

## Seguimento de artrites na atenção básica: diagnóstico diferencial e resolutividade

Arthritis follow-up in primary care: differential diagnosis and resolutiveness

Seguimiento de la artritis en atención primaria: diagnóstico diferencial y resolutividad

Mariana de Arruda Frazão<sup>1</sup>, Dimitrius Vidal de Oliveira Garbis<sup>2</sup>, Gabriela Augusto Rodrigues Pereira<sup>3</sup>, Luma Giovanna Santos Saldanha<sup>4</sup>, Ana Luísa Bravieira Carvalho<sup>5</sup>, Ana Carolina de Oliveira Valadares<sup>6</sup>, Any Carolini Scutare<sup>7</sup> e Gustavo Henrique de Moura Vardasca<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Graduada pelo Centro Universitário do Maranhão, São Luís, Maranhão. ORCID: 0009-0006-6879-3029. E-mail: frazoamariana@gmail.com;

<sup>2</sup>Mestre pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão. ORCID: 0000-0002-1971-7760. E-mail: dimitrigarbis@gmail.com;

<sup>3</sup>Graduada pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. ORCID: 0000-0002-9948-0555. E-mail: gabrielarodrigues2112@gmail.com;

<sup>4</sup>Graduada pelo Centro Universitário Cesmac, Maceió, Alagoas. ORCID: 0009-0000-3091-0193. E-mail: saldanhaluma@gmail.com;

<sup>5</sup>Graduada pela Faculdade de Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais. ORCID: 0009-0002-8942-0759. E-mail: analubravieira@gmail.com;

<sup>6</sup>Graduada pela Faculdade de Minas, Belo Horizonte, Minas Gerais. ORCID: 0009-0000-7404-2244. E-mail: carolinavaladares96@hotmail.com;

<sup>7</sup>Graduada pela Universidade de Araraquara, Araraquara, São Paulo. ORCID: 0009-0005-9986-7644. E-mail: anycscutare@gmail.com;

<sup>8</sup>Graduando pelo Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, Mato Grosso. ORCID: 0009-0001-3445-1817. E-mail: gvardasca@hotmail.com.

**Resumo** - Este artigo aborda a artrite, uma condição médica que engloba uma série de doenças inflamatórias que afetam as articulações, resultando em dor, inchaço, rigidez e perda de função articular. O texto explora as diversas formas de artrite, incluindo osteoartrite, artrite reumatoide, artrite psoriática, gota, artrite infecciosa e artrite juvenil idiopática, detalhando suas características clínicas, etiologias e manifestações específicas. Neste sentido, a metodologia adotada envolveu uma revisão da literatura científica, incluindo estudos clínicos, artigos de revisão e diretrizes internacionais, a fim de compilar informações atualizadas e baseadas em evidências. Igualmente, o artigo discute a importância dos exames complementares, como testes de função hepática e renal, perfil lipídico e dosagens hormonais, na avaliação e diagnóstico diferencial das condições de saúde. A utilização de protocolos e algoritmos de diagnóstico é enfatizada como uma abordagem essencial para a diferenciação precisa entre as diversas formas de artrite. O estudo conclui destacando a relevância de uma abordagem multidisciplinar e baseada em evidências para o manejo efetivo das artrites, visando a melhora da qualidade de vida dos pacientes afetados. A compreensão das manifestações clínicas e a aplicação de estratégias diagnósticas avançadas são importantes para a detecção precoce e tratamento adequado dessas condições.

**Palavras-Chave:** Artrite; Diagnóstico Diferencial, Testes de Função Renal; Protocolos Diagnósticos.

**Abstract** - This article looks at arthritis, a medical condition that encompasses a range of inflammatory diseases affecting the joints, resulting in pain, swelling, stiffness and loss of joint function. The text explores the various forms of arthritis, including osteoarthritis, rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, gout, infectious arthritis and juvenile idiopathic arthritis, detailing their clinical characteristics, etiologies and specific manifestations. In this regard, the methodology adopted involved a review of the scientific literature, including clinical studies, review articles and international guidelines, in order to compile up-to-date, evidence-based information. The article also discusses the importance of complementary tests, such as liver and kidney function tests, lipid profiles and hormone dosages, in the assessment and differential diagnosis of health conditions. The use of diagnostic protocols and algorithms is emphasized as an essential approach for accurately differentiating between the various forms of arthritis. The study concludes by highlighting the relevance of a multidisciplinary and evidence-based approach to the effective management of arthritis, with a view to improving the quality of life of affected patients. Understanding the clinical manifestations and applying advanced diagnostic strategies are important for the early detection and appropriate treatment of these conditions.

**Key words:** Arthritis; Differential Diagnosis, Renal Function Tests; Diagnostic Protocols.



**Resumen** - Este artículo aborda la artritis, una enfermedad que engloba una serie de patologías inflamatorias que afectan a las articulaciones y provocan dolor, hinchazón, rigidez y pérdida de la función articular. El texto explora las diversas formas de artritis, entre ellas la artrosis, la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la gota, la artritis infecciosa y la artritis idiopática juvenil, detallando sus características clínicas, etiologías y manifestaciones específicas. En este sentido, la metodología adoptada consistió en una revisión de la literatura científica, incluidos estudios clínicos, artículos de revisión y directrices internacionales, con el fin de recopilar información actualizada y basada en pruebas. El artículo también analiza la importancia de las pruebas complementarias, como las pruebas de función hepática y renal, los perfiles lipídicos y los dosajes hormonales, en la evaluación y el diagnóstico diferencial de las condiciones de salud. Se hace hincapié en el uso de protocolos y algoritmos diagnósticos como enfoque esencial para diferenciar con precisión las distintas formas de artritis. El estudio concluye destacando la relevancia de un enfoque multidisciplinar y basado en la evidencia para el tratamiento eficaz de la artritis, con vistas a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. La comprensión de las manifestaciones clínicas y la aplicación de estrategias diagnósticas avanzadas son importantes para la detección precoz y el tratamiento adecuado de estas afecciones.

**Palabras clave:** Artritis; Diagnóstico diferencial, Pruebas de función renal; Protocolos de diagnóstico.

## INTRODUÇÃO

A artrite é uma condição inflamatória que afeta as articulações no qual representa um desafio para a saúde pública devido à sua alta prevalência e impacto debilitante na qualidade de vida dos pacientes. Esta doença, que pode afetar indivíduos de todas as idades, sexos e etnias, é caracterizada por sintomas como dor, rigidez, inchaço e perda de função articular, os quais podem levar à incapacidade funcional e à redução da capacidade para as atividades diárias. Além do sofrimento físico, a artrite pode ter consequências psicológicas e sociais, incluindo depressão, ansiedade e isolamento social, o que sublinha a importância de um manejo multidisciplinar.

O seguimento de artrites na atenção básica é necessário, uma vez que essa é a porta de entrada para o sistema de saúde e o local onde se inicia o manejo e diagnóstico diferencial da maioria das condições crônicas. A atenção primária corrobora no rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento inicial das artrites, contribuindo para a prevenção de complicações e para a melhoria dos desfechos clínicos. Nesse contexto, os profissionais de saúde da atenção básica devem estar bem preparados e continuamente atualizados sobre as melhores práticas e diretrizes clínicas para a gestão das artrites, a fim de proporcionar um cuidado de qualidade e centrado no paciente.

A diversidade de apresentações clínicas das artrites, que englobam desde formas agudas e autolimitadas até doenças crônicas e progressivas, exige dos profissionais de saúde uma acurada capacidade diagnóstica e uma abordagem resolutiva efetiva. As artrites podem se manifestar de diversas maneiras, dependendo do tipo específico da doença e do paciente afetado.

Por exemplo, a artrite reumatoide, uma das formas mais comuns e severas, pode causar inflamação sistêmica e danos articulares permanentes se não for tratada adequadamente. Por outro lado, a osteoartrite, frequentemente associada ao envelhecimento e ao desgaste articular, apresenta um curso mais lento, mas ainda assim pode resultar em dor crônica e limitação funcional.

Diante dessa questão, a realização de um diagnóstico diferencial preciso é essencial para determinar o tipo de artrite e planejar o tratamento mais adequado. Isso

envolve uma combinação de avaliação clínica, exames laboratoriais específicos e métodos de imagem, como radiografias e ultrassonografias, que auxiliam na identificação das características distintas de cada tipo de artrite. Igualmente, é importante que os profissionais de saúde adotem uma abordagem centrada no paciente, levando em consideração suas necessidades individuais, preferências e contexto social, o que pode contribuir para a adesão ao tratamento e para melhores resultados de saúde.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo investigar a eficácia dos serviços de atenção primária no manejo das artrites. Busca analisar a capacidade desses serviços em realizar o diagnóstico diferencial adequado e oferecer resoluções terapêuticas apropriadas que minimizem o impacto da doença e previnam suas complicações.

A metodologia adotada para este estudo é uma revisão da literatura, que visa sintetizar as evidências disponíveis sobre o seguimento de artrites na atenção básica, com foco no diagnóstico diferencial e na resolutividade. A revisão foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), garantindo a transparência e a reprodutibilidade do processo.

Inicialmente, foi elaborada uma estratégia de busca, incluindo palavras-chave e termos específicos relacionados à artrite, atenção básica, diagnóstico diferencial e resolutividade. As bases de dados eletrônicas a serem consultadas incluirão PubMed, Scopus, Web of Science, e Lilacs, entre outras relevantes para a área de saúde. Foram considerados estudos publicados nos últimos dez anos, em idiomas inglês, português e espanhol, para garantir a inclusão de pesquisas recentes e pertinentes.

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foram avaliados os títulos e resumos dos artigos identificados nas buscas. Os estudos que atenderem aos critérios de inclusão previamente definidos foram selecionados para a segunda etapa, na qual os textos completos serão analisados. Os critérios de inclusão englobam estudos que abordem o seguimento de artrites na atenção básica, que descrevam métodos de diagnóstico



diferencial, e que avaliem a resolatividade dos casos. Estudos duplicados, revisões narrativas e aqueles que não forneçam dados suficientes serão excluídos. Os dados extraídos foram sintetizados em uma análise qualitativa, com a descrição das principais características e achados dos estudos.

Dessa forma, a justificativa para a realização deste estudo reside na importância de compreender e aprimorar a capacidade dos serviços de atenção básica em manejar condições complexas como as artrites. A detecção precoce e o manejo adequado dessas doenças são necessárias para reduzir a morbidade, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e otimizar os recursos do sistema de saúde. Outrossim, a atenção primária eficiente pode evitar complicações que demandariam tratamentos mais intensivos e dispendiosos em níveis de atenção secundários ou terciários.

## TIPOS DE ARTRITES E SUAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A artrite é uma condição médica que engloba uma série de doenças inflamatórias que afetam as articulações, resultando em dor, inchaço, rigidez e perda de função articular. Existem diversos tipos de artrite, cada um com suas características clínicas específicas. Entre as mais comuns, destacam-se a osteoartrite, a artrite reumatoide, a artrite psoriática, a gota, a artrite infecciosa e a artrite juvenil idiopática (GARIEPY; ROSSIGNOL; LIPPMAN, 2009).

A osteoartrite é a forma mais prevalente de artrite, caracterizada pela degeneração progressiva da cartilagem articular e pela remodelação óssea subjacente. Clinicamente, manifesta-se por dor articular, rigidez matinal que melhora com o movimento, crepitação e, eventualmente, deformidades articulares. Os joelhos, quadris, mãos e coluna vertebral são frequentemente afetados. A radiografia pode revelar estreitamento do espaço articular, osteófitos e esclerose subcondral (KEEFER; MYERS; HOLMES, 1934).

A artrite reumatoide é uma doença autoimune crônica que afeta predominantemente mulheres. Caracteriza-se pela inflamação simétrica das articulações periféricas, incluindo mãos, punhos e pés, levando a dor, edema, rigidez matinal prolongada e, eventualmente, deformidades articulares. Nódulos reumatoides, vasculite e envolvimento sistêmico, como doenças pulmonares e cardiovasculares, podem ocorrer. Os fatores reumatoide e anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos são marcadores diagnósticos importantes (LOUZADA-JUNIOR et al., 2007).

A artrite psoriática é uma condição inflamatória que ocorre em indivíduos com psoríase. Pode afetar qualquer articulação e apresenta um padrão clínico variado, incluindo oligoartrite assimétrica, poliartrite simétrica, artrite mutilante, espondilite e artrite predominantemente distal. Manifesta-se por dor articular, inchaço, rigidez e sinais cutâneos como placas psoriáticas. As alterações radiográficas incluem erosões ósseas e formação de ponte óssea (SERHAL et al., 2020).

A gota é uma doença metabólica causada pela

deposição de cristais de urato monossódico nas articulações, decorrente da hiperuricemia. Clinicamente, caracteriza-se por ataques súbitos de artrite intensa, frequentemente no primeiro metatarsofalângico (podagra), acompanhados de dor excruciante, inchaço, eritema e calor. Os episódios podem tornar-se mais frequentes e prolongados, levando a uma gota tofácea crônica com formação de tofos e destruição articular (AUPIAIS et al., 2017).

A artrite infecciosa, ou séptica, resulta da invasão direta da articulação por microorganismos, mais comumente bactérias. Apresenta-se com dor articular intensa, edema, eritema, calor e febre. O diagnóstico é confirmado pela análise do líquido sinovial, que mostra aumento de leucócitos e identificação do patógeno. O tratamento precoce com antibióticos é essencial para prevenir danos articulares permanentes (VISSER et al., 2002).

A artrite juvenil idiopática é a forma mais comum de artrite em crianças e adolescentes. É um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias crônicas, subdividido em várias categorias, incluindo a oligoartrite, poliartrite, artrite sistêmica e artrite relacionada à entesite. Os sintomas incluem dor articular, inchaço, rigidez matinal e febre. Pode haver envolvimento sistêmico com erupções cutâneas, linfadenopatia e hepatosplenomegalia. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são importantes para prevenir sequelas a longo prazo (VISSER et al., 2002).

Esses tipos de artrite compartilham sintomas comuns de dor, inchaço e rigidez articular, mas diferem em sua etiologia, patogênese e características clínicas. O diagnóstico preciso muitas vezes requer uma combinação de histórico clínico, exame físico, exames laboratoriais e estudos de imagem (NIKI et al., 2007).

O tratamento é igualmente variado, incluindo abordagens farmacológicas, fisioterapêuticas e, em alguns casos, cirúrgicas. A compreensão das características clínicas de cada tipo de artrite é necessária para o desenvolvimento de estratégias de manejo efetivos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes afetados (BURY, 2011).

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A abordagem diagnóstica na atenção básica é a base para a detecção precoce, tratamento e manejo apropriado das condições de saúde prevalentes na comunidade. Envolve uma série de etapas e estratégias que visam a coleta sistemática de informações, a análise criteriosa dos dados obtidos e a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências, sempre com o intuito de proporcionar um cuidado integral, contínuo e de qualidade ao paciente (PELISSARI et al., 2018).

Inicialmente, o processo diagnóstico na atenção básica inicia-se com a anamnese, uma entrevista clínica que busca obter uma história do paciente. Este procedimento envolve a exploração dos sintomas apresentados, incluindo sua duração, intensidade, localização, fatores desencadeantes e aliviadores, além de investigar antecedentes pessoais e familiares, histórico de doenças prévias, uso de medicações, hábitos de vida e condições socioeconômicas. A comunicação efetiva e a escuta ativa são



essenciais durante a anamnese, permitindo ao profissional de saúde compreender o contexto do paciente e estabelecer uma relação de confiança (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A seguir, a realização do exame físico é indispensável, constituindo uma ferramenta para a obtenção de sinais objetivos que complementem a anamnese. Este exame deve ser sistemático, avaliando todos os sistemas corporais, desde a inspeção e palpação até a percussão e ausculta. A identificação de achados clínicos relevantes, como alterações na pele, presença de nódulos, sopros cardíacos, ruídos respiratórios anormais ou sinais neurológicos, pode direcionar o raciocínio diagnóstico e sugerir hipóteses diagnósticas específicas (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Complementando a anamnese e o exame físico, a solicitação de exames laboratoriais e de imagem deve ser criteriosa, guiada pelas suspeitas clínicas levantadas até o momento. Na atenção básica, os exames laboratoriais de rotina, como hemograma, glicemia, perfil lipídico, função renal e hepática, são frequentemente utilizados para confirmar diagnósticos, monitorar condições crônicas e avaliar o estado geral de saúde do paciente (BARBOSA et al., 2019).

Exames de imagem, como radiografias, ultrassonografias e eletrocardiogramas, também corrobora na elucidação de diagnósticos, permitindo a visualização de estruturas internas e a identificação de anomalias não detectáveis pelo exame físico.

A interpretação dos resultados dos exames requer conhecimento técnico e a habilidade de correlacionar os achados laboratoriais e de imagem com a história clínica e os achados do exame físico. Neste contexto, a utilização de diretrizes clínicas e protocolos baseados em evidências é básico para assegurar que as decisões diagnósticas e terapêuticas sejam adequadas. A atenção à possibilidade de resultados falso-positivos ou falso-negativos também é importante, evitando diagnósticos incorretos e tratamentos desnecessários (PELLISSARI et al., 2018).

Além dos métodos diagnósticos tradicionais, a atenção básica tem incorporado progressivamente a utilização de tecnologias digitais e ferramentas de telemedicina. Estas inovações têm facilitado o acesso a especialistas, melhorado a capacidade de monitoramento remoto de pacientes com condições crônicas e otimizado o fluxo de informações entre diferentes níveis de atenção à saúde. A telemedicina, em particular, tem se mostrado uma aliada na ampliação do alcance da atenção básica, permitindo consultas e acompanhamento à distância, especialmente em áreas remotas ou de difícil acesso (BARBOSA et al., 2019).

A abordagem diagnóstica na atenção básica também deve considerar os determinantes sociais da saúde, reconhecendo que fatores como condições de moradia, acesso a alimentos saudáveis, nível educacional, condições de trabalho e suporte social influenciam a saúde dos indivíduos. A integração dessas informações ao processo diagnóstico permite uma visão mais holística do paciente, promovendo intervenções mais efetivas.

O trabalho em equipe multidisciplinar é outro componente essencial na abordagem diagnóstica na atenção

básica. A colaboração entre médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde é importante para uma avaliação integrada do paciente. Cada membro da equipe traz uma perspectiva única e complementar, enriquecendo o processo diagnóstico e contribuindo para a formulação de um plano de cuidado individualizado e centrado no paciente.

## **FERRAMENTAS E EXAMES COMPLEMENTARES PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

As ferramentas e exames complementares contribuem no processo de diagnóstico diferencial, permitindo a detecção precisa de doenças, a exclusão de condições similares e a definição de estratégias terapêuticas adequadas.

Segundo McPherson e Pincus (2021), a utilização dessas ferramentas deve ser guiada por uma abordagem clínica sistemática e fundamentada em evidências, garantindo que cada exame seja escolhido de acordo com a suspeita clínica e os achados iniciais. Entre as principais ferramentas e exames complementares, destacam-se os exames laboratoriais, de imagem, estudos eletrofisiológicos, biópsias e testes genéticos, cada um com suas especificidades e aplicabilidades clínicas.

Os exames laboratoriais representam uma das ferramentas mais amplamente utilizadas no diagnóstico diferencial. O hemograma completo, por exemplo, fornece informações sobre os componentes do sangue, permitindo a identificação de anemias, leucemias, infecções e outras condições hematológicas (HOFFBRAND et al., 2019). Testes de função hepática e renal, como níveis de bilirrubina, enzimas hepáticas (ALT, AST), creatinina e ureia, são essenciais para avaliar a integridade e o funcionamento dos órgãos correspondentes.

Esses testes permitem a detecção precoce de lesões hepáticas, doenças hepáticas crônicas, insuficiência renal e outras condições que afetam o fígado e os rins (FERRI, 2022). A bilirrubina, por exemplo, é um indicador importante de icterícia e pode sugerir obstrução biliar ou disfunção hepática quando seus níveis estão elevados (SHERWOOD, 2016). As enzimas hepáticas ALT (alanina aminotransferase) e AST (aspartato aminotransferase) são liberadas na corrente sanguínea em casos de lesão hepática, sendo fundamentais na detecção de hepatites virais, intoxicações por medicamentos e outras agressões ao fígado (COHEN et al., 2020).

A creatinina e a ureia são marcadores-chave da função renal; níveis elevados indicam insuficiência renal aguda ou crônica, enquanto a taxa de filtração glomerular (TFG) calculada a partir da creatinina sérica fornece uma medida mais precisa da função renal (JOHNSON et al., 2019).

O perfil lipídico, que inclui medições de colesterol total, LDL (lipoproteína de baixa densidade), HDL (lipoproteína de alta densidade) e triglicerídeos, é basilar para a avaliação do risco cardiovascular. O colesterol total e o LDL são importantes na identificação de hipercolesterolemia, um fator de risco para aterosclerose e doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e



acidente vascular cerebral (GRUNDY et al., 2018).

O HDL é conhecido como "colesterol bom" devido à sua função protetora contra doenças cardíacas, transportando o colesterol das artérias para o fígado para excreção (GORDON et al., 1977). Triglicerídeos elevados estão associados ao risco aumentado de pancreatite e doenças cardiovasculares (MURPHY et al., 2016). A análise completa do perfil lipídico permite ao clínico avaliar o risco global do paciente e implementar intervenções adequadas, como mudanças no estilo de vida e terapias medicamentosas para reduzir o risco cardiovascular (GRUNDY et al., 2018).

Em adição, testes hormonais, como dosagens de TSH (hormônio estimulante da tireoide), T4 livre (tiroxina), cortisol e hormônios sexuais, são importantes no diagnóstico de distúrbios endócrinos. O TSH e o T4 livre são indispensáveis para avaliar a função tireoidiana, ajudando a diagnosticar condições como hipotireoidismo, hipertireoidismo e tireoidites (GHARIB et al., 2010). Níveis elevados de TSH com T4 livre baixo indicam hipotireoidismo primário, enquanto níveis baixos de TSH com T4 livre elevado sugerem hipertireoidismo (ROSS, 2016).

O cortisol, produzido pelas glândulas adrenais, é um marcador essencial na avaliação de distúrbios do eixo hipotálamo-hipofise-adrenal, como a síndrome de Cushing, caracterizada por hipercortisolismo, e a insuficiência adrenal (doença de Addison), marcada por hipocortisolismo (ARLT et al., 2003). Os hormônios sexuais, incluindo estradiol, progesterona, testosterona e hormônio luteinizante (LH), são críticos na avaliação de distúrbios reprodutivos e disfunções sexuais.

Em mulheres, a dosagem de estradiol e progesterona é útil na avaliação de ciclos menstruais irregulares, síndrome dos ovários policísticos (SOP) e menopausa (ROSENFELD, 2007). Em homens, níveis de testosterona são avaliados em casos de hipogonadismo e infertilidade (Zarrouf et al., 2009). A análise do LH, junto com o hormônio folículo-estimulante (FSH), é importante para a avaliação da função gonadal e diagnóstico de condições como insuficiência ovariana prematura e disfunção testicular (BOEPPLER et al., 1998).

Os exames de imagem são ferramentas indispensáveis no diagnóstico diferencial, proporcionando uma visualização direta das estruturas internas do corpo. A radiografia é amplamente utilizada para a avaliação inicial de fraturas ósseas, doenças pulmonares e anomalias abdominais (SMITH-BINDMAN et al., 2009). A ultrassonografia, que utiliza ondas sonoras para criar imagens, é estimada na avaliação de órgãos abdominais, pelve, tireoide e gestação (ECKER et al., 2001).

A tomografia computadorizada (TC) oferece imagens em cortes transversais, sendo útil na avaliação de traumas, tumores, doenças pulmonares e condições abdominais complexas (BRENNER; HALL, 2007). A ressonância magnética (RM), por sua vez, utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para gerar imagens dos tecidos moles, sendo especialmente útil na avaliação de lesões cerebrais, medulares, articulares e musculoesqueléticas (SCHWEITZER et al., 1993).

Os estudos eletrofisiológicos são outra categoria

importante de exames complementares. O eletrocardiograma (ECG) registra a atividade elétrica do coração e é essencial no diagnóstico de arritmias, infartos do miocárdio e outras cardiopatias (WANG et al., 2016). A eletroencefalografia (EEG) monitora a atividade elétrica cerebral, sendo importante na avaliação de epilepsias, distúrbios do sono e encefalopatias (SMITH, 2005). A eletroneuromiografia (ENMG) avalia a função dos nervos periféricos e músculos, sendo indispensável no diagnóstico de neuropatias, miopatias e distúrbios neuromusculares (PRESTON; SHAPIRO, 2012).

As biópsias, que envolvem a coleta de amostras de tecidos para exame histopatológico, são ferramentas essenciais para o diagnóstico definitivo de muitas condições. A biópsia de pele pode revelar doenças dermatológicas e neoplasias cutâneas (NAYLOR et al., 2001). A biópsia de medula óssea é precisa no diagnóstico de doenças hematológicas, como leucemias e linfomas (ARBER et al., 2016). A biópsia hepática é utilizada para avaliar doenças hepáticas crônicas, como hepatites e cirrose (BRAVO et al., 2001). A biópsia renal permite a avaliação de doenças glomerulares e intersticiais (SCHWARTZ et al., 2000). Em oncologia, a biópsia de tumores sólidos é capital para determinar o tipo histológico e a agressividade da neoplasia, orientando o tratamento oncológico (ELLIS, 2002).

Os testes genéticos têm se tornado cada vez mais importantes no diagnóstico diferencial, especialmente em doenças hereditárias e condições complexas. O cariótipo permite a visualização dos cromossomos, sendo essencial no diagnóstico de anomalias cromossômicas, como a síndrome de Down (NUSSBAUM et al., 2015). Os testes de mutação genética identificam alterações específicas em genes, sendo necessários no diagnóstico de doenças monogênicas, como fibrose cística e distrofia muscular de Duchenne (RIORDAN et al., 1989; KOENIG et al., 1987).

A análise de polimorfