

TeleCondutas[®]

Artrite Reumatoide

Versão digital
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:
Deise Marcela Piovesan
Milena Rodrigues Agostinho
Josué Basso
Elise Botteselle de Oliveira
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Rudi Roman
Natan Katz

Design:
Carolyne Vasques Cabral

Diagramação:
Carolyne Vasques Cabral

Revisão ortográfica:
Rosely de Andrades Vargas

TELECONDUTAS – ARTRITE REUMATOIDE

*TeleCondutas são materiais de apoio de fácil utilização, passíveis de serem consultados durante o atendimento. Para buscar auxílio sobre dúvidas não contempladas nesses materiais, Médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (postos e unidades básicas de saúde) de todo o Brasil podem utilizar o canal **0800 644 6543**, gratuitamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 17:30 min. Por esse canal é possível solicitar apoio sobre qualquer condição de saúde.*

Sumário

[Manifestações Clínicas](#)

[Tratamento sintomático](#)

[Exames complementares na investigação](#)

[Tratamento com MMCDs](#)

[Diagnóstico de Artrite Reumatoide](#)

[Contraindicações ao uso de MMCDs](#)

[Critérios de Classificação da Artrite Reumatoide](#)

[Orientações para uso de Metotrexato](#)

[Cuidado Integral na Artrite Reumatoide](#)

[Orientações para uso de Hidroxicloroquina](#)

[Tratamento da Artrite Reumatoide](#)

[Encaminhamento para serviço especializado](#)

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune inflamatória crônica caracterizada por sinovite periférica que, sem tratamento, evolui para erosões ósseas com deformidades irreversíveis. A doença tem prevalência estimada de 1% na população brasileira adulta, acometendo três vezes mais mulheres do que homens. Seu pico de incidência é entre os 30 e 50 anos de idade.

Os primeiros 12 meses do início da doença (AR inicial), especialmente as 12 primeiras semanas (AR muito inicial), são consideradas uma janela de oportunidade terapêutica. O controle inadequado do processo inflamatório provoca danos articulares irreversíveis e, portanto, o início precoce dos medicamentos modificadores do curso da doença (MMCDs) é o melhor preditor de resposta ao tratamento. Assim, a identificação inicial do quadro e o início do tratamento na atenção primária, enquanto o paciente aguarda a consulta com o reumatologista, poderão reduzir dano articular e aumentar a chance de remissão sustentada da doença.

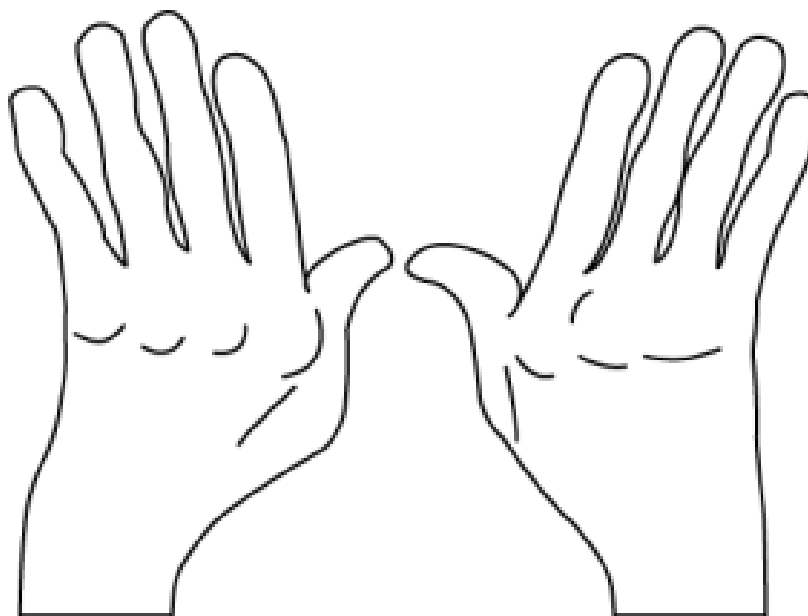
Manifestações clínicas na Artrite Reumatoide

