



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 374/16 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, *ad referendum*, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o trabalho de educação permanente e suporte assistencial desenvolvido pela equipe do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS-UFRGS) integrante do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde;

os convênios do TelessaúdeRS-UFRGS com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), sobre expansão, manutenção do projeto e novas ações de suporte assistencial para todos os municípios do RS com equipes da ESF, representando a contrapartida financeira da SES/RS;

a Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que define como atribuição conjunta das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e da SES a educação permanente para os profissionais da atenção básica;

a Resolução nº 237/11 – CIB/RS sobre a regulação ambulatorial, que inclui entre os critérios de priorização do acesso a qualificação das referências ambulatoriais para consultas médicas em serviços de nível secundário e terciário por meio da realização prévia de teleconsultorias proporcionada pela equipe do TelessaúdeRS-UFRGS via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul;

a necessidade de qualificar e reduzir as listas de encaminhamentos para a atenção especializada, via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul, com o suporte da equipe de Teleconsultores do TelessaúdeRS-UFRGS;

a importância de utilizar as ações de regulação do acesso à atenção especializada como indutor da qualificação da atenção primária, aproveitando o momento oportuno para promover uma ação de Educação Permanente em Saúde;

a Portaria GM/MS nº 2.546/11, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes);

a Portaria GM/MS nº 2.554/11, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Resolução nº 208/11 - CIB/RS, que aprovou a ampliação do Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul para todos os municípios com ESF do estado e que aceitarem participar do projeto;

a Resolução nº 399/11 - CIB/RS, que resolveu que os municípios do Rio Grande do Sul (RS) apresentariam um projeto único em relação a Portaria supra citada e que, para os municípios que aderirem ao projeto único, os recursos disponibilizados pelo MS/DAB corresponderão à parte da



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

contrapartida dos municípios (aquisição de equipamentos de informática e manutenção da conexão de Internet nas unidades básicas de saúde) para a expansão do Telessaúde Brasil Redes para todo o território do Rio Grande do Sul e considerou um futuro convênio com a SES/RS para a disponibilização de telediagnóstico em espirometria para Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com contrapartida de capital (7 espirômetros) pela UFRGS e contrapartida de custeio compartilhada entre SES/RS e municípios;

a Portaria GM/MS nº 2.815/11, que aprova o projeto único, que possibilitará a compra de Unidades Mínimas de Conexão para as 1.227 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do RS, além de periféricos e contratação de serviços de Internet para 421 municípios, que constituirão parte da contrapartida municipal para a expansão do TelessaúdeRS;

a Portaria GM/MS nº 3.127/12, que altera dispositivos da Portaria GM/MS nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Nota Técnica nº 83/2013 – DEGES/SGTES/MS, que divulga as diretrizes para financiamento de projetos novos e de manutenção, conforme Portaria GM/MS nº 2.546/11 de 27 de outubro de 2011;

a Resolução nº 433/13 - CIB/RS, que aprovou as novas ações ofertadas pelo TelessaúdeRS-UFRGS de Telediagnóstico em Doenças Respiratórias Crônicas – Asma e DPOC (Tele-espirometria/RespiraNet) e a intervenção das teleconsultorias e da protocolização da regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador do RS;

a Resolução nº 510/13 – CIB/RS, que aprovou o projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual, iniciando com a especialidade Endocrinologia;

a Resolução nº 170/14 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Nefrologia;

a Resolução nº 238/14 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Pneumologia;

a Resolução nº 764/14 – CIB/RS, que aprovou o desenvolvimento dos protocolos futuros pela equipe do TelessaúdeRS-UFRGS e a avaliação dos mesmos pela equipe do Complexo Regulador Estadual, tendo validade imediata, através de Resolução CIB/RS *ad referendum*;

a Resolução nº 171/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Endocrinologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual;

a Resolução nº 172/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Nefrologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Regulador Estadual;

a Resolução nº 173/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Neurocirurgia;

a Resolução nº 174/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Neurologia;

a Resolução nº 175/15 – CIB/RS, que aprovou a revisão do protocolo da especialidade Pneumologia utilizado no projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual;

a Resolução nº 176/15 – CIB/RS, que aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto à especialidade Urologia;

o Informe de Regulação Ambulatorial Informatizada 08/2015, que aprova o protocolo de Reumatologia para solicitações cadastradas nas subespecialidades “Reumatologia Adulto”, conforme Resolução nº 764/14 – CIB/RS *ad referendum*.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar os encaminhamentos para o projeto Intervenção das Teleconsultorias na Regulação das Consultas Ambulatoriais na Especialidade **Reumatologia** e outras providências relacionadas à implantação de protocolos de regulação ambulatorial.

Art. 2º - O protocolo de Reumatologia contempla o encaminhamento de pacientes adultos nas situações de Artrite reumatoide, Artrite psoriásica, Lúpus eritematoso sistêmico, Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar, Artrite por deposição de cristais (gota), osteoartrite, fibromialgia, bursite/tendinite e dor miofascial (Anexo I e II).

Parágrafo Único – As solicitações de encaminhamento que não preencham os critérios presentes no protocolo serão avaliadas pela equipe de regulação e poderão ser submetidos à teleconsultoria, conforme critério do médico regulador ou demanda do profissional solicitante, e terão os casos discutidos com equipe de Teleconsultores do TelessaúdeRS-UFRGS como suporte assistencial no processo de referência e contrarreferência.

Art. 3º – Todos os municípios demandantes de procedimentos especializados, regulados pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CRA/RS, participarão do projeto de regulação assistencial mediante critérios constantes em protocolos aprovados pela CIB/RS e serão informados sobre a inclusão de novas especialidades no processo.

Parágrafo único - Os protocolos aprovados serão utilizados para regulação de acesso às consultas médicas ofertadas em Porto Alegre, reguladas pela CRA/RS, e poderão ser expandidos para a oferta em serviços



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

sediados em outros municípios do estado, com regulação municipal ou estadual.

Art. 4º - Para as solicitações já inseridas no sistema informatizado de regulação, os municípios terão um prazo de 90 dias para adequação do encaminhamento, com preenchimento dos dados, e para as novas solicitações, os protocolos tem validade imediata.

§ 1º - Na indisponibilidade de dados suficientes para definição da necessidade do encaminhamento, as centrais de regulação podem exigir as informações presentes no protocolo mesmo antes do prazo constante no caput do artigo.

§ 2º - Na ausência de resposta da unidade solicitante aos questionamentos dos reguladores, a solicitação poderá ser cancelada de acordo com o parâmetro de tempo aprovado pela Resolução CIB 228/2016.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2016.

JOÃO GABBARDO DOS REIS
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 374/16 – CIB/RS

PROTOCOLO para encaminhamento para a especialidade Reumatologia – pacientes adultos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Protocolo 1 – Artrite reumatoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de artrite reumatoide (ver quadro 1 no anexo II); ou
- suspeita de artrite reumatoide (ver quadro 2 no anexo II).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) manifestações clínicas que sugiram diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - b) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - c) teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (sim ou não) (ver figura 1 no anexo II);
 - d) outros sinais ou sintomas;
- 2) descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data (se necessário);
- 3) resultado de fator reumatoide, com data.
- 4) resultado de proteína c reativa (PCR) ou velocidade de sedimentação globular (VSG/VHS), com data.
- 5) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 2 – Artrite psoriásica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de artrite psoriásica (ver quadro 3 no anexo II); ou
- suspeita de artrite psoriásica (ver quadro 4 no anexo II).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - b) presença de distrofia ungueal psoriásica típica (onicólise, pitting, hiperqueratose) (sim ou não);
 - c) presença de dactilite ou história recente de edema e eritema de dedos (sim ou não);
 - d) presença de entesite (dor ou aumento de sensibilidade, especialmente no tendão de aquiles e/ou fáschia plantar) (sim ou não);
 - e) outros sinais ou sintomas.
- 2) psoríase cutânea atual (sim ou não).
- 3) história prévia de psoríase cutânea (sim ou não).
- 4) história familiar de psoríase (sim ou não).
- 5) resultado de fator reumatoide, com data.
- 6) resultado de exame de imagem de articulação acometida, com data (se necessário).
- 7) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 3 – Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de LES (ver quadro 5 no anexo II); ou
- suspeita de LES (pelo menos 3 critérios clínicos/laboratoriais) (ver quadro 5 no anexo II).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- 1) manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:
 - a) presença de exantema malar (sim ou não);
 - b) presença de fotossensibilidade (sim ou não);
 - c) presença de exantema discoide (sim ou não);
 - d) presença de úlcera oral (sim ou não);
 - e) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;
 - f) presença de serosite (pleurite ou pericardite) (sim ou não);
 - g) presença de sinais ou sintomas neurológicos (sim ou não). Se sim, descrever quais;
 - h) presença de outros sinais ou sintomas (sintomas constitucionais, fenômeno de Raynaud) (sim ou não). Se sim, descreva quais;
- 2) resultado de proteinúria em EQU/EAS/Urina tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou microalbuminúria em amostra ou albuminúria de 24 horas, conforme disponibilidade local), com data.
- 3) resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data.
- 4) se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data.
- 5) resultado de fator antinuclear (FAN), com data.
- 6) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 4 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver quadro 6 no anexo II); ou
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – preferencialmente – ou tomografia computadorizada), se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossuppressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados); ou
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna; ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver quadro 7 no anexo II).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica); ou
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese; ou
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

