem ser iniciados. Entretanto, medidas globais de promoção de saúde óssea devem ser instituídas e o risco deve ser reavaliado periodicamente, segundo critérios clínicos.

Estes limiares pretendem orientar o momento de iniciar terapêutica medicamentosa da osteoporose. Entretanto, a decisão final deve ser SEMPRE interpretada no contexto clínico.

7.5 Tratamento

7.5.1 MEDIDAS GERAIS

- 1 Cessar tabagismo e limitar álcool (< 2 doses/dia).
- 2 Prevenção de quedas: revisar medicamentos, ambiente seguro, indicação de fisioterapia, etc .
- 3 Atividade física regular (musculação, equilíbrio, caminhada, pilates, ioga, etc).

7.5.2 OSTEOPENIA E/OU BAIXO RISCO DE FRATURAS pelo FRAX → Você deve aplicar as medidas gerais + Suplementação de CÁLCIO + VITAMINA D.

- **Suplementação de cálcio**

Temos como objetivo para Mulheres ≥ 50 anos uma ingesta de cálcio em torno de 1.200 mg/dia (composto por dieta + suplemento)

Fica a sugestão de avaliar inicialmente a ingestão dietética de cálcio (arguir sobre consumo de leite, iogurtes, queijos, vegetais verdes, etc). Se a ingestão for suficiente (≥ 1.000 – 1.200 mg/dia), não seria necessário suplementar. Mas vale ressaltar que a ingestão

de cálcio no Brasil costuma estar abaixo do recomendado pela Fundação Internacional de Osteoporose (IOF). A média de consumo diário nos estudos é de cerca de 500-600 mg/indivíduo/dia.

Se o consumo pela dieta for insuficiente, suplementar cálcio para completar o necessário (ex: 500 a 1.000 mg/dia).

- **Carbonato de cálcio** (mais comum na rede pública) – na maioria das vezes 1cp.dia é o suficiente. Importante: 1.250 mg de carbonato de cálcio = aproximadamente 500 mg de cálcio elementar. Atenção que geralmente o cálcio disponível pelo Sus contém menos VITD (Disponível na REMUME o Carbonato de cálcio 1.250mg comprimidos e também o Carbonato de cálcio + Colecalciferol 500mg +400 UI- Comprimido - nas farmácias distritais.) por comprimido. O carbonato de cálcio precisa de uma acidez estomacal adequada para ser absorvido (ideal tomar após o almoço), sendo menos adequado para pessoas com baixa acidez ou que tomam medicamentos que reduzem a acidez (uso crônico de IBP). O carbonato de cálcio pode causar desconforto gastrointestinal, como obstipação, em alguns indivíduos, enquanto o citrato malato de cálcio tende a causar menos efeitos colaterais.

- **Cálcio-Citrato-malato (CCM):** O CCM é uma forma orgânica de cálcio que se liga ao ácido cítrico e ao ácido málico, facilitando a sua dissolução no estômago e aumentando a sua absorção no intestino. Comparado a outras formas de cálcio, o CCM (Não padronizado na REMUME) é geralmente melhor tolerado e tem menos risco de causar problemas gastrointestinais. O citrato presente no CCM pode alcalinizar o pH urinário e diminuir o risco de formação de pedras nos rins. As formulações prontas de CCM geralmente possuem mais vitD (1.000/2.000 por cp).

- **Quando dar preferência ao citrato de cálcio?** Idosos com hipocloridria, uso crônico de inibidores de bomba de prótons (IBPs), síndromes de má absorção, Pós-cirurgia bariátrica, intolerância ao carbonato de cálcio e litíase renal prévia são algumas condições.

São contraindicações à Suplementação de Cálcio

Contraindicações Absolutas:

- Hipercalcemia – níveis elevados de cálcio no sangue contraindicam qualquer forma de suplementação.
- Hipercalciúria grave não tratada – pode piorar a excreção urinária de cálcio e aumentar o risco de nefrolitíase.
- Nefrolitíase (por cálculo de cálcio) recorrente ou ativa – cálculos renais do tipo oxalato ou fosfato de cálcio podem ser agravados pela suplementação.
- Doença renal crônica avançada sem controle da calcemia/fosfatemia – risco de calcificações ectópicas.

Precauções / Contraindicações Relativas:

- Uso concomitante com certos medicamentos – pode interferir na absorção de levotiroxina, tetraciclina, fluoroquinolonas e bisfosfonatos. Orientar administração com intervalo de 2 a 4 horas.

