



Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas

Despacho Ministerial de 26-03-2004



Ministério da Saúde
Direcção Geral da Saúde

Índice

Abreviaturas	2
Introdução	3
I - Contexto	4
II - Objectivos	7
III – Horizonte Temporal	8
IV – População Alvo	8
V - Estratégias	9
VI - Cronograma	12
VII – Acompanhamento e Avaliação	13
VIII – Orientações Técnicas	14
<i>Osteoartrose</i>	14
<i>Raquialgias</i>	19
<i>Doenças Reumáticas Periarticulares</i>	24
<i>Lesões Musculoesqueléticas Ligadas ao Trabalho</i>	26
<i>Osteoporose</i>	28
<i>Fibromialgia</i>	33
<i>Artropatias Microcristalinas</i>	36
<i>Artrite Reumatóide</i>	41
<i>Espondilartropatias</i>	44
<i>Doenças Reumáticas Sistémicas</i>	47
<i>Artrites Idiopáticas Juvenis</i>	51
IX – Classificação das Doenças Reumáticas	56
Bibliografia	59

Abreviaturas

ACG: Arterite de células gigantes	GW: Granulomatose de Wegener
AIJ: Artrites idiopáticas juvenis	H: Homem
AINE: Anti-inflamatórios não esteróides	HAQ-s: Health Assessment Questionnaire – short form
AP: Artrite psoriática	LES: Lúpus eritematoso sistémico
AR: Artrite reumatóide	LMELT: Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho
ARe: Artrite reactiva	M: Mulher
BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index	M-E: Musculoesquelética(o)
BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index	MTX: Metotrexato
BASG: Bath Ankylosing Spondylitis Global Score	OA: Osteoartrose
BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index	OMS: Organização Mundial da Saúde
CK: Creatinaquinase	OP: Osteoporose
CSP: Cuidados de saúde primários	PAN: Poliarterite nodosa
DEXA: Absorciometria de dupla energia radiológica	PCR: Proteína C reactiva
DR: Doença(s) reumática(s)	PM/DM: Polimiosite/Dermatomiosite
DRP: Doenças reumáticas periarticulares	POA: Poliosteoartrose
DRS: Doenças reumáticas sistémicas	RMN: Ressonância magnética nuclear
EA: Espondilite anquilosante	SAAF: Síndrome dos anticorpos antifosfolípidos
EAD: Exames auxiliares de diagnóstico	SAARD: Fármacos anti-reumáticos de acção lenta
EASN: Espondilartropatias Seronegativas	SAPHO: Sinovite Acne Pustulose Hiperostose e Osteíte
EDII: Espondilite associada às doenças inflamatórias do intestino	SNC: Sistema nervoso central
EI: Espondilartropatia indiferenciada	SS: Síndrome de Sjögren
EMG: Electromiograma	SR: Síndrome de <i>Reiter</i>
ES: Esclerose sistémica	TAC: Tomografia axial computadorizada
FM: Fibromialgia	TNFa: Factor de necrose tumoral a
FPF: Fracturas proximais do fémur	TSH: Tireoestimulina
GU: Gota úrica	

Introdução

As Doenças Reumáticas para além de serem, nos países desenvolvidos, o grupo de doenças mais frequentes da raça humana, devem ser assumidas como um importante problema social e económico, cujo impacto negativo, em termos de saúde pública, tem tendência crescente, tendo em conta os actuais estilos de vida e o aumento da longevidade da população.

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, que agora se apresenta, integra-se no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, devendo, ainda, ser entendido como um contributo do Ministério da Saúde para o movimento internacional “Década do Osso e da Articulação 2000 – 2010”, criado por iniciativa da Organização das Nações Unidas com o apoio da Organização Mundial de Saúde. Este Programa configura, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, a tentativa nacional de inverter a tendência de crescimento deste problema, obrigando a uma abordagem abrangente e articulada dos serviços de saúde, que potencie, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças e a concretização do seu adequado tratamento e reabilitação.

O investimento a fazer no âmbito do presente Programa, não apenas na actuação preventiva primária, mas, essencialmente, nas prevenções secundária e terciária, impõe um apelo especial à congregação de esforços de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, de forma a virem a obter-se, de forma mais rápida, evidentes ganhos de saúde na área reumatológica.

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas aplicar-se-á, fundamentalmente, através da implementação de estratégias de intervenção, de formação e de colheita e análise de informação, sendo desenvolvidos, a nível nacional, instrumentos de suporte, que deverão sofrer replicação e adequação regional e local, através das adaptações e da criatividade que as características particulares, em cada local, aconselharem.

Para concretizar aquelas estratégias a Direcção-Geral da Saúde elegeu, no âmbito do presente Programa, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia como seu interlocutor científico permanente, sem prejuízo de fazer recurso às necessárias colaborações da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, da

Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho e de outras sociedades científicas, assim como de associações de doentes e de ordens profissionais.

Porque é frequente a existência na mesma pessoa de patologia crónica múltipla, que interage e se potencia mutuamente, é indispensável que o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, agora criado, se desenvolva e seja aplicado numa óptica de intercepção e comunicação com as actuais programações de serviços e de cuidados de saúde, nomeadamente no âmbito das redes de cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados e dos programas nacionais de saúde em vigor.

I - Contexto

As doenças reumáticas podem definir-se como *doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática*, constituindo um grupo com mais de uma centena de entidades, com vários subtipos, onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do “tecido conjuntivo” e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores.

Estas doenças podem ser agudas, recorrentes ou crónicas, atingindo pessoas de todas as idades. Sendo causa frequente de incapacidade e de assimetrias notórias no acesso a benefícios concedidos em regime especial, as doenças reumáticas, quando não diagnosticadas ou tratadas atempada e correctamente, podem ocasionar graves e desnecessárias repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas.

As manifestações clínicas das doenças reumáticas como, por exemplo, a dor, a tumefação e a limitação da mobilidade, são muito frequentes na população em geral. A prevalência desta sintomatologia é maior no sexo feminino e nas pessoas mais idosas, bem como nas que têm menores rendimentos e menor escolaridade, sendo esta sintomatologia devida, mais frequentemente, a osteoartrose, raquialgias, doenças reumáticas periarticulares, incluindo as lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho, osteoporose, fibromialgia, artropatias microcristalinas, artrite reumatóide, espondilartropatias, doenças reumáticas sistémicas e artrites idiopáticas juvenis.

As doenças reumáticas são, assim, no seu conjunto, das principais responsáveis pelos custos com a Saúde, quer directos, como consultas, medicamentos ou cuidados de reabilitação, quer indirectos.

A verdadeira dimensão do problema causado pelas doenças reumáticas não é conhecida com rigor em Portugal, mas sabe-se que, embora a mortalidade causada por estas doenças seja reduzida, pelo menos 30% da população refere sintomas musculoesqueléticos, sendo que: 20% possui um problema significativo, ou seja, encontra-se em situação de doença; 7% tem de restringir alguma actividade da vida diária, isto é, apresenta incapacidade e 0,5% está dependente de terceiros, o que significa invalidez.

Os estudos epidemiológicos realizados, desde 1976, no País, evidenciam semelhança de resultados, o que lhes confere consistência, confiança e valor científico. Destes resultados pode-se inferir que, em Portugal, as doenças reumáticas têm uma prevalência aproximada de 20 a 30%; são causa de 16 a 23% das consultas de clínica geral; ocupam o 2º ou 3º lugar dos encargos decorrentes do consumo de fármacos; constituem a 1ª causa de incapacidade temporária; são responsáveis por 17% dos casos de acamamento definitivo; 26% dos casos com necessidade de utilização de cadeira de rodas, 30% dos casos de mobilidade limitada ao domicílio; 40 a 60% das situações de incapacidade prolongada para certas actividades da vida diária; são responsáveis por 43% dos dias de absentismo laboral por doença e originam o maior número de reformas antecipadas por doença, ou seja, 35 a 41% do seu total.

Assim, não se pode ignorar que:

- a) A osteoartrose é a principal causa de incapacidade da pessoa idosa, associando-se frequentemente, neste grupo etário, a outras doenças por vezes incapacitantes, ficando afectadas articulações importantes para a funcionalidade como as da mão, o joelho, a anca, a coluna vertebral e o pé.
- b) As raquialgias, ou dores na coluna vertebral, quer sejam de causa degenerativa, infecciosa, inflamatória, metabólica ou neoplásica, são das queixas reumáticas mais frequentes, sendo um dos primeiros motivos de incapacidade antes dos 45 anos de idade.

- c) As doenças reumáticas periarticulares, que resultam, frequentemente, de lesões repetitivas, habitualmente provocadas por traumatismos relacionados com o trabalho, representam mais de metade dos casos de doenças profissionais.
- d) A osteoporose, que provoca diminuição da resistência óssea, condiciona o aparecimento de fracturas por traumatismos de baixa energia, ou seja, causa anualmente, no nosso País, cerca de 40000 fracturas, das quais 8500 do fémur proximal, as quais se estima consumirem mais de 50 milhões de Euros só em cuidados hospitalares e serem causa de morbilidade e mortalidade apreciáveis.
- e) A fibromialgia, que é uma síndrome musculoesquelética crónica, não inflamatória e de causa desconhecida, pelas dores generalizadas, fadiga, alterações quantitativas e qualitativas do sono e perturbações cognitivas que provoca, é uma causa de incapacidade física e emocional, por vezes grave.
- f) As artropatias microcristalinas, entre as quais se distingue a gota úrica, são causa frequente de disfunção renal.
- g) A artrite reumatóide causa grande morbilidade e incapacidade em grupos etários jovens, reduzindo, nos casos mais graves, a esperança de vida em cerca de 10 anos.
- h) As espondilartropatias, entre as quais se inclui a espondilite anquilosante, a artrite psoriática, a artrite reactiva e as artropatias associadas às doenças inflamatórias crónicas do intestino, atingem, preferencialmente, a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas, causando importante incapacidade em idades jovens.
- i) As doenças reumáticas sistémicas, que englobam um conjunto heterogéneo de doenças e síndromes, como o lúpus eritematoso sistémico, a síndrome de *Sjögren*, a esclerose sistémica, a polimiosite/dermatomiosite e o extenso grupo das vasculites, atingem, sobretudo, adultos jovens, podendo revestir-se de gravidade prognóstica.
- j) As artrites idiopáticas juvenis são das doenças crónicas mais frequentes na criança e no adolescente, sendo uma causa importante de incapacidade, doença ocular e de insucesso escolar pelo absentismo que podem provocar.

As doenças reumáticas constituem, assim, um variado grupo nosológico que, no seu conjunto, causa grande morbilidade, incapacidade temporária importante, absentismo laboral frequente, incapacidade definitiva precoce de que resulta grande número de

reformas antecipadas por invalidez, redução da esperança de vida e impacto económico e social negativos. No entanto, a reumatologia é, em Portugal, a especialidade clínica com menor expressão hospitalar, dado que existem apenas, no Continente e Regiões Autónomas, oito serviços ou unidades de reumatologia em hospitais da rede hospitalar pública, além de um serviço de reumatologia num hospital militar e do Instituto Português de Reumatologia, instituição privada não lucrativa inteiramente dedicada à prestação de cuidados reumatológicos. De facto, existem em Portugal, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, apenas 75 reumatologistas e 26 internos da especialidade em treino, o que nos faz situar, claramente, longe da realidade internacional.

Está provado que o diagnóstico correcto e precoce e o tratamento adequado e atempado das doenças reumáticas reduz, significativamente, as suas consequências referentes quer à incapacidade física, quer à intervenção terapêutica. Este facto, obriga a que se torne imperativa a estimulação da divulgação e do ensino destas doenças aos profissionais que prestam cuidados nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Por outro lado, não existia no País, até à data, ao contrário do que acontece com outras doenças crónicas incapacitantes, qualquer planeamento nacional ou programação que promovesse a prevenção, nos seus vários níveis, das doenças reumáticas. Importa, portanto, alterar esta situação, através da operacionalização do presente Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, de modo a que os doentes reumáticos vejam as suas doenças diagnosticadas e tratadas adequadamente, com melhoria de qualidade de vida, redução de gastos e poupança de meios quer para si próprios, quer para a sociedade.

II - Objectivos

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas visa atingir os seguintes objectivos:

Gerais:

1. Controlar a morbilidade e a mortalidade causadas por doenças reumáticas.
2. Melhorar a qualidade de vida do doente reumático.
3. Controlar os custos associados às doenças reumáticas.

Específicos:

1. Conhecer a prevalência das doenças reumáticas abrangidas pelo presente Programa.
2. Conhecer a incidência das doenças reumáticas periarticulares e das lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho.
3. Conhecer a incidência das lombalgias.
4. Conhecer a incidência das fracturas osteoporóticas.
5. Identificar critérios de avaliação das necessidades de cada doente reumático para acesso a benefícios a atribuir em regime especial e propor medidas de racionalização da atribuição de tais benefícios.

III - Horizonte Temporal

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas visa abranger um horizonte temporal de 10 anos após a sua aprovação, sem prejuízo de eventuais correcções que o desenvolvimento do mesmo venha a aconselhar.

O desenvolvimento do Programa decorrerá em duas fases:

- a) Fase de implementação, correspondente aos primeiros cinco anos após a sua aprovação.
- b) Fase de consolidação, a partir do sexto ano após a sua aprovação.

IV – População Alvo

Para além da população geral, deve considerar-se como população alvo a atingir, prioritariamente e *ab initio*, no desenvolvimento do presente Programa, a seguinte população com risco acrescido:

1. Crianças e adolescentes.
2. Mulheres pós-menopáusicas.
3. Pessoas idosas.
4. Trabalhadores com actividades físicas repetitivas ou com alterações da ergonomia.
5. Desportistas amadores ou ocasionais.

V – Estratégias

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas deve ser desenvolvido através da implementação, a nível nacional, regional e local, das seguintes estratégias:

Estratégias de Intervenção

- E1 Criação e desenvolvimento de serviços e/ou unidades hospitalares de reumatologia.
- E2 Produção e divulgação de orientações técnicas sobre diagnóstico, acompanhamento e referenciação de doentes reumáticos, nomeadamente no que se refere a:
 - a) Osteoartrose.
 - b) Raquialgias.
 - c) Doenças reumáticas periarticulares.
 - d) Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho.
 - e) Osteoporose.
 - f) Fibromialgia.
 - g) Artropatias microcristalinas.
 - h) Artrite reumatóide.
 - i) Espondilartropatias.
 - j) Doenças reumáticas sistémicas.
 - k) Artrites idiopáticas juvenis.
- E3 Produção e divulgação, pelas equipas de saúde escolar, de orientações técnicas sobre identificação de crianças com factores de risco modificáveis para doenças musculoesqueléticas, sua referenciação precoce para unidades especializadas em reumatologia e sua integração no ambiente escolar.
- E4 Produção e divulgação, pelas equipas de saúde escolar, de orientações técnicas sobre ergonomia do ambiente escolar.

- E5 Produção e divulgação de orientações técnicas sobre rastreio transversal oportunístico das alterações da estática e dinâmica musculoesqueléticas das crianças com 6 anos.
- E6 Divulgação periódica, junto dos profissionais de saúde, da localização de consultas de reumatologia em geral e de reumatologia pediátrica, em particular.
- E7 Produção e divulgação, pelos serviços de saúde ocupacional, de orientações técnicas sobre ergonomia do ambiente laboral.
- E8 Produção e divulgação, pelos Centros de Saúde e Ministério da Segurança Social e do Trabalho, de orientações técnicas sobre prevenção de quedas em pessoas idosas.
- E9 Elaboração de proposta de norma técnica para a suplementação dietética com vitamina D e cálcio na população idosa.
- E10 Validação de critérios de avaliação da funcionalidade do doente reumático.
- E11 Elaboração de proposta de modelo de estratificação do acesso de doentes reumáticos a benefícios concedidos em regime especial.

Estratégias de Formação

- E12 Promoção, junto das Faculdades de Medicina, do aumento do número de horas de formação pré e pós-graduada em reumatologia.
- E13 Promoção, junto da Comissão Nacional do Internato Médico e das administrações hospitalares, do aumento do número de vagas do Internato Complementar de Reumatologia.
- E14 Promoção da formação obrigatória em reumatologia no Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar.
- E15 Promoção da formação específica, na área do sistema musculoesquelético e das doenças reumáticas, dos profissionais de saúde não médicos, dos técnicos superiores de desporto, e dos professores dos diversos níveis de ensino.

- E16 Elaboração de instrumentos pedagógicos, destinados aos profissionais de saúde, sobre identificação precoce da artropatia inflamatória e das doenças reumáticas sistémicas.
- E17 Sensibilização dos empresários e de outros empregadores, bem como dos sindicatos e outras associações laborais para a necessidade de prevenção das doenças reumáticas periarticulares e das lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho e para a adopção de medidas que aumentem a adequação da actividade laboral aos condicionalismos de cada doente.
- E18 Sensibilização dos profissionais de saúde para as vantagens da atribuição de benefícios concedidos em regime especial ser baseada nas necessidades específicas de cada doente reumático.
- E19 Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a divulgação, junto da população geral, de informação genérica sobre as doenças reumáticas e sua prevenção e, particularmente, sobre:
- a) Osteoartrose e raquialgias.
 - b) Fibromialgia
 - c) Hiperuricémia e gota úrica.
 - d) Artropatia inflamatória e doenças reumáticas periarticulares.
 - e) Hábitos para a saúde óssea.

Estratégias de Colheita e Análise de Informação

Desenvolvimento de parcerias multisectoriais com vista à criação de um observatório para as doenças reumáticas, que:

- E20 Englobe sistemas de colheita de informação que permitam a obtenção e a análise de dados sobre a prevalência e incidência das doenças reumáticas, assim como sobre a incapacidade temporária e definitiva e absentismo laboral causados por estas doenças ou pelas suas complicações.
- E21 Monitorize os ganhos de saúde resultantes da acção do presente Programa.

VI – Cronograma

Fase de Implementação	1º ano				2º ano				3º ano				4º ano				5º ano			
	Trimestres				Trimestres				Trimestres				Trimestres				Trimestres			
Estratégias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E1																				
E2																				
E3																				
E4																				
E5																				
E6																				
E7																				
E8																				
E9																				
E10																				
E11																				
E12																				
E13																				
E14																				
E15																				
E16																				
E17																				
E18																				
E19																				
E20																				
E21																				

VII - Acompanhamento e Avaliação

O acompanhamento e a avaliação anual do processo de execução do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, pelos serviços prestadores de cuidados de saúde, é efectuado pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde.

A coordenação nacional do presente Programa é efectuada pela Direcção-Geral da Saúde, através de uma Comissão Nacional de Coordenação a criar por Despacho Governamental.

A monitorização periódica do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, na obtenção de ganhos de saúde, é efectuada com base nos seguintes indicadores, diferenciados por sexo:

Prevalência

- a) Osteoartrose.
- b) Raquialgias.
- c) Doenças reumáticas periarticulares.
- d) Artropatia e nefropatia úricas.
- e) Cegueira associada às artrites idiopáticas juvenis.
- f) Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho, por áreas de actividade profissional.

Incidência

- a) Lombalgias.
- b) Fracturas osteoporóticas vertebrais e da extremidade proximal do fémur.
- c) Doenças reumáticas periarticulares.
- d) Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho por áreas de actividade profissional.

Incapacidade

- a) Número de dias de incapacidade temporária por doença reumática.
- b) Número de dias de absentismo laboral por doença reumática.

- c) Mediana da idade de incapacidade definitiva por doença reumática.

Mortalidade

- a) Por artropatia inflamatória.
- b) Por doenças reumáticas sistémicas.

VIII – Orientações Técnicas

Osteoartrose

Definição

A osteoartrose (OA), ou simplesmente artrose, pode ser definida como uma doença articular, resultante da falência de vários processos de reparação face a múltiplas agressões e lesões sofridas pela articulação. Do ponto de vista anatomopatológico há destruição focal da cartilagem e reacção do osso subcondral, mas o processo envolve, globalmente, toda a articulação, incluindo a cápsula, a sinovial, os ligamentos e os músculos adjacentes. Clinicamente há dor articular, rigidez e limitação da função, sendo característica a ausência de repercussão sistémica.

As articulações mais frequentemente atingidas pela OA são:

- a) os segmentos cervical e lombar da coluna vertebral;
- b) a articulação carpometacarpiana do 1º dedo;
- c) as articulações interfalângicas proximais e distais dos dedos da mão;
- d) as articulações coxofemorais;
- e) as articulações dos joelhos;
- f) a articulação metatarsofalângica do 1º dedo.

A OA é, habitualmente, classificada em primária ou idiopática e secundária. A maior parte dos casos são classificados como idiopáticos e as formas de OA secundária podem agrupar-se em:

- a) metabólicas e endócrinas, que incluem as doenças por deposição de cristais de cálcio, a ocronose, a acromegalia e a hemocromatose;
- b) anatómicas, que podem incluir as síndromes de hiper mobilidade, os desvios axiais dos membros, as escolioses graves, as displasias epifisárias, a doença de *Perthes*, a luxação congénita da anca;
- c) traumáticas, desde traumatismos articulares agudos a traumatismos crónicos, ocupacionais ou desportivos, cirúrgias como a meniscectomia.

Quanto ao padrão de envolvimento articular a OA pode ser mono, oligo ou poliarticular. O termo OA generalizada ou polioosteoartrose aplica-se quando três ou mais regiões estão envolvidas pela doença. Certos padrões clínicos justificam, também, nomenclatura particular, como a OA erosiva das mãos e a condrólise destrutiva rápida, que pode afectar o joelho ou a anca.

Factores de risco

Os factores de risco podem dividir-se em não modificáveis e potencialmente modificáveis. Entre os primeiros estão a idade, sendo muito clara a associação de OA com o envelhecimento, embora a doença seja bem diferenciável do ponto de vista anatomopatológico do processo de senescência articular, a raça, em certas localizações de OA, o sexo, sendo mais frequente nas mulheres, as doenças metabólicas ou endócrinas e as artropatias inflamatórias.

Mais importantes são os factores de risco modificáveis como a obesidade, os traumatismos major sobre a articulação e a sobrecarga articular resultante de actividades profissionais ou de lazer, as alterações anatómicas, a diminuição da força do quadríceps (para a gonartrose) e os defeitos proprioceptivos. Os factores genéticos, importantes sobretudo na OA dos dedos das mãos e nas formas de POA, poderão vir a ser em breve incluídos nesta lista de factores modificáveis.

A população com risco acrescido é constituída, sobretudo, pelas pessoas idosas, em particular do sexo feminino, os obesos, os que têm as suas articulações sujeitas a sobrecarga devido à profissão ou por motivos desportivos, os que têm alterações anatómicas que afectam a normal biomecânica articular e os que sofrem de outras doenças articulares e ósseas, incluindo os traumatismos.

Prevenção

A evolução da OA é normalmente lenta, sendo medida em anos ou até décadas. O curso da doença pode tornar-se estável, ser lentamente progressivo, entrecortado ou não por surtos de agudização dos sintomas e até sinais inflamatórios que costumam coincidir com um agravamento radiológico. No entanto, existem formas de evolução rápida, identificadas para a anca e joelho, situações chamadas de condrólise destrutiva rápida em que a destruição quase total da cartilagem se instala em poucos meses e que devem ser activamente tratadas.

O prognóstico da OA é muito variável, consoante a articulação envolvida. Nas mãos, a rizartrose (artrose da articulação carpometacarpiana do polegar) pode ser muito invalidante, enquanto a OA das articulações interfalângicas pode causar uma deformidade importante e ser dolorosa, por surtos, nos primeiros anos, mas é habitual não comprometer a função da mão. Em relação à coluna vertebral, também a cervicartrose pode ser muito sintomática, sobretudo no início ou trazer complicações neurológicas, mas, mais frequentemente, estabiliza e até melhora em relação às queixas. Pelo contrário, a lombartrose é quase sempre muito invalidante, com importantes repercussões ao nível profissional e socioeconómico, podendo, também, condicionar complicações neurológicas de tratamento difícil. A OA do joelho e da anca podem evoluir, também, muito negativamente do ponto de vista sintomático e funcional, com clara limitação da mobilidade

do doente. Contudo, a disponibilidade de colocação de próteses totais destas articulações veio melhorar muito o prognóstico.

É quase sempre inevitável que os sintomas – dor, rigidez – ampliem a limitação da mobilidade provocada pelas alterações anatómicas nos tecidos articulares, envolvendo o doente num processo voluntário, que autolimita a função articular, ganhando, com isso, uma redução da dor, mas perdendo qualidade de vida.

O diagnóstico da OA baseia-se no achado de alterações radiográficas típicas em doentes com queixas de dor articular, geralmente mecânica, rigidez e, quase sempre, um grau maior ou menor de limitação da mobilidade e função da articulação. Essas alterações radiográficas, que estão na base do diagnóstico, são a diminuição da entrelinha articular que traduz a redução da espessura da cartilagem, a esclerose do osso subcondral e o crescimento de osteofitos marginais. Quando estas alterações são patentes, o processo artrósico já está avançado, pelo que o diagnóstico por radiologia convencional nunca pode ser precoce.

A detecção precoce da doença poderia ser feita através de artroscopia, com as limitações próprias de um método de diagnóstico invasivo ou pela ressonância magnética, com a limitação do custo elevado e acessibilidade difícil. Acresce, ainda, a dificuldade que advém da muito frequente dissociação entre a intensidade das manifestações clínicas e a gravidade dos achados radiológicos. Não é raro serem encontradas alterações típicas de OA nos radiogramas na ausência de sintomas e a história natural da doença é, muitas vezes, sobretudo no início, imprevisível.

A prevenção primária da OA deve basear-se na correcção dos factores de risco identificáveis

- a) tratar a obesidade;
- b) corrigir anomalias articulares, congénitas ou do desenvolvimento, os desvios axiais e as dismetrias dos membros;
- c) evitar a sobrecarga articular e os traumatismos repetitivos, mesmo que de pequena amplitude, com particular cuidado para as ocupações que impliquem a flexão do tronco e a elevação de pesos;
- d) fortalecer os quadricípetes;
- e) tentar a correcção de defeitos proprioceptivos que condicionarão anomalias biomecânicas repetidas ao longo da vida.

A prevenção secundária está muito limitada pelas já aludidas dificuldades no diagnóstico precoce.

A prevenção terciária necessita da utilização de fármacos modificadores da história natural da doença e do desenvolvimento de outros fármacos comprovadamente mais activos em retardar a sua evolução. Muito importante é a terapêutica cirúrgica, sobretudo a colocação de próteses articulares da anca e do joelho nos casos irremediavelmente evoluídos.

Tratamento

Os objectivos do tratamento da OA são:

- a) educar o doente;
- b) aliviar os sintomas;
- c) minimizar a incapacidade;
- d) evitar a progressão da doença.

A informação e educação do doente é fundamental para obter a sua cooperação e está demonstrada, em diversos estudos científicos, a sua eficácia no alívio dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida. A implementação de medidas que façam emagrecer os obesos pode aqui ser incluída.

A reabilitação inclui uma série de técnicas, desde a aplicação de agentes físicos, para alívio sintomático, a hidroterapia, o tratamento termal, a utilização de ajudas técnicas (das actividades de vida diária, auxiliares da marcha e outras ortóteses), o ensino de técnicas de protecção articular e de conservação de energia. A cinesioterapia isolada ou combinada com a hidroterapia é eficaz no alívio dos sintomas e pode atrasar a progressão da doença.

A terapêutica farmacológica dirigida aos sintomas pode ser de aplicação tópica, sistémica, intrarticular e periarticular. Esta última é muito útil para alívio das frequentes situações inflamatórias dos tecidos moles adjacentes à articulação. Existem, também, fármacos que modificam os sintomas de uma forma lenta e duradoura, podendo atrasar a evolução da doença.

A artroclise ou lavagem articular também tem provada a sua eficácia na melhoria dos sintomas da OA.

Finalmente, a cirurgia ortopédica pode, numa fase mais ou menos precoce, corrigir desvios anatómicos ou anomalias articulares que impliquem sobrecarga e, numa fase tardia, substituir a articulação, no todo ou em parte, por uma prótese.

A OA, doença multifacetada na etiologia, apresentação clínica e evolução, carece, em absoluto, de um programa terapêutico individualizado e diversificado, que implica uma equipa multidisciplinar que inclui médico de família, reumatologista, fisiatra, ortopedista, enfermeiro e terapeutas. Neste conceito deve ser também incluído o apoio social, o apoio psicológico, a medicina do trabalho e a reclassificação profissional.

Acompanhamento

O acompanhamento do tratamento da OA, ao longo do tempo, é essencialmente clínico, incluindo a avaliação dos sintomas e da função articular, uma vez que nos estados avançados da doença, em que a dor é importante, há uma natural tendência para limitar voluntariamente o movimento e, dessa forma, reduzir os sintomas, podendo induzir em erro o avaliador. Por outro lado, a radiologia é muito pouco sensível pelo que,

para além do diagnóstico, só é necessária quando se assiste a uma modificação dos sintomas ou do exame físico.

O acompanhamento deve incluir:

- a) avaliação global da doença pelo doente e pelo médico;
- b) avaliação quantitativa da dor e da função;
- c) contagem dos surtos inflamatórios;
- d) exame físico com especial ênfase na avaliação articular.

O acompanhamento deverá ter uma periodicidade semestral, podendo ser dilatada se a situação se mantiver estável ou encurtada se surgirem alterações.

Referenciação

A grande maioria dos doentes artrósicos poderá ser diagnosticada, tratada e monitorizada nos cuidados primários de saúde.

Devem ser referenciados ao reumatologista:

- a) os doentes em que existem dúvidas no diagnóstico, por exemplo, quando há sintomas sugestivos da doença sem alterações radiológicas evidentes;
- b) quando há dúvidas na possível etiologia;
- c) quando há derrame articular importante, persistente ou repetido;
- d) quando se verifica uma evolução rápida da doença (clínica ou radiológica);
- e) sempre que a resposta à terapêutica seja considerada insuficiente.

Devem ser referenciados ao ortopedista:

- a) os doentes que careçam de correcção anatómica para melhorar a biomecânica articular;
- b) os doentes em que a doença tenha evoluído de forma a colocar a questão da eventual substituição por prótese articular.

Devem ser referenciados ao fisiatra:

- a) os doentes que possam beneficiar da aplicação de agentes físicos para alívio sintomático;
- b) os doentes que necessitem de um programa de cinesioterapia para fortalecimento muscular e/ou melhorar a biomecânica da articulação.

Raquialgias

Definição

A raquialgia ou dor na coluna vertebral é um sintoma muito prevalente, sendo os segmentos cervical e lombar os mais frequentemente afectados, em virtude de serem os de maior mobilidade.

A cervicalgia deve-se, na grande maioria dos casos, à deterioração degenerativa ou à alteração funcional das estruturas musculoligamentares. As alterações radiológicas da cervicartrose são muito frequentes, atingindo mais de metade das pessoas com idade superior a 40 anos, mas assintomáticas na maioria dos casos.

A lombalgia constitui um importante problema de saúde pública, sobretudo nos países industrializados, em virtude de ser frequente e afectar uma parte da população em idade activa, conduzindo ao absentismo laboral e significativa quebra de produtividade. O peso sócioeconómico da invalidez por lombalgia tem aumentado, de forma exponencial, nestes países, sendo os custos mais significativos atribuídos às suas formas crónicas.

A lombalgia é um sintoma e não uma doença. As suas causas são múltiplas e incompletamente conhecidas: o mesmo sintoma, dor, pode resultar de situações de fisiopatologia diferente. Designa-se, consoante a duração, como aguda ou crónica, sendo crónicas as que persistem mais de 3 meses. A forma crónica representa, apenas, 7% das lombalgias, mas estima-se ser responsável por mais de 75% dos custos com esta afecção.

Consoante o seu mecanismo etiopatogénico pode classificar-se como lombalgia mecânica ou não mecânica. A lombalgia mecânica, ou comum, define-se como uma dor devida a sobrecarga ou uso excessivo de uma estrutura anatómica normal, ou secundária a trauma ou deformidade e pode ter subjacente uma alteração degenerativa discal ou das articulações interapofisárias posteriores. As formas não mecânicas, atípicas ou sintomáticas, podem resultar de situações heterogéneas - inflamatórias, infecciosas, metabólicas ou tumorais – ou ser uma dor projectada, com origem extrarraquidiana. Devem ainda ser consideradas as causas traumática e psíquica.

Factores de risco

Entre os principais factores de risco de lombalgia incluem-se:

- a) idade superior a 45 anos;
- b) sexo feminino;
- c) tabagismo;
- d) alcoolismo;
- e) factores profissionais;
- f) factores psicológicos.

É muito importante a identificação precoce dos seguintes factores preditivos de evolução para cronicidade:

- a) idade;
- b) duração do episódio inicial;
- c) duração da paragem do trabalho;
- d) recaídas;
- e) hospitalização;
- f) baixo nível de educação;
- g) baixo nível de recursos;
- h) mau ambiente familiar;
- i) existência prévia de depressão e ansiedade;
- j) más condições de trabalho;
- k) fraca qualificação e insatisfação profissionais;
- l) emprego precário;
- m) existência de conflito na sequência de acidente de trabalho;
- n) desadequada utilização dos recursos diagnósticos e terapêuticos.

Prevenção

A lombalgia é um sintoma frequente na população em geral, estimando-se que 60 a 80% seja afectada por uma crise no decorrer da sua vida. O risco de sofrer de lombalgia aumenta com certas actividades profissionais, em particular as que exigem esforços físicos importantes ou posturas prolongadas com a coluna em flexão e/ou rotação. É um fenómeno importante no meio profissional, as recidivas são frequentes e devem-se, na maior parte dos casos, a sobrecarga ou a má utilização das estruturas raquidianas e paravertebrais.

Na abordagem da lombalgia o primeiro objectivo é, sempre, a distinção entre as causas mecânica e não mecânicas da dor, isto é, a identificação de situações como infecção, doença inflamatória, tumor, fractura osteoporótica ou patologia extrarraqidiana, que necessitem de tratamento específico.

A abordagem inicial da lombalgia baseia-se, essencialmente, em elementos de natureza clínica. Uma anamnese e exame objectivo cuidados, são, em geral, suficientes para o diagnóstico de lombalgia comum e/ou suspeição de outras etiologias.

Embora as alterações degenerativas sejam muito prevalentes, raramente as queixas do doente têm uma causa bem identificada, ou seja, não existe uma boa correlação anatomo-clínica.

O contexto socio-profissional e psicológico do doente deve ser tido em conta na abordagem inicial, procurando reconhecer factores de risco de evolução para cronicidade.

A prevenção, primária, secundária ou terciária, dirige-se à população geral, tendo em atenção especial alguns grupos profissionais. Deve ser dada uma particular atenção à prevenção da cronicidade e das recorrências.

A prevenção primária, cujo objectivo é evitar a lombalgia, tem particular interesse:

- a) em meio escolar, pela educação postural e gestual, uma vez que a má utilização do ráquis se inicia precocemente na vida;
- b) no desporto efectuado na fase de crescimento;
- c) no ambiente laboral.

Na prevenção secundária o objectivo é reduzir a gravidade e a recidiva dos episódios dolorosos. É importante a sua aplicação nas escolas, onde devem ser implementadas medidas educativas destinadas a ensinar as regras essenciais do bem-estar vertebral, evitando sobrecargas inúteis. O ensino deve ser efectuado a pequenos grupos, por uma equipa multidisciplinar e consta de noções teóricas elementares sobre anatomia, fisiologia e patologia raquidianas, prática de exercícios e de posturas e, em alguns casos, terapia comportamental.

A prevenção terciária tem interesse nos lombálgicos crónicos, mesmo nos mais incapacitados, favorecendo a retoma das actividades socioprofissionais, a melhoria da capacidade muscular e da forma física em geral. Assenta na educação e treino destinados a reduzir a duração da incapacidade, prevenindo a cronicidade.

Tratamento

Não existe uma estratégia terapêutica eficaz para todas as formas de lombalgia. A orientação a seguir depende da situação ser aguda ou crónica, da presença ou ausência de radiculalgia, da origem da dor (discal, interapofisária posterior ou musculotendinosa) e do contexto sócio-profissional e psicológico do doente.

Nas situações agudas, excluídos os casos de urgência cirúrgica, o tratamento tem por objectivo aliviar a dor e pode incluir:

- a) repouso de curta duração;
- b) analgésicos;
- c) AINE;
- d) miorelaxantes em caso de contractura muscular.

A retoma rápida e progressiva das actividades habituais é fundamental e a manutenção do repouso não só é inútil como retarda a recuperação. A terapêutica local, como infiltrações epidurais, pode estar indicada em casos raros de radiculalgia, apenas por insucesso, ao fim de 4 a 8 semanas, do tratamento conservador; mas não tem qualquer interesse na lombalgia sem ciatalgia.

Para evitar as recaídas e recidivas podem ser utilizadas cintas com apoio dorsolombar em algumas das actividades, prática de exercícios de reforço da musculatura abdominal e vertebral, aconselhamento da higiene raquidiana e a aprendizagem postural no local de trabalho.

Nas situações crónicas a abordagem terapêutica inclui as seguintes medidas:

- a) tratamento farmacológico da dor, nas fases de agudização;
- b) o repouso deve ser evitado;
- c) reeducação, com programas de condicionamento ao esforço, técnicas de adaptação postural e de ergonomia vertebral;
- d) utilização de cinta de contenção lombar quando da realização de esforços.

O tratamento local com infiltração das interapofisárias posteriores tem interesse em caso de artrose e síndrome das facetas. Devem, ainda, ser avaliados e orientados os problemas sociais decorrentes da suspensão ou redução da actividade laboral, em geral associados a estados depressivos.

O tratamento cirúrgico de urgência é determinado pelo quadro neurológico. São indicações de urgência descompressiva:

- a) Síndrome da cauda equina
- b) lombociática paralisante e/ou hiperálgica;
- c) défice neurológico progressivo;
- d) défice neuromotor persistente.

A cirurgia descompressiva e/ou estabilizadora (artrodese intervertebral), excluída a situação de urgência, depende duma análise morfológica e funcional cuidadas, estabelecendo com rigor as correlações anátomo-clínicas e clínico-radiológicas. A participação esclarecida e informada do doente na decisão operatória é importante, dada a inconstância dos resultados a médio e a longo prazo.

Nos casos de lombalgia associada a canal lombar estreito, o tratamento é conservador, tendo indicação cirúrgica, apenas, os quadros com grave compromisso neurológico.

Acompanhamento

A lombalgia comum evolui, na maior parte dos casos, para a resolução:

- a) mais de 50% dos doentes melhoram ao fim de 1 semana;
- b) mais de 90% melhoram após 8 semanas.

Contudo, em 7 a 10% dos casos, a sintomatologia mantém-se por mais de 6 meses, sendo estes os principais responsáveis pelo elevado custo social e económico da lombalgia. Existe recidiva em 50% dos casos no primeiro ano após a crise inicial. Cada novo episódio aumenta a probabilidade de recorrência e de evolução para a cronicidade.

A radiculalgia pode complicar a evolução e alterar o prognóstico da lombalgia.

A lombalgia não comum tem uma evolução e prognóstico variados, que dependem da sua etiologia.

O acompanhamento do doente com lombalgia é, essencialmente, clínico e tem como objectivos:

- a) identificação de sintomas indiciadores de etiologia não comum;
- b) detecção de indicação cirúrgica por agravamento do quadro neurológico inicial.

São sinais evocadores de lombalgia não comum:

- a) início insidioso, progressivo, sem factor desencadeante, sobretudo se em indivíduos com idade superior a 50 anos e sem antecedentes de lombalgia;
- b) atipia topográfica e do ritmo da dor;
- c) intensidade dolorosa crescente;
- d) rigidez do segmento lombar;
- e) alterações do estado geral, como astenia, anorexia, emagrecimento ou febre;
- f) antecedentes suspeitos, como tumorais, epidemiologia favorecedora de doenças infecciosas ou toxicodependência.

A presença de qualquer um destes factores obriga à realização de exames complementares de diagnóstico.

São factores de risco de passagem à cronicidade:

- a) idade;
- b) duração da paragem da actividade laboral;
- c) número de recaídas;
- d) necessidade de internamento hospitalar;
- e) baixo nível educacional e de recursos;
- f) baixa autoestima;

- g) depressão e ansiedade;
- h) falta de apoio e compreensão familiar;
- i) más condições de trabalho;
- j) baixa qualificação e insatisfação profissional;
- k) precaridade de emprego;
- l) conflito na sequência de acidente de trabalho;
- m) tratamento mal conduzido.

Referenciação

A abordagem inicial da lombalgia comum é da responsabilidade dos cuidados primários de saúde.

A referenciação à consulta de outra especialidade justifica-se em casos de suspeita de etiologia não comum, de passagem à cronicidade ou quando existem queixas neurológicas ou suspeita de instabilidade vertebral.

Doenças Reumáticas Periarticulares

Definição

As doenças reumáticas periarticulares (DRP), também chamadas dos tecidos moles ou abarticulares, são um grupo alargado de síndromes clínicas musculoesqueléticas dolorosas, que resultam de patologia que pode envolver bolsas serosas, tendões e bainhas tendinosas, entesis, músculos e fáscias.

Caracterizam-se clinicamente por dor localizada a áreas justa-articulares, exacerbada com determinados movimentos, o que as distingue das patologias articulares. Contudo, pode, ocasionalmente, ser necessário realizar manobras específicas no exame objectivo, para evidenciar o carácter extra-articular da origem da dor.

As DRP são responsáveis por um grande número de consultas quer nos cuidados primários, quer nos hospitais.

As DRP podem classificar-se topograficamente em localizadas ou múltiplas:

- a) de acordo com a etiopatogenia, por exemplo lesões por esforços repetidos;
- b) segundo uma descrição clínico-patológica, por exemplo tendinite ou bursite.

Factores de risco

Esta patologia relaciona-se com o desempenho de actividades laborais ou de desporto e lazer.

A maioria das DRP que estão associadas ao desempenho de uma actividade laboral, incluem-se nas lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho. Contudo, pode afirmar-se que independentemente das circunstâncias de aparecimento das DRP, a população potencialmente mais atingida é a que sofre cronicamente traumatismos de baixo impacto e repetitivos.

Prevenção

O diagnóstico precoce das DRP depende da caracterização da dor e da incapacidade que se lhes associam. Assim, uma avaliação adequada, quer dos sintomas, quer das circunstâncias de aparecimento e modulação dos mesmos, é essencial e deve ser complementada com o exame objectivo sistemático. A relevância do que é afirmado resulta do facto das DRP poderem surgir isoladamente ou associadas a doenças sistémicas, como a artrite reumatóide, o que contribui para uma maior dificuldade diagnóstica e exige especificidade da terapêutica.

O diagnóstico precoce e uma intervenção terapêutica adequada são factores que influenciarão a passagem para a cronicidade, sobretudo em meio laboral, em que os factores causais se mantêm.

A prevenção das DRP depende do reconhecimento e correcção dos factores causais. Duma forma geral pode considerar-se que nas situações relacionadas com actividades de desporto e lazer, a prevenção passa pelo respeito por medidas gerais como:

- a) escolha do tipo de desporto adequado;
- b) selecção de equipamento apropriado;
- c) planeamento do programa de exercício em função das características antropomórficas do indivíduo.

Tratamento

A maioria das DRP é autolimitada, melhorando em semanas e apenas alguns doentes irão manter queixas por mais de 6 meses.

Considerando a heterogeneidade de entidades clínicas incluídas sob esta designação, não é possível preconizar um tratamento universal para as DRP. Por outro lado, não existe evidência científica de qual a abordagem mais eficaz em muitas destas situações.

Os objectivos da terapêutica das DRP incluem:

- a) alívio da dor;
- b) redução da incapacidade.

Duma forma geral, pode afirmar-se que a intervenção terapêutica deve incluir:

- a) correcção dos factores causais identificados;

- b) utilização de fármacos;
- c) reabilitação precoce.

A intervenção farmacológica inclui o recurso a analgésicos, AINE por via sistémica ou transdérmica e/ou a utilização de infiltrações locais com corticosteróides associados ou não a anestésicos locais.

Acompanhamento

As DRP não são, geralmente, graves mas poderão, pela sua frequência, pela recorrência e incapacidade que provocam, ser causa importante de absentismo laboral e de sofrimento pessoal. Muito deste sofrimento advém, igualmente, das dificuldades de diagnóstico e, subsequentemente, do atraso ou inadequação terapêutica.

Contudo, uma abordagem adequada, incluindo a correcção de todos os factores envolvidos na génese e manutenção das DRP, leva a uma evolução rápida e sem sequelas para a cura.

As DRP são doenças, em geral, auto-limitadas e curáveis pelo que, por via de regra, não implicam acompanhamento.

Referenciação

A maior parte das DRP devem ser identificadas e tratadas no âmbito dos cuidados primários de saúde, por vezes com recurso à fisioterapia. Contudo, se não houver melhoria clínica evidente ou se houver suspeita da existência de doença reumática sistémica, a referenciação à reumatologia ou à ortopedia é mandatória.

Lesões Musculoesqueléticas Ligadas ao Trabalho

Definição

As lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) são um conjunto amplo e diversificado de patologias, que se sobrepõe na sua maioria às DRP, diferindo destas por incluírem algumas situações de lesões osteo-articulares e das bolsas sinoviais e por apresentarem na sua origem factores de risco de natureza ocupacional. A sintomatologia das LMELT é, na generalidade, coincidente com a das DRP.

Considerando as consequências das LMELT, como incapacidade, quebra de produtividade e sofrimento pessoal, podemos considerá-las como um dos maiores problemas em medicina do trabalho.

As LMELT agrupam-se três categorias:

- a) lesões localizadas ao nível dos tendões e suas bainhas;
- b) lesões dos nervos;
- c) lesões neuro-vasculares.

Factores de risco

Os factores de risco ligados às LMELT podem ser de causa ergonómica, organizacional e individual.

São factores de risco de causa ergonómica:

- a) os movimentos repetitivos que requerem aplicação de força;
- b) o choque mecânico;
- c) a força de preensão e carga palmar;
- d) a carga externa e muscular estática;
- e) o *stress* mecânico;
- f) as vibrações e temperaturas extremas;
- g) as posições desadequadas que podem decorrer do equipamento mal desenhado, das ferramentas ou do posto de trabalho.

São factores de risco de causa organizacional:

- a) as horas ou ritmo de trabalho excessivas;
- b) o trabalho com ritmo externo imposto (linhas de montagem);
- c) as pausas ou descanso de trabalho insuficientes;
- d) a insegurança ou insatisfação laboral;
- e) a monitorização excessiva, por exemplo com câmaras de vídeo.

São factores de risco de causa individual:

- a) tabagismo;
- b) ingestão de bebidas alcoólicas em excesso;
- c) obesidade.

O risco de se desenvolver uma LMELT é tanto maior quanto o número de factores de risco presentes. Um dos factores de risco mais importante do desenvolvimento de tendinopatias e outras LMELT é o trabalho repetitivo, sendo que o risco relaciona-se intimamente com a frequência da repetição, quer por si quer em associação a outros factores de risco.

Prevenção

A intervenção preventiva nas LMELT deve ser centrada não só no indivíduo mas, também, no local de trabalho, com a adaptação do posto de trabalho e das ferramentas, implementação de mecanismos compensatórios da repetitividade de movimentos, das vibrações e das posturas inadequadas.

Dado o grande número de recidivas, deve ser equacionada, em alguns casos, a reconversão laboral do trabalhador.

Tratamento

O tratamento das LMELT é coincidente com o tratamento das DRP, contudo deverá ser obrigatoriamente complementado pela intervenção no local de trabalho.

Acompanhamento

Não existindo regra uniforme relativamente à periodicidade e ao tipo de acompanhamento, este deve ser adaptado caso a caso, dependendo da gravidade da situação

Referenciação

As LMELT obrigam a referenciação à medicina do trabalho. A referenciação à reumatologia é mandatória em situações que se prolonguem no tempo ou que se apresentem como rapidamente incapacitantes. A referenciação a outras especialidades deverá ser determinada caso a caso.

Osteoporose

Definição

A osteoporose (OP) é uma doença esquelética sistémica que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e por uma alteração da qualidade microestrutural do osso, que levam a uma diminuição da resistência óssea e consequente aumento do risco de fracturas, sendo estas mais frequentes nas vértebras dorsais e lombares, na extremidade distal do rádio e no fémur proximal.

Factores de risco

A OP primária atinge essencialmente:

- a) mulheres pós-menopáusicas;
- b) pessoas idosas de ambos os sexos.

Uma em cada três mulheres e um em cada oito homens, com mais de 50 anos, são afectados pela OP.

São considerados factores de risco não modificáveis para a OP:

- a) sexo feminino;

- b) idade superior a 65 anos;
- c) raça caucásica e asiática;
- d) história familiar de fractura.

São factores de risco potencialmente modificáveis para a OP:

- a) menopausa precoce;
- b) hipogonadismo;
- c) períodos de amenorreia prolongada;
- d) índice de massa corporal baixo ($< 19 \text{ kg/m}^2$);
- e) imobilização prolongada;
- f) existência de doenças que alteram o metabolismo ósseo, como endocrinopatias, doenças reumáticas crónicas, insuficiência renal ou anorexia nervosa;
- g) utilização de fármacos que provocam diminuição da massa óssea, como corticosteróides, anticonvulsivantes e anticoagulantes;
- h) estilo de vida, como dietas pobres em cálcio, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e consumo excessivo de cafeína.

Para além dos factores que determinam uma diminuição da massa óssea existem factores independentes, que facilitam o aparecimento de fracturas:

- a) existência de uma fractura prévia;
- b) história materna de fractura osteoporótica;
- c) comprimento do eixo femoral;
- d) magreza;
- e) alterações cognitivas, visuais e auditivas.

Como as fracturas de fragilidade resultam habitualmente de quedas, é fundamental conhecer os factores de risco que as facilitam:

- a) história prévia de queda;
- b) baixa forma física, com alterações da marcha e diminuição da força quadricipital;

- c) consumo excessivo de álcool;
- d) uso de fármacos, como. anti-depressivos, ansiolíticos e/ou hipotensores.

Prevenção

O diagnóstico precoce da OP estabelece-se pela medição da massa óssea, através da osteodensitometria de dupla energia radiológica (*dual-energy X-ray absorciometry* - DEXA). A sua realização permite identificar três categorias diagnósticas:

- a) normal (índice T maior que -1);
- b) osteopenia (índice T entre -1 e -2,5);
- c) osteoporose (índice T menor que -2,5).

Este método tem, ainda, um valor prognóstico, permitindo avaliar o risco de fractura, sendo que por cada diminuição de um desvio padrão esse risco duplica. Embora a especificidade e a sensibilidade da DEXA sejam elevadas, uma estratégia de rastreio universal não tem uma relação de custo-efectividade que permita a sua realização na população geral. Deste modo, impõe-se uma identificação criteriosa dos indivíduos em risco, que deve ser feita pelos cuidados primários de saúde, através da história clínica e da utilização de índices de risco e/ou normas que permitam avaliar a necessidade de efectuar uma DEXA. Assim, será possível aumentar a rentabilidade da técnica, utilizar sensatamente os recursos disponíveis e identificar os indivíduos que mais beneficiarão de uma intervenção terapêutica.

As indicações definidas pela OMS para realização de uma DEXA são:

- a) hipogonadismo (menopausa precoce, amenorreia secundária prolongada, hipogonadismo primário ou secundário em ambos os sexos);
- b) doenças crónicas associadas com osteoporose;
- c) existência de factores de risco (história materna de fractura da anca, baixo índice de massa corporal);
- d) fractura de fragilidade prévia;
- e) terapêutica prolongada com corticosteróides;
- f) evidência radiográfica de deformação e/ou osteopenia vertebral;
- g) perda de altura e/ou cifose dorsal (após confirmação radiológica de deformação vertebral).

A peri-menopausa ou a menopausa, só por si, não são indicações para medição da massa óssea. Esta só deve ser solicitada no caso de coexistirem história materna de fractura da anca e baixo índice de massa corporal.