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

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

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

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com o trabalho.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
- 2) tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- 3) resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
- 4) presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
- 5) se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
- 6) osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
- 7) associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
- 8) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 5 – Artrite por deposição de cristais (gota)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna ou reumatologia:

- diagnóstico de gota (ver quadro 8 no anexo II) e crises recorrentes (3 ou mais no ano) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico);
- diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (alvo determinado por ácido úrico sérico <6 mg/dL em pessoas sem tofo gotoso e < 5 mg/dL em pessoas com tofo gotoso) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- diagnóstico de gota e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa);
ou
- diagnóstico de gota em pessoa com doença renal crônica (Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m²).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- 1) manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características (calor, rubor, edema) e tempo de evolução do quadro;
 - b) presença de tofo (sim ou não);
 - c) número de crises ao ano;
 - d) outros sinais e sintomas relevantes;
- 2) resultado de ácido úrico sérico, com data;
- 3) resultado de creatinina sérica, com data;
- 4) cor da pele (para cálculo de taxa de filtração glomerular);
- 5) tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);
- 6) outras medicações em uso;
- 7) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 6 – Osteoartrite

Ver quadro 9 no anexo II para sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatóide ou artrite psoriásica; ou
- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- osteoartrite em mãos com deformidade que comprometam a função da mão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outro serviço de referência disponível):

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:
 - a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
 - b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;
 - c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
 - e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
- 2) presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
- 3) resultado de exame de imagem, com data;
- 4) resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;
- 5) índice de massa corporal (IMC);
- 6) tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
- 7) comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras);
- 8) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 7 – Fibromialgia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para equipe de tratamento da dor, fisioterapia ou acupuntura:

- fibromialgia (ver quadro 10 no anexo II) sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por pelo menos 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- 1) sinais e sintomas:
 - a) citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução,
 - b) presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade,
 - c) paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade,
 - d) presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade,
 - e) outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Se sim, quais.
- 2) paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não). se sim, qual e medicamento em uso.
- 3) tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).
- 4) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento não medicamentoso (educação em saúde, exercícios e acompanhamento fisioterápico) e medicamentoso (como antidepressivo tricíclico e analgesia) adaptado às condições do paciente.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 8 – Bursite/Tendinite

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de Bursite/Tendinopatia mecânica para o Reumatologista.

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

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses.

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

- bursite ou tendinite há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- 1) sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
- 2) resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;
- 3) história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
- 4) associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
- 5) tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração);
- 6) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo 9 – Dor miofascial

Não há indicação de encaminhamento de pacientes com quadro exclusivo de dor miofascial para o Reumatologista.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- pacientes com dor miofascial sem resposta satisfatória ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho:

- dor miofascial há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes;
 - b) presença de pontos gatilhos (sim ou não). Se sim, localidade e irradiação;
 - c) outros sinais ou sintomas relevantes;
- 2) tratamento em uso ou já realizado para dor miofascial (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).
- 3) associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não).
- 4) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Referências

ALTMAN, R. et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 29, n. 8, p. 1039-1049, 1986.

ALTMAN, R. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 33, n. 11, p. 1601-1610, 1990.

ALTMAN, R. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 34, n. 5, p. 505-514, 1991.

BALAGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. **Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, feb. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982256>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

CARRAGEE, E. J. Clinical practice: persistent low back pain. **New England Journal of Medicine**, Boston (MA), v. 352, n. 18, p. 1891-1898, may 2005. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp042054>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

CHOU R. et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia (PA), v. 154, n. 3, p. 181-189, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282698>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

COHEN, S. P.; ARGOFF, C. E.; CARRAGEE, E. J. Management of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2718, dec. 2008.

DEYO, R. A.; JARVIK, J. G.; CHOU, R. Low back pain in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 349, g4266, jul. 2014.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EMERY, P. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 61, n. 4, p. 290-7, Apr. 2002.