Suplementação de VITAMINA D:

- Sugestão de Manter 25(OH)D \geq 30 ng/mL \rightarrow 30-60 ng/ml são níveis adequados na maior parte dos casos se necessário, suplementar.
- Sugestão de repor 1.000 a 2.000 UI/dia de vitamina D3, podendo ser maior em idosos ou com má absorção. A reposição pode ser isolada ou associada ao cálcio (*Disponível na REMUME apenas o Carbonato de **cálcio** + Colecalciferol 500mg +400 UI- Comprimido nas farmácias distritais.) (formulações prontas).

7.5.3 OSTEOPOROSE na DMO E/OU Osteopenia com Presença de FRATURA por Fragilidade E/OU ALTO RISCO DE FRATURAS pelo FRAX

Manter as medidas gerais + suplementação de cálcio + VITD e iniciar o tratamento farmacológico. Tratamento farmacológico está indicado nos seguintes casos:

- 1 **Fratura por fragilidade** (coluna, quadril) independente do T-score na DMO.
- 2 **T-score \leq -2,5** na coluna lombar, colo femoral, quadril total ou rádio distal (1/3).
- 3 **Osteopenia (T entre -1,0 e -2,5)** com **alto risco de fratura pelo FRAX®**:
 - \geq 20% para fratura osteoporótica maior;
 - \geq 3% para fratura de quadril.

O tratamento farmacológico INICIAL se dá com o uso dos antirreabsortivos orais ou injetáveis. O objetivo primário é a redução do risco de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril.

7.5.3.1 REABSORTIVOS ORAIS (tratamento por +ou- 5 anos):

- 1 Alendronato 70 mg 1x/semana, VO em jejum. *Alendronato: fornecido através do Programa Farmácia Popular do Brasil e nas farmácias distritais através de protocolo municipal.
- 2 Risedronato 35 mg 1x/semana, VO em jejum. *Disponível através de processo administrativo no CEAF, conforme protocolo do MS.
- 3 Administração: sozinho, 1x na semana, em jejum com água, sem deitar ou comer por 40 minutos. Não pode ser ingerido juntamente com IBP ou Levotiroxina.

4 Contraindicações: esofagopatias, hipocalcemia, insuf. Renal com TFG < 30 mL/min.

7.5.3.2 REABSORTIVOS INJETÁVEIS : São usados em casos de intolerância a bifosfonatos orais ou muito alto risco de fraturas (vide protocolo da secretaria de saúde).

5 Ácido zoledrônico 5 mg IV 1x ao ano por 3 a 6 anos a depender da estratificação de risco e evolução densitométrica

7.5.4 OSTEOPOROSE COM MUITO ALTO RISCO DE FRATURAS pelo FRAX ou FRATURAS RECORRENTES.

Considerar Terapias injetáveis (ácido zoledrônico), terapias sequenciais e até mesmo considerar o uso dos anabólicos. Nessa situação, considerar referenciar para especialista em reumatologia. *Ác. zoledrônico e romosozumabe padronizados no SUS através de processo administrativo no CEAF (Farmácia Escola).

7.5.4.1 Terapias anabólicas (romosozumabe): para risco muito alto de fratura. Sugestão de uso na atenção especializada (encaminhar para reumatologia). *Incluir a informação sobre o tempo de tratamento, *conforme protocolo MS no CEAF: Bisfosfonato oral (Risedronato): manter por cinco anos e pode ser estendido por dez anos em pacientes com risco de fratura elevado (T-escore menor que -3,0 ou na presença de fraturas). Bisfosfonato intravenoso (Ácido zoledrônico e Pamidronato): manter por três anos e pode ser estendido por seis anos em pacientes com risco de fratura elevado (T-escore menor que -3,0 ou na presença de fraturas). Romosozumabe: No máximo um ano.

7.6. Contraindicações ao Uso de Bifosfonatos Orais

7.6.1. Contraindicações Absolutas:

- Incapacidade de permanecer em pé ou sentada por pelo menos 30 minutos – risco aumentado de esofagite e ulceração esofágica.
- Doenças esofágicas ativas – como acalasia, estenose esofágica ou varizes esofágicas.
- Hipocalcemia não corrigida – os bisfosfonatos podem piorar a hipocalcemia.
- Alergia aos bisfosfonatos – reação de hipersensibilidade conhecida ao princípio ativo ou excipientes.
- Incapacidade de deglutir comprimidos grandes – especialmente em pacientes com distúrbios neurológicos.