Artrite reumatoide deve ser suspeitada em pacientes que apresentam artrite (edema articular com dor a palpação) com duração maior do que seis semanas, exceto se houver outro diagnóstico mais provável, conforme outras características clínicas (exemplos: osteoartrite, gota e artrite psoriásica). Sintomas como dor em articulações tipicamente comprometidas pela AR (punhos,

articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais), dificuldade em fechar a mão pela manhã e rigidez matinal prolongada aumentam a suspeição clínica de AR. A rigidez matinal costuma ter duração maior que 30 minutos, podendo ser a manifestação inicial da doença. Manifestações sistêmicas como fadiga, astenia, febre, mialgia e perda de peso podem preceder ou acompanhar as manifestações articulares.

A manifestação articular típica na AR é o acometimento poliarticular simétrico de pequenas articulações das mãos (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais), pés (metatarsofalangeanas) e/ou punhos. Embora menos frequente, articulações maiores podem ser acometidas, como: ombros, cotovelos, joelhos, quadris, tornozelos, temporomandibular e coluna cervical. Com a evolução da doença surgem deformidades articulares irreversíveis (figura 1), como atrofia interóssea, desvio ulnar e dedos em pescoço de cisne.

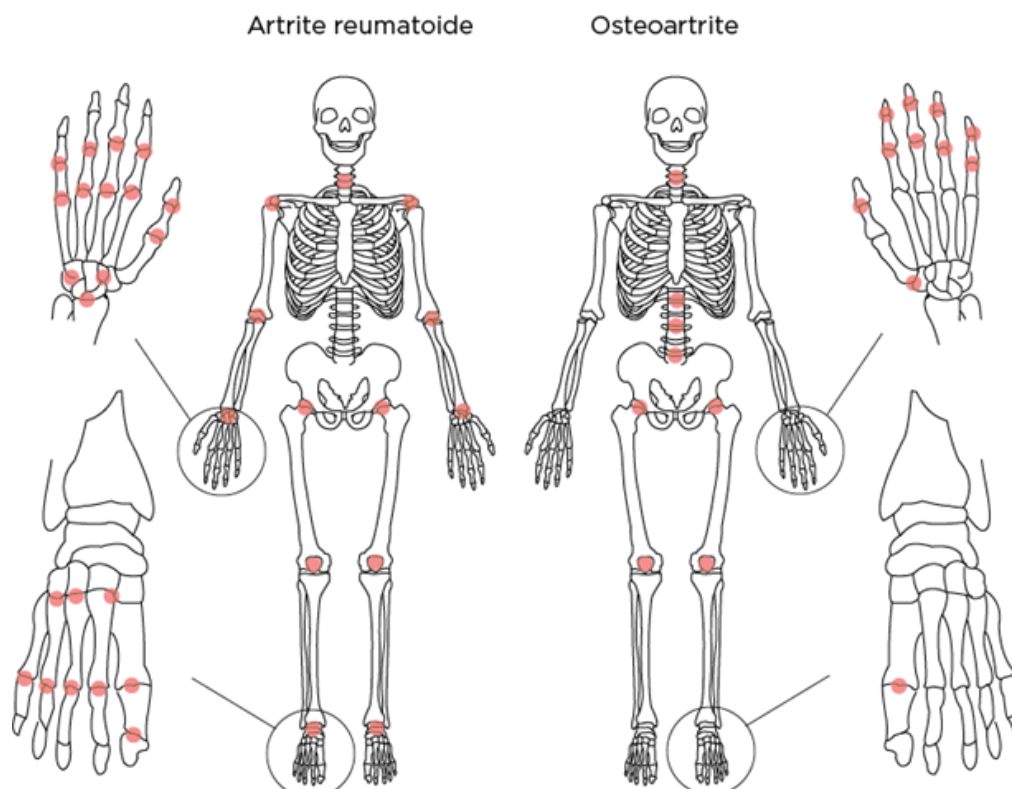
Figura 1 – Deformidades articulares tardias irreversíveis decorrentes à AR (desvio ulnar, atrofia interóssea, pannus em metacarpofalangeanas)