GLADMAN, D. F, RITCHLIN, C. **Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriatic-arthritis>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. **Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

HADDAD, A.; CHANDRAN, V. How can psoriatic arthritis be diagnosed early? **Current Rheumatology Reports**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p 358-363, aug. 2012.

HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 40, n. 9, p. 1725, Sep. 1997.

KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W.; THOMAS, S. Diagnosis and treatment of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 332, n. 7555, p. 1430-1434, jun. 2006.

LAST, A. R.; HULBERT, K. Chronic low back pain: evaluation and management. **American Family Physician**, Kansas City (MO), v.79, n. 12, p. 1067-1074, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.html>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence,



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

2009. (Clinical Guideline, n. 88). Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg88>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2012. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarDiscHerniation.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2010. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/CervicalRadiculopathy.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2011. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2014. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/Spondylolisthesis.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

OLIVIERI, I. et al. The challenge of early diagnosis of psoriatic arthritis. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v.35, n. 3, p. 3-5, Jan. 2008.

SAMPAIO-BARROS, P.D., AZEVEDO, V. F., BONFIGLIOLI, R, et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão. **Rev Bras Reumatol**, v. 47, n.4, p. 233-242, jul/ago, 2007.

ROWLAND, L. P., PEDLEY, T. A. **Merrit's Neurology**. 12th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

RUDWALEIT, M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Annals of the Rheumatic Diseases** v.68. p.777-783.2009.

STEIGER, T. O. et al. **Diagnostic testing for low back pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-testing-for-low-back-pain?source=related_link#H1>. Acesso em: 28 abr. 2015.

TAVARES, R. et al. A parallel group cohort to determine the measurement properties of an early inflammatory arthritis detection tool. **Rheumatology, Oxford**, v. 52, n. 11, p.

TAYLOR, W. et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 54, n. 8, p. 2665-73, Aug. 2006.

WHEELER, S. G. et al. **Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults; Treatment of acute low back pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-evaluation-of-low-back-pain-in-adults>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

VILLENEUVE, E. et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 72, n. 1, p. 13-22, Jan. 2013.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II – RESOLUÇÃO Nº 374/16 – CIB/RS

QUADROS E FIGURA DE REFERÊNCIAS AOS PROTOCOLOS DO ANEXO I

Quadro 1 – Critérios de classificação de artrite reumatoide

Critérios American College of Rheumatology (ACR/EULAR 2010)

Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema articular) que não seja melhor explicado por outra doença. Pontuação ≥ 6 define diagnóstico.	
Envolvimento articular¹	(0 a 5 pontos)
1 grande ² articulação	0
2-10 grandes ² articulações	1
1-3 pequenas ³ articulações	2
4-10 pequenas ³ articulações	3
>10 articulações ⁴ (pelo menos uma pequena articulação)	5
Sorologia⁵	(0 a 3 pontos)
FR negativo e anti-CCP negativo	0
FR positivo em título baixo ou anti-CCP positivo em título baixo	2
FR positivo em título alto ou anti-CCP positivo em título alto	3
Provas de fase aguda	(0 a 1 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 corresponde aos valores (UI) maiores que o limite superior de normalidade (LSN), mas menores ou iguais a três vezes o LSN para o método e laboratório. Título positivo alto: valores maiores que três vezes o LSN para o método e laboratório. Quando o FR só estiver disponível como positivo ou negativo, um resultado positivo deve ser marcado como "positivo em título baixo".

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

Quadro 2 – Critérios para alta suspeita de artrite reumatoide

Presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de 3 ou mais articulações associada a:

- rigidez matinal por mais de 30 minutos; e/ou
- teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (ver figura 1 no anexo II).