7.6.2. Contraindicações Relativas / Precauções:

- Doença renal grave – ClCr < 30–35 mL/min: geralmente se evita o uso
- Histórico de cirurgia bariátrica – pode afetar a absorção ou aumentar risco de complicações esofágicas.
- Distúrbios gastrointestinais ativos – como gastrite severa, úlcera péptica ou esofagite de refluxo grave.

Cuidados antes do uso:

- Corrigir déficits de cálcio e vitamina D antes de iniciar o tratamento.
- Avaliar função renal (ureia, creatinina, clearance estimado).
- Orientar o paciente sobre a administração correta: tomar em jejum, com água, sem comer ou se deitar por 30 minutos após a ingestão.

7.7 Quando Encaminhar ao Especialista

Encaminhamento está indicado se:

- Fraturas recorrentes ou múltiplas;
- Intolerância ou falha aos bifosfonatos orais /tratamento inicial da UBS;
- Sinais de Osteoporose secundária (ex: hiperparatireoidismo, má absorção, etc);
- Casos com doença renal crônica;

OBS: Encaminhar com DO recente e exames iniciais prontos.

Algoritmo de Tratamento de Osteoporose Pós-Menopausa

Score T da coluna lombar ou colo do fêmur ou quadril total $\leq -2,5$, histórico de fratura por fragilidade ou alta

Avaliar as causas da osteoporose secundária

Corrigir a deficiência de cálcio/vitamina D e abordar as causas da osteoporose secundária

Recomendar terapia farmacológica
Educação sobre a doença, mudança de estilo de vida, prevenção de quedas, benefícios e riscos dos medicamentos

ALTO RISCO pelo FRAX / SEM FRATURA PRÉVIAS

Alendronato 70mg, Risedronato 35mg, Acido Zoledrônico 5mg/100ml
Terapia alternativa: Raloxifeno 60mg

Reavaliar anualmente a resposta à terapia e o risco de fratura

DMO crescente ou estável e sem fraturas

Progressão da perda óssea ou fraturas recorrentes

Considerar uma pausa no uso dos medicamentos após 5 anos de terapia oral e 3 anos de terapia intravenosa Ac Zoledrônico.

Avaliar a adesão ao tratamento
Reavaliar as causas da osteoporose secundária e os fatores que levam à resposta subótima à terapia.

Retomar a terapia se ocorrer uma fratura ou a DMO diminuir além da VMS (perda densitométrica) ou o paciente atender aos critérios iniciais de tratamento.

Trocar para antirreabsortivo injetável (Ac Zoledrônico) se estiver usando agente oral

Trocar para anabólico (romosozumabe) se estiver usando antirreabsortivo injetável ou risco muito alto de fratura - (ver critérios de liberação conforme protocolo SES).

Considerar avaliação atenção especializada.

GUIA DE ABREVIATURAS

DMO - densidade mineral óssea
VMS - Variação Mínima Significativa

MUITO ALTO RISCO PELO FRAX / COM FRATURAS ANTERIORES

Primeira Opção: Acido Zoledrônico 5mg Ev 6 anos, Romosozumabe
Terapia alternativa: Alendronato, Risedronato

Reavaliar anualmente para resposta à terapia e risco de fratura

Acido Zoledronico 1x.ano

Se ESTÁVEL, continue a terapia por 6 anos

Se houver progressão da perda óssea ou fraturas recorrentes, considere mudar romosozumabe (encaminhar para atenção especializada)

Romosozumabe por 1 ano

Sugestão de Terapia sequencial inicial com Anabólico seguido com agente antirreabsortivo Oral ou Injetável

Encaminhar atenção especializada

* Risco de fratura osteoporótica grave em 10 anos $\geq 20\%$ ou risco de fratura de quadril $\geq 3\%$.

*Considere uma pausa (FERIAS) no uso do medicamento após 6 anos de uso de Ac. Zoledronico intravenoso e após 5 anos de bifosfonados orais. Casos especiais e de alto risco podem exigir avaliação da atenção especializada para discussão de conduta alternativa..

LEITURA SUGERIDA

1. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Diab DL, Eldeiry LS, Farooki A, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis – 2020 update. *Endocr Pract.* 2020;26(Suppl 1):1-46. doi:10.4158/GL-2020-0524SUPPL. PMID:32427503.
2. Subarajan P, Arceo-Mendoza RM, Camacho PM. Postmenopausal osteoporosis: a review of latest guidelines. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2024;53(4):497-512. doi:10.1016/j.ecl.2024.08.008. Epub 2024 Oct 5. PMID:39448132.
3. FRAX Brasil. Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO). Disponível em: <https://abrasso.org.br/frax-brasil/>.