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

As articulações interfalangeanas distais, primeira carpometacarpiana e primeira metatarsofalangeana não costumam ser afetadas na AR, e seu comprometimento sugere diagnóstico alternativo, como osteoartrite (ver figura 2). Manifestações extra-articulares, como linfonodomegalia, nódulos reumatóides, vasculite cutânea, doença intersticial pulmonar, serosite, episclerite e escleromalácia perforante, ocorrem em pacientes com doença mais grave e de pior prognóstico.

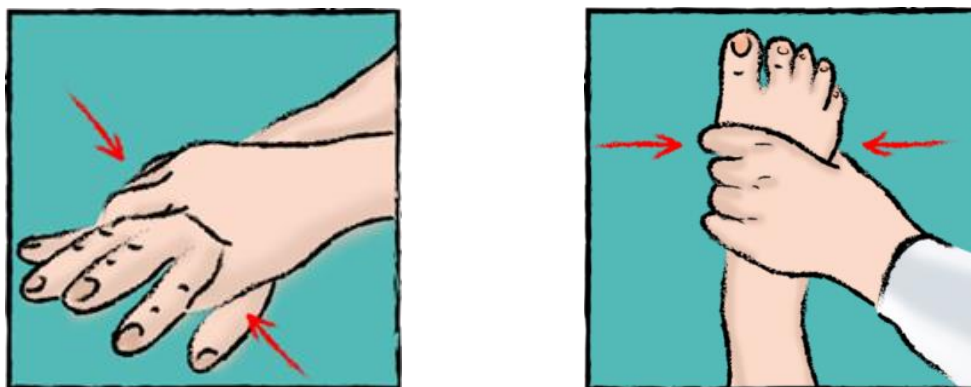
Figura 2 – Acometimento articular na artrite reumatoide e osteoartrite



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

O exame físico deve incluir a cuidadosa palpação de todas as articulações potencialmente acometidas na AR em busca de dor, edema ou calor. O teste do aperto (Squeeze test) é um teste com elevada sensibilidade para avaliar a dor de maneira mais objetiva, sendo referida após o examinador comprimir as articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (figura 3).

Figura 3 – Teste do Aperto (Squeeze Test)



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

Exames Complementares na suspeita diagnóstica de Artrite Reumatoide

Na suspeita de AR deve-se solicitar: Fator Reumatoide (se negativo complementar investigação com anti-CCP, quando disponível), proteína C reativa (PCR) e Velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS). Exames laboratoriais normais não excluem o diagnóstico em pacientes com sintomas sugestivos de AR (ver quadro 1 - critérios classificatórios).

Para complementar a avaliação diagnóstica e prognóstica, deve-se solicitar raio-X de mãos (nas incidências AP + Nogaard), pés (incidências AP + P) e punhos (incidências AP). Os achados radiográficos iniciais incluem aumento de partes moles e osteopenia justa-articular. Lesões mais características – como redução do espaço articular e erosões ósseas – aparecem em pacientes com doença estabelecida. O raio-x de coluna cervical também está recomendado, visto que esses pacientes tem maior risco de subluxação atlantoxial.

Visando o início do tratamento com metotrexato, complementar a avaliação com hemograma, plaquetas, TGO, TGP, anti-HCV, HbsAg, anti-HIV, creatinina e raio-X de tórax.

A solicitação de exames complementares não deve atrasar o encaminhamento para o serviço especializado de pacientes com alta suspeita clínica de artrite reumatoide, especialmente em casos de AR inicial.

Diagnóstico de Artrite Reumatoide

O diagnóstico de AR deve ser feito considerando-se achados clínicos e exames complementares. O paciente deve ter pelo menos uma articulação com sinovite clínica (edema articular) que não seja melhor explicado por outra doença. Deve-se excluir dessa avaliação as articulações interfalangeanas distais (IFD), primeira carpometacarpiana (CMTC) e primeira metatarsofalangeana (MTF).

