

# **PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE CONSULTA EM REUMATOLOGIA ADULTO**

**Departamento de Regulação, Controle e Avaliação**

**MÉDIA  
COMPLEXIDADE**



MUNICÍPIO DE  
**ITAJAÍ**

## **APRESENTAÇÃO:**

Os protocolos de regulação de acesso são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e orientam quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolubilidade de cada um deles.

Sendo assim, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itajaí definiu esta normativa como instrumento de Regulação da Assistência de Média e Alta Complexidade em conformidade com o Ministério da Saúde, qualificando a estrutura reguladora do município, que permite a organização hierarquizada do sistema de assistencial ambulatorial, o uso racional dos recursos diagnósticos e a promoção da Integralidade.

A Central Municipal de Regulação de Serviços Especializados é a estrutura responsável pelo recebimento, avaliação e agendamento das consultas e procedimentos, conforme oferta disponível em Unidades Prestadoras de Serviços municipais, contratadas ou referenciadas.

## **Elaboração:**

Dr. Rafaella Gaya Rosa  
Reumatologista  
CRM 16315 SC - RQE 10865

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
ARTRITE REUMATÓIDE .....	6
ARTRITE PSORIÁSICA.....	6
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) .....	8
ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS (GOTA) .....	9
OSTEOARTRITE .....	9
FIBROMIALGIA .....	10
ESPONDILITE ANQUILOSANTE.....	11
REFERENCIAS.....	12
ANEXOS – QUADROS E FIGURAS.....	14

## INTRODUÇÃO

Os motivos de encaminhamento incluídos neste protocolo são os mais prevalentes na especialidade de Reumatologia Adulto. Ressaltamos entretanto, que outras situações clínicas podem não estar protocoladas e mesmos assim justificam a necessidade do encaminhamento. Assim, sugerimos que todas as informações consideradas importantes sejam relatadas.

As informações contidas no encaminhamento devem ser suficientes para informar a necessidade e grau de prioridade do encaminhamento.

Algumas condições de saúde podem requerer a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência, nesse caso cabe ao médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

**Atenção:** o paciente deverá ser orientado a trazer em consulta o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, além de receitas com os medicamentos de uso contínuo e os exames complementares, se disponíveis.

### 1.1 Fluxo de Encaminhamento e Regulação do Acesso

- a)** A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico da Atenção Básica (ESF, clínico geral, ginecologista, geriatra) que ira solicitar a teleconsultoria em REUMATOLOGIA - ADULTO;
- b)** Os encaminhamentos feitos por especialistas somente serão aceitos, sem passar via teleconsultoria, em casos de solicitação descritos na IN nº 12/2019.
- c)** O paciente que preencher os critérios do Protocolo de Acesso e o teleconsultor orientar o encaminhamento para a especialidade, deverá ser inserido pela Unidade Básica de Saúde na Central Municipal de Regulação (CMR), via SISREG, conforme classificação designada pelo teleconsultor, informando o nº da teleconsultoria;
- d)** O médico regulador da CMR identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, por meio do nº da teleconsultoria informada, podendo aceitar ou não a classificação estipulada pelo teleconsultor de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado;

-Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do SISREG todos os dados solicitados, com nº da teleconsultoria, indicação do médico solicitante, nome e CRM.

**e)** O paciente será agendado de acordo com a classificação de prioridade estipulada pelo médico regulador e conforme vagas disponíveis na CMR;

**f)** As solicitações que não estiverem devidamente preenchidas serão devolvidas. A ausência ou a falta de informações compromete a eficácia da gestão das filas e, consequentemente da prioridade do agendamento;

**f)** O paciente, após atendimento terá o retorno inserido no SISREG, em regulação, pela Unidade Básica de Origem;

**URGÊNCIA**-são encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos para aguardar em lista de espera, sob pena de grave comprometimento clínico e/ou físico do usuário. Neste caso o paciente deverá ser encaminhado para o serviço de urgência/Hospitalar.

