



**UNIVERSIDADE FRANCISCANA**

**ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE MEDICINA**

**MARÍLIA GABRIELA TOMASI PIANESSO**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE  
REUMATOLOGIA ADULTO**

**FINAL WORK DEGREE**

**REFERRAL ASSISTANCE PROTOCOL FOR ADULT RHEUMATOLOGY  
SERVICE**

**SANTA MARIA - RS**

**2019**

Marília Gabriela Tomasi Pianesso

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO  
**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE  
REUMATOLOGIA ADULTO**

Trabalho Final de Graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, na Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana- UFN, como requisito parcial para obtenção do grau em Medicina – Bacharel em Medicina.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Ma. Rafaela Martinez Copês Leal

SANTA MARIA - RS

2019

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
1.1.1 ARTRITE REUMATOIDE.....	10
1.1.2 ARTRITE PSORIÁSICA.....	11
1.1.3 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....	11
1.1.4 DORES LOMBARES INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS E DORES LOMBARES MECÂNICAS .....	11
1.1.5 GOTA.....	12
1.1.6 OSTEOARTRITE.....	12
1.1.7 FIBROMIALGIA.....	12
1.1.8 BURSITES E TENDINITES .....	13
1.1.9 DORES MIOFASCIAS .....	13
<b>2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-10.....</b>	<b>14</b>
<b>3 DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>15</b>
<b>4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	37
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
<b>5 TRATAMENTO.....</b>	<b>38</b>
<b>6 FLUXOGRAMA .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>

## **RESUMO**

A partir do conhecimento de mecanismos celulares e moleculares que regulam as atividades do sistema imunológico, ósseo e articular, permitiu-se prever a progressiva elucidação da fisiopatologia das doenças reumáticas. O progresso conjunto do conhecimento sobre fisiopatologia e sobre as alternativas terapêuticas disponíveis e utilizáveis é de extrema importância para modificar o cenário atual de classificação imprecisa etiológica e terapêutica não satisfatória das doenças reumáticas. Tendo em vista a importância do reconhecimento do padrão das enfermidades reumáticas para tomada correta de conduta, intentou-se implantar um protocolo assistencial no Hospital Casa de Saúde e na Rede de Atenção Básica de Santa Maria-RS a fim de orientar e direcionar a conduta dos médicos e acadêmicos de Medicina frente a necessidade de encaminhamento para consulta especializada em Reumatologia, baseando-se em condições clínicas apresentadas pelos pacientes com a elaboração de fluxograma como produto final do protocolo.

**Palavras chaves:** doenças reumáticas, classificação, protocolo assistencial, encaminhamento, fluxograma.

## **ABSTRACT**

From the knowledge of cellular and molecular mechanisms that regulate the activities of the immune, bone and joint system, it was possible to predict the progressive elucidation of the pathophysiology of rheumatic diseases. The joint progress of knowledge about pathophysiology and available and usable therapeutic alternatives is extremely important to modify the current scenario of improper etiological and therapeutic classification of rheumatic diseases. In view of the importance of recognizing the pattern of rheumatic diseases for correct management, an attempt was made to implement a care protocol at the Hospital Casa de Saúde and at the Santa Maria-RS Primary Care Network in order to guide and direct the conduct of the patients. medical doctors and academics facing the need for referral for specialized consultation in Rheumatology, based on clinical conditions presented by patients with the elaboration of flowchart as the final product of the protocol.

**Keywords:** rheumatic diseases, classification, care protocol, referral, flowchart.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACR – Colégio Americano de Reumatologia

Anti-CCP – Anti Peptídeo Citrulinado Cíclico

AR - Artrite Reumatoide

DECT – Tomografia Computadorizada Dual Energy

ELISA – Ensaio de Imunoabsorção Enzimática

EULAR – Liga Europeia Contra Reumatismo

FAN – Fator Antinuclear

FM – Fibromialgia

FR – Fator Reumatoide

IDD – Índice de Dor Difusa

LES - Lúpus Eritematoso Sistêmico

OA – Osteoartrite

PCR – Proteína C Reativa

SS – Escala de Gravidade de Sintomas

VHS – Velocidade de Hemossedimentação

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO I: Critérios do Colégio Americano de Reumatologia e da Liga Europeia Contra Reumatismo para classificação de artrite reumatoide (ACR/EULAR 2010)

QUADRO II: Critérios de classificação para artrite psoriásica (CASPAR)

QUADRO III: Critérios de classificação da Liga Europeia Contra Reumatismo (EULAR) e do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) para Lúpus Eritematoso Sistêmico

QUADRO IV: Dor lombar de característica inflamatória

QUADRO V: Critérios de classificação de Gota pela Liga Europeia Contra Reumatismo (EULAR) e Colégio Americano de Reumatologia (ACR)

QUADRO VI: Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

QUADRO VII: Critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 2010 para classificação de fibromialgia

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA I: Mão reumatoide mostrando dedos em fuso, tumefação de 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> metacarpofalanganias e hipotrofiade músculos interósseos dorsais.

FIGURA II: Aumento do volume dos joelhos, desvio em valgo e hipotrofia de quadríceps.

FIGURA III: Dedos em pescoço de cisne, polegar em Z e desvio ulnar dos dedos em mão reumatoide.

FIGURA IV: Lesões cutâneas da psoríase.

FIGURA V: Dactilite.

FIGURA VI: Rash malar em asa de borboleta.

FIGURA VII: Lesões anulares no Lúpus subagudo ou Lúpus discoide.

FIGURA VIII: Gota tofácea crônica com acometimento deformante das mãos.

FIGURA IX: Imagem radiográfica de tofo em bursa oleacraneana do cotovelo.

FIGURA X: Osteoartrite nodal erosiva.

FIGURA XI: Osteoartrite de quadril.

FIGURA XII: Radiografia de joelho: (1) redução do espaço articular; (2) osteófitos e (3) esclerose óssea subcondral

## 1 INTRODUÇÃO

Quando um paciente procura atendimento com um médico clínico por uma queixa comum, como a dor, este médico nunca deverá subestimar o sintoma referido. Doenças reumatológicas tem etiologias variadas e provocam sintomatologias diversas: sintomas físicos, perda de função, incapacidade e dor, geralmente, dor muito pronunciada. Caso o primeiro serviço a ser acessado por um paciente - no qual a suspeita virá a ser alguma patologia reumatológica – seja a atenção primária, na figura de um médico clínico geral, é muito importante que se estabeleça uma relação médico-paciente com espaço para diálogos, aceitação e busca de soluções. O clínico deverá trabalhar apurado em conhecimentos específicos, com referencial teórico-técnico baseado em evidências para reconhecimento preciso e pontual daqueles pacientes que necessitarão de encaminhamento ao especialista em doenças reumáticas (CARVALHO, 2014) (TELESSAÚDERS, 2017).