Alguns aspectos clínicos e laboratoriais estão relacionados à progressão mais rápida da destruição articular e devem ser identificados desde o momento do diagnóstico. Os fatores de mau prognóstico são: sexo feminino, tabagismo, baixo nível socioeconômico, início da doença em idade mais precoce, FR ou anti-CCP em títulos elevados, provas inflamatórias (velocidade de hemossedimentação ou proteína C reativa) persistentemente elevadas, grande número de articulações edemaciadas, manifestações extra-articulares e presença precoce de erosões na evolução da doença.

Os critérios classificatórios de AR aumentam a sensibilidade do diagnóstico e permitem identificar os casos mais precocemente. Pacientes com pontuação maior ou igual a 6 apresentam diagnóstico de AR. Lembrar que pacientes podem preencher esses critérios mesmo sem ter artrite reumatoide, portanto a avaliação de diagnósticos diferenciais é imprescindível.

Quadro 1 – Critérios de Classificação de Artrite Reumatoide

Critérios de American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2010)

Pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema articular) que não seja melhor explicado por outra doença. Pontuação ≥ 6 indica diagnóstico de AR	
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 ³)	5
Sorologia	(0 a 3 pontos)
FR negativo e anti-CCP negativo	0
FR positivo em título baixo ou anti-CCP positivo em título baixo ⁵	2
FR positivo em título alto ou anti-CCP positivo em título alto ⁵	3
Provas de fase aguda	(0 a 1 pontos)
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos Sintomas⁶	(0 a 1 pontos)
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

Fonte: ACR/EULAR 2010

¹ Envolvimento articular refere-se a qualquer articulação com dor ou edema identificado no exame físico.

² Grandes articulações: ombro, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.

³ Pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, 2^o a 5^o metatarsofalangeanas.

⁴ Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular.

⁵ Título positivo baixo: valores maiores que o limite superior de normalidade (LSN), porém menor ou igual a três vezes o LSN para o método e laboratório. Título positivo alto: valores maiores que três vezes o LSN para o método e laboratório. Quando o FR só estiver disponível como positivo ou negativo, um resultado positivo deve ser marcado como “positivo em título baixo”.

⁶ Duração dos sintomas se refere ao relato do paciente quanto a duração dos sintomas ou sinais de sinovite (como dor e inchaço) nas articulações que estão clinicamente envolvidas no momento da avaliação, independentemente do status do tratamento.

Cuidado Integral do paciente com Artrite Reumatoide

O calendário vacinal deve ser atualizado, conforme o Programa Nacional de Imunizações, antes de iniciar o tratamento com medicações imunossupressoras. Revisar se o paciente já foi vacinado para Hepatite B e Hepatite A. Se necessário atualizar a vacina antitetânica, utilizar preferencialmente a vacina DTPa. As vacinas influenza (anualmente) e pneumocócica-23 (dose única, com um reforço após 5 anos da dose inicial) estão indicadas para todos os pacientes com Artrite Reumatoide.

A vacinação com imunobiológicos obtidos por bactérias ou vírus vivos atenuados (febre amarela), tríplice viral (sarampo/caxumba/rubéola), tetra viral (sarampo/caxumba/rubéola/varicela), poliomielite oral, BCG, varicela e rotavírus) são contraindicados em pacientes em uso de imunossupressores.

Como trata-se de uma doença inflamatória crônica, paciente com AR tem maior risco de eventos cardiovasculares que a população em geral, sendo a principal causa de morte nesses pacientes. A identificação e o controle dos fatores de risco cardiovascular devem fazer parte da rotina assistencial dos pacientes com AR. O incentivo à cessação do tabagismo tem papel fundamental nessa abordagem, visto que pacientes tabagistas apresentam pior prognóstico e pior resposta terapêutica aos medicamentos modificadores do curso da doença (MMCDs), quando comparados aos pacientes não tabagistas.