8. FIBROMIALGIA

A **fibromialgia** é uma síndrome de dor musculoesquelética crônica e difusa, de origem não inflamatória, associada à amplificação da percepção da dor no sistema nervoso central. Está frequentemente acompanhada de sintomas como fadiga, distúrbios do sono e alterações cognitivas por mais de 3 meses.

8.1 Quadro Clínico – Sintomas Principais

- Dor difusa (em ambos os lados do corpo, acima e abaixo da cintura) por mais de **3 meses**.
- Fadiga persistente.
- Insônia ou sono não reparador.
- Déficits cognitivos ("fibro fog"): dificuldade de concentração, memória e atenção.
- Parestesias, sensação de formigamento nos membros.
- Rigidez matinal.
- Sintomas ansiosos e/ou depressivos são comuns.
- Pode haver queixas gastrointestinais (síndrome do intestino irritável), urinárias (síndrome da bexiga dolorosa/hiperreativa), dor pélvica crônica, cefaleia tensional e outros.

8.2 Como Fazer o Diagnóstico de Fibromialgia na Atenção Primária em Saúde

Passo 1: Suspeitar de Fibromialgia quando o paciente apresentar:

- **Dor difusa** há mais de **3 meses** (em ambos os lados do corpo, acima e abaixo da cintura).
- Associada a pelo menos dois dos seguintes sintomas:
 - **Fadiga persistente.**
 - **Sono não reparador.**
 - **Dificuldade cognitiva** ("fibro fog").
 - Sintomas somáticos múltiplos (formigamento, dor abdominal, cefaleia, intestino irritável, tontura, bexiga hiperativa, etc.).

Importante: A dor deve ser persistente e não episódica.

Passo 2: Avaliar Criteriosamente a História Clínica e o Exame Físico

- **História Clínica:**
 - Início insidioso.

- Sem sinais de inflamação (edema, calor, rubor).
- Dor migratória, difícil de localizar.
- Queixas de sono ruim, acordar cansado, fadiga que não melhora com repouso.
- Sintomas ansiosos ou depressivos são comuns, mas não obrigatórios.
- **Exame físico:**
 - Não há sinais inflamatórios objetivos.
 - Sensibilidade dolorosa generalizada à palpação, sem edema, calor ou rigidez inflamatória nas articulações.
 - Neurológico normal (força, reflexos e sensibilidade preservada, embora haja hipersensibilidade à dor).
 - Não há a necessidade de palpação dos pontos dolorosos.

Passo 03: Aplicar os critérios classificatórios para fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 2016.

Estabelecem que um diagnóstico de fibromialgia é válido quando: o Índice de Dor Generalizada (IDG/WPI) é maior ou igual a 7 e a Pontuação da Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS/SSS) é maior ou igual a 5, ou WPI entre 4 e 6 com SSS maior ou igual a 9. Além disso, os sintomas devem estar presentes por pelo menos três meses e o diagnóstico não deve ser excluído por outras condições médicas.

- **Índice de Dor Generalizada (IDG/WPI):** contabilizar de 0 a 19 áreas do corpo com dor nas últimas semanas.
- **Escala de Gravidade dos Sintomas (EGS/SSS):** avaliar de 0 a 12, somando:
 - Fadiga.
 - Sono não reparador.
 - Déficit cognitivo.
 - Sintomas somáticos gerais (cefaleia, dor abdominal, tontura, etc.).

Diagnóstico:

- **IDG/WPI ≥ 7 e EGS/SSS ≥ 5 , ou IDG/WPI 4–6 e EGS/SSS ≥ 9 .**
- Sintomas presentes por **≥ 3 meses.**
- Ausência de outra condição que explique totalmente a dor.

Paciente satisfaz os critérios de diagnóstico de FM se as quatro condições a seguir forem atendidas:

1) Índice de Dor generalizada (IDG) ≥ 7 e Escore de Gravidade de Sintomas (EG\$) ≥ 5 OU IDG 3-6 e escore de EG\$ ≥ 9 .

ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA (IDG) ou Widespread Pain Index (WPI)

Em quantas áreas o paciente teve dor na última semana? A pontuação será entre 0 e 19.

VISTA ANTERIOR DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Mandíbula direita						
	<input type="checkbox"/> Mandíbula esquerda					<input type="checkbox"/> Costas (dorsal)	
	<input type="checkbox"/> Pescoço (anterior)				VISTA POSTERIOR DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Lombar	
	<input type="checkbox"/> Ombro direito			<input type="checkbox"/> Quadril direito ou nádega			
	<input type="checkbox"/> Peito			<input type="checkbox"/> Quadril esquerdo ou nádega			
	<input type="checkbox"/> Ombro esquerdo						
	<input type="checkbox"/> Braço superior direito						
	<input type="checkbox"/> Braço superior esquerdo				QUANTIDADE DE REGIÕES ASSINALADAS:		
	<input type="checkbox"/> Abdome						
	<input type="checkbox"/> Braço Inferior direito						
	<input type="checkbox"/> Braço Inferior esquerdo						
	<input type="checkbox"/> Perna superior direita						
	<input type="checkbox"/> Perna superior esquerda						
	<input type="checkbox"/> Perna Inferior direita						
	<input type="checkbox"/> Perna Inferior esquerda						

2) Os sintomas estão presentes em um nível semelhante há pelo menos 3 meses.

3) Presença de fadiga, sono não reparador, déficit cognitivo e importante alteração de humor

ESCORE DE GRAVIDADE DE SINTOMAS (EG\$) ou Symptom Severity (\$\$)

Para cada um dos três sintomas abaixo, indique o nível de gravidade da última semana usando a seguinte escala.

0 = sem problemas 1 = problemas leves, geralmente leves ou intermitentes 2 = problemas consideráveis moderados,

frequentemente presentes e/ou em nível moderado 3 = grave: problemas generalizados, contínuos e perturbadores da vida

	<input type="checkbox"/> Fadiga						
	<input type="checkbox"/> Distúrbios do Sono						
	<input type="checkbox"/> Sintomas Cognitivos						
	***** Fatores Somáticos (avaliar lista abaixo)						



**** SINTOMAS SOMÁTICOS											
Considerando os sintomas somáticos em geral, indique se o paciente tem:											
<i>0 = sem sintomas 1 = poucos sintomas 2 = um número moderado de sintomas 3 = muitos sintomas</i>											
*Dor muscular			*Visão turva			*Erupção cutânea					
*Síndrome do Intestino Irritável			*Espasmos na bexiga			*Sensibilidade ao sol					
*Fadiga/Cansaço			*Diarréia			*Dificuldades auditivas					
*Problemas de raciocínio ou lembrança			*Boca seca			*Contusões fáceis					
*Fraqueza muscular			*Coceira/Urticária			*Perda de cabelo					
*Dor de cabeça			*Chiado do peito			*Miccão frequente					
*Dor/cálbras no abdômen			*Fenômeno de Reynaud			*Miccão dolorosa					
*Dormência/Formigamento			*Zumbido no ouvido								
*Tontura			*Azia								
*Insônia			*Úlceras Orais								
*Depressão			*Perda/ Alteração de paladar								
*Constipação			*Convulsões								
*Náusea/Vômito			*Olhos secos								
*Nervosismo			*Falta de ar								
*Dor no peito			*Perda de apetite								
O escore da escala EGS é a soma da gravidade dos três sintomas (fadiga, distúrbios do sono, sintomas cognitivos) mais a extensão (gravidade) dos sintomas somáticos em geral. A pontuação final é entre 0 e 12.											
PONTUAÇÃO FINAL:											
4) Ausência de qualquer outra condição clínica que explique a dor (considerar outras doenças em caso de existirem antes do diagnóstico de fibromialgia) (analisar revisão ACR 2016)											
IMPORTANTE!											
Antes do fechamento diagnóstico é importante considerar a exclusão das seguintes condições :											
* Distúrbios da Tireóide, sem tratamento prévio (Sugestão de exame para descarte TSH);											
* Doenças reumatológicas prévias (Sugestões de exames para descarte FAN, FR, VHS, PCR, CK);											
* Distúrbios ortopédicos não tratados de forma adequada, anteriormente (Sugestão de RX, RM ou US);											
* Deficiência Vitaminica, sem reposição (Sugestões de exames para descarte Vit B12 + Vit D);											
* TOC ou TDS diagnosticados;											

Passo 4: Excluir Outras Causas de Dor Difusa

Importante: **Fibromialgia é uma condição de diagnóstico positivo, mas requer exclusão de doenças que também cursam com dor difusa e fadiga.**

Avaliação Laboratorial Básica (para descartar outras doenças):

- **Hemograma:** Anemia pode sugerir doença inflamatória, doença autoimune ou hipotireoidismo.
- **TSH e T4 livre:** Para excluir hipotireoidismo, que cursa com fadiga, mialgia e sonolência.
- **VHS e PCR:** Devem ser normais na fibromialgia. Valores elevados sugerem doença inflamatória (artrite reumatoide, polimialgia reumática, lúpus).
- **Função renal e hepática:** Avaliar outras causas de fadiga (insuficiência renal, hepática).
- **Cálcio, vitamina D, Vit B12:** Para avaliar osteomalácia (que pode causar dor óssea difusa) e deficiência de vitamina D/Vit B12, que agravam a dor músculo-esquelética.
- **Importante:** condições clínicas como DM, HAS, Hipotireoidismo e outros devem estar compensadas (dentro da meta terapêutica)

ATENÇÃO: Sinais de Alerta (não típicos de fibromialgia):

- Perda de peso inexplicada.
- Febre ou sudorese noturna.
- Dor articular com sinais inflamatórios (edema, calor, vermelhidão, sinovite).
- Fraqueza muscular objetiva ao exame físico (não apenas sensação de fraqueza).
- Déficit neurológico (paralisias, alteração de reflexos).
- Dor noturna progressiva ou história de câncer prévio.

Se algum desses sinais estiver presente, NÃO diagnosticar fibromialgia até excluir outras doenças.

8.3 Tratamento Inicial na Atenção Primária em Saúde

8.3.1 Educação do paciente (pilar principal)

- Explicar que é uma síndrome de amplificação da dor, sem inflamação, sem risco de deformidades ou comprometimento de órgãos.
- Validação dos sintomas e orientação sobre autocuidado.

8.3.2 Intervenções não farmacológicas (priorizar)

Princípio-chave:

- O tratamento é **multimodal**, centrado no paciente, e busca melhorar a funcionalidade, qualidade de vida e controle da dor.
- Intervenções não medicamentosas são a **primeira linha**, com eficácia superior, sustentada e menos efeitos adversos que os fármacos.
- Encaminhar para núcleos de atendimento especializados e de práticas integrativas como a AMASF e o NUPICS.

8.3.3 Educação e Entendimento da Doença (Psicoeducação)

É o primeiro e mais importante passo. O paciente deve entender que:

- A fibromialgia é uma síndrome de amplificação da dor, sem inflamação, sem deformidades e sem risco de progressão para outras doenças.
- É uma condição real, validada, reconhecida pela OMS e pelas sociedades médicas.
- Embora não haja cura, **há controle eficaz com autocuidado e mudanças de hábitos**.
- O paciente tem papel central na melhora, com estratégias ativas, especialmente atividade física e manejo do estresse.
- Apenas o ato de esclarecer, validar e orientar já reduz sintomas, ansiedade e busca desnecessária por exames e tratamentos inadequados.

8.3.4 Exercício Físico – Principal Intervenção Terapêutica

É o tratamento com maior evidência e benefício comprovado.

Tipos de exercício recomendados:

- **Aeróbicos:** caminhada, hidroginástica, bicicleta, dança, natação.
- **Resistência muscular:** musculação leve a moderada, pilates, treino funcional adaptado.
- **Alongamento e flexibilidade:** yoga, tai chi, exercícios de mobilidade.

Como prescrever:

- **Início progressivo**, adaptado à tolerância do paciente.
- Preferencialmente **supervisionado** inicialmente (educadores físicos, fisioterapeutas).
- **Frequência:** 2-3 vezes por semana, progredindo conforme capacidade/adaptação.
- **Intensidade:** leve a moderada no início. Progressão lenta.

- **Duração:** sessões de 20-60 minutos.

Atenção:

- Nos primeiros dias, é esperado leve aumento da dor, que não deve ser motivo para interromper.
- Progressão lenta é a chave para evitar frustrações.
- **Nenhum outro tratamento isolado tem tanto impacto positivo quanto o exercício regular.**

8.3.5 Intervenções farmacológicas

O tratamento farmacológico pode ser útil, especialmente quando há falha nas abordagens não medicamentosas ou presença de sintomas intensos. As principais classes de medicamentos com evidência de benefício são os antidepressivos (especialmente inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina – IRSN), anticonvulsivantes e, em menor grau, antidepressivos tricíclicos. A escolha do medicamento deve ser individualizada, conforme os sintomas predominantes (dor, insônia, fadiga, humor), perfil de comorbidades e efeitos adversos.

Fármaco	Classe	Dose inicial	Dose máxima	Prós	Contras
Duloxetina	IRSN	30 mg/dia	60 mg/dia	Dor, fadiga, humor, sono	Náusea, sudorese
Venlafaxina	IRSN	37,5 mg/dia	225 mg/dia	Boa em depressão ansiosa	Síndrome de retirada, ↑PA
Fluoxetina	ISRS	10–20 mg/dia	60 mg/dia	Estimulante, barata	Disfunção sexual, insônia
Sertralina	ISRS	25–50 mg/dia	200 mg/dia	Ansiedade, boa tolerância	Náusea, diarreia
Escitalopram	ISRS	5–10 mg/dia	20 mg/dia	Menos efeitos adversos	Disfunção sexual, sedação
Pregabalina	Anticonvulsivante	75 mg/noite	450 mg/dia	Dor, sono, ansiedade	Tontura, ganho de peso
Gabapentina	Anticonvulsivante	300 mg/noite	900–1200 mg/dia	Alternativa econômica	Sonolência, titulação lenta
Amitriptilina	ADT tricíclico	5–10 mg/noite	50–75 mg/dia	Sono, dor, humor	Boca seca, sedação
Ciclobenzaprina	Relax. Muscular	5 mg/noite	10–30 mg/dia	Sono, custo baixo	Sedação, boca seca
Tramadol	Opioide atípico	25–50 mg/dia	100–200 mg/dia	Alívio rápido em crise	Náusea, risco dependência

*Disponíveis na REMUME: Fluoxetina 20mg, Sertralina 50mg, amitriptilina e tramadol 50mg, A gabapentina de 300 e 400mg é padronizado através do CEAF para o tratamento de dor crônica. Os demais medicamentos não são fornecidos através do SUS.

Resumo por Classe Medicamentosa

IRSN (Duloxetina, Venlafaxina)

- Duloxetina: eficaz na redução da dor, melhora do sono, fadiga e qualidade de vida.
- A Duloxetina é aprovada pelo FDA e recomendada como primeira linha.
- Venlafaxina: menos estudada, útil em comorbidades psiquiátricas, maior eficácia em doses >150 mg.

ISRS (Fluoxetina, Sertralina, Escitalopram)

- Eficácia limitada na dor.
- Bons para depressão e ansiedade comórbidas.
- Não recomendados como primeira escolha para dor.

Amitriptilina

- Eficaz em baixas doses para dor, sono e fadiga.
- Baixo custo e disponível no SUS.
- Efeitos colaterais anticolinérgicos limitam uso prolongado.
- Recomendado como opção inicial em algumas diretrizes.

Pregabalina e Gabapentina

- Pregabalina: aprovada pelo FDA, eficaz para dor, sono e ansiedade.
- Gabapentina: alternativa com menor custo, disponível no SUS, exige titulação lenta.

Ciclobenzaprina

- Derivado tricíclico com ação sedativa.
- Útil para sono não restaurador.
- Eficácia modesta, uso preferencial em curto prazo.

Tramadol

- Opioide atípico com ação em 5-HT/NA.
- Uso pontual como adjuvante.
- Evita-se uso contínuo devido a risco de dependência/ef colaterais
- Uso contínuo deve ser desencorajado.

AINEs

- Ineficazes para dor central da fibromialgia.
- Considerar apenas se houver comorbidade musculoesquelética (uso pontual).

8.4. Como fazer o encaminhamento para o AMASF via UBS

1) Avaliação Inicial com Médico Clínico

O paciente é avaliado por um clínico geral, que realiza anamnese completa e coleta os dados clínicos necessários, podendo solicitar uma teleconsultoria com reumatologista por meio da plataforma. A teleconsultoria deve ter necessariamente a aplicação dos critérios classificatórios ACR 2016 para Fibromialgia, últimos exames realizados e a exclusão das demais causas que expliquem o quadro.

2) Teleconsultoria com Reumatologista

Com os dados clínicos devidamente registrados, o teleconsultor avaliará e poderá emitir diagnóstico de Fibromialgia via teleconsulta, sem necessidade de avaliação presencial, desde que não haja impedimentos técnicos ou clínicos.

3) Encaminhamento ao AMASF – Procedimento Obrigatório

Após a confirmação diagnóstica por teleconsultoria com o reumatologista, o médico clínico deverá realizar o encaminhamento do paciente ao AMASF (Ambulatório de Atenção à Saúde da Pessoa com Fibromialgia), via Sistema CELK, utilizando a fila de espera específica para FIBROMIALGIA. No encaminhamento deve incluir:

- Número da teleconsultoria realizada;
- Informação de que o diagnóstico foi confirmado por reumatologista via teleconsultoria;
- Resumo clínico do paciente, com anamnese, histórico, sinais/sintomas e exames (se houver);

4) Documentos necessários para a Consulta ao AMASF

- Atestado com CID M79.7 (Fibromialgia);
- Atestado de aptidão para hidroterapia (se indicado);
- Comprovante de agendamento da CELK (quando for autorizado);
- Comprovante da teleconsultoria onde destaca o diagnóstico de Fibromialgia;
- Encaminhamento do médico clínico destacando que o diagnóstico foi dado por meio da teleconsultoria;
- Exames laboratoriais atualizados, se disponíveis.