**PRIORIDADE**-são aqueles encaminhamentos:

I. Em que a demora no agendamento altere sobremaneira a conduta a ser seguida ou cause algum dano/prejuízo a saúde do usuário

II. Cujas demoras implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.

**RETORNO**- Solicitações inseridas em Prioridade 3- atendimento eletivo (cor azul), em regulação pela UBS, devendo ser informado o mês de retorno e nome do médico solicitante.

## ARTRITE REUMATÓIDE

### Indicações de encaminhamento a reumatologia:

- diagnóstico de artrite reumatoide (anexo 1); ou
- suspeita de artrite reumatoide (anexo 2).

### Devem constar as seguintes informações:

#### 1. Manifestações clínicas:

- a) Descrever se há presença de artrite. Se sim, quais articulações acometidas e tempo de evolução;
- b) Presença de rigidez matinal. Se sim, descrever duração;
- c) teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (ver figura 1 no anexo);
- d) Outros sinais ou sintomas;

#### 2. Achados radiológicos:

- a) Descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data (se possível anexar a imagem);

#### 3. Exames laboratoriais (com data):

- a) fator reumatoide, FAN, proteína C reativa (PCR), velocidade de sedimentação globular (VSG/VHS), hemograma, creatinina, transaminase pirúvica (TGP), transaminase oxalacética (TGO)

## ARTRITE PSORIÁSICA

### Indicações de encaminhamento a reumatologia:

- Diagnóstico de artrite psoriásica (anexo 3); ou
- Suspeita de artrite psoriásica (anexo 4).

### Devem constar as seguintes informações:

#### 1. Manifestações clínicas:

- a) Descrever se há 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 fáscia plantar) (sim ou não);
- e) Outros sinais ou sintomas.
- 2. Psoríase cutânea atual
- 3. História prévia de psoríase cutânea
- 4. História familiar de psoríase
- 5. Fator reumatoide negativo
- 6. Resultado de exame de imagem de articulação acometida, com data (se necessário).
- 7. Outros exames laboratoriais:
  - a) proteína C reativa (PCR), velocidade de sedimentação globular (VSG/VHS), hemograma, creatinina, transaminase pirúvica (TGP), transaminase oxalacética (TGO)

## LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

### Indicações de encaminhamento a reumatologia:

- diagnóstico de LES (anexo 5); ou
- suspeita de LES (pelo menos 3 critérios clínicos/laboratoriais) (anexo 5).

### Devem constar as seguintes informações:

#### 1. Manifestações clínicas:

- a) Presença de rash malar (sim ou não);
  - b) Presença de fotossensibilidade (sim ou não);
  - c) Presença de lesão discoide (sim ou não);
  - d) Presença de úlcera oral (sim ou não);
  - e) Se existe presença de artrite. 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;
- presença de outros sinais ou sintomas (febre, perda de peso, fenômeno de Raynaud) (sim ou não). Se sim, descreva quais;

#### 2. Exames laboratoriais:

- a) resultado de EQU/EAS/Urina tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (proteinúria de 24h, relação proteinúria/creatinúria )
- b) resultado de hemograma
- c) se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto)
- d) resultado de fator antinuclear (FAN);
- e) resultado de creatinina.



## ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS (GOTA)

### Indicações de encaminhamento a reumatologia:

- Diagnóstico de gota (ver quadro 6 no anexo) 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).

### Devem constar as seguintes informações:

#### 1. Manifestações clínicas:

- 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;

#### 2. Exames laboratoriais:

- a) ácido úrico sérico;
  - b) resultado de creatinina sérica;
3. Tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou farmacológicos utilizados com dose e posologia);
  4. Comorbidades e medicamentos em uso;

## OSTEOARTRITE

### Indicações de encaminhamento a reumatologia:

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses,

### Devem constar as seguintes informações:

#### 1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:

- a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
- b) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, 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 redução da amplitude de movimento funcional (sim ou não).
  3. resultado de exame de imagem, (rx, ressonância ou tomografia)
  4. resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS),
  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, obesidade, diabetes e outras);

## **FIBROMIALGIA**

### **Indicações de encaminhamento a reumatologia:**

- Dúvida diagnóstica (critérios diagnóstico- quadro 7)
- falha ao tratamento clínico (medicamentoso e não medicamentoso) otimizado por pelo menos 6 meses

### **Devem constar as seguintes informações:**

#### 1. Manifestações clínicas:

- a) Citar pontos dolorosos, características da dor e tempo de evolução;
- b) Presença de fadiga;
- c) Paciente apresenta sono reparador;
- d) Presença de sintomas cognitivos. Se sim, descrever;
- e) Outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, lesões de pele, febre, perda de peso, alteração hábito intestinal);

2. Paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não). se sim, qual 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. Exames laboratoriais:

a) hemograma, creatinina, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, tsh.