Tratamento da Artrite Reumatoide

O tratamento medicamentoso da Artrite Reumatoide deve ser iniciado o mais precocemente possível após o diagnóstico ser estabelecido, idealmente nas primeiras 12 semanas, uma vez que a instituição precoce de medicamentos modificadores do curso da doença (MMCDs) previne danos estruturais (erosões), melhorando a capacidade funcional.

Em pacientes com critérios classificatórios de AR (≥ 6 pontos – quadro 1) nos quais foram excluídos outros diagnósticos diferenciais, sugere-se que o médico da APS inicie o tratamento com metotrexato enquanto o paciente aguarda atendimento na atenção especializada. Caso o paciente apresente contraindicação ao uso do metotrexato ou artrite indiferenciada (sem fechar os critérios diagnósticos para AR, porém com forte suspeita) sugere-se início do tratamento com antimaláricos (hidroxicloroquina ou cloroquina) na APS.

A seguir apresentamos uma proposta de tratamento inicial de pacientes com quadro típico de artrite reumatoide.

Tratamento Sintomático

Na evidência de dor e edema, sugere-se iniciar prednisona 10 mg/dia e/ou anti-inflamatório não-esteróide (como ibuprofeno até de 8 em 8 horas, se necessário). Sugere-se dividir a dose de prednisona em duas tomadas diárias com a finalidade de minimizar o sintoma de rigidez matinal e, se o paciente persistir sintomático, aumentar prednisona até dose de 15 mg/dia. Deve-se buscar a menor dose pelo menor tempo possível para alívio sintomático. Se necessário manter corticoide por mais de 3 meses, sugere-se suplementar cálcio (dose individualizada de acordo com ingestão do paciente a fim de completar ingestão de 1200 mg/dia) e vitamina D (800 UI/dia). À medida que ocorre remissão dos sintomas, o corticoide deve ser reduzido escalonadamente quando o paciente estiver em uso de prednisona por mais de 3 semanas.

A redução da prednisona (ou outro corticoide com dose equivalente) pode ser feita da seguinte forma:

- Reduzir 5 a 10 mg da dose diária a cada uma ou duas semanas, quando a dose em uso de prednisona for maior que 40 mg/dia;
- Reduzir 2,5 mg da dose diária a cada uma ou duas semanas, quando a dose estiver entre 20 e 10mg/dia;
- Reduzir 1 mg da dose diária a cada duas a quatro semanas quando a dose de prednisona estiver abaixo de 10 mg/dia (a prednisona pode ser substituída por prednisolona solução oral, pela posologia, ou ser utilizada em dias alternados).

Tratamento com Medicamentos Modificadores do Curso da Doença (MMCDs)

Na avaliação preliminar ao início do tratamento, é necessário identificar contraindicações ao uso dos MMCDs (quadro 2) através de investigação laboratorial e anamnese.

Quadro 2 – Contraindicações ao uso de MMCDs

Metotrexato	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes.• Tuberculose sem tratamento.• Infecção bacteriana ativa.• Infecção fúngica ameaçadora à vida.• Infecção por herpes zoster ativa.• Hepatite B ou C agudas.• Etilismo.• Gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres).• Elevação de TGO/TGP ≥ 3 vezes do limite superior da normalidade.• Doença Renal Crônica (TFG < 30 ml/min/1,73m²) na ausência de diálise.• Supressão de medula óssea (pancitopenia).
Hidroxicloroquina ou cloroquina	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes.• Retinopatia conhecida.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

Algumas situações de maior risco para eventos adversos com o início do MTX podem ser identificadas na avaliação inicial. Portanto, não recomendamos iniciar na APS o uso de MTX em pessoas com:

- citopenias isoladas (anemia, leucopenia ou trombocitopenias) ou bicitopenias; ou
- TGO/TGP acima do limite superior de normalidade; ou
- Doença Renal Crônica (TFG entre 30 e 60 ml/min/1,73m²); ou
- Hepatites B ou C crônica; ou
- Neoplasias.

Veja a seguir os quadros 3 e 4 de orientações para o uso de metotrexato e antimaláricos, respectivamente.

Quadro 3 – Orientações para uso de Metotrexato (MTX)

Avaliação preliminar:

- Avaliação clínica dos fatores de risco para toxicidade ao MTX (inclusive consumo de álcool), nível educacional do paciente, comprometimento/ acesso a exames regulares,
- Exames complementares: hemograma, plaquetas, TGO, TGP, creatinina, raio-X de tórax, anti-HIV, HbsAg e anti-HCV,
- Avaliar contraindicações (quadro 2) ou situações de risco (citopenias, alteração em transaminases e doença renal crônica).
- Iniciar anticoncepção nas mulheres em idade fértil e orientar sobre a contraindicação para gestação e amamentação. Homens devem ser orientados sobre não conceber no período que estiverem utilizando o MTX. Se o casal desejar gestar, o MTX deve ser suspenso por pelo menos 3 meses antes de uma gestação planejada.
- O calendário vacinal deve ser atualizado previamente ao início dos imunossuppressores. A vacinação com imunobiológicos obtidos por bactérias ou vírus vivos atenuados (febre amarela, tríplice viral (sarampo/caxumba/rubéola), tetra viral (sarampo/caxumba/rubéola/varicela), poliomielite oral, BCG, varicela e rotavírus) são contraindicados em pacientes com uso de MTX.

Apresentação do Metotrexato: comprimidos de 2,5 mg ou solução para uso SC ou IM 50 mg/2 ml

Início do tratamento:

- Enfatizar com o paciente que o medicamento deve ser tomado uma única vez por semana (por exemplo, escolher tomar sempre nas segundas-feiras).
- Iniciar MTX oral com 10 mg a 15 mg por semana (4 a 6 comprimidos, via oral, tomada única semanal).
- Aumentar 5 mg (2 comprimidos) a cada 4 semanas conforme resposta clínica e eventos adversos. Enquanto não houver remissão dos sintomas, pode-se aumentar a medicação até dose de 20 a 25 mg/ semana. Idealmente a remissão clínica é obtida em 6 meses.
- Associar 5 a 10 mg por semana de ácido fólico (48 horas após tomar o MTX), com objetivo de minimizar eventos adversos.

Eventos adversos ao MTX: anemia, neutropenia, náuseas e vômitos, mucosite, elevação de enzimas hepáticas e pneumonia intersticial (menos frequente).

Acompanhamento:

- Inicialmente realizar consultas mensais ou se houver queixas relacionadas ao início do tratamento. Com a dose estável atingida e pessoa sem eventos adversos e remissão clínica, consultas de acompanhamento podem ser a cada 3 meses,
- Avaliar evolução da artrite (melhora de dor/edema) e atividade da doença (VSG e Proteína C reativa) em cada consulta,
- Avaliar eventos adversos em todas as consultas e atentar para infecções recorrentes,
- Solicitar **TGO, TGP, creatinina, hemograma e plaquetas mensalmente** a cada aumento da medicação. Após atingir dose estável, exames complementares são solicitados a cada 3 meses.
- Suspender a medicação se houver eventos adversos graves (como pneumonia intersticial, náusea e vômitos graves, supressão medular, elevação de TGO/TGP acima de 3 vezes do limite superior de normalidade).
- Reduzir a medicação em 25 a 50% da dose se houver:
 - manifestações leves/moderadas de citopenias isoladas. Na progressão da citopenias, suspender a medicação.
 - elevação de TGO/TGP entre 1 a 3 vezes do limite superior de normalidade. Na persistência da alteração, sugere-se suspender o medicamento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

Quadro 4 – Orientações para uso de Hidroxicloroquina ou Cloroquina

Avaliação preliminar:

- Avaliar contraindicações (ver quadro 2).
- Não é necessária avaliação com oftalmologista previamente ao início da medicação, a menos que paciente já tenha história de retinopatia.