Sinalizamos que o AMASF não recebe pacientes para a avaliação. Realiza apenas o tratamento da fibromialgia, não há avaliação diagnóstica.

Observação Importante: Se o teleconsultor identificar a necessidade de avaliação presencial, o paciente deverá ser encaminhado normalmente para consulta física.

SUGESTÃO DE LEITURA

1. Kundakci B, Kaur J, Goh SL, et al. Efficacy of nonpharmacological interventions for individual features of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Pain*. 2022;163(8):1432-1445.
2. doi:10.1097/j.pain.0000000000002500.Mascarenhas RO, Souza MB, Oliveira MX, et al. Association of therapies with reduced pain and improved quality of life in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2021;181(1):104-112.
3. doi:10.1001/jamainternmed.2020.5651.Martinez JE, Guimarães I. Fibromyalgia – are there any new approaches? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2024;38(1):101933. doi:10.1016/j.berh.2024.101933.Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Sirotti S, et al. Pharmacotherapeutic advances in fibromyalgia: what's new on the horizon? *Expert Opin Pharmacother*. 2024;25(8):999-1017.
4. doi:10.1080/14656566.2024.2365326.Moore A, Bidonde J, Fisher E, et al. Effectiveness of pharmacological therapies for fibromyalgia syndrome in adults: an overview of Cochrane reviews. *Rheumatology (Oxford)*. 2025;64(5):2385-2394.
5. doi:10.1093/rheumatology/keae707.Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5:CD011824. doi:10.1002/14651858.CD011824.Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*. 2004;292(19):2388-2395. doi:10.1001/jama.292.19.2388.

9. MEDICAMENTOS CEAF

Os medicamentos do CEAF seguem os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, que estabelecem os critérios para indicação, prescrição e acompanhamento dos tratamentos.

Os protocolos atualizados estão disponíveis no link: [\[https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/assistencia-farmaceutica-diaf/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf\]](https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/assistencia-farmaceutica-diaf/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf).

Para auxiliar no acompanhamento dos pacientes e na organização dos processos de renovação, pode ser consultada a planilha disponível no link [\[https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pQA0RIK-wq9ynLHEln0Wd6_018pLm_8w/edit?gid=559232576#gid=559232576\]](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pQA0RIK-wq9ynLHEln0Wd6_018pLm_8w/edit?gid=559232576#gid=559232576), que informa quando a renovação deve ser realizada por médico reumatologista ou outro especialista, e quando pode ser feita pelo médico clínico.

Nos casos em que houver prescrição de medicamento do CEAF cujo processo possa ser encaminhado pelo médico clínico, devem ser acessados os formulários correspondentes por meio do link informado. O paciente deve ser encaminhado à Farmácia Escola, já portando os formulários médicos devidamente preenchidos, a LME, exames e demais documentos necessários para a abertura do processo, que é realizada mediante agendamento pelo WhatsApp (48) 3431-2789.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente protocolo foi elaborado com o objetivo de padronizar condutas e oferecer subsídios técnicos e científicos atualizados para a prática da Reumatologia, visando à melhoria da qualidade assistencial e à segurança dos pacientes. Ressalta-se que este documento deverá ser utilizado como referência, respeitando-se a individualidade clínica de cada caso, o julgamento médico e as especificidades do serviço.

A atualização periódica deste protocolo é imprescindível, a fim de incorporar novas evidências científicas e recomendações de sociedades médicas, garantindo assim a sua aplicabilidade e relevância contínua.

11. REFERÊNCIAS

1. Goldenberg DL, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid CH. Fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum.* 1996;39(11):1852-1859.
2. Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, D'Souza DN, Goldstein DJ, Iyengar S, et al. Duloxetine for the treatment of fibromyalgia in women: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *JAMA.* 2004;292(5):585-596.
3. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE, et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med.* 2005;352(22):1364-1375.
4. Häuser W, Urrútia G, Tort S, Üçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *JAMA.* 2009;301(2):198-209.
5. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(2):318-328.
6. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD011824.
7. Häuser W, Walitt B, Fitzcharles MA, Sommer C. Review of pharmacological therapies in fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(11):CD008114.