Se houver OP deve constar da abordagem a efectuar nos cuidados primários de saúde:

- a) avaliação laboratorial mínima, para identificar as causas mais frequentes de OP secundária ou outras causas de fractura;
- b) radiograma da coluna dorsal e lombar de perfil, para rastrear a presença de deformação vertebral.

Não existe ainda evidência científica suficiente que justifique a utilização de biomarcadores do metabolismo ósseo na abordagem diagnóstica da OP.

A prevenção primária da OP visa a obtenção de um bom pico de massa óssea e deve ser feita através da identificação e correcção precoce dos factores de risco modificáveis, principalmente os que se relacionam com o estilo de vida (p. e. alimentação, actividade física).

A prevenção secundária deve obstar a perda óssea, particularmente nas mulheres após a menopausa e quando já existe osteopenia. Para além da correcção de eventuais factores de risco ainda modificáveis pode ser necessária a utilização de medidas farmacológicas (p. e. terapêutica hormonal de substituição, bifosfonatos – alendronato e risedronato - raloxifeno, suplementos de cálcio, vitamina D). Deve ser considerada a instituição de uma terapêutica farmacológica quando existe um índice T abaixo de $-2,0$ associado a factores de risco maior para fractura osteoporótica.

A prevenção terciária, quando já existe OP, tem como objectivo a prevenção das fracturas de fragilidade. Nesta situação para além das medidas farmacológicas e não farmacológicas é fundamental a avaliação e correcção de factores de risco para as quedas e outros traumatismos, ainda que mínimos.

Tratamento

Os indivíduos que apresentem uma história de fractura de fragilidade, mesmo que a DEXA revele apenas osteopenia ou a quem, em DEXA criteriosamente solicitada, tenha sido detectado um índice T inferior a $-2,5$ devem fazer tratamento da OP. A abordagem terapêutica deve constar de medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Nas pessoas muito idosas, institucionalizados ou com mobilidade reduzida e com propensão para as quedas, deve ser considerada:

- a) a utilização de suplementos de cálcio e de vitamina D;
- b) o uso de protectores das ancas;
- c) medidas de prevenção de quedas.

Acompanhamento

A OP evolui, a maioria das vezes, de forma assintomática e, se tiver sido feita uma abordagem terapêutica correcta, tem um bom prognóstico. Pelo contrário, a OP grave (fracturária) tem uma morbilidade e uma mortalidade acrescidas.

Os doentes com fracturas vertebrais, mesmo quando sujeitos a terapêutica, apresentam complicações médicas várias, diminuição da qualidade de vida, alterações psicopatológicas e uma diminuição da esperança média de vida.

Os doentes com fracturas do fémur proximal têm uma mortalidade de 20 a 30% no ano seguinte à fractura. Apenas 15% dos doentes com fractura femoral recuperam a capacidade funcional prévia e 40% ficam com uma incapacidade grave.

O acompanhamento periódico dos doentes osteoporóticos é, essencialmente, clínico, para verificar se ocorreram novas fracturas ou, no caso de fracturas vertebrais prévias, complicações resultantes destas, como raquialgias, insuficiência respiratória ou perturbações gastrointestinais.

Como cerca de 2/3 das fracturas vertebrais são assintomáticas é importante que o exame clínico inclua a medição da altura e a avaliação da cifose dorsal.

Não existe um critério definido para a realização periódica de radiogramas da coluna dorsolombar, devendo, apenas, ser realizados caso se suspeite de fractura vertebral.

Não é necessária uma avaliação laboratorial regular dos doentes osteoporóticos.

As mulheres submetidas a terapêutica hormonal de substituição devem fazer exame ginecológico e mamário, pelo menos, uma vez por ano.

A periodicidade com que deve ser realizada nova medição de massa óssea depende do valor inicial e da idade do doente. No caso de pessoas com mais de 65 anos, com primeira DEXA, não é necessária a repetição do exame.

As mulheres pós-menopáusicas com um valor normal numa primeira DEXA criteriosamente solicitada, podem repetir o exame depois dos 65 anos.

Nos doentes sob terapêutica, a repetição da DEXA não deve ser feita antes de 18 a 24 meses de tratamento bem instituído. No caso de uma primeira avaliação ter revelado osteopenia a decisão de repetir o exame deve ser individual, dependendo da idade da doente e do índice T, mas nunca deve ser feita antes de 2 anos.

Tal como a menopausa, só por si, não justifica a medição da massa óssea, também não existe qualquer justificação para uma mulher pós-menopáusica repetir a DEXA fora dos critérios acima mencionados.

Referenciação

A prevenção e o tratamento da OP são responsabilidade dos cuidados de primários de saúde.

A referenciação à reumatologia justifica-se:

- a) em todos os casos de OP fracturária;
- b) na OP induzida por corticosteróides;

- c) na OP secundária de causa não endocrinológica;
- d) em todos os casos em que, apesar de uma terapêutica bem instituída e cumprida, persiste uma diminuição significativa da massa óssea;

A OP secundária a causas endocrinológicas e a OP masculina devem ser referenciadas à endocrinologia e reumatologia.

Fibromialgia

Definição

A fibromialgia (FM) é uma doença reumática de causa desconhecida e natureza funcional, que origina dores generalizadas nos tecidos moles, sejam músculos, ligamentos ou tendões, mas não afecta as articulações ou os ossos.

A dor causada pela FM é acompanhada de alterações quantitativas e qualitativas do sono, fadiga, cefaleias e alterações cognitivas, como perda de memória e dificuldade de concentração, parestesias/disestesias, irritabilidade e, em cerca de 1/3 dos casos, depressão.

Factores de risco

A FM atinge cerca de 2% da população adulta. São factores de risco:

- a) o sexo (as mulheres são 5 a 9 vezes mais afectadas do que os homens);
- b) a idade (inicia-se entre os 20 e os 50 anos)

As crianças e jovens também podem sofrer de FM, mas durante a idade escolar a frequência é igual em ambos os sexos.

Prevenção

O diagnóstico da FM é essencialmente clínico, servindo os exames auxiliares de diagnóstico para excluir outras doenças que se lhe podem assemelhar.

O diagnóstico da FM assenta na presença de:

- a) dor musculoesquelética generalizada, ou seja, abaixo e acima da cintura e nas metades esquerda e direita do corpo;
- b) dor com mais de três meses de duração;
- c) existência de pontos dolorosos à pressão digital em áreas simétricas do corpo e com localização bem estabelecida.

Embora seja necessária a presença de pelo menos 11 pontos dolorosos, em 18 possíveis, para classificar esta síndrome, aquele número pode não ser necessário para estabelecer o diagnóstico.

Deve ser feito o diagnóstico diferencial com doença reumática inflamatória, disfunção tiroideia e patologia muscular.

Não existem normas de prevenção primária para a FM. Contudo, são conhecidos os factores de risco associados com estados de dor crónica generalizada:

- a) sexo feminino;
- b) idade entre 40 e 60 anos;
- c) baixo rendimento económico;
- d) baixo nível educacional;
- e) divorciados/separados.

Também são conhecidas as características da personalidade pró-dolorosa:

- a) trabalhadores dedicados;
- b) indivíduos com actividade excessiva;
- c) perfeccionismo compulsivo;
- d) incapacidade para o relaxamento e o desfrute da vida;
- e) negação de conflitos emocionais e interpessoais;
- f) incapacidade para lidar com situações hostis;
- g) necessidade de carinho;
- h) dependência de tipo infantil.

Estão, também, tipificados os sinais de alerta para o desenvolvimento da FM:

- a) história familiar da doença;
- b) síndrome dolorosa prévia;
- c) preocupação com o prognóstico de outras doenças coexistentes;
- d) traumatismo vertebral, especialmente cervical;
- e) incapacidade para lidar com adversidades;

- f) história de depressão/ansiedade;
- g) sintomas persistentes de “virose”;
- h) alterações do sono;
- i) disfunção emocional significativa;
- j) dor relacionada com a prática da profissão.

O conhecimento destes sinais de alerta torna possível a intervenção precoce e as prevenções secundária e terciária, evitando o agravamento da FM e o desenvolvimento de complicações. O êxito destas acções depende, contudo, dos profissionais dos cuidados primários de saúde conhecerem e valorizarem os factores que se associam, precedem e acompanham esta entidade, bem como os que agravam o seu prognóstico.

Tratamento

A FM deve ser tratada nos cuidados primários de saúde.

Após o diagnóstico, uma explicação sobre a natureza da doença é crucial para o seu bom tratamento. O doente deve, também, ser informado sobre os seus factores de alívio e agravamento, sobre o habitual bom prognóstico da doença. O doente deve, ainda, ser aconselhado sobre estilos de vida, prática e tipo de exercício e atitudes de relaxamento.

Os fármacos utilizados, com mais eficácia, são os analgésicos, os anti-depressivos tricíclicos e os inibidores selectivos de recaptação da serotonina, os relaxantes musculares e os indutores do sono.

A prática regular de exercício físico está indicada.

Outras formas terapêuticas, bem como a intervenção da reumatologia, psiquiatria e outras especialidades médicas ou de outros profissionais de saúde não médicos são necessárias com alguma frequência.

Acompanhamento

A FM não causa deformações ou incapacidade física permanentes, mas muitos doentes são intolerantes à medicação e, dos que a toleram, menos de 50% apresentam melhorias significativas.

Nos centros especializados a taxa de sucessos terapêuticos chega a atingir 60%.

As profissões que exigem a manutenção prolongada na mesma postura, movimentos repetitivos e elevação frequente e/ou mantida dos membros superiores, são as mais difíceis de tolerar.

A experiência evidencia que, em geral, o doente reformado antecipadamente devido à FM, piora posteriormente em resultado dos seguintes factores:

- a) menor actividade física;

- b) redução dos ambientes distrativos;
- c) agravamento da depressão;
- d) sentimentos de inutilidade;
- e) maior disponibilidade para pensar na doença.

Os doentes fibromiálgicos devem ser periodicamente avaliados, quer sobre a evolução das queixas, quer acerca de eventuais efeitos adversos da terapêutica.

Não existem critérios de remissão da doença mas, tendo em conta os objectivos do tratamento, a dor deve ser avaliada com instrumentos de medida validados.

É essencial a comparação sistemática dos seguintes parâmetros em relação às avaliações anteriores:

- a) nível de actividade;
- b) perfeccionismo;
- c) assertividade;
- d) capacidade de lidar com as dificuldades e o stress;
- e) sensibilidade à dor;
- f) depressão;
- g) alterações do sono;
- h) ansiedade/angústia.

Para alguns destes pontos pode ser importante obter informação juntos dos conviventes directos do doente.

A periodicidade do acompanhamento depende da gravidade da FM e das características das entidades associadas.

Referenciação

Em cerca de 60 a 70% dos doentes com FM verifica-se ineficácia terapêutica e/ou intolerância medicamentosa, por vezes importante. Nestes casos, está indicada a referenciação à reumatologia para reavaliação e eventual orientação terapêutica.

Artropatias Microcristalinas

Definição

As artropatias microcristalinas são um grupo de doenças cujas manifestações clínicas e alterações patológicas se devem à deposição de cristais minerais nos tecidos musculoesqueléticos. A gota úrica é uma doença que resulta da deposição de cristais de monourato de sódio nos tecidos, devida à supersaturação dos fluidos extracelulares em ácido úrico. A situação pode ser assintomática ou causar artrite aguda ou crônica, tofos gotosos, nefropatia com insuficiência renal e urolitíase.

A doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio caracteriza-se pela existência desses cristais nas cartilagens e fibrocartilagens articulares (condrocalcinose radiológica). Muito frequentemente assintomática, constituindo um achado radiológico, pode causar artrites agudas (pseudogota) mais frequentemente do joelho. Raramente pode originar formas graves, hemartrósicas, atingindo sobretudo o joelho e o ombro e artropatias destrutivas rápidas. Raros doentes desenvolvem uma poliartrite simétrica crônica, evoluindo por surtos inflamatórios de intensidade moderada que pode simular a artrite reumatóide. A sua associação com a osteoartrose está mal esclarecida, mas deve ser suspeitada quando são encontrados sinais radiológicos de artrose grave e/ou em localizações pouco habituais.

Os cristais de hidroxiapatite estão, a maioria das vezes, relacionados com calcificações tendinosas e/ou das bolsas serosas. Na maior parte dos casos são assintomáticas, mas pode ocorrer uma resolução parcial do depósito, resultando em inflamação periarticular aguda. Em situações raras estas calcificações envolvem múltiplos tendões e/ou bolsas serosas, configurando o quadro de doença das calcificações tendinosas múltiplas. A deposição intrarticular de cristais de hidroxiapatite pode, raramente, ser causa de uma artropatia destrutiva rápida, com líquido sinovial hemorrágico.

Factores de risco

A gota úrica é uma consequência da hiperuricemia e esta pode ser devida a uma produção excessiva de ácido úrico ou a uma deficiência na sua excreção.

A hiperprodução de ácido úrico pode resultar de um aumento da purinossíntese de novo, de um consumo excessivo de purinas na dieta ou ocorrer numa variedade de doenças em que há um aumento do *turnover* celular, com consequente libertação de ácidos nucleicos metabolizados em uratos como, por exemplo, as doenças mielo e linfoproliferativas. Mais raras, ainda, são as alterações hereditárias do metabolismo das purinas associadas a formas precoces e graves de gota úrica.

O consumo excessivo de álcool pode causar hiperprodução de uratos, mas também diminui a excreção de ácido úrico, por aumentar a produção de lactatos. Mais frequente é a hiperuricemia ser devida à deficiente excreção do ácido úrico, a maioria das vezes idiopática, por deficiente secreção ou exagerada reabsorção tubular renal. Contudo, estão identificadas diversas outras causas como:

- a) insuficiência renal;
- b) desidratação;
- c) estados de acidose;

- d) hipertensão arterial;
- e) hiperparatireoidismo;
- f) uso de fármacos, como diuréticos, ciclosporina A, pirazinamida, etambutol e salicilatos em doses baixas.

A intoxicação crónica pelo chumbo provoca uma tubulopatia associada à chamada gota saturnina.

Estão, assim, em risco de desenvolver gota úrica as pessoas que:

consomem grandes quantidades de purinas na dieta, associadas ao consumo de proteínas animais;

- a) ingerem álcool em excesso;
- b) usam fármacos como as tiazidas e alguns tuberculostáticos;
- c) têm compromisso da função renal;
- d) apresentam desidratação ou acidose;
- e) têm risco de exposição a nefrotóxicos como o chumbo;
- f) sofrem de doenças hematológicas com produção celular excessiva.

A gota úrica primária é muito mais frequente no sexo masculino e, no feminino, praticamente só surge após a menopausa.

A doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio é, na maior parte dos casos, idiopática, surge mais frequentemente em mulheres e a sua incidência aumenta com a idade.

Existem várias formas hereditárias da doença, geralmente com transmissão autossómica dominante, mais precoces e com padrão de envolvimento articular menos comum, bem como formas associadas a doenças metabólicas.

A cirurgia articular e os traumatismos podem, como na gota úrica, desencadear crises agudas.

As artropatias e periartropatias associadas à deposição de cristais de hidroxiapatite surgem, mais frequentemente, em pessoas a partir da quinta década da vida e em estruturas que sofreram algum grau de lesão, muitas vezes por traumatismos crónicos ou repetitivos.

Prevenção

O diagnóstico definitivo das artropatias microcristalinas baseia-se na identificação dos cristais típicos. Estes podem ser observados no líquido sinovial com microscopia óptica com luz ordinária, que identifica o tipo de cristal através da forma, ou sob o efeito da luz polarizada em que se observa a sua refringência. Os cristais de

hidroxiapatite são identificados através da coloração do líquido sinovial com vermelho de alizarina-S ou da microscopia electrónica.

O diagnóstico precoce é importante na gota úrica, porque o tratamento adequado, incluindo o controlo da hiperuricémia, é eficaz na prevenção das complicações da doença.

Nas doenças provocadas por outros cristais, as calcificações típicas são encontradas, a maioria das vezes, em indivíduos assintomáticos e não é possível identificar ou prever quais os que virão a sofrer manifestações clínicas.

A prevenção da gota úrica assenta na identificação da hiperuricémia e no seu tratamento. Há consenso de que é necessária intervenção terapêutica a partir dos 11 mg/dl de uricémia.

Devem evitar-se os excessos de alimentos ricos em purinas e álcool, bem como outros factores de risco modificáveis como alguns fármacos, em particular os diuréticos, os nefrotóxicos e as doenças com repercussão sobre o rim.

Os doentes com doenças mielo e linfoproliferativas sob citostáticos devem ser tratados preventivamente com alopurinol e evitados os estados de desidratação e de acidose.

A prevenção secundária nos doentes gotosos prevê o controlo da uricémia nos doentes que já tiveram, pelo menos, uma artrite aguda e/ou urolitíase por uratos, bem como o reforço do tratamento hipouricemiante antes de cirurgias, durante doenças ou traumatismos graves. O tratamento intercrítico com baixas doses de colchicina previne os acessos agudos de artrite.

Na prevenção terciária é importante evitar a uropatia obstrutiva e a nefropatia úrica, através da manutenção de uma diurese elevada, por abundante ingestão hídrica e da alcalinização da urina, para evitar a formação de cálculos. Inclui-se, ainda, a cirurgia para remoção de tofos gotosos e tratamento das sequelas articulares.

Em relação à doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, a prevenção assenta no diagnóstico e tratamento das alterações metabólicas que podem causar a doença.

Tratamento

Na gota úrica há que distinguir o tratamento e prevenção das crises agudas de artrite, baseado na colchicina ou nos AINE, do tratamento de fundo hipouricemiante.

O tratamento da gota úrica baseia-se em medidas gerais e terapêutica hipouricemiante. As primeiras incluem o emagrecimento dos obesos, tratamento das alterações metabólicas associadas (p. e. diabetes, dislipidémias), redução da ingestão de alimentos ricos em purinas e de bebidas alcoólicas.

A prevenção da urolitíase e da nefropatia úrica faz-se pela ingestão de água alcalina, de forma a garantir uma diurese abundante.

O tratamento hipouricemiante é necessário quando:

- a) a hiperuricémia é superior a 11 mg/dl;
- b) há acessos de gota;
- c) tofos gotosos;
- d) nefropatia;
- e) urolitíase.

O tratamento hipouricemiante baseia-se, sobretudo, no alopurinol com o objectivo de alcançar uricémias inferiores a 5 mg/dl. Os doentes com intolerância ao alopurinol devem ser tratados com fármacos uricosúricos.

O tratamento da doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio é sintomático.

As DR periarticulares, como as tendinites e bursites, associadas a depósitos de cristais de hidroxapatite, são tratadas com repouso e, eventualmente, infiltração local de corticosteróides.

Acompanhamento

As crises iniciais da gota úrica melhoram, em geral, espontaneamente em menos de uma semana. Contudo, se não for convenientemente tratada, os episódios tornam-se cada vez mais frequentes, envolvem mais articulações, transformando-se numa doença poliarticular crónica, com um fundo doloroso permanente e incapacidade importante. Também podem surgir tofos gotosos e/ou complicações do aparelho urinário.

Em relação às doenças por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio e de hidroxapatite, as formas hereditárias e as associadas a doenças metabólicas têm uma evolução progressiva se a causa não for tratada ou tratável. As formas primárias têm um curso flutuante, com intervalos de duração variável entre as crises, mas muitas vezes uniformes para cada doente, sendo raras as formas incapacitantes. O prognóstico articular das formas rapidamente destrutivas é muito mau, sendo quase sempre necessária a substituição protésica das articulações afectadas.

O acompanhamento dos doentes com gota úrica é, sobretudo, importante até estar assegurada a remissão dos sintomas articulares, agudos ou crónicos e atingida a estabilização da uricémia abaixo dos 5 mg/dl. Esta estabilidade é importante porque, frequentemente, os acessos são provocados pelas oscilações da uricémia, mesmo sem atingir valores muito elevados. Ultrapassada esta fase, um acompanhamento semestral pode ser suficiente.

As outras artropatias microcristalinas não necessitam de monitorização específica.

Referenciação

Os casos de gota úrica devem ser referenciados à reumatologia quando surgem dúvidas no diagnóstico, quer das formas agudas quer das crónicas, por vezes só ultrapassáveis através de artrocentese para identificação

dos cristais no líquido sinovial. Outro motivo de referenciação é a dificuldade na terapêutica, quer por ineficácia, quer por intolerância.

As outras artropatias microcristalinas também devem ser referenciadas quando há dúvidas diagnósticas que possam exigir a identificação dos cristais ou necessidade de abordar uma articulação para fazer uma infiltração, artrocentese ou artroclise.

A terapêutica das DR periarticulares que impliquem infiltrações locais requer a referência à reumatologia ou ortopedia.

Artrite Reumatóide

Definição

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, ocorrendo em todas as idades e apresentando, como manifestação predominante, o envolvimento repetido, e habitualmente crónico, das estruturas articulares e periarticulares podendo, contudo, afectar o tecido conjuntivo em qualquer parte do organismo e originar as mais variadas manifestações sistémicas.

Pela sua prevalência e pelos importantes problemas pessoais, económicos e sociais que suscita a AR é, indiscutivelmente, a principal doença reumática sistémica.

Quando não tratada precoce e correctamente, a AR acarreta, por via de regra, graves consequências para os doentes, traduzidas em incapacidades funcional e para o trabalho, elevada co-morbilidade e mortalidade acrescida em relação à população em geral.

Factores de risco

O sexo feminino é mais frequentemente afectado pela AR, numa proporção que, em Portugal, é de 4:1.

Embora a AR possa surgir em todas as idades, inclusivamente em crianças e em pessoas idosas, é, sobretudo, uma doença dos adultos jovens e das mulheres pós-menopáusicas.

Exceptuando a idade e o sexo, os outros factores de risco, como transfusões sanguíneas anteriores ao início da AR, obesidade e hábito de fumar, são controversos e parecem estar mais relacionados com a pior evolução e prognóstico da doença do que com o risco de a contrair. Alguns casos de AR surgem esporadicamente depois de infecções por parvovírus e pela rubéola ou vacinações para a rubéola, tétano, hepatite B e influenza.

Entre os factores de protecção sugeridos destacam-se o sexo masculino, a gravidez, o uso de contraceptivos orais e a ingestão moderada de álcool.

Prevenção

O diagnóstico precoce da AR é fundamental, uma vez que esta doença diagnosticada nos primeiros três a seis meses do seu curso clínico e tratada correctamente tem grandes probabilidades de impedir as incapacidades funcional e para o trabalho, diminuir a co-morbilidade e não reduzir a esperança média de vida.

O diagnóstico da AR é uma urgência médica, uma vez que 90% dos doentes têm erosões ósseas ao fim de 2 anos, se não forem diagnosticados e tratados precoce e correctamente.

Clinicamente a AR pode iniciar-se por uma poliartrite aguda, por vezes febril, por uma monoartrite, por uma tenosinovite e, na maioria das vezes, insidiosamente pelas pequenas articulações dos dedos das mãos e dos pés. Excepcionalmente o quadro clínico inaugural pode ser uma manifestação sistémica.

As articulações mais frequente e precocemente atingidas pela AR são as 2ª e 3ª metacarpo-falângicas, as interfalângicas proximais dos dedos das mãos e as metatarso-falângicas.

Os doentes com poliartrite ou suspeitos de poderem ter AR devem ser idealmente observados pelo reumatologista nas primeiras dez semanas após o início dos sintomas, independentemente de terem ou não critérios para o diagnóstico da doença.

O diagnóstico precoce da AR, assenta na existência de:

- a) tumefacção de três ou mais articulações;
- b) envolvimento das articulações metacarpo-falângicas e/ou das metatarso-falângicas;
- c) rigidez matinal superior a trinta minutos;
- d) simetria do envolvimento articular.

Não se deve, contudo, estabelecer o diagnóstico precoce da AR sem que tenham passado 12 semanas após o início dos sintomas.

Os exames laboratoriais e a radiologia convencional não são pertinentes para estabelecer o diagnóstico precoce da AR, o mesmo não acontecendo com a cintigrafia, a ultrasonografia e a ressonância magnética nuclear, que revelam sinovite ao termo de, apenas, algumas semanas.

A prevenção da AR pode ser secundária e terciária.

A prevenção secundária, que tem por objectivo diminuir a gravidade da doença, passa pelo diagnóstico precoce e pelo tratamento precoce e correcto.

A prevenção terciária, que tem por objectivo reduzir a incapacidade funcional e melhorar a qualidade de vida, pode efectuar-se através da educação do doente, do controlo do peso e da actividade física, da cirurgia e da reabilitação.

Para os doentes que já são grandes deficientes motores, são importantes:

- a) a melhoria do ambiente;
- b) a formação, orientação, e reabilitação profissionais;
- c) o emprego protegido;
- d) o apoio domiciliário.

Tratamento

O tratamento da AR sofreu, nos últimos 15 anos, profundas modificações em consequência da avaliação da actividade inflamatória e do conhecimento dos factores de pior prognóstico, do uso precoce dos fármacos anti-reumáticos de acção lenta, do aparecimento da terapêutica combinada e nos últimos anos da introdução da terapêutica biológica.

O objectivo do tratamento AR é obter a remissão da doença, considerando-se a sua não obtenção como um fracasso terapêutico. As principais armas terapêuticas são:

- a) a educação do doente;
- b) as medidas de ordem geral, entre as quais se incluem o repouso;
- c) o exercício;
- d) o apoio psicológico;
- e) a terapêutica farmacológica, que, para além de combater, a dor e o processo inflamatório, deve prevenir e tratar as doenças associadas;
- f) a cirurgia.

Acompanhamento

O prognóstico de AR está condicionado por vários factores, sendo pior quando há:

- a) grande número de articulações tumefactas;
- b) doença rapidamente progressiva;
- c) lesões sistémicas;
- d) baixa escolaridade;
- e) proteínas de fase aguda persistentemente elevadas;
- f) factores reumatóides no soro;

- g) presença dos antígenos de histocompatibilidade DR4, DRB1 e do epítopo compartilhado;
- h) aparecimento precoce de erosões;
- i) valores elevados de incapacidade funcional (Health Assessment Questionnaire);
- j) cirurgia articular substitutiva precoce.

A avaliação da AR é muito importante, visto a sua terapêutica e a sua monitorização estarem condicionadas pela actividade inflamatória da doença, pela medição da capacidade funcional e pelos factores de pior prognóstico.

A actividade inflamatória mede-se usando índices obtidos através do número de articulações tumefactas, do número de articulações dolorosas, da velocidade de sedimentação, da avaliação global da doença pelo médico e pelo doente, da intensidade da dor e da capacidade funcional.

O acompanhamento do doente com AR, após o seu diagnóstico inicial, deve ser mensal até se estabelecer uma terapêutica que controle a actividade inflamatória da doença e, depois, de seis em seis semanas e trimestral.

Para acompanhar estes doentes é necessário, pelo menos, determinar, em cada consulta, a actividade inflamatória da AR, avaliá-la laboratorialmente e verificar se surgiram, ou não, efeitos adversos dos diferentes fármacos utilizados.

Referenciação

Todo o doente com AR deve ser referenciado à reumatologia

Espondilartropatias Seronegativas

Definição

As espondilartropatias seronegativas (EASN) são um grupo de doenças reumáticas crónicas, que partilham algumas manifestações clínicas comuns, como o envolvimento do esqueleto axial, artrite periférica assimétrica, entesopatia e manifestações muco-cutâneas e alguns dados laboratoriais típicos, como alta prevalência do antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 e ausência de factores reumatóides.

Trata-se de um grupo de doenças multissistémicas, caracterizado pela inflamação da coluna, articulações periféricas e estruturas periarticulares.

A designação inclui um grupo de doenças:

- a) espondilite anquilosante;
- b) síndrome de *Reiter*;

- c) artrites reactivas;
- d) artrite psoriática;
- e) espondilite associada às doenças inflamatórias do intestino.

Há, ainda, síndromes que partilham várias características das EASN, mas não cumprem critérios para serem classificadas num dos tipos acima definidos, sendo designadas como espondilartropatias indiferenciadas.

As EASN constituem um grupo de doenças que partilham, como elemento mais característico, o envolvimento inflamatório das articulações sacro-iliacas e da coluna lombar, condicionando perda de mobilidade e rigidez articular.

Factores de risco

A idade de aparecimento das EASN é, tipicamente, em torno dos 20 anos de idade para a EA, mas não é possível individualizar épocas de maior risco para todos os outros subtipos de EASN.

As EASN são descritas, sobretudo, como doenças de indivíduos de sexo masculino. No entanto, começa a aceitar-se, hoje, que poderá não existir diferenças entre ambos os sexos.

Apesar desta controvérsia, continua a admitir-se que existe predomínio do sexo masculino em algumas formas clínicas, como a EA e EA de início juvenil, enquanto alguns subtipos se distribuem, igualmente, em ambos os sexos, como a ARE, a EDII e a EI ou são mais comuns no sexo feminino, como a AP. Um caso particular é a EA de início juvenil que, por definição, tem o seu início antes dos 16 anos de idade e se verifica que ocorre com maior frequência no sexo masculino.

Como consequência da importância da susceptibilidade genética no desenvolvimento destas doenças reumáticas, traduzida por prevalências do alelo HLA-B27 na população de indivíduos afectados que variam entre 50 e 95 %, existe tendência para a agregação familiar das EASN, reconhecida em múltiplos contextos epidemiológicos.

Prevenção

O diagnóstico das EASN é essencialmente clínico, mas a sua confirmação requer, com frequência, o recurso a meios complementares de diagnóstico de acesso relativamente fácil, como a radiologia convencional e tipagem HLA classe I. Assim, na maioria dos casos, o diagnóstico é evocado, apenas, na sequência do aparecimento de queixas sugestivas do diagnóstico.

Um dos problemas críticos com o diagnóstico precoce das EASN resulta do facto de existir reserva, em estabelecer o diagnóstico, sem a presença de evidência radiológica de sacroiliite. Esta reserva mantém-se em relação a familiares de doentes com EASN reconhecida e na presença de características clínicas de compromisso inflamatório da coluna.

Este deficiente reconhecimento da presença de doença, mesmo quando já existem elementos clínicos suficientes para o estabelecimento do diagnóstico, leva a que muitos doentes vejam o diagnóstico atrasado durante alguns anos e dificulta o diagnóstico precoce.

Na verdade, é reconhecido que o tempo que decorre entre os primeiros sinais e sintomas de doença e o reconhecimento das alterações radiológicas típicas pode chegar a 5 anos.

Além disso, alguns doentes podem apresentar, apenas, dor torácica e rigidez sem evidência radiográfica de sacroiliite ou mesmo sem lombalgia inflamatória, dificultando, ainda mais, o reconhecimento da hipótese diagnóstica.

O reconhecimento precoce ou, no mínimo, atempado deste grupo de doenças é uma questão que se coloca, sobretudo, ao clínico geral, o que justifica uma particular atenção à evocação da possibilidade de EASN em todos os doentes com raquialgias, de forma a que a referenciação se faça em tempo útil.

A prevenção primária das EASN é algo que não se coloca, ainda, como possível, devido ao papel de factores, como os genéticos, ainda não moduláveis actualmente na etiopatogénese da doença. Além disso, os factores ambientais, que se admitem como igualmente importantes por não estarem claramente individualizados, não são passíveis de medidas específicas que permitam prevenir o aparecimento das EASN. Deste modo, não se prefigura a possibilidade de estabelecer estratégias individuais ou de intervenção populacional, que permitam prevenir o aparecimento da doença, nem mesmo entre populações seleccionadas pela maior probabilidade de ocorrência de doença, como, por exemplo, familiares de pessoas com EASN.

Em relação à prevenção secundária, a que resulta de um reconhecimento precoce ou, no mínimo, atempado da doença, existe um amplo campo em que é possível e desejável melhorar a sensibilidade diagnóstica, de forma a que sejam reconhecidos, como portadores de EASN, indivíduos até aqui não identificados como tal. A adopção de estratégias de tratamento correctas poderá, em fases precoces, determinar grandes diferenças de prognóstico funcional a médio prazo.

A prevenção terciária, orientada para a correcção das sequelas instaladas, é aquela em que a intervenção, mesmo muito especializada, se reveste de menor efectividade em relação a uma análise de custo-eficácia. Além disso, mesmo considerando, apenas, os resultados a que é possível chegar quanto à melhoria da qualidade de vida para o doente, as técnicas disponíveis, cruentas ou incruentas, são pouco eficazes na indução de diferenças significativas. A excepção a esta análise poderá ser constituída pelas cirurgias de substituição articular, como, por exemplo, na anca, mas são técnicas, apesar de tudo, dispendiosas e que resolvem uma limitação localizada, em doenças em que o compromisso é geralmente multifocal.

Tratamento

O tratamento da maior parte dos doentes com EASN visa o alívio da dor, da rigidez e da fadiga, a manutenção de posturas adequadas e bons estados funcionais a nível físico e psico-social. Assim, além de uma adequada informação e educação do doente, fazem parte do programa de intervenção terapêutica, nestes doentes, a prática de exercício, como natação e exercício indutores de extensão ou de actividade desportiva regular.

A instituição precoce de programas adequados de fisioterapia é, também, um factor determinante do prognóstico, com eficácia demonstrada quanto a mobilidade da coluna dorsal e lombar e do bem-estar geral dos doentes. Além da cinesiterapia, também a utilização de agentes físicos pode ter um papel importante, bem como o ensino de práticas de correcção postural.

O recurso a medicamentos completa o arsenal terapêutico.

A cirurgia é, sobretudo, importante pela capacidade de substituir algumas articulações importantes que são, frequentemente, afectadas ou de corrigir deformações fixas a nível da coluna vertebral, pela realização de osteotomias vertebrais em casos graves de anquilose em posição não funcional.

Acompanhamento

A maioria dos doentes com EASN:

- a) tem uma forma clínica de doença que é ligeira e que condiciona um bom prognóstico funcional;
- b) nunca apresenta manifestações extra-esqueléticas ou, então, essas manifestações limitam-se a uveíte anterior, que surge em cerca de 30% dos casos;
- c) apresenta um curso clínico caracterizado por remissões e exacerbações espontâneas;
- d) mantém boa capacidade funcional e consegue continuar a trabalhar mesmo com formas muito evoluídas.

Não há evidência de que a esperança de vida seja afectada.

O prognóstico funcional foi melhorado, recentemente, pela possibilidade de se realizar a artroplastia da anca, que resolve uma das principais limitações dos doentes com EASN.

O acompanhamento dos doentes com EASN não está estabelecido, nem existem consensos quanto às medidas mais relevantes.

Referenciação

Deverão ser referenciados à reumatologia todos os doentes diagnosticados com EASN.

Doenças Reumáticas Sistémicas

Definição

Sob esta denominação incluem-se variadas doenças e síndromes que partilham idênticos fenómenos patogénicos e achados clínicos de inflamação difusa.

A designação de doenças do tecido conjuntivo, conectivites ou conectivopatias, como também são genericamente conhecidas, não é etiopatologicamente adequada. O uso do termo doenças autoimunes,

confinado estritamente a este grupo nosológico, é vago e redutor, considerando que existem doenças autoimunes que afectam todos os aparelhos e sistemas.

A afecção quase sistemática do sistema musculoesquelético, como articulações, músculos e ossos, associada ao atingimento frequente de outros órgãos e sistemas, justificam a utilização do termo doenças reumáticas sistémicas.

A causa íntima destas entidades clínicas não é conhecida, mas presume-se que resulta da interacção entre factores genéticos e agentes ambientais não identificados.

Nas DRS existe um defeito do sistema imune que se associa à presença de anticorpos antinucleares e outros autoanticorpos no soro e de lesões inflamatórias em diversos órgãos e sistemas, que variam de doença para doença.

Factores de risco

As DRS são entidades pouco prevalentes, mas a sua importância advém da complexidade fisiopatológica, da multidisciplinaridade clínica, da dificuldade diagnóstica, da diversidade terapêutica e da variabilidade prognóstica.

Todas as DRS são mais frequentes em mulheres. Algumas vasculites são, no entanto, mais frequentes nos homens, como a síndrome de *Behçet*, a poliarterite nodosa e a granulomatose de *Wegener*.

As DRS são afecções que se iniciam, habitualmente, nos adultos jovens, entre a 3ª e 4ª década da vida, embora algumas vasculites, como a doença de *Kawasaki* e a púrpura de *Schonlein-Henoch* e uma parte das miopatias inflamatórias, ocorram em idade infanto-juvenil. A arterite de células gigantes começa após os 65 anos de idade.

Prevenção

As DRS são um grupo muito heterogéneo, com poucas características comuns no que respeita à forma de apresentação, à evolução clínica e ao tratamento.

O diagnóstico específico destas doenças não é difícil quando se apresentam com vários sinais e sintomas típicos, mas pode ser muito problemático quando surgem de forma mono ou oligosintomática ou quando as queixas surgem temporalmente afastadas.

O diagnóstico, seja precoce ou tardio, baseia-se na clínica, embora o laboratório ou outros exames auxiliares de diagnóstico tenham uma importância relativa.

Os sintomas iniciais destas afecções são, em geral, vagos e só raramente sugerem, de imediato, o diagnóstico.

Na maioria dos doentes as DRS apresentam-se com:

- a) queixas musculoesqueléticas discretas, como poliartralgias, dores e/ou fraqueza muscular;

- b) sintomas gerais, como febre, anorexia, mal estar, fadiga e adinamia.

Perante este quadro atípico é difícil, senão impossível, decidir se estamos perante um processo autolimitado, uma DRS ou outra qualquer doença.

Em raras ocasiões as DRS são, de início, muito graves, exigindo rápida referência para tratamento. Nestes casos o diagnóstico é mais facilmente reconhecido devido ao seu quadro sistémico com febre alta, por vezes em picos, perda rápida de peso e manifestações provocadas por afecção de órgão ou sistema.

Deve colocar-se a hipótese diagnóstica de DRS quando uma mulher jovem apresenta:

- a) alteração do estado geral;
- b) febre;
- c) poliartralgias/poliartrite;
- d) atingimento visceral, como derrame pericárdico e/ou pleural;
- e) lesão cutânea, sobretudo da face;
- f) síndrome de *Raynaud*.

Se a esta sugestão clínica se juntarem alterações laboratoriais, como velocidade de sedimentação elevada, proteinúria, gamapatia policlonal e alterações hematológicas, como leucopenia, neutropenia e linfocitose, trombocitopenia e anemia hemolítica, então o diagnóstico é mais que provável.

Considerando que a etiologia das DRS é desconhecida, a prevenção primária destas doenças não é possível. A prevenção secundária e a prevenção terciária baseiam-se no diagnóstico precoce e na terapêutica atempada e correcta, única forma de evitar ou minimizar as diversas complicações das DRS.

Tratamento

O tratamento de um grupo de afecções tão polimórficas como são as DRS é, obviamente, diferente de entidade para entidade.

A terapêutica medicamentosa das DRS orienta-se pelo grau de actividade da doença, tendo em conta o nível e a gravidade das manifestações clínicas.

Acompanhamento

As DRS são potencialmente graves, com níveis de mortalidade que variam, sobretudo, com:

- a) grau e a duração da sua actividade;
- b) a presença e a gravidade da lesão de órgão ou de sistema ou, mesmo, de afecção multiorgânica;

- c) a ocorrência de complicações, como infecção, doenças cardiovasculares, neoplasia;
- d) os frequentes e não raramente graves efeitos acessórios da terapêutica agressiva, tantas vezes necessária.

Em todas as DRS o prognóstico é mais favorável se o diagnóstico for atempado e a terapêutica adequada, para o que contribui a existência de uma boa colaboração entre a reumatologia e a clínica geral.

O acompanhamento das DRS deve incluir os seguintes aspectos:

- a) analisar a actividade da doença;
- b) estadiar o grau de lesão do(s) órgão(s) alvo;
- c) avaliar a tolerância ao tratamento, nomeadamente os efeitos adversos dos fármacos utilizados.

Para cada uma das DRS e classe de fármacos, os sintomas e sinais clínicos, assim como os exames auxiliares de diagnóstico a utilizar na sua vigilância serão diferentes.

A actividade das doenças, considerando o seu carácter inflamatório, pode, na maioria dos casos, ser avaliado através dos valores dos marcadores de fase aguda e dos níveis de hemoglobina.

Referenciação

Tendo em conta a quantidade e heterogeneidade das DRS não é possível normalizar critérios de referência.

No entanto, podem-se individualizar, para algumas DRS, os seguintes critérios:

- a) LES: Doentes com doença ligeira, estável e sem afecção de órgão alvo, como, por exemplo, rim, sistema nervoso central, sistema cardio-vascular e sangue, podem ser seguidos, depois do diagnóstico confirmado pela reumatologia, em cuidados primários de saúde com a periodicidade de um a dois meses. O doente deve, no entanto, ser seguido, semestral ou anualmente, pela reumatologia. Os doentes com lúpus renal, neuropsiquiátrico, respiratório e dermatológico importante e com infecção, bem como as doentes lúpicas grávidas, devem, ainda, ser seguidas pelas respectivas especialidades.
- b) SS: A maioria dos doentes com esta síndrome deve ser seguida em cuidados primários de saúde. Deve recorrer-se à reumatologia para confirmação diagnóstica e em caso grave de doença. Não se deve esquecer a importância dos cuidados oftalmológicos, ginecológicos e estomatológicos.
- c) PM/DM: São entidades muito raras e graves, que devem ser seguidas, obrigatoriamente, pela reumatologia e/ou neurologia.
- d) ES: Trata-se de uma doença ainda menos frequente que as referidas anteriormente. Deve ser seguida pela reumatologia e/ou dermatologia.

- e) PAN: A suspeita clínica desta vasculite obriga a avaliação pela reumatologia e, se confirmado o diagnóstico, aí continuar a ser seguida.
- f) GW: Os doentes com esta patologia devem ser seguidos pela reumatologia e/ou pneumologia. Não raramente é necessária a contribuição da nefrologia.
- g) ACG: Os doentes com ACG devem ser seguidos pela reumatologia. Pode ser necessário o acompanhamento pela oftalmologia e pela cardiologia.

Artrites Idiopáticas Juvenis

Definição

As AIJ, de etiologia desconhecida, constituem um grupo heterogéneo de doenças iniciadas antes dos 16 anos de idade, caracterizadas pela presença de artrite de uma ou mais articulações, persistindo, pelo menos, durante 6 semanas.

O conhecimento da patogénese das AIJ é, ainda, limitado. São consideradas doenças auto-imunes, cuja etiopatogenia é multifactorial, envolvendo factores genéticos, imunológicos e ambientais.

As AIJ são classificadas em diferentes subtipos, em função das características clínicas e laboratoriais detectadas nos 6 primeiros meses de evolução da doença:

Artrite sistémica - Artrite acompanhada, ou precedida, de febre diária com pelo menos duas semanas de duração com pico quotidiano superior a 39°C, durante o mínimo de três dias, acompanhada por um ou mais dos seguintes critérios:

- a) exantema eritematoso, fugaz, não fixo;
- b) adenomegalias generalizadas;
- c) hepato ou esplenomegalia;
- d) serosite.

Oligoartrite - Artrite afectando de uma a quatro articulações nos primeiros 6 meses da doença:

- a) a oligoartrite persistente afecta não mais de quatro articulações em todo o curso da doença;
- b) a oligoartrite alargada afecta um total cumulativo de cinco ou mais articulações após os primeiros 6 meses da doença.

Poliartrite com factores reumatóides negativos - Artrite que afecta cinco ou mais articulações durante os 6 primeiros meses de doença, com factores reumatóides IgM persistentemente negativos.

Poliartrite com factores reumatóides positivos - Artrite que afecta cinco ou mais articulações durante os 6 primeiros meses de doença, associada a factores reumatóides IgM positivos.

Artrite psoriática - Artrite associada a psoríase ou artrite e, pelo menos, dois dos seguintes dados:

- a) dactilite, com tumefacção de um ou mais dedos, geralmente de distribuição assimétrica, que se estende para além da margem articular;
- b) ponteado ungueal ou onicólise;
- c) história familiar de psoríase em familiar de 1º grau.

Artrite relacionada com entesite - Artrite e entesite com dor à palpação na inserção de tendão, ligamento, cápsula articular ou fáscia no osso, ou artrite ou entesite com pelo menos dois dos seguintes dados:

- a) dor à palpação da(s) sacroilíaca(s) e/ou espondilalgia inflamatória;
- b) presença de HLA-B27;
- c) história familiar de doença associada ao HLA-B27, como espondilartrite anquilosante, sacroiliite associada com doença inflamatória do intestino ou uveíte anterior aguda, em familiar de 1º ou 2º grau;
- d) uveíte anterior aguda;
- e) sexo masculino;
- f) idade superior a 8 anos quando do início da artrite.

Outras artrites - Crianças com artrite de causa desconhecida, com duração superior ou igual a seis semanas e que:

- a) não são classificáveis em nenhuma das categorias anteriores;
- b) são classificáveis em mais de uma das categorias anteriores.

Factores de risco

Não são conhecidos factores de risco determinantes para sofrer de AIJ.

As AIJ constituem o grupo de doenças reumáticas mais frequentemente diagnosticado nas crianças, existindo, para várias delas, predominância do sexo feminino.

O início das AIJ antes dos 6 meses de idade é raro.

Prevenção

Para se estabelecer o diagnóstico de AIJ é necessário a presença de artrite iniciada antes dos 16 anos de idade, persistindo durante pelo menos seis semanas e a exclusão de outras doenças das crianças, nomeadamente outras artrites juvenis que possam simular um dos subtipos de AIJ.

O diagnóstico das AIJ é clínico, não havendo exames laboratoriais específicos, mas estes são importantes para excluir outras patologias. As radiografias em fase precoce revelam, apenas, tumefacção das partes moles periarticulares e osteopenia justa-articular. Por vezes, observa-se periosteíte. A artrocentese e a biópsia da membrana sinovial podem ser necessárias em caso de monoartrite ou se existe inflamação fora de fase de uma articulação num contexto de oligo ou poliartrite.

A uveíte anterior aguda, nas espondilartropatias de início juvenil é, habitualmente, sintomática e, portanto, fácil de diagnosticar pelo oftalmologista.

A uveíte crónica, observada na forma oligoarticular com ANA presentes no soro é, frequentemente, assintomática e o seu diagnóstico precoce necessita de exames oftalmológicos periódicos. Outras complicações extra-articulares, cuja eventual ocorrência na evolução da doença deve ser precocemente detectada, são as alterações localizadas ou generalizadas do crescimento, a osteoporose e a amiloidose secundária.

Sendo as AIJ de etiologia desconhecida, não é possível a prevenção primária.

A prevenção secundária assenta num diagnóstico precoce e tratamento precoce e adequado, o qual, para além de controlar a inflamação e a dor articulares, terá como finalidades:

- a) prevenir e controlar as lesões articulares e de estruturas peri-articulares mantendo ou melhorando a função;
- b) prevenir e tratar eventuais complicações extra-articulares;
- c) promover um normal crescimento e desenvolvimento físico e psíquico.

A reabilitação, incluindo a terapêutica ocupacional e a utilização de ajudas técnicas, a cirurgia ortopédica, o apoio psicológico e social à criança e à família, na educação e na orientação vocacional, são vertentes do tratamento que promovem a limitação das incapacidades, visando uma boa integração destas crianças e adolescentes na vida escolar, social e profissional.

Tratamento

Para realizar os objectivos do tratamento da AIJ é necessária uma equipa multidisciplinar e coordenada, sendo fundamental a colaboração da família.

O tratamento da AIJ engloba:

- a) a educação da criança e da família;
- b) um conjunto de medidas gerais;
- c) terapêutica farmacológica;
- d) a medicina física e de reabilitação;
- e) a vigilância oftalmológica e estomatológica;
- f) por vezes a cirurgia ortopédica.

É importante serem assegurados o apoio psicológico e social ao doente e à família, o apoio à integração da criança na escola e a sua orientação vocacional precoce.

Nas medidas terapêuticas gerais incluem-se:

- a) medidas para combater a dor e a rigidez matinal;
- b) promoção de posturas e posicionamentos articulares correctos;
- c) uso de talas para prevenir as deformidades;
- d) realização de programa diário de exercícios;
- e) dieta equilibrada;
- f) adequação das actividades físicas;
- g) práticas desportivas;
- h) cuidados com a boca e dentes.

É importante a prevenção e o tratamento de eventuais complicações extrarticulares, nomeadamente da uveíte, aguda ou crónica, das alterações do crescimento da osteoporose e da amiloidose secundária.

Acompanhamento

Deve acompanhar-se, periodicamente, a evolução das AIJ e eventuais efeitos adversos da terapêutica farmacológica. Além da vigilância pela reumatologia e pediatria é necessário o acompanhamento pela oftalmologia e estomatologia. São necessários, também, exames laboratoriais periódicos e, sempre que adequado, radiografias das articulações afectadas.

O acompanhamento das AIJ deve ser complementado com uma avaliação periódica da capacidade funcional e da qualidade de vida do doente relacionada com a saúde, através do Questionário de Avaliação de Saúde em Crianças e do Questionário de Saúde da Criança.

Referenciação

Crianças com artrite e/ou uveíte não esclarecidas devem ser referenciadas para a reumatologia.

O diagnóstico e o acompanhamento das crianças com artrite, nomeadamente AIJ, deve ser feito por reumatologista ou pediatra que possuam treino e experiência em doenças reumáticas infantis e juvenis.

Evolução e prognóstico

Nos últimos anos tem-se contrariado a ideia, previamente existente, de que a AIJ é, geralmente, uma doença benigna e de que a maioria das crianças por ela atingidas chegariam à idade adulta sem artrite e sem qualquer limitação ou deformidade.

A AIJ tem um prognóstico muito variável e imprevisível, sobretudo nas fases iniciais da doença. O prognóstico depende, assim, da forma de início e da evolução da doença.

IX - Classificação das Doenças Reumáticas

1. Artrite Reumatóide

2. Outras Doenças Reumáticas Sistémicas

- 2.1. Lúpus eritematoso sistémico.
- 2.2. Esclerose sistémica.
- 2.3. Fasceíte eosinófila e outras variantes da esclerose sistémica.
- 2.4. Polimiosite e dermatomiosite.
- 2.5. Síndrome de *Sjögren* primária e secundária.
- 2.6. Doença mista do tecido conjuntivo.
- 2.7. Doença de *Still* do adulto.
- 2.8. Síndrome dos anticorpos antifosfolípidos.
- 2.9. Síndromes de sobreposição
- 2.10. Doença indiferenciada do tecido conjuntivo.
- 2.11. Vasculites idiopáticas afectando predominantemente vasos de grande calibre:
 - 2.11.1. Polimialgia Reumática e Arterite temporal de células gigantes;
 - 2.11.2. Doença de *Takayasu*;
 - 2.11.3. Arterite isolada do sistema nervoso central.
- 2.12. Vasculites idiopáticas afectando predominantemente vasos de médio calibre:
 - 2.12.1. Poliarterite nodosa;
 - 2.12.2. Granulomatose de *Wegener*;
 - 2.12.3. Síndrome de *Churg-Strauss*;
 - 2.12.4. Doença de *Kawasaki*;

- 2.12.5. Poliangeíte microscópica.
 - 2.13. Vasculites idiopáticas afectando predominantemente vasos de pequeno calibre:
 - 2.13.1. Púrpura de *Henoch-Schonlein*;
 - 2.13.2. Vasculites cutâneas leucocitoclásticas;
 - 2.13.4. Vasculite hipocomplementémica;
 - 2.13.5. Crioglobulinemias.
 - 2.14. Vasculites secundárias:
 - 2.14.1. Relacionadas com doenças reumáticas sistémicas;
 - 2.14.2. Relacionadas com neoplasias;
 - 2.14.3. Relacionadas com infecções;
 - 2.14.4. Relacionadas com fármacos;
 - 2.14.5. Pós-transplantes
 - 2.15. Outras vasculites:
 - 2.15.1. Síndrome de *Behçet*;
 - 2.15.2. Doença de *Buerger*.
 - 2.15.3. Policondrite recidivante.
- ### 3. Espondilartropatias
- 3.1. Espondilartrite anquilosante.
 - 3.2. Artrite psoriática.
 - 3.3. Síndrome de *Reiter* e outras artrites reactivas.
 - 3.4. Artropatias das doenças inflamatórias crónicas do intestino.
 - 3.5. Espondilartropatias indiferenciadas.

3.6. SAPHO.

4. Febre Reumática

5. Artrites Infecciosas

5.1. Bactérias.

5.2. Vírus.

5.3. Fungos.

5.4. Parasitas.

6. Artropatias Microcristalinas

6.1. Gota úrica.

6.2. Doença por deposição de cristais de pirofostato de cálcio.

6.3. Outras.

7. Doenças Reumáticas Intermitentes

7.1. Doença reumática palindrômica.

7.2. Hidrartrose intermitente.

7.3. Febre familiar do Mediterrâneo.

8. Osteoartrose

8.1. Primária.

8.2. Secundária.

9. Doenças Ósseas

9.1. Osteoporose.

9.2. Osteomalácia.

9.3. Doença óssea de Paget.

9.4. Algoneurodistrofia.

9.5. Osteonecrose.

9.6. Osteodistrofia renal.

9.7. Outras.

10. Doenças Reumáticas Periarticulares ou dos Tecidos Moles

10.1. Tendinites.

10.2. Tenosinovites.

10.3. Entesites.

10.4. Bursites.

10.5. Capsulites.

10.6. Ligamentites.

10.7. Outras.

11. Síndromes de Dor e Fadiga Crônicas

11.1. Fibromialgia.

11.2. Síndrome miofascial.

11.3. Síndrome de fadiga crônica.

12. Tumores

12.1. Articulares.

12.2. Ósseos.

12.3. Metástases ósseas.

13. Doenças Reumáticas Induzidas por Drogas,
Hemodiálise e Actos Cirúrgicos

14. Manifestações Musculoesqueléticas de Doenças Não
Reumáticas

14.1. Doenças hematológicas:

14.1.1. Hemoglobinopatias;

14.1.2. Hemofilias;

14.1.3. Leucemias;

- 14.1.4. Linfomas;
- 14.1.5. Mieloma múltiplo.
- 14.2. Doenças endócrinas:
 - 14.2.1. Acromegalia;
 - 14.2.2. Hipertireoidismo;
 - 14.2.3. Hipotireoidismo;
 - 14.2.4. Tireoidite de *Hashimoto*;
 - 14.2.5. Síndrome de *Cushing*;
 - 14.2.6. Hiperparatireoidismo;
 - 14.2.7. Hipoparatireoidismo.
- 14.3. Doenças Metabólicas.
 - 14.3.1. Diabetes.
 - 14.3.2. Hemocromatose.
 - 14.3.3. Doença de *Wilson*.
 - 14.3.4. Alcaptonúria / Ocronose.
 - 14.3.5. Hiperlipoproteinemias.
- 14.4. Doenças Hepáticas.
 - 14.4.1. Hepatites infecciosas.
 - 14.4.2. Hepatite crónica activa.
 - 14.4.3. Cirrose biliar primária.
- 14.5. Doenças Infiltrativas.
 - 14.5.1. Sarcoidose.
 - 14.5.2. Doenças de *Gaucher*, *Fabry* e *Farber*.
 - 14.5.3. Histiocitose lipocrómica.
 - 14.5.4. Reticulohistiocitose multicêntrica.
 - 14.5.5. Amiloidose.
- 14.6. Doenças da Pele
 - 14.6.1. Acnes.
 - 14.6.2. Urticária.
 - 14.6.3. Paniculites.
 - 14.6.4. Dermatoses neutrofílicas.
- 14.7. Imunodeficiências
 - 14.7.1. Comum variável.
 - 14.7.2. Combinada.
 - 14.7.3. Selectiva de IgA.
 - 14.7.4. Fracções do complemento.
 - 14.7.5. Células fagocíticas.
- 14.8. Artropatia Neuropática.
 - 14.8.1. Tabes.
 - 14.8.2. Seringomielia.
 - 14.8.3. Esclerose múltipla.
 - 14.8.4. Anemia perniciosa.
 - 14.8.5. Lepra.
 - 14.8.6. Alcoolismo.
 - 14.8.7. Outras.
- 15. Artrite Pós-Traumática
- 16. Sinovite por Corpo Estranho
- 17. Outras

Bibliografia

- 1 Albani S. Juvenile chronic arthritis-etiology and pathogenesis. In: Klippel JH & Dieppe P, editors. Rheumatology. Londres: Mosby, 1998: 5.20.1 – 5.20.6.
- 2 Amor B. Evaluation des criteres de spondyloarthropaties d'Amor et de Liesseg : une etude transversale de 2228 patients. Annales Med Intern 1991; 142: 85-89
- 3 Anónimo. Quem são os reumatologistas portugueses? Boletim Informativo da SPR. 2003; 3(1)
- 4 Ansell B. Juvenile chronic arthritis –practical problems – amyloidosis. In: Klippel JH & Dieppe P, editors. Rheumatology. Londres: Mosby 1998: 5.24.7 – 5.24.8.
- 5 Ansell BM. Juvenile chronic arthritis: practical problems - prevention and treatment of growth abnormalities induced by corticosteroids in juvenile chronic arthritis. In: Klippel JH & Dieppe PA, editors. Rheumatology. Londres: Mosby, 1998: 5.24.5-5.24.7
- 6 Badley E, Tennant A. Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. Ann Rheum Dis 1992;51: 366-7
- 7 Badley E. The impact of musculoskeletal disorders on the Canadian population (Editorial). Rheumatol 1992; 19:337-40
- 8 Badley E. The provision of rheumatology services. In: Klippel JH & Dieppe P, editors. Rheumatology.. Londres: Mosby,1994: 1/9.1-10
- 9 Ballina Garcia FJ, Carmona Ortells L. Epidemiologia de las enfermedades reumáticas. In: Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas, 3ª edicion. Eds Alondo Ruiz, J.M. Alvaro-Garcia, JL Andrea Sánchez, et al. Sociedad Española de Reumatologia, Madrid, 2000:17-22
- 10 Barret DS, Cobb AG, Bentley G. Joint proprioception in normal osteoarthritis and replaced knees. J Bone Joint Surg 1991, 73B: 53-6
- 11 Bradley JD, Heilman DK, Katz BP, G' Sell P, Wallick JE, Brandt KD. Tidal Irrigation as Treatment for Knee Osteoarthritis. Arthritis Rheum 2002, 46: 100-108
- 12 Bennett PH, Burch TA. Population studies of the rheumatic diseases. Amsterdam, Excerpta Medica Foundation 1968; 456-457
- 13 Bjelle A, Allander E, Magi M. Rheumatic disorders in the Swedish population and health care system. J Rheumatol 1990;7; 877-85
- 14 Bjelle A. Rheumatology curriculum for medical students. Br J Rheumatol 1991; 30: 123-4
- 15 Black DM, Steinbuch M, Palermo L, et al. An assessment tool for predicting fracture risk in postmenopausal women. Osteoporos Int 2001; 12: 519-28
- 16 Blotman F, Chuong VT, Leroux JL, Hébert P, Pantel P, Azema JM, Cazaban M. Prévention des lombalgies. Rev Rhum 1988 ; 55 (10) : 747-749
- 17 Borenstein DG. Low Back Pain. In: Klippel J H & Dieppe PA, editors. Rheumatology. Londres: Mosby 1994: 5.4.21- 5.4.26
- 18 Boyer GS, Lanier AP, Templin DW. Prevalence rates of spondiloarthropathies, rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases in an Alaskan Inupiat Eskimo Population. J Rheumatol 1988; 18: 1477-1484
- 19 Branco JC, Ramos JR, Figueirinhas J, et al. Proposta de Plano Reumatológico Hospitalar Nacional. Arq Reumatol 1990, XIII:291-303
- 20 Branco JC, Matos ACA, Tavares V, et al. Osteoporotic fractures: relationships with age and menopause. In: Osteoporosis 1990 (1). Editors C Christiansen, K Overgaard. Osteopress Aps, Aalborg, Denmark, 1990: 173-4

- 21 Branco JC, Ramos JR, Figueirinhas J, et al. Proposta de Plano Reumatológico Hospitalar Nacional. *Arq Reumatol* 1991; XIII: 291-304
- 22 Branco JC. Plano Reumatológico hospitalar nacional. Um meio e não um fim a atingir (Editorial). *Arq Reumatol* 1991; XIII: 285-90
- 23 Branco JC. Síndrome fibromiálgica. *Arq Reumatol* 1992; XIV: 185-90
- 24 Branco JC. Diagnóstico e tratamento da fibromialgia. *Acta Med Port* 1995; 8:233-8
- 25 Branco JC. Osteoporose: a realidade portuguesa. In *Clinica e tratamento das doenças ósseas metabólicas, SPODOM*, Lisboa 1997
- 26 Branco JC. Fibromialgia. Modelo humano da dor, fadiga e incapacidade crónicas. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Edição do Autor, Lisboa, 1997
- 27 Branco JC. La Década del hueso y sus articulaciones / A Década do Osso e da Articulação: 2000-2010. Para que “The Bone and Joint Decade” não se “fale” só em inglês. *Boletim CIAR* 1999; IX (3): 87-8
- 28 Branco JC. Um caso verdadeiramente triste. *Acta Reuma Port* 2001; 26:247-8
- 29 Branco JC. A Década do Osso e da Articulação 2000-2010. *Rev Ordem dos Médicos* Fev/Mar 2001; 16(20): 34-36
- 30 Branco JC, Silva JAP. Fibromialgia. *Dor* 2001; 1:19-27
- 31 Branco JC. Custos sócio-económicos da Artrite Reumatóide. *Boletim da Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide* 2002; 7:4
- 32 Branco JC. A reumatologia em Portugal: situação actual e proposta de desenvolvimento. *Acta Reuma Port* 2003; edição especial: 59-66
- 33 Buckle P, Devereux J. Work related neck and upper limb musculoskeletal disorders. European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburg 1999: 9 -23
- 34 Cadarette SM, Jaglal SB, Kreiger N et al. Development and validation of the Osteoporosis Risk Assessment Instrument to facilitate selection of women for bone densitometry. *CMAJ* 2000; 162(9): 1289-94
- 35 Calin A. Ankylosing spondylitis. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, editors. *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: WB Saunders, 1989: 943 - 955
- 36 Calin A. Spondylarthropathy, undifferentiated spondylarthritis, and overlap. In: Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P, Glass DN, editors. *Oxford Textbook of Rheumatology*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press, Inc., 1998: 1037-1049
- 37 Carias K, Kramer N, Paolino J, et al. Expert care is better than inexperienced care: rheumatologists' patients hospitalized with acute arthritis have better outcomes than non-rheumatologists. Preliminary observations. *Arthritis Rheum* 1994; 37 (suppl): S356 (1169)
- 38 Cassidy JT, Levinson JE, Bass JC, Baum J, Brewer EJ, Fink CW et al. A study of classification criteria for a diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986; 29(2): 274-281.
- 39 Cassidy JT, Petty RE. Juvenile rheumatoid arthritis. In: Cassidy JT & Petty RE, editors. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995: 133-223.
- 40 Cassidy JT, Hillman LS. Abnormalities in skeletal growth in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1997; 23 (3): 499-522.
- 41 Censos 2001 - População residente em Portugal (www.inec.pt)
- 42 Chaouat D, Lambrozo J, Chevalier A, Maboulin JP. Pathologie mécanique du rachis lombaire. Etude épidémiologique et socio-économique dans une grande entreprise. *Rhumatologie* 1988; 40(10): 337-341
- 43 Clinical Care in the Rheumatic Diseases. Ed. Laura Robbins. American College of Rheumatology, Atlanta, 2001.

- 44 Coelho PC, Matos ML. Doenças reumáticas nos cuidados de saúde primários. *Acta Reuma Port* 1997; 80:9-19
- 45 Cohen MG, Emmerson BT. Gout. In: Klippel JH & Dieppe P, editors. *Rheumatology*. Londres: Mosby, 1994; 7.12.1 – 7.12.16
- 46 Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. *Am J Med* 1993; 94: 644-50
- 47 Criswell LA, Such CL, Yelin EH. Differences in the use of second-line agents and prednisone for treatment of rheumatoid arthritis by rheumatologists and non-rheumatologists. *J Rheumatol* 1997; 24:2283-90
- 48 Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS, et al. Risk factors for hip fractures in white women. *New Eng J Med* 1995; 332: 767-73
- 49 Cummings SR, Melton LJ III. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002; 359: 1761-7
- 50 Delmas P. Treatment of postmenopausal osteoporosis. *Lancet* 2002; 359: 2018-26
- 51 Dias AA. A Década do Osso e da Articulação 2000-2010. *Acta Reuma Port* 1999; 24:5-6
- 52 Doenças reumáticas da criança e do adolescente – Guia para Pais. Ed. ANDAI, Lisboa, 2000
- 53 Doherty M. *Color Atlas and Text of Osteoarthritis*. 1 Ed. London: Wolfe, 1994
- 54 Dougados M, Van Der Linden S, Juhlin R, et al. The European Spondyloarthropathy Study Group: preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 1218-1227
- 55 Doyle MAT, Schned ES, Schousboe JT, et al. Outcomes of outpatient rheumatologic management in patients with recent onset chronic inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum* 1991; 34 (Suppl) : S 183 (D120)
- 56 Drevet JG, Phelip X, Lelong C, Pelletier M, Gallin-Martel C. Education et réinsertion sociale des sujets lombalgiques. *Rev Rhum* 1988 ; 55 (10) : 755-759
- 57 Drosos AA, Lanhburg JS, Panayi GS, et al – Rheumatoid arthritis in greek and british patients. A comparative clinical, radiologic and serologic study. *Arthritis Rheum* 1992; 35; 745-48
- 58 Duarte C. Reabilitação da Artrite Crónica Juvenil. In: *Boletim Informativo - 4*, Ed. ANDAI, Julho 2001
- 59 Duffy CMm & Watanabe KN. Health assessment in the rheumatic diseases of childhood. *Curr Opin Rheumatol* 1997;9(5): 440-7
- 60 Emery HM, Bowyer, Sisung CE. Rehabilitation of the child with a rheumatic disease. *Ped.Clin.North Am* 1995; 42(5):1263-1283
- 61 Emery P, Breedveld FC, Dougados M, et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:290-7
- 62 Faustino A. Epidemiologia e importância económica e social das doenças reumáticas. *Acta Reuma Port* 2001; 27:21-36
- 63 Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, Walker AM, Meenan RF. Obesity and Knee Osteoarthritis: the Framingham study. *Am Intern Med* 1988; 109: 18-24
- 64 Felson DT. The course of osteoarthritis and factors that affect it. *Rheum Dis Clin North Am*. 1993; 19: 607-15
- 65 Figueirinhas J. Estudo epidemiológico dos reumatismos. *Acta Reuma Port* 1976; 4:23-56
- 66 Figueirinhas J. Alguns dados definidos obtidos através do recente inquérito epidemiológico de reumatismos. *Acta Reuma Port* 1976; 4: 373-80
- 67 Figueirinhas J. Enfermedades reumaticas y absentismo laboral. Responsabilidad del reumatologo. *Acta Reuma Port* 1979; 7:69-102

- 68 Fitzcharles MA. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The approving rheumatologist's evidence. *Clinical Rheumatology* (Baillière's) 1999; 13 (3) : 437- 43
- 69 Flato B, Aasland A, Vinje O, Forre O. Outcome and predictive factors in Juvenile Rheumatoid Arthritis and Juvenile Spondyloarthropathy . *J Rheumatol* 1998; 25:366-75
- 70 Foeldvari I. Results of leflunomide Therapy in patients with juvenile idiopathic arthritis: a pilot noncontrolled therapeutic intervention. *Ann Rheum Dis* 2002; 61 (suppl I): 235
- 71 Gare BA, Fasth A. The natural history of juvenile chronic arthritis: a population based cohort study, I: onset and disease process. *J. Rheumatol* 1995; 22:295-307
- 72 Gare BA, Fasth A. The natural history of juvenile chronic arthritis: a population based cohort study, II: outcome. *J.Rheumatol* 1995; 22:308-319
- 73 Gare BA. Juvenile arthritis – Who gets it, where and when? A review of current data on incidence and prevalence. *Clin Exp Rheumatol* 1999;17: 367-374
- 74 Genant HK, Cooper C, Poor G, et al. Interin Report and recommendations of the World Health Organization Task-Force for Osteoporosis. *Osteoporos Int* 1999; 10: 259-64
- 75 Giannini EH, Ruperto N, Ravelli A, Lovell DJ, Felson DT, Martini A. Preliminary definition of improvement in juvenile arthritis. *Arthritis Rheum* 1997; 40 (7):1202-9.
- 76 Glazier RH, Dalby DM, Badley EM, et al. Management of the early and late presentation of rheumatoid arthritis: a study of Ontario family physicians. *Arthritis Rheum* 1994; 37 (suppl):S 356 (1174)
- 77 Gofton JP, Lawrence JS, Bennett PH, et al. Sacroiliitis in eight populations. *Arthritis Rheum* 1966; 25: 528-533
- 78 Greenspan SL. Prevention of fractures in patients with low bone mass. In: Kleerekoper M, Siris E, McClung M, editors. *The bone and mineral manual*. Academic Press 1999, 77-79
- 79 Guillaume S, Prieur AM, Coste J, Job-Deslandre C. Long-term outcome and prognosis in oligoarticular-onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43 (8):1858-1865
- 80 Hagberg M. Les lésions attribuables au travail répétitif. Paris: Éditions Multimondes, 1995
- 81 Hakim A & Clunie GPR. Osteoporosis. In: *Oxford Handbook of Rheumatology*. Oxford University Press 2002: 466-77
- 82 Hamilton J & Capell H. The treatment of juvenile arthritis. *Expert Opin. Pharmacother* 2001; 2(7):1085-1092.
- 83 Hidding A, Van Der Linden S, Boers M et al. Is group physical therapy superior to individualized therapy in ankylosing spondylitis? A randomized controlled trial. *Arthritis Care Res* 1993; 6: 117-125
- 84 Hull RG and British Paediatric Rheumatology Group. Guidelines for management of childhood arthritis. *Rheumatology* 2001; 40:1309-1312
- 85 Ilowite NT. O tratamento actual de Artrite Reumatóide Juvenil. *Pediatrics* (ed.port.) 2002; 10(2):57-64
- 86 Jordão JG. A Medicina geral e familiar – Caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado. A Comarca de Arganil, Lisboa, 1995:188-243
- 87 Kanis JA, Delmas P, Burckhardt P, et al. Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. *Osteoporos Int* 1997; 7: 390-406
- 88 Keel P. Pain management strategies and team approach. *Clinical Rheumatology* (Baillière's) 1999; 13 (3) : 493-506
- 89 Klashman D, Persselin J, Borigini M, Kalenian K. Management of gout: Comparison of rheumatologists and general internists with analysis of variables affecting technical knowledge and referral patterns. *Arthritis Rheum* 1994; 37 (suppl) S 356 (1170)
- 90 Lau CS, Burgos-Vargas R, Louthrenoo W, et al. Features of spondyloarthritis around the world. *Rheum Dis Clin North Am* 1998; 24 (4) 753-770

- 91 Lelong C, Drevet JG, Blotman F. La prévention des lombalgies en milieu scolaire. *Rhumatologie* 1990 ; 42 (2) : 55-57
- 92 Lequesne M, Amouroux J. La coxarthrose destructrice rapide. *Pr Med* 1970; 78: 1435-40
- 93 Liang MH, Esdaile JM. Impact and cost effectiveness of rheumatologic care. In: Klippel JH & Dieppe P, editors. *Rheumatology*.. Londres: Mosby, 2000;1/2. 1-4
- 94 Lovig KR, Mazonsor PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care cost. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 439-46
- 95 Luckey M. Prevention of bone loss. In: Kleerekoper M, Siris E, McClung M, editors. *The bone and mineral manual*. Academic Press 1999; 69-75
- 96 Lufkin L. The role of selective estrogen receptor modulators in the prevention and treatment of osteoporosis. *Rheum Dis Clin North Am* 2001; 27(1): 163-85
- 97 Madsen OR, Bliddal H, Egmos C, Sylvest J. Isometric and isokinetic quadriceps strength in gonarthrosis: interrelations between quadriceps strength, walking ability, radiology, subchondral bone density and pain. *Clin Rheumatol* 1996; 14: 308-14
- 98 Malyak M. Fibromyalgia. In: *Rheumatology Secrets*. Ed. West SG. Hanley & Belfus inc., Philadelphia 1997: 354 -363
- 99 Marder WD, Meenan RF, Felson DT, et al. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. *Arthritis Rheum* 1991; 34:1209-17
- 100 Martins ML. Afecções reumáticas. Absentismo e invalidez. *Ver Port Med Trab* 1981; 1(5): 81
- 101 Marty J. Quelques chiffres et réflexions sur les lombalgies. *Rhumatologie* 1989 ; 41(2) : 61-64
- 102 Matos ACA, Branco JC, Silva JC, et al. Epidemiological survey of rheumatic conditions in a sample of the portuguese population. *Hungarian Rheumatol* 1991; 32 (suppl):80
- 103 Mau W, Zeidler H, Mau R, et al. Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis: results of a 10-year follow-up. *J Rheumatol* 1988; 15: 1109-1114
- 104 Mazza SA, Brandt KO, Katz BP, et al. Rheumatologists offer more comprehensive care for osteoarthritis of the knee than family physicians or general internists. But does it matter? *Arthritis Rheum* 1995; 38 (suppl): S239 (514)
- 105 McAlindon TE, Wilson PWF, Aliabadi P, Weissman B, Felson DT. Level of physical activity and the risk of radiographic and symptomatic Knee Osteoarthritis in the elderly: The Framingham Study. *AmJ Med* 1999; 106: 151-157
- 106 McDonagh J.E. Osteoporosis in juvenile idiopathic arthritis. *Curr. Opin. Rheumatol* 2001; 13: 399-404
- 107 Medellin M, Erickson A, Enzenauer R. Variability of treatment for gouty arthritis between rheumatologists and primary care physicians. *Arthritis Rheum* 1995; 38 (suppl): S 245 (555)
- 108 Melo-Gomes JA, Ruperto N, Canhão H, Fonseca JE, Quintal A, Salgado M, Santos MJ. The portuguese version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol* 2001; 19 (suppl.23): S 126-S130
- 109 Millender L H, Tromanhauser SG, Gaynor S. A team approach to reduce disability in work related disorders. *Orthop Clin North Am* 1996; 27 (4): 669-677
- 110 Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Serviço Nacional de Saúde – Receitas e Despesas 1994/95. Lisboa
- 111 Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/96. Continente. Dados Gerais. Lisboa
- 112 National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Panel 2000. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 2001; 285(6):785-95

- 113 O'Neil TW, Felsenberg D, Varlow J, et al. The prevalence of vertebral deformity in European men and women: The European Vertebral Osteoporosis Study. *J Bone Min Res* 1996; II: 1010-8
- 114 Osteoporosis in the European Community: A call to action. An audit of policy developments since 1998. International Osteoporosis Foundation, Lyon, France, 2002; 28 – 29
- 115 Padeh S, Passwell JH. Intrarticular corticosteroid injection in the management of children with chronic arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41(7):1210-1214
- 116 Palmer K, Coggon D, Cooper C. Work related upper limb disorders: getting down to specifics. *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 445-446
- 117 Parisek R, Battafarano D, Marple R, et al. How well do general internists diagnose common musculoskeletal syndromes: A clinical and cost effective analysis. *Arthritis Rheum* 1994; 37 (suppl): 356 (1172)
- 118 Peterson LS, Mason T, Nebon AM, O'Fallon WM, Gabriel SE. Psychosocial outcomes and health status of adults who have had juvenile rheumatoid arthritis: a controlled population-based study. *Arthritis Rheum* 1997; 40:2235-2240
- 119 Petty RE, Southwood TR, Baum J, Bethay E, Glass DN, Manners P et al. Revision of the Proposed Classification Criteria for Juvenile Idiopathic Arthritis: Durban, 1997. *J Rheumatol* 1998; 25: 1991-94
- 120 Piligian G, Herbert R, Hearn M, Dropki J, Landsbergis P, Cherniak M. Evaluation and management of chronic work-related musculoskeletal disorders of the distal upper extremity. *Am J Indust Med* 2000; 37 :75-93
- 121 Pincus T, Brooks RH, Oeser A, Callahan LF. Evidence that regular rheumatologic care is associated with improved outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37 (suppl): S 228 (413)
- 122 Poiraudou S & Revel M. La rééducation des lombalgies chroniques *Rev Rhum* 2000 ; 67 : 700-6
- 123 Prieur AM. Juvenile chronic arthritis-management. In: Klippel JH & Dieppe P, editors. *Rheumatology*. Londres: Mosby 1998: 5.21.1 – 5.21.10
- 124 Prieur AM & Chedeville G. Prognostic factors in juvenile idiopathic arthritis. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3(5):371-8.
- 125 Primary Care Rheumatology. Klippel, Dieppe & Ferri, editors. Londres: Mosby International 2000
- 126 Putz-Anderson V. Cumulative trauma disorders: A manual for musculoskeletal diseases of the upper limbs. Philadelphia: Taylor & Francis, 1988
- 127 Queiroz MV. Lombalgias. In: *Reumatologia Clínica*. Ed. Queiroz MV. Lisboa: Lidel, 1996 : 395 - 412
- 128 Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia. Direcção dos Serviços de Planeamento. Direcção-Geral de Saúde. Ministério da Saúde, 2002
- 129 Reginato AJ. Manual para el Estudio del Liquido Sinovial Bursal e Identificación de Cristales, 1 Ed, Badalona, Menarini, 1994
- 130 Revel M. La rééducation dans la lombalgie commune. *Mise au Point. Rev Rhum* 1995 ; 37-47
- 131 Rhumatologie pour le Praticien. Kaplan G, Prier A e Vinceneux P, editors. SIMEP, Paris, 1990
- 132 Rheumatology in Primary Care. Canoso JJ, editor. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997
- 133 Sandborg CI, Wallace CA, for the Executive Committee of the American College of Rheumatology Pediatric Section. Position Statement of the American College of Rheumatology regarding referral of children and adolescents to Pediatric Rheumatologists. *Arthritis Care and Research* 1999; 12 (1):48-51.
- 134 Schachna L, Littlejohn G. Primary care and specialist management options. *Clinical Rheumatology (Baillière's)* 1999; 13 (3): 469 – 77
- 135 Schmelling H & Horneff G. Combination of etanercept and methotrexate in juvenile idiopathic arthritis: long term observations. *Ann Rheum Dis* 2002; 61 (suppl 1): 313

- 136 Sheon R P. Repetitive Strain Injury. Part I. Postgrad Med 1997; 102: 53-74
- 137 Silman AJ. Epidemiology and the rheumatic diseases. In Oxford Textbook of Rheumatology, Editors Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P, Glass DN. New York: Oxford University Press, 1998: 811-842
- 138 Spiegel LR, et al. Early predictors of poor outcome in systemic onset juvenile rheumatoid arthritis: a multicenter cohort study. Arthritis Rheum 1998; 41(suppl. 9):S48
- 139 Symmons D. Epidemiologic concepts and rheumatology. In: Klippel JH & Dieppe PA, editors. Rheumatology. Londres: Mosby, 2000:1/ 4.1-8
- 140 Valat JP, Goupille P, Védère V. Lomalgies: facteurs de risqué exposant à la chronicité. Rev Rhum 1997; 64 : 203-208
- 141 Van der Linden SM, Valkenburgh HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum 1984; 27: 361-368
- 142 Van der Linden SM, Valkenburg HA, De Jonh BM, et al. The risk of developing ankylosing spondylitis in HLA-B27 positive individuals: a comparison of relatives of spondylitis patients with the general population. Arthritis Rheum 1984; 27: 241-249
- 143 Van der Linden SM. Ankylosing spondylitis. In: Kelley WN, Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, editors. Textbook of Rheumatology. Philadelphia: WB Saunders Company, 1997: 969-982
- 144 Vaz AL, Malcata A, Araújo D, et al. Proposta de Plano/Programa de Assistência Reumatológica Hospitalar em Portugal. Acta Reuma Port 1996; 78/79: 102-7
- 145 Viana de Queiroz M. Epidemiologia e Clínica da artrite reumatóide. In: Reumatologia. Ed. Lidel. Lisboa, 2002, vol 2p 5-14
- 146 Viana de Queiroz M. Artrite Reumatóide. Contribuição para o estudo da sua etiopatogenia e clínica. Ed. M. Viana de Queiroz. Lisboa, 1983
- 147 Viana de Queiroz M. Osteoartrose – Epidemiologia e Factores de Risco. In: Mário Viana Queiroz (coordenador). Reumatologia, volume 3. Lisboa: Lidel, 2002: 92-3.
- 148 Wallace CA, Levinson J.E. JRA: outcome and treatment for the 1990's. Rheum Dis Clin North Am 1991; 17: 891-906
- 149 Ward MM, Leigh JP, Fries JF. Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Associations with rheumatology subspecialty care. Arch Intern Med 1993; 153:2229-37
- 150 Ward MM. Association of the frequency of visits to rheumatologists and the rate of progression of functional disability among patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1994; 37 (suppl): S 356 (1173)
- 151 Watts NB. Treatment of osteoporosis with biphosphonates. Reum Dis Clin North Am 2001; 27(1): 197-214
- 152 Weisman MH. Newly diagnosed rheumatoid arthritis. We can now affect the natural history of RA (Editorial). Ann Rheum Dis 2002; 61:287-9
- 153 Weiss AH, Wallace CA, Sherry DD. Methotrexate for resistant chronic uveitis in children with juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr 1998;133:266-8
- 154 White KP & Harth M. The occurrence and impact of generalized pain. Clinical Rheumatology (Baillière's) 1999; 13 (3):379-89
- 155 White PH. Juvenile chronic arthritis-clinical features. In: Klippel JH & Dieppe P, editors. Rheumatology. Londres: Mosby 1998: 5.18.1- 5.18.10.
- 156 Woolf AD, Emery P. Early rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology 2001; 15(1)
- 157 World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical Report. Series 843, Genebra: WHO 1994
- 158 Wulffraat NM, Kuis W. Treatment of refractory juvenile idiopathic arthritis. J Rheumatol 2001; 28 (5):929-931

159 Yassi A. Repetitive Strain Injuries. *Lancet* 1997; 29: 943-7

160 Yassi A. Work related musculoskeletal disorders. *Curr Opin Rheumat* 2000; 12: 124-130

Documento elaborado na Direcção-Geral da Saúde, por:

Aurora Marques

Jaime da Cunha Branco

José Teixeira da Costa

Luís Cunha Miranda

Manuela Almeida

Paulo Reis

Rui André Santos

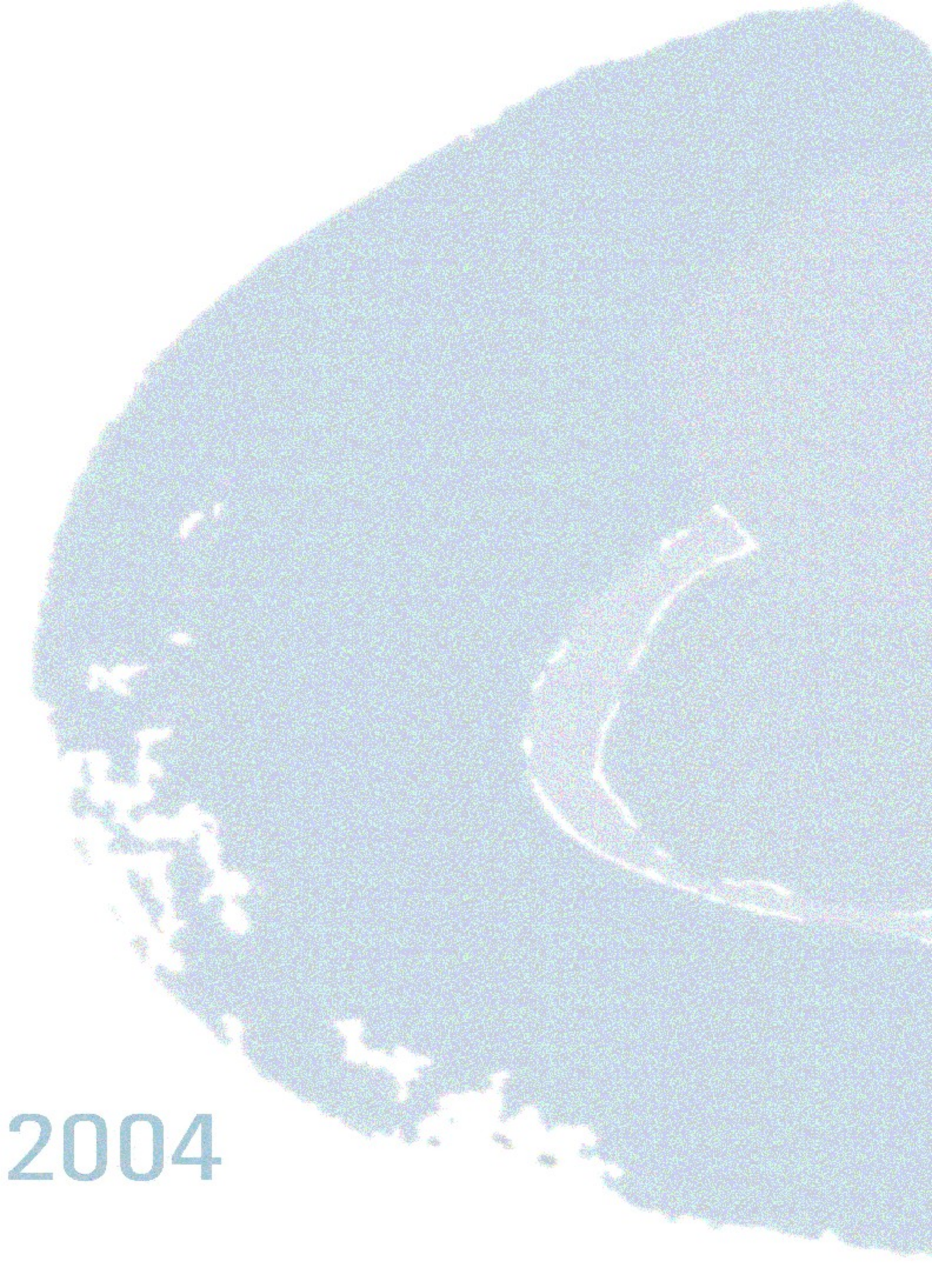
Viviana Tavares

Coordenação Científica

Mário Viana de Queiroz

Coordenação Executiva

Alexandre Diniz



2004