Apresentação: Hidroxicloroquina (comprimidos 400 mg) ou Difosfato de cloroquina (comprimidos de 250 mg) para uso oral.

Início do tratamento:

- Hidroxicloroquina (HCQ): iniciar e manter 6 mg/kg/dia até dose máxima de 400 mg/dia; ou
- Difosfato de cloroquina (CQ): iniciar e manter 4 mg/kg/dia até dose máxima de 250 mg/dia.

Eventos adversos: Intolerância gastrointestinal (náusea, vômito, dor abdominal), hiperpigmentação da pele, cefaleia, tontura, miopia e retinopatia (por depósito).

Acompanhamento:

- Inicialmente consultas mensais ou se houver queixas relacionadas ao início do tratamento. Se houver remissão dos sintomas e o paciente não apresentar eventos adversos, consultas de acompanhamento podem ser a cada 3 meses,
- Avaliar eventos adversos em todas as consultas,
- Avaliação oftalmológica para rastreamento de toxicidade retiniana por HCQ ou CQ:
 - a primeira avaliação deve ser realizada dentro do primeiro ano do início da medicação;
 - no acompanhamento de pessoas com alto risco para retinopatia (uso de HCQ > 5 mg/kg/dia ou CQ > 2,3 mg/Kg/dia; uso concomitante de tamoxifeno; taxa de filtração glomerular subnormal; outra maculopatia) a avaliação é realizada semestral ou anualmente. Em pessoas sem esses fatores de risco, a avaliação oftalmológica será anual a partir do 5º ano do uso da hidroxicloroquina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

Encaminhamento para serviço especializado

Sugere-se encaminhamento para serviço especializado em reumatologia pacientes com:

- diagnóstico de artrite reumatoide (estabelecido com pontuação ≥ 6 pelos critérios classificatórios); ou
- alta suspeita de artrite reumatoide. Definida por 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 (teste do squeeze) positivo.

Referências

ALETAHA, D. et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 62, n. 9, p. 2569-2581, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20872595>>. Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: artrite reumatoide – relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 996, de 30 de setembro de 2015. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide**. Diário Oficial da União, Brasília, 1º de outubro de 2015, Seção 1, p. 99.

FURST, D. E.; SAAG, K. G. **Glucocorticoid withdrawal** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em <<https://www.uptodate.com/contents/glucocorticoid-withdrawal>>. Acesso em: 30 maio 2017.

HARZHEIM, E.; KATZ, N.; AGOSTINHO, M. (Org.). **Protocolos de encaminhamento para reumatologia adulto** [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde; TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_reumatologia_TSRS_20160324.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

KLARENBECK, N. B. Recent advances in the management of rheumatoid arthritis [Internet]. **British Medical Journal**, London, v. 341, c 6942, 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c6942.long>>. Acesso em: 30 maio 2017.

KREMER, J. M. **Major side effects of low-dose methotrexate** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em <<http://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-low-dose-methotrexate>>. Acesso em: 30 maio 2017.

MOTA, L. M. H. et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 152-174, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000200002>>. Acesso em: 30 maio 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Rheumatoid arthritis**. London: NICE, 2013.

PEREIRA, I. A. et al. Recomendações nacionais baseadas em evidências científicas e opiniões dos especialistas sobre o uso do metotrexato nas doenças reumáticas, especialmente na artrite reumatoide: resultados da iniciativa 3E do Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 346-361, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042009000400003>>. Acesso em: 30 maio 2017.

ROSEN H. N.; SAAG, K. G. **Prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em <<http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-glucocorticoid-induced-osteoporosis>>. Acesso em: 30 maio 2017.

TELESSAÚDERS-UFRGS. Pergunta da Semana. **Paciente em uso prolongado de corticoide oral**: quando e como fazer a retirada gradual. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2016. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/corticoide-oral/>>. Acesso em: 30 maio 2017.

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:
MÉDICOS E ENFERMEIROS
da APS/AB de todo Brasil