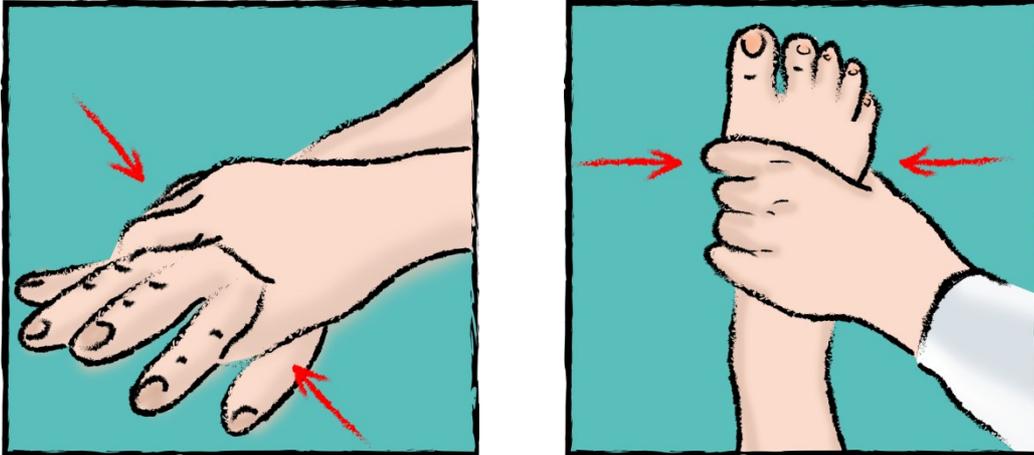
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015) adaptado de EMERY (2002).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Figura 1 – Teste do Aperto (Teste do Squeeze)

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



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 3 – Critérios de classificação de artrite psoriásica

Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Reumatologia (2007).

Quadro 4 – Suspeita de artrite psoriásica

Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado à pelo menos um dos seguintes critérios:

- 1) artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais;
- 2) dactilite ("dedos em salsicha");
- 3) entesite/tenossinovite.;
- 4) dor na coluna de caráter inflamatório.

Fonte: OLIVIERI (2008).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 5 – Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico

Critérios American College of Rheumatology (ACR) revisados em 1997

Presença de pelo menos 4 critérios entre os 11 critérios	
Critérios	Definição
1. Eritema malar	eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial.
2. Lesão discóide	lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
3. Fotossensibilidade	eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história referida pelo paciente ou observação do médico.
4. Úlcera oral	ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.
5. Artrite	artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame
6. Serosite	a) pleurite – história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural; ou b) pericardite – documentada por eletrocardiograma ou atrito ou evidência de derrame pericárdico.
7. Alteração renal	a) proteinúria persistente de mais de 0,5 g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou b) cilindros celulares – podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos.
8. Alteração neurológica	a) convulsão – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b) psicose – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos).
9. Alterações hematológicas	a) anemia hemolítica com reticulocitose; ou b) leucopenia de menos de 4.000/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou c) linfopenia de menos de 1.500/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou d) trombocitopenia de menos de 100.000/mm ³ na ausência de uso de fármacos causadores.
10. Alterações imunológicas	a) presença de anti-DNA nativo em titulação anormal; ou b) presença de anti-Sm; ou c) achados positivos de anticorpos antifosfolipídios baseados em concentração sérica anormal de: - anticardiolipina IgG ou IgM; ou - teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão; ou - VDRL falso-positivo, por pelo menos 6 meses e confirmado por FTA-Abs negativo.
11. Anticorpo antinuclear (FAN)	título anormal de FAN por imunofluorescência ou método equivalente em qualquer momento, na ausência de fármacos sabidamente associados ao lúpus induzido por fármacos.

Fonte: HOCHBERG (1997).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 6 – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

Compressão medular (cervical ou torácica)
Tetra – paraparesia;
Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
Espasticidade;
Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);
Presença do sinal de Lhermitte;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;
Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, mão).
Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
Anestesia em sela;
Alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.

TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 7 – Dor lombar característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios)

Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos
Início insidioso
Melhora com exercício
Sem melhora com repouso
Dor noturna (com melhora ao levantar-se)

Fonte: Rudwaleit (2009).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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

Critérios de *American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2015)*

1º passo: critério de inclusão (apenas aplicar os critérios abaixo para aqueles que preenchem este requisito)	Pelo menos um episódio de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica ou bursa	
2º passo: critério suficiente (se alcançado, pode-se classificar como gota sem aplicar os critérios abaixo)	Presença de cristais de urato monossódico (UMS) em uma articulação ou bursa sintomática (ex: em líquido sinovial) ou tofo.	
3º passo: critérios (para uso caso critério suficiente não seja alcançado)	Categorias	Pontuação
Clínico		
Padrão de envolvimento articular/bursa durante qualquer episódio sintomático.	Tornozelo ou médio pé (como parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular sem o envolvimento da primeira metatarsofalangeana)	1
	Envolvimento da primeira metatarsofalangeana (como parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular)	2
Características de quaisquer episódio(s) sintomáticos: • Eritema sobre as articulações afetadas (reportado pelo paciente ou observado pelo médico). • Não consegue suportar o toque ou pressão na articulação afetada. • Grande dificuldade para andar ou incapacidade de usar a articulação afetada.	Uma característica	1
	Duas características	2
	Três características	3
Curso temporal de qualquer episódio(s): Presença (em qualquer momento) de ≥ 2 dos seguintes critérios, independente do tratamento anti-inflamatório: • Tempo até a dor máxima <24 horas • Resolução dos sintomas em ≤ 14 dias • Resolução completa (até o nível normal) entre os episódios sintomáticos	Um episódio típico	1
	Episódios típicos recorrentes	2
Evidência clínica de tofo: Nódulos subcutâneos drenando ou com material semelhante a giz sob a pele transparente, geralmente com vascularização sobrejacente, localizados em locais típicos: articulações, orelhas, bursa olecrânica, polpas digitais e tendões (ex: tendão de Aquiles)	Presente	4
Laboratório		
Ácido úrico sérico: Medido pelo método da uricase. Idealmente deve ser pontuado quando o paciente não está recebendo a terapia uricorrredutora e >4 semanas do início dos episódios (durante período intercrítico); se possível, testar novamente nessas condições. O maior valor, independente do tempo, deve ser pontuado.	< 4mg/dL	- 4
	4 a 6 mg/dL	0
	6 a < 8 mg/dL	2
	8 a <10mg/dL	3
	≥ 10 mg/dL	4
Análise do líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento).	UMS negativo	- 2
	Líquido sinovial não avaliado	0
Imagem (se imagem indisponível pontuar esse item como 0)		
Evidência de depósito de urato em uma articulação ou bursa sintomática a qualquer momento: Ultrassonografia ou DECT.	Presente (qualquer método)	4
Evidência de dano articular relacionado à gota: Radiografia convencional das mãos e/ou dos pés demonstrando pelo menos uma erosão	Presente	4

Fonte: American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR 2015)

Quadro 9 – Sinais e sintomas comuns na osteoartrite



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 10 – Critérios para classificação de Fibromialgia.

Critérios American College of Rheumatology (ACR), 2010

Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se:

- A. índice de dor difusa (IDD) $\geq 7/19$ e uma escala de gravidade de sintomas (SS) ≥ 5 ; ou IDD entre 3–6 e SS ≥ 9 ;
- B. sintomas devem estar estáveis e presentes por pelo menos três meses;
- C. ausência de outra condição clínica que pudesse explicar essa sintomatologia.

Índice de dor difusa (IDD) (Número de áreas onde teve dor nos últimos 7 dias, escore entre 0 e 19)

- 1) mandíbula esquerda ou direita
- 2) cintura escapular esquerda ou direita
- 3) braço esquerdo ou direito
- 4) antebraço esquerdo ou direito
- 5) quadril (nádega/trocânter) esquerdo ou direito
- 6) coxa esquerda ou direita
- 7) perna esquerda ou direita
- 8) região cervical
- 9) tórax
- 10) abdômen
- 11) região lombar
- 12) região dorsal superior

Escala de Gravidade de Sintomas (SS):

soma de gravidade dos 3 sintomas (fadiga, sintomas cognitivos e sono não restaurador) e gravidade dos sintomas somáticos gerais

	Sem alterações. (0 ponto)	Alterações leves, intermitentes. (1 ponto)	Moderados, frequentes. (2 pontos)	Grave, contínuo, prejudicam a vida diária. (3 pontos)
Fadiga				
Sintomas cognitivos				
Sono não restaurador				

	Nenhum sintoma (0 pontos)	Poucos sintomas (1 ponto)	Moderada quantidade de sintomas (2 pontos)	Grande quantidade de sintomas (3 pontos)
Sintomas somáticos gerais				

Para cada um dos sintomas, indicar o nível de gravidade na última semana:

* Dor muscular, síndrome do cólon irritável, fadiga ou cansaço, alterações do pensamento ou memória, fraqueza muscular, cefaleia, cólicas abdominais, dormência/formigamentos, tontura, insônia, depressão, constipação, dor em abdômen superior, náusea, nervosismo, dor torácica, borramento visual, febre, diarreia, boca seca, prurido, sibilância, fenômeno de Raynaud, zumbido, vômito, azia, úlceras orais, perda/alteração no paladar, convulsões, olhos secos, respiração curta, perda de apetite, eritema, sensibilidade solar, problemas de audição, maior sensibilidade a ferimentos, perda de cabelos, disúria, espasmos vesicais.

Fonte: American College of Rheumatology ACR (2010).