Existe uma vasta gama de doenças reumatológicas, mas serão englobadas neste trabalho as de maior prevalência dentro desse espectro. As patologias aqui abordadas podem ser divididas em doenças inflamatórias do tecido conjuntivo, doenças degenerativas e metabólicas. E síndromes dolorosas regionais e sistêmicas. Dentre as doenças inflamatórias do tecido conjuntivo estão a artrite reumatoide, artrite psoriásica, lúpus eritematoso sistêmico e lombalgias inflamatórias. Dentre as doenças degenerativas e metabólicas podemos encontrar as artropatias cristalinas e a osteoartrite. Já entre as síndromes dolorosas regionais e sistêmicas temos fibromialgia, as lesões de partes moles como as bursites e tendinites e as dores miofasciais. (CARVALHO,2014).

A artrite reumatoide é uma das mais prevalentes doenças inflamatórias crônicas. Sua incidência varia entre 0,5 a 1% na população em geral e tem uma hereditariedade estimada em 40 a 65% na artrite reumatoide soropositiva e de até 20% na soronegativa (SMOLEN, ALETHAHA, MCINNES, 2016). A artrite psoriásica é outra entidade clínica reumatológica que cursa com manifestações cutâneas e articulares cuja qual a prevalência não está bem definida, porém se estima que varie entre 0,3 a 1% da população (BURGOS *et al*, 2016). O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune com variados fenótipos clínicos e sua prevalência e incidência oscilam de acordo com a geografia, sexo, idade e etnia dos



pacientes, sendo identificada maior prevalência em mulheres e na etnia negra, com pico de incidência em adultos de meia-idade. (REES *et al*, 2017)

A dor lombar é um sintoma que irá afetar a maioria da população em algum momento de suas vidas, estima-se que 5 a 10% dos casos de dores lombares se tornem crônicos, isto é, apresentam esse sintoma por período igual ou superior a três meses (MEUCCI *et al*, 2015). Como a etiologia desse tipo de dor pode ser muito variada, deve-se atentar aos sinais de alarme e, se necessário, aos exames de imagem para identificar doenças reumatológicas como as espondiloartrites. Ainda no espectro das doenças reumatológicas mais comuns, apresenta-se a fibromialgia e as lesões de partes moles.

A gota é causada por elevação crônica dos níveis de ácido úrico com deposição de cristais nas articulações causando artrite, sua prevalência e incidência tem aumentado nas décadas recentes variando de região para região do mundo de 1% a mais de 10% na população (KUO *et al*, 2015). A forma mais comum de doença articular é a osteoartrite e sua prevalência está aumentando de acordo com o envelhecimento da população e o aumento da obesidade, porém os dados variam de acordo com o tipo de articulação acometida, demografia e idade dos pacientes. Por exemplo, para osteoartrite de joelho e quadril foi verificada uma prevalência de 14,8% na população de 25 anos ou mais tendo os demais dados oscilado em torno desse valor demograficamente (PLOTNIKOFF *et al*, 2015).

A Fibromialgia é uma síndrome de dor crônica multifatorial com etiopatogenia não completamente elucidada, sua prevalência na população em geral varia de 0,2 a 6,4% (MARQUES *et al*, 2017). As lesões de partes moles também são frequentes, dentre elas as bursites e tendinites. Essas manifestações têm prevalência bastante heterogênea levando em consideração que podem acometer diferentes locais no corpo como ombro, cotovelos, quadris, punhos, tornozelos e calcâneo (CARVALHO, 2014). Finalmente, a dor miofascial se incorpora no escopo de dores crônicas que afetam o bem-estar fisiológico, psicológico e social dos acometidos. Estima-se que 1,5 bilhões de pessoa no mundo todo sofram com esse tipo de doença (CHU *et al*, 2016).

Tendo em vista as patologias citadas e sabendo de sua importância clínica por sua destacada prevalência se faz necessária a triagem dos pacientes que necessitam de atendimento especializado em reumatologia. Muitas destas doenças podem ser manejadas pelo médico da Atenção primária não necessitando de encaminhamento para a Atenção secundária ou terciária,

sendo estas reservadas para os casos com indicações específicas de situações clínicas mais complexas baseadas na história, exame físico e complementares dos pacientes (TELESSAÚDERS, 2017).

## 1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças reumatológicas são englobadas dentro de subgrupos que apresentam características semelhantes. Uma das características mais importantes para as enfermidades reumatológicas é a dor. Essa característica por si só pode fornecer pistas diagnósticas sobre qual subgrupo será o mais provável e até entre as doenças dentro dele. A dor de origem inflamatória, muito presente nas doenças autoimunes como a artrite reumatoide, tem características como dor após períodos prolongados de repouso, que melhora com movimentos, pode ser associada a rubor, calor e edema, períodos de melhora e piora, rigidez articular com duração superior ou igual a uma hora e sintomas sistêmicos associados. Já a dor de origem mecânica, como na osteoartrite, é uma dor que geralmente tem padrão protocinético, melhora após repouso e piora após movimentos, tem presença de crepitação, a rigidez articular tem duração menor que uma hora e não tem sintomas sistêmicos associados (CARVALHO, 2014). Por mais que possam ser englobadas em subgrupos, cada doença tem suas particularidades que devem ser estudadas individualmente.

### 1.1.1 ARTRITE REUMATOIDE

A artrite reumatoide é uma doença sistêmica do tecido conjuntivo na qual as modificações patológicas ocorrem nas estruturas articulares, periarticulares e tendinosas. Suas manifestações são basicamente inflamatórias e o material anatômico mais acometido é a membrana sinovial, com formação de *pannus*. Muitos órgãos podem ser acometidos, além das estruturas articulares, ainda mais nos pacientes que apresentam a forma mais grave da doença. Embora se saiba bastante sobre sua epidemiologia e seus fatores genéticos e imunológicos, a artrite reumatoide ainda tem muito a ser estudada. Ela apresenta uma vasta gama de manifestações durante o curso clínico que cursam com desconforto de duração variável, podem ocorrer semanas a meses ou até mesmo anos de incapacidade (CARVALHO, 2014).

### 1.1.2 ARTRITE PSORIÁSICA

A artrite psoriásica é uma entidade heterogênea que tem envolvimento musculoesquelético – artrite, entesite, dactilite e envolvimento axial com potencial doenças nas unhas e pele -. Essa doença apresenta significativo aumento de comorbidades metabólicas e morbidade e mortalidade cardiovascular (CARVALHO, 2014) (COATES, HELLIWELL, 2017).

A relação entre a psoríase e a artrite psoriásica não é bem estabelecida. A presença de lesões nas unhas e a gravidade da psoríase, que é indicada pela extensão corporal acometida, alguns sítios específicos de apresentação como o escalpo e a região interglútea, obesidade, histórico familiar, tabagismo, infecções bacterianas e traumas físicos parecem ser fatores de aumento de risco para a artrite psoriásica em pacientes com psoríase (EDER L *et al*, 2016).

### 1.1.3 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica – com períodos de atividade e de remissão -, inflamatória e pouco frequente. Acontece, principalmente, em mulheres jovens, acomete múltiplos órgãos e sistemas. Na sua etiopatogenia ocorrem modificações da resposta imunológica, com anticorpos dirigidos contra proteínas do próprio organismo. Tem gravidade variável, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas em comparação com a população em geral. Aceita-se que a doença seja resultado de uma interação de fatores genéticos, hormonais e ambientais (CARVALHO, 2014).

### 1.1.4 DORES LOMBARES INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS E DORES LOMBARES MECÂNICAS

Dores lombares crônicas inflamatórias, isto é, com duração superior a 3 meses podem remeter ao diagnóstico de espondiloartrites, neoplasias primárias ou secundárias, processos infecciosos e fraturas. Dentre as condições necessárias para a solicitação de exames de imagem de um paciente com queixa de dor lombar estão ter idade inferior a 20 anos ou superior a 70, paciente com história prévia de câncer, paciente com imunossupressão, presença de sinais ou sintomas sistêmicos, dor cuja característica é inflamatória e tem piora à noite, paciente com diagnóstico prévio de osteoporose e dor lombar com duração superior a 8 semanas sem resposta ao tratamento clínico tendo este já sido otimizado (CARVALHO, 2014) (TELESSAÚDERS, 2017).

Já as dores lombares mecânicas são predominantemente musculoesqueléticas sem características inflamatórias, relacionadas ao início dos movimentos – protocinéticas -, podem ter relação direta com a atividade ocupacional do paciente e com fatores de risco bem determinados como a obesidade e o sedentarismo (CARVALHO, 2014) (CHOU R, 2014).

#### 1.1.5 GOTA

A gota faz parte da gama de doenças conhecidas como artrites microcristalinas. A gota é uma das doenças metabólicas mais frequentes, sendo os principais fatores de risco a hiperuricemia, abuso de álcool, carnes e frutos do mar em excesso e algumas medicações (como diuréticos, salicilatos em baixa dose, ciclosporina, tacrolimus, etambutol, pirazinamida, ácido nicotínico). Está associada à síndrome metabólica, doenças mieloproliferativas, hematológicas e renais. Os cristais de monourato de sódio e o ácido úrico são necessários para a expressão clínica da gota, essa expressão tem variadas formas como a hiperuricemia assintomática, artrite gotosa aguda, períodos intercríticos, artrite tofácea crônica, nefropatia e litíase renal por uratos (CARVALHO, 2014)

#### 1.1.6 OSTEOARTRITE

A osteoartrite (OA) é a condição clínica articular mais prevalente, na qual ocorre um aumento do metabolismo celular da articulação em resposta a uma agressão na cartilagem. A falta de equilíbrio entre degradação e reparação é o que determina o processo osteoartrítico, por isso a doença pode ser interpretada como uma insuficiência cartilaginosa decorrente de múltiplos fatores mecânicos, genéticos, hormonais, ósseos e metabólicos. Do ponto de vista clínico esse processo é, muitas vezes, assintomático podendo ser identificados sinais radiográficos ocasionais. Atualmente a doença parou de ser encarada como processo natural de envelhecimento e passou a ser julgada passível de tratamento para estabilização e até mesmo reversão dos danos cartilagosos (CARVALHO, 2014).

#### 1.1.7 FIBROMIALGIA

Fibromialgia (FM) é caracterizada como uma combinação de dor ampla pelo corpo - definida como bilateral, acima e abaixo da linha da cintura, que envolve também esqueleto axial (CARVALHO, 2014). O seu diagnóstico envolve uma avaliação criteriosa do paciente em diversos aspectos como neurocognitivo, psicológico, físico e funcional, pois todas essas dimensões podem estar afetadas na doença e, também por apresentar esse leque de

manifestações clínicas, diagnósticos diferenciais de síndromes de dor crônica devem ser descartados (TALOTTA R *et al*, 2017).

#### 1.1.8 BURSITES E TENDINITES

As bursites e tendinites são inflamações das bursas e tendões que existem em múltiplas partes do esqueleto ósseo. Caso o quadro clínico dessas afecções seja puramente mecânico, provavelmente não se relaciona com doenças reumáticas autoimunes (TELESSAÚDERS, 2017).

Pacientes com bursite inflamatória apresentam calor e edema sobre a bursa envolvida, dor pronunciada, sensibilidade e diminuição da amplitude de movimento (KHODAE M, 2017). As tendinites podem se apresentar com quadro semelhante ao das bursites, além disso podem surgir calcificações em exame de imagem. Caso houver ruptura da estrutura do tendão, haverá, além da limitação de movimento, a diminuição de força (CARVALHO, 2014).

#### 1.1.9 DORES MIOFASCIAS

As dores miofasciais são a principal causa de dor em geral, sejam elas lombares, cervicais ou em qualquer ponto de dor (CHU *et al*, 2016). Apesar de ser muito comum é uma condição subdiagnosticada muito provavelmente pelo fato de sua natureza não ser bem compreendida e por, frequentemente, seus sintomas se sobreporem àqueles de outras desordens musculoesqueléticas dolorosas (GIAMBERARDINO MA *et al*, 2011).

A dor miofascial é uma síndrome específica causada pela presença de pontos gatilho musculares ou em suas fáscias. Os pontos gatilhos são definidos como locais de sensibilidade e irritabilidade nos músculos ou fáscia, localizados em faixas tensas e palpáveis que medeiam uma resposta de contração local das fibras musculares sob um tipo específico de palpação. Se suficientemente irritável a palpação causa dor, sensibilidade e fenômenos autonômicos como disfunção em áreas geralmente remotas daquele sítio que são chamadas de alvo (GIAMBERARDINO MA *et al*, 2011).

## **2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-10**

- Artrite reumatóide – CID10 M06.9
- Artrite psoriásica – CID10 M07
- Lúpus eritematoso sistêmico (LES) – CID10 M32
- Dor lombar crônica – CID10 M54.5
- Artrite por deposição de cristais (gota) – CID10 M10.9
- Osteoartrite – CID10 M19
- Fibromialgia – CID10 M79.7
- Bursite/tendinite – CID10 M79
- Dor miofascial – CID10 M62

### 3 DIAGNÓSTICO

#### 3.1 DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATOIDE

O diagnóstico dessa patologia deve levar em conta os dados clínicos e de exames complementares. O tempo de evolução da artrite, presença de auto anticorpos, elevação de provas de atividade inflamatória e alterações específicas em exames de imagem devem ser analisados em conjunto, pois nenhum dado isolado confirma o diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

**QUADRO I:** Critérios do Colégio Americano de Reumatologia e da Liga Europeia Contra Reumatismo para classificação de artrite reumatoide (ACR/EULAR 2010)

#### **Envolvimento articular**

- 1 grande articulação → 0 pontos
- 2-10 grandes articulações → 1 ponto
- 1-3 pequenas articulações → 2 pontos
- 4-10 pequenas articulações → 3 pontos
- > 10 articulações (pelo menos uma pequena articulação) → 5 pontos

#### **Sorologia (pelo menos um resultado necessário)**

- Fator Reumatóide (FR) e Anti Peptídeo Citrulinado Cíclico (anti-CCP) negativos → 0 pontos
- FR ou anti-CCP em baixos títulos → 2 pontos
- FR ou anti-CCP em altos títulos → 3 pontos

#### **Provas de atividades inflamatórias (pelo menos um resultado necessário)**

- Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e Proteína C reativa (PCR) normais → 0 pontos
- VHS ou PCR alterados → 1 ponto

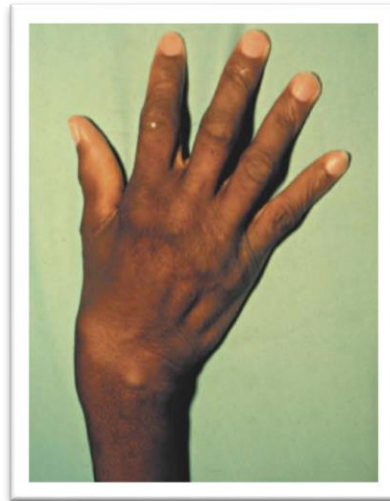
#### **Duração dos sintomas**

- Menos de 6 semanas → 0 pontos
- Mais de 6 semanas → 1 ponto

(Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

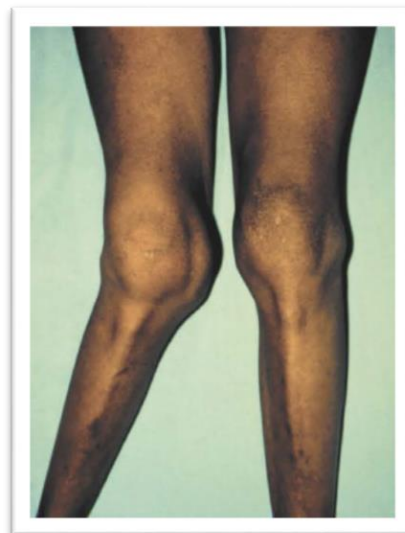
Os critérios ACR de 1987 apresentavam uma falta de sensibilidade para detectar fases iniciais da doença, nas quais muitas vezes não existe a presença de quatro critérios necessários

para seu diagnóstico, por conta disso frequentemente essa parcela de pacientes tinham seus tratamentos adiados. Para tanto foram instituídos os critérios ACR/EULAR 2010 que através de um sistema de pontuação no qual 6 ou mais classifica o paciente como tendo AR. Esses novos critérios são mais sensíveis e permitem identificar a doença mais precocemente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).



**FIGURA I:** Mão reumatoide mostrando dedos em fuso, tumefação de 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> metacarpofalanganias e hipotrofiade músculos interósseos dorsais.

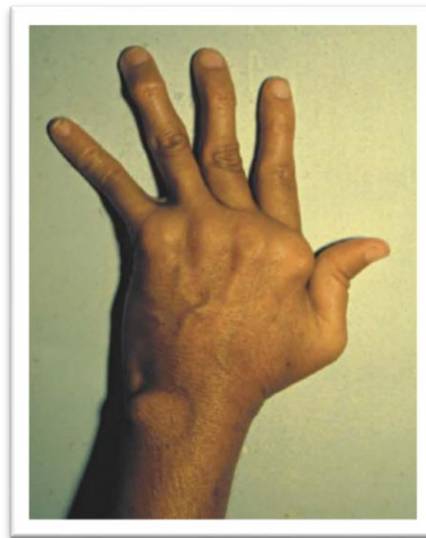
(FONTE: CARVALHO)



**FIGURA II:** Aumento do volume dos joelhos, desvio em valgo e hipotrofia de quadríceps.

( FONTE: CARVALHO)





**FIGURA III:**Dedos em pescoço de cisne, polegar em Z e desvio ulnar dos dedos em mão reumatoide.

(FONTE: CARVALHO)

Laboratorialmente as provas de atividade inflamatória, como o VHS e a PCR, não são diagnósticos de AR, mas sim para acompanhamento da atividade da doença. Existe uma grande variedade de autoanticorpos que podem ser detectados no soro do paciente com AR, dentre eles o fator reumatoide e o anti proteínas citrulinadas (anti-CCP). O FR é positivo em 70 a 80% dos pacientes com AR. O anti-CCP é detectado em 70 a 80% das pessoas com AR e sua especificidade é bastante alta chegando de 90 a 98% (CARVALHO, 2014).

A artrite reumatoide é uma doença bastante específica e seu prognostico depende de um tratamento adequado e bem otimizado, portanto na sua suspeita ou na sua confirmação diagnóstica deve-se sempre encaminhar o paciente ao serviço especializado em reumatologia (TELESSAÚDERS, 2017).

### 3.2 DIAGNÓSTICO DE ARTRITE PSORIÁSICA

A artrite psoriásica é uma doença de apresentação heterogênea. As manifestações vão desde alterações musculoesqueléticas como artrite, entesite, dactilite e envolvimento axial até doença de pele e unhas. Essa apresentação variada pode mimetizar diferentes tipos de artrites inflamatórias como a artrite reumatoide e artropatias por deposição de cristais.

#### **QUADRO II:** Critérios de classificação para artrite psoriásica (CASPAR)

Doença inflamatória articular (articulação, coluna ou entesal), com três ou mais pontos dos que seguem:

##### **1. Evidência de psoríase**

- a. Psoríase atual: doença psoriásica de couro cabeludo ou da pele está presente hoje examinado por reumatologista ou dermatologista
- b. História pessoal de psoríase: histórico de psoríase que pode ser obtido com o paciente, médico de família, dermatologista, reumatologista ou outro profissional qualificado
- c. História familiar de psoríase: histórico familiar de parente de primeiro ou segundo grau com psoríase de acordo com relato do paciente

##### **2. Onicodistrofia psoriásica**

Distrofia psoriásica típica das unhas, incluindo onicólise, depressões cupuliformes e hiperqueratose observadas ao exame físico atual

##### **3. Teste negativo para fator reumatoide**

Por qualquer método, exceto látex, mas preferencialmente por ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA) ou nefelometria, de acordo com a faixa de referência do laboratório em questão

##### **4. Dactilite**

- a. Atual: inchaço de um dígito inteiro
- b. História: histórico de dactilite reportado por reumatologista

##### **5. Evidência radiológica de formação óssea justa-articular**

Ossificação mal definida perto das margens articulares (excluindo osteófitos) nas radiografias simples de pés ou mãos

(Adaptado de COATES, HELLIWELL, 2017)

Para dermatologista e clínicos gerais pode ser difícil a diferenciação da artrite psoriásica de outra artrite inflamatória ou até mesmo de osteoartrite ou outra dor articular mecânica, por conta

disso na suspeita desse diagnóstico o paciente deve ser referenciado ao reumatologista (COATES, HELLIWELL, 2017) (TELESSAÚDERS, 2017).



**FIGURA IV:** Lesões cutâneas da psoríase.

(FONTE: SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA)



**FIGURA V:** Dactilite.

(FONTE: THE RHEUMATOLOGIST)

### 3.3 DIAGNÓSTICO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Para o diagnóstico de LES é necessária a realização de uma história médica e exame físico completos. Pode haver evidências de sintomas constitucionais como febre, fadiga, linfadenopatia e perda de peso. Além disso, sinais como lesões fotossensíveis da pele – como a erupção malar -, úlceras orais e nasais, queda de cabelo, fenômeno de Raynaud, artralgia ou artrite não erosiva, dispneia e dor torácica pleurítica – sugestivas de serosite-, edema de membros inferiores, sintomas neurológicos – como convulsões -, são comumente vistos no paciente lúpico (WALLACE, GLADMAN, 2019).

**QUADRO III:** Critérios de classificação da Liga Européia Contra Reumatismo (EULAR) e do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) para Lúpus Eritematoso Sistêmico

**Critério de entrada:**

- Anticorpos antinucleares | Fator antinuclear (FAN) em um título  $\geq 1:80$  em células epiteliais humanas ou um teste equivalente positivo (sempre)

Se ausente, não classifica LES

Se presente, aplicar os critérios adicionais

**Critérios adicionais:** não conte critérios se houver uma explicação mais provável do que LES; a ocorrência de um critério em ao menos uma ocasião é suficiente; para classificação de LES é necessário ao menos um critério clínico e a soma de  $\geq 10$  pontos; critérios necessitam ocorrer simultaneamente; dentro de um mesmo domínio, apenas pontua o critério de maior peso.

**Domínios e critérios clínicos**

- **Sintomas constitucionais:**
  - Febre  $\rightarrow$  2 pontos
- **Hematológicos**
  - Leucopenia  $\rightarrow$  3 pontos
  - Trombocitopenia  $\rightarrow$  4 pontos
  - Hemólise autoimune  $\rightarrow$  4 pontos
- **Neuropsiquiátricos**
  - Delírio  $\rightarrow$  2 pontos
  - Psicose  $\rightarrow$  3 pontos
  - Convulsão  $\rightarrow$  5 pontos
- **Mucocutâneos**

- Alopecia não-cicatricial → 2 pontos
- Úlceras orais → 2 pontos
- Cutâneo subagudo OU lúpus discoide → 4 pontos
- Lúpus cutâneo agudo → 6 pontos
- **Serosos**
  - Efusão pleural ou pericárdica → 5 pontos
  - Pericardite aguda → 6 pontos
- **Musculoesqueléticos**
  - Envolvimento articular → 6 pontos
- **Renais**
  - Proteinúria > 0,5 g/24h → 4 pontos
  - Biopsia renal nefrite lúpica classe II ou V → 8 pontos
  - Biopsia renal nefrite lúpica classe III ou IV → 10 pontos

#### **Domínios e critérios imunológicos**

- **Anticorpos antifosfolipídeos**
  - Anticorpos anticardiolipina OU anticorpos anti-beta-2GP1 OU anticoagulante lúpico → 2 pontos
- **Proteínas do complemento**
  - C3 baixo OU C4 baixo → 3 pontos
  - C3 baixo E C4 baixo → 4 pontos
- **Anticorpos específicos**
  - Anticorpo anti-DNA OU anticorpo anti-Smith → 6 pontos

(adaptado de WALLACE, GLADMAN, 2019)

Pode-se considerar baixos títulos de FAN aqueles < 1/80, títulos moderados entre 1/160 e 1/320 e elevados títulos aqueles > 1/640. Já se tratando dos padrões de FAN existem variados tipos, porém os mais associados ao LES são o padrão nuclear homogêneo e o nuclear pontilhado grosso. O padrão pontilhado fino denso é muito frequentemente observado em pessoas soropositivas que, contudo, não apresentam qualquer doença autoimune (FRANCESANTONIO *et al*, 2013).

Na vigência de suspeita ou diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico com sinais/sintomas que ameacem a vida do paciente, este deve ser encaminhado em caráter de emergência ao reumatologista. Ao diagnóstico ou na suspeita da doença – pelos menos 3 critérios clínicos/laboratoriais -, porém sem sinais/sintomas ameaçadores da vida o paciente

deve ser encaminhado, do mesmo modo, ao reumatologista, contudo não necessita ser emergencialmente (TELESSAÚDERS, 2017).



**FIGURA VI:** Rash malar em asa de borboleta.

(FONTE: MEDSCAPE)



**FIGURA VII:** Lesões anulares no Lúpus subagudo ou Lúpus discoide.

(FONTE: SCIELO)

### 3.4 DIAGNÓSTICO DE DORES LOMBARES INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS E DORES LOMBARES MECÂNICAS

Dor lombar crônica é definida temporalmente como a dor que persiste por mais de 12 semanas. A prevalência desse sintoma varia em torno de 22 a 48% na população geral, tornando-se uma das maiores causas de busca por atendimento médico no mundo (WHEELER *et al*, 2019).

#### **QUADRO IV:** Dor lombar de característica inflamatória

Pelo menos 4 dos 5 sintomas abaixo:

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

(Adaptado de TELESSAÚDE, 2017)

Os pacientes devem ser avaliados quanto as características da dor – localização específica, duração, intensidade, comparação com dores lombares anteriores -, presença de sintomas constitucionais – perda de peso, febre, suores noturnos -, histórico de malignidade, precipitantes, terapias já efetuadas, sintomas neurológicos – fraqueza, queda ou instabilidade de marcha, dormência, sintomas intestinais ou da bexiga -, evolução dos sintomas, história de infecções bacterianas recentes, histórico de uso atual ou recente de drogas injetáveis, uso de medicamentos corticosteroides e história recente de procedimentos vertebrais.

O exame físico deve ser completo com inspeção da coluna e postura, palpação/percussão para avaliar sensibilidade dos tecidos moles e vertebrais – sensibilidade localizada em processos espinhosos pode estar presente em pacientes com osteomielite vertebral, fratura por compressão osteoporótica e até metástases vertebrais -, realização de exame neurológico com foco em reflexos, força, sensibilidade e marcha. Toda propedêutica será necessária para diferenciar as múltiplas etiologias existentes com manifestação de lombalgia crônica (WHEELER *et al*, 2019).

Uma avaliação adicional de grande importância que deve ser considerada nos pacientes com lombalgia crônica é a avaliação de fatores psicossociais. Os fatores psicossociais são fatores preditores do curso da dor lombar, se existe alguma perturbação do estado psicossocial

do paciente – seja depressão, ansiedade, somatização -, esta poderá afetar negativamente o desfecho dos tratamentos propostos. A presença de sinais de Waddell no exame físico sugerem uma etiologia não-orgânica ou componente psicológico da lombalgia. Os sinais de Waddell incluem distribuição de perda sensorial que não segue dermatômos, não reprodutibilidade da dor quando o paciente está distraído, perda de força regional ou mudança sensorial e resposta dolorosa exagerada e inconsistente.

Avaliação imaginológica pode ser necessária nesses pacientes, contudo não deve ser solicitada de rotina para pacientes com dor lombar não específica, deve ser realizada naqueles pacientes com lombalgia severa, com presença de déficit neurológico progressivo ou com suspeita de uma séria condição subjacente ou os sinais de alarme citados previamente (CHOU R, 2014).

Um exemplo dentre as lombalgias inflamatórias são as espondiloartrites dentre as quais a espondilite anquilosante mostra uma prevalência de até 1,7% na população geral com maior expressão em homens jovens. É uma doença complexa, imunomediada e que cursa com características clínicas como entesite, sacroileíte e espondilite e manifestações extra-articulares como uveíte anterior, psoríase e doença inflamatória intestinal. Os primeiros sintomas são principalmente dor e rigidez nas costas, principalmente na região lombar, embora qualquer parte da coluna possa estar envolvida (BRAUN J, 2018).

Ademais, as condições clínicas dentro do quadro de lombalgias crônicas que devem ser encaminhadas ao reumatologista são aquelas que se encaixam nos critérios de dor com características inflamatórias (TELESSAÚDE, 2017)



### 3.5 DIAGNÓSTICO DE GOTA

Os surtos de gota tipicamente ocorrem à noite, em 80% dos casos tem envolvimento de uma única articulação em extremidade inferior – hálux e, menos frequentemente, joelho -, causam dor intensa, vermelhidão, calor, edema e até perda de função da articulação. O envolvimento de articulações axiais como da coluna vertebral e sacro-ilíacas é bem menos comum de acontecer.

Após o surto de gota o paciente entra em um período que é chamado de intercrítico – período entre surtos -, os quais são inteiramente assintomáticos. Esse padrão é muito importante para o diagnóstico de gota, pois é muito incomum de ocorrer em outros distúrbios artríticos que não sejam por deposição de cristais (LÖFFLER *et al*, 2015).

**QUADRO V:** Critérios de classificação de Gota pela Liga Europeia Contra Reumatismo (EULAR) e Colégio Americano de Reumatologia (ACR)

#### **Critério de inclusão (obrigatório)**

- Pelo menos um episódio de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica ou bursa

#### **Critério suficiente (se presente, classifica-se como gota imediatamente)**

- Presença de cristais de urato monossódico em uma articulação ou bursa sintomática (ex: líquido sinovial) ou tofo

#### **Critérios clínicos**

- Padrão de envolvimento articular/bursa durante qualquer episódio sintomático
  - Tornozelo ou médio pé (parte de um episódio monoarticular ou oligoarticular sem envolvimento do hálux) → 1 ponto
  - Envolvimento do hálux (episódio mono ou oligoarticular) → 2 pontos
- Características de qualquer episódio sintomático: eritema na articulação afetada, não consegue suportar o toque ou pressão na articulação afetada, grande dificuldade para andar ou incapacidade de usar a articulação afetada
  - Uma característica → 1 ponto
  - Duas características → 2 pontos
  - Três características → 3 pontos
- Curso temporal de qualquer episódio sintomático | presença de  $\geq 2$  dos seguintes critérios, independente do tratamento anti-inflamatório:
  - Tempo até a dor máxima < 24 horas

- Resolução dos sintomas em até 14 dias
- Resolução completa entre os episódios sintomáticos
  - Um episódio típico → 1 ponto
  - Episódios típicos recorrentes → 2 pontos
- 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 como articulações, orelhas, bursa olecraniana, polpas digitais e tendões
  - Presente → 4 pontos

#### **Crítérios laboratoriais**

- Ácido úrico sérico: medido pelo método da uricase. Idealmente deve ser medido quando o paciente não está recebendo a terapia uricorreutora 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
  - < 4 mg/dl → - 4 pontos
  - 4 a 6 mg/dl → 0 pontos
  - 6 a < 8 mg/dl → 2 pontos
  - 8 a < 10 mg/dl → 3 pontos
  - ≥ 10 mg/dl → 4 pontos
- Análise de líquido sinovial de uma articulação ou bursa sintomática (a qualquer momento)
  - Urato monossódico negativo → - 2 pontos
  - Líquido sinovial não avaliado → 0 pontos

#### **Crítérios imagiológicos (se não disponível pontuar como 0)**

- Evidência de depósito de urato em uma articulação ou bursa sintomática a qualquer momento: ultrassonografia ou tomografia computadorizada Dual Energy (DECT)
  - Presente → 4 pontos
- Evidência de dano articular relacionado à gota: radiografia convencional das mãos e/ou pés demonstrando pelo menos erosão
  - Presente → 4 pontos

A presença de pelo menos 8 pontos é necessária para classificar Gota.

(Adaptado de TELESSAÚDE, 2017)

Para o devido acompanhamento desses pacientes deve-se encaminhá-los à reumatologia quando ao diagnóstico de gota e crises recorrentes – 3 ou mais no ano – e quando ácido úrico fora do alvo terapêutico ( $>6$  mg/dl em pessoas sem tofos e  $>5$  mg/dl em pessoas com tofos), mesmo que tenham adequada adesão ao tratamento e este já tenha sido otimizado (TELESSAÚDE, 2017)



**FIGURA VIII:** Gota tofácea crônica com acometimento deformante das mãos.

(FONTE: CARVALHO)



**FIGURA IX:** Imagem radiográfica de tofo em bursa oleacraneana do cotovelo.

(FONTE: CARVALHO)

### 3.6 DIAGNÓSTICO DE OSTEOARTRITE

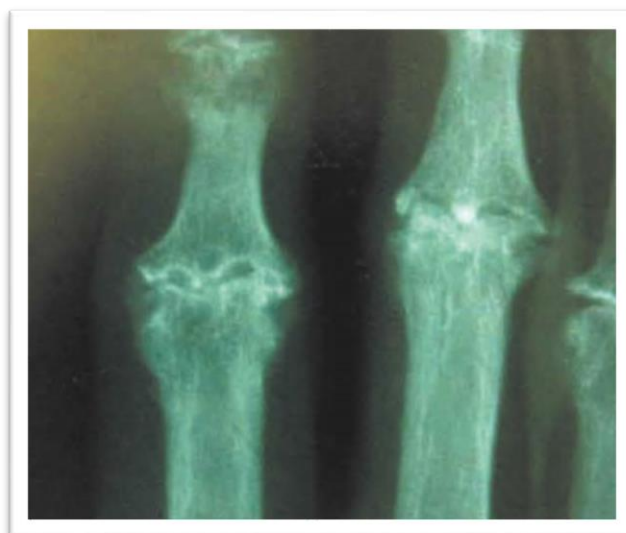
Apesar da OA ser uma doença extremamente comum, pode ser difícil de diagnosticar. Os critérios diagnósticos foram desenvolvidos para acometimento de joelhos, mãos e quadril. O objetivo desses critérios é diferenciar a OA de outras formas de artrites, como a artrite reumatoide e a espondilite anquilosante. Exames de imagem podem ser úteis quando o diagnóstico é incerto. Imagens de ressonância nuclear magnética (RNM) podem ser superiores à radiografia simples em casos de doença incipiente, contudo a indicação para realização deve ser apropriada ao contexto clínico, pois pequenos achados de anormalidades estruturais são comuns de serem achados em população mais idosa (MARTEL-PELLETIER *et al*, 2016).

#### QUADRO VI: Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

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

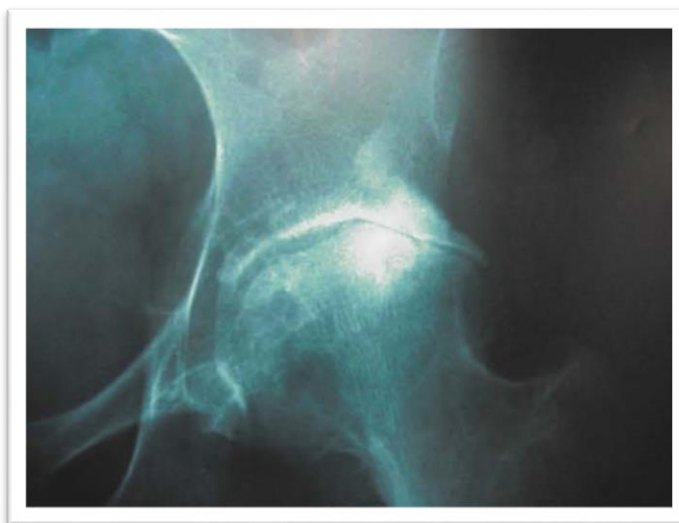
(Adaptado de TELESSAÚDE, 2017)

A necessidade de encaminhamento ao reumatologista se faz quando há suspeita doença articular inflamatória como a artrite reumatoide ou artrite psoriásica e/ou quando a dor por osteoartrite persiste por mais de 6 meses sem melhora apesar do tratamento clínico otimizado – se ausência de serviço especializado em tratamento de dor crônica – (TELESSAÚDE, 2017).



**FIGURA X:** Osteoartrite nodal erosiva.

(FONTE: CARVALHO)



**FIGURA XI:** Osteoartrite de quadril.

(FONTE: CARVALHO)



**FIGURA XII:** Radiografia de joelho: (1) redução do espaço articular; (2) osteófitos e (3) esclerose óssea subcondral.

(FONTE: CARVALHO)

### 3.7 DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

A fibromialgia é considerada uma das condições reumatológicas mais comuns. Devida a variedade de padrões clínicos e a inexistência de exames laboratoriais ou de imagem o diagnóstico de FM é clínico (HEYMANN *et al*, 2017).

Frequentemente a FM é acompanhada de outras condições que podem causar dor musculoesquelética, sono não reparador ou sintomas psiquiátricos, portanto sua avaliação deve ser criteriosa quanto a diagnósticos diferenciais – dores miofasciais, tendinites e bursites, síndrome da fadiga crônica, desordens psiquiátricas, hipotireoidismo, hepatite C –. Os principais sintomas associados à FM são a dor generalizada, fadiga e distúrbios do sono. Outros sintomas como distúrbios cognitivos, sintomas de depressão/ansiedade, síndrome das pernas inquietas e parestesias podem estar presentes

Ao exame físico a presença de sensibilidade, por vezes acentuada, na palpação leve em vários locais de tecido mole pode ser o único achado (GOLDENBERG, 2019).

**QUADRO VII:** Critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 2010 para classificação de fibromialgia

**Paciente preenche critérios diagnósticos de fibromialgia se:**

- a. Índice de dor difusa (IDD)  $\geq 7/19$  e uma escala de gravidade de sintomas (SS)  $\geq 5$  ou IDD entre 3-6 e SS  $\geq 9$
- b. Sintomas devem estar estáveis e presentes por pelo menos três meses
- c. Ausência de outra afecção clínica que pudesse explicar a sintomatologia

**Índice de dor difusa (IDD) – número de áreas onde teve dor nos últimos sete 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/trocâter) esquerdo ou direito
- 6. Coxa esquerda ou direita
- 7. Perna esquerda ou direita
- 8. Região cervical
- 9. Tórax

- 10. Abdome
- 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**

*Para cada sintoma indicar o nível de gravidade na última semana:*

- Fadiga
  - Sem alteração → 0 pontos
  - Alterações leves, intermitentes → 1 ponto
  - Moderados, frequentes → 2 pontos
  - Grave, contínuo, prejudicam a vida diária → 3 pontos
- Sintomas cognitivos
  - Sem alteração → 0 pontos
  - Alterações leves, intermitentes → 1 ponto
  - Moderados, frequentes → 2 pontos
  - Grave, contínuo, prejudicam a vida diária → 3 pontos
- Sono não restaurador
  - Sem alteração → 0 pontos
  - Alterações leves, intermitentes → 1 ponto
  - Moderados, frequentes → 2 pontos
  - Grave, contínuo, prejudicam a vida diária → 3 pontos
- Sintomas somáticos gerais
  - Nenhum sintoma → 0 pontos
  - Poucos sintomas → 1 ponto
  - Moderados sintomas → 2 pontos
  - Grande quantidade de sintomas → 3 pontos

- 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.

(adaptado de TELESSAÚDE, 2017)



A condição para encaminhamento do paciente com fibromialgia ao reumatologista é a suspeita de doença articular inflamatória ou refratariedade ao tratamento, caso contrário, este é um paciente que pode ser manejado na Atenção Básica (TELESSAÚDE, 2017).

### 3.8 DIAGNÓSTICO DE BURSITES E TENDINITES

As bursas são estruturas em forma de saco, cheias de líquido, revestidas por membrana sinovial, localizam-se em fendas entre estruturas móveis no sistema musculoesquelético. O termo “bursite” remete à inflamação, porém a maioria das síndromes específicas de bursite não estão relacionadas a inflamações, mas sim apenas à sensibilidade sobre a estrutura. Podem resultar de qualquer uma ou de combinação das seguintes causas:

- Lesão ou trauma da bursa
- Pressão prolongada
- Uso excessivo da estrutura
- Artropatia por deposição de cristais
- Artrites inflamatórias
- Infecção – bursite séptica –

O sintoma mais comum e relacionado às bursites sem características inflamatórias é a dor provocada por qualquer movimento ativo, sendo o movimento passivo frequentemente indolor. Caso haja componente inflamatório a área adjacente à bursa acometida normalmente apresentará edema, rubor e calor local, além de poder apresentar sintomas constitucionais como febre baixa.

Para diagnóstico, normalmente não são necessários exames de imagem, principalmente se a bursa acometida for superficial, porque o exame físico será característico. A necessidade de imagem no acometimento de bursas será imperativa quando o diagnóstico preciso da localização anatômica for imprescindível – como no acometimento de bursas cujas quais podem gerar complicações vasculares – e também quando há necessidade de punção da bursa para realização de aspiração de seu líquido, mas essa se situa muito perto de estruturas vasculares e nervosas. A escolha de imagem normalmente inclui radiografias simples – não demonstra a bursa em si, mas sim complicações ósseas adjacentes que podem estar presentes -, ultrassonografias – permite avaliação dinâmica e pode ser usada simultaneamente para orientar punção da bursa - e ressonância magnética (TODD, 2019).

As tendinites têm o mesmo tipo de apresentação e de avaliação diagnóstica que as bursites, a diferença é que o problema se encontra nos tendões, cujo quais podem sofrer rompimento e consequente perda de força ou mesmo de função musculoesquelética (KUSHNER, 2019).

Na maioria dos casos não há indicação de encaminhamento de pacientes com bursite ou tendinite para o reumatologista, pois os casos são predominante e exclusivamente de etiologia mecânica. A necessidade de encaminhamento para o serviço especializado em reumatologia se dará quando a bursite ou a tendinopatia forem associadas a doenças inflamatórias reumáticas – como a artrite reumatoide – (TELESSAÚDE, 2017).

### 3.8 DIAGNÓSTICO DE DORES MIOFASCIAIS

Na anamnese o paciente geralmente referirá dor persistente, tensão muscular e amplitude de movimento limitada. Além de revisar comorbidades médicas – uso de medicamentos, alergias – o médico deve questionar quanto a ocupação laboral – levantamento de peso, posturas sustentadas e prolongadas, movimentos repetitivos – e sobre estressores psicossociais. O exame físico deve incluir exame neuromuscular completo que se concentre na área afetada. A palpação de pelo menos um ponto sensível em uma faixa tensionada, amplitude de movimento limitada, reconhecimento da dor do paciente à palpação de um ponto gatilho e resposta local com contração muscular são critérios para o diagnóstico de dor miofascial.

Os pontos gatilho são faixas musculares palpáveis tensas em um músculo fraco e encurtado. A palpação desses pontos gatilho produzem uma resposta local patognomônica chamada de “sinal do pulo” no paciente afetado. A dor miofascial pode se desenvolver em qualquer músculo do corpo estando especialmente relacionada à área cervical e dorsal – trapézio, elevador da escápula, infraespinhoso, romboides -. A irritação crônica de pontos gatilho pode se propagar para outros músculos e criar pontos gatilho “satélites”.

Alguns diagnósticos diferenciais das dores miofasciais incluem desordens neurológicas, osteoartrite, miopatias, radiculopatias e também fibromialgia (WELLER, 2018).

A presença de quadro exclusivo de dor miofascial não configura indicação para encaminhamento do paciente ao reumatologista (TELESSAÚDE, 2017).

## **4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

### **4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

O protocolo contemplará pacientes adultos ou idosos que apresentarem características específicas de doenças reumáticas que necessitam de acompanhamento em serviço especializado em reumatologia não devendo, desse modo, serem manejados na Atenção Primária ou na clínica médica geral.

### **4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

O protocolo é direcionado aos pacientes na faixa etária adulta e aos idosos sendo, portanto, excluída a faixa etária pediátrica menor de 18 anos.

## **5 TRATAMENTO**

Não se aplica a este protocolo.



**REFERÊNCIAS**

- BECKER M, GAFFO AL. Clinical manifestations and diagnosis of gout. UpToDate. <https://www.uptodate.com> (Accessed on November 06, 2019).**
- BRAUN J. Axial spondyloarthritis including ankylosing spondylitis. Rheumatology (Oxford). V. 57, n. 6, p. vi1-vi3, 2018.**
- BURGOS-POL R, et al. Coste de la psoriasis y artritis psoriásica em cinco países de Europa: uma revisão sistemática. Actas Dermosifiliogr. 2016.**
- CARVALHO, MARCO ANTONIO P. Reumatologia: diagnóstico e tratamento. 4 ed. Rio de Janeiro, 2014**
- CHOU R. Low back pain. Annals of Internal Medicine. V. 160, n.11, p. 1-16, 2014.**
- CHU J, et al. Chronic refractory myofascial pain and denervation supersensitivity as global public health disease. BMJ case reports 2016. 2016:bcr2015211816.**
- COATES LC, HELLIWELL PS. Psoriatic arthritis: state of the art review. Clinical Medicine. V. 17, n. 1, p. 65–70, 2017.**
- EDER L, et al. The incidence and risk factors for Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis. Arthritis and Rheumatology. V. 68, n. 4, p. 915-923, 2016.**
- FRANCESCANTONIO PLC, et al. IV Consenso Brasileiro para pesquisa de autoanticorpos em células Hep-2. Revista Brasileira de Reumatologia. V. 54, n. 1, p. 44-50, 2013.**
- GIAMBERARDINO MA, et al. Myofascial pain syndromes and their evaluation. Best Practice and Research Clinical Rheumatology. V. 25, n. 2, p. 185-198, 2011.**
- GOLDENBERG DN. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com> (Accessed on November 15, 2019).**
- HEYMANN RE, et al. New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. Revista Brasileira de Reumatologia. V. 57, n. S2, p. 467-476, 2017.**
- KHODAE M. Common Superficial Bursitis. American Family Physician. V. 95, n. 4, p. 224-232, 2017.**



**KUO CF, et al. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors. Nature Review Rheumatology. V. 11, p 649–662, 2015.**

**KUSHNER I. Overview of soft tissue rheumatic disorders. UpToDate. <https://www.uptodate.com> (Accessed on November 15, 2019).**

**LÖFFLER C, et al. Distinguishing gouty arthritis from calcium pyrophosphate disease and other arthritides. The Journal of Rheumatology. V. 42, n. 3, p. 513-520, 2015.**

**MARQUES AP, et al. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. Revista Brasileira de Reumatologia. [V. 57, n. 4](#), p. 356-363, 2017.**

**MARTEL-PELLETIER J, et al. Osteoarthritis. Nature Reviews Disease Primers. V. 2, n. 16072, p. 1-18, 2016.**

**MEUCCI RD, et al. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. Revista de saúde pública. V. 49, n. 73, p. 1-10, 2015.**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Brasil, 2019.**

**PLOTNIKOFF R, et al. Osteoarthritis prevalence and modifiable factors: a population study. BMC public health vol. 15 1195. 30 Nov. 2015, doi:10.1186/s12889-015-2529-0**

**REES F, et al. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology*. V. 56, n. 11, p. 1945–1961, 2017.**

**SMOLEN, J. S; ALETAHA, D.; MCINNES, I. B. Rheumatoid arthritis. [Lancet](#). V. 388, n. 10055, p. 2023-2038, 2016.**

**TALOTTA R, et al. One year in review 2017: fibromyalgia. Clinical and Experimental Rheumatology 2017. V. 35, n. 3, p 0006-0012, 2017.**

**TELESSAÚDERS. Protocolos de Regulação Ambulatorial: reumatologia adulto. Porto Alegre, 2017.**

**TODD DJ. Bursitis: an overview os clinical manifestations, diagnosis and management. UpToDate. <https://www.uptodate.com> (Accessed on November 15, 2019).**

**WALLACE DJ, GLADMAN DD. Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com> (Accessed on November 04, 2019).**

**WASSERMAN A. Rheumatoid Arthritis: Common Questions About Diagnosis and Management. American Academy of Family Physicians 2018. V. 97, n.7, p 455-462, 2018**

**WELLER J, et al. Myofascial pain. Seminars In neurology. V. 38, n. 6, p. 640-643, 2018.**

**WHEELER SG, et al. Evaluation of low back pain in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com> (Accessed on November 15, 2019).**