## ESPONDILITE ANQUILOSANTE

### **Indicações de encaminhamento a reumatologia:**

- dor lombar de padrão inflamatório (quadro 8) ou sinovite assimétrica (predominante em membros inferiores)

### **Devem constar as seguintes informações:**

#### 1. Manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:

- a) História familiar (espondilite anquilosante, psoríase, uveíte anterior, doença inflamatória intestinal)- sim ou não;
- b) Artrite periférica;
- c) Entesite;
- d) Dactilite;
- e) Boa resposta ao uso de AINH.

#### 2. Exames laboratoriais:

- a) velocidade de hemossedimentação (vhs), proteína C reativa (PCR), HLA B27 (quando disponível);

#### 3. Exame de imagem:

- a) Rx de sacroilíacas (incidência ferguson);

## REFERÊNCIAS

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.

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-anddiagnosis-of-psoriatic-arthritis>>.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Universidade federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**. 2016. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_ms\\_reumatologia\\_ortopedia\\_janeiro\\_2016.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ms_reumatologia_ortopedia_janeiro_2016.pdf). Acesso em: 19 de abril 2020.

MOTA *et al*, 2011. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** vol.51 no.3 São Paulo May/June 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042011000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000300002)>.

MOTA *et al*, 2012. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** vol.52 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2012.

**Protocolos de Regulação Ambulatorial**: reumatologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_ses\\_reumatologia\\_20170911\\_v015\\_cvc.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_reumatologia_20170911_v015_cvc.pdf). Acesso em: 20 de abril de 2020.

SAMPAIO-BARROS *et al.* Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da espondilite anquilosante. **Rev. Bras. Reumatol.** vol.53 no.3 São Paulo May/June. 2013.

SKARE, T. **Reumatologia básica para estudantes**, 2018. Disponível em:  
<<http://www.mediafire.com/file/gg6q33wuc2f8ies/Reumatologia%20para%20estudantes%202018.pdf>>. Acesso em: 18 abril 2020.

WARD, *et al.* American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. **ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY**.

## ANEXOS – QUADROS E FIGURAS

### Quadro 1 – Critérios de classificação de artrite reumatoide

#### Critérios do 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 $\geq 6$ define diagnóstico.	
<b>Envolvimento articular<sup>1</sup></b>	(0 a 5 pontos)
1 grande <sup>2</sup> articulação	0
2-10 grandes <sup>2</sup> articulações	1
1-3 pequenas <sup>3</sup> articulações	2
4-10 pequenas <sup>3</sup> articulações	3
>10 articulações <sup>4</sup> (pelo menos uma pequena articulação)	5
<b>Sorologia<sup>5</sup></b>	(0 a 3 pontos)
FR negativo e anti-CCP negativo	0
FR positivo em título baixo <b>ou</b> anti-CCP positivo em título baixo	2
FR positivo em título alto <b>ou</b> anti-CCP positivo em título alto	3
<b>Provas de fase aguda</b>	(0 a 1 pontos)
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal <b>ou</b> VHS anormal	1
<b>Duração dos Sintomas<sup>6</sup></b>	(0 a 1 pontos)
< 6 semanas	0
$\geq 6$ semanas	(0 a 1 pontos)

Fonte: ACR/EULAR (2010).

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

<sup>2</sup> Grandes articulações: ombro, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.

<sup>3</sup> Pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, 2º a 5º metatarsofalangeanas.

<sup>4</sup> Pode incluir articulações adicionais como: temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular.

<sup>5</sup> 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”.

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

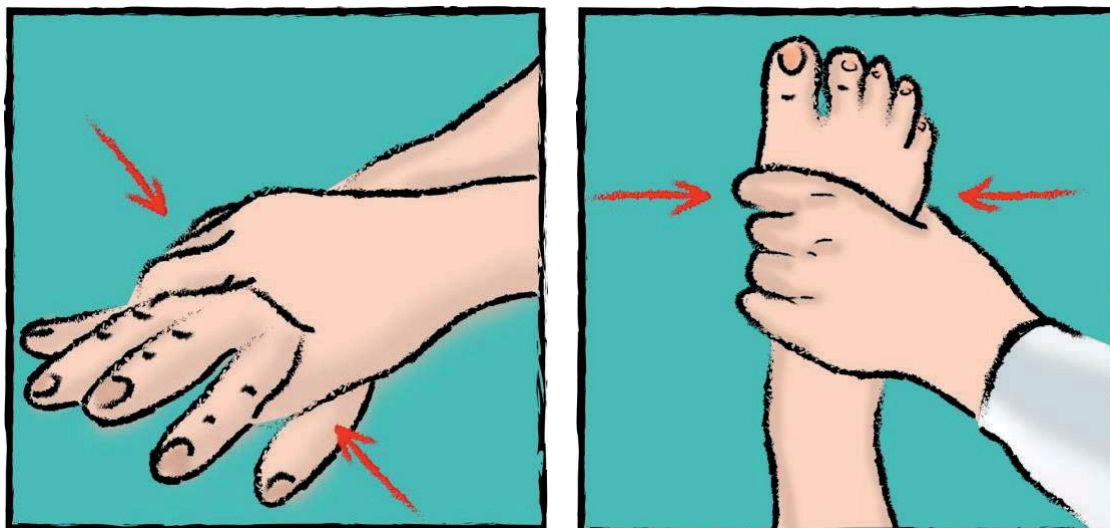
### Quadro 2 – Critérios para alta suspeita de artrite reumatoide

<p>Presença de artrite (sinovite/edema identificado pelo médico) de 3 ou mais articulações associada à:</p> <p>rigidez matinal por mais de 30 minutos; e/ou</p> <p>teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (ver figura 1 no anexo).</p>
---

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

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

<p>Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado a pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais;</p> <p>dactilite (“dedos em salsicha”);</p> <p>entesite/tenossinovite.;</p> <p>dor na coluna de caráter inflamatório.</p>
---

Fonte: OLIVIERI (2008).

**Quadro 5 – Critérios de Classificação de Lúpus Eritematoso Sistêmico**  
 Critérios do *American College of Rheumatology (ACR)* revisados em 1997

<b>Presença de pelo menos 4 critérios entre os 11 critérios</b>	
<b>Critérios</b>	<b>Definição</b>
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 <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões; ou c) linfopenia de menos de 1.500/mm <sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões; ou d) trombocitopenia de menos de 100.000/mm <sup>3</sup> 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



Quadro 6- Critérios de Classificação de Gota (presença de pelo menos 8 pontos) Critérios do *American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism* (ACR/EULAR 2015)

<b>1º passo:</b> 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	
<b>2º passo:</b> 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.	
<b>3º passo:</b> critérios (para uso caso critério suficiente não seja alcançado)	<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Clínico</b>		
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 olecraniana, polpas digitais e tendões (ex: tendão de Aquiles)	Presente	4
<b>Laboratório</b>		
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
	10mg/dL	4
Análise do líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento).	UMS negativo	-2
	Líquido sinovial não avaliado	0
<b>Imagem (se imagem indisponível pontuar esse item como 0)</b>		
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 pés demonstrando pelo menos uma erosão	Presente	4

## Quadro 7 – Critérios para classificação de Fibromialgia.

Critérios do *American College of Rheumatology* (ACR), 2010

<b>Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se:</b>				
A. índice de dor difusa (IDD) 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.				
<b>Índice de dor difusa (IDD) (Número de áreas onde teve dor nos últimos 7 dias, escore entre 0 e 19)</b>				
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				
<b>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</b>				
Para cada um dos sintomas, indicar o nível de gravidade na última semana:				
	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				
* 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.				

Quadro 8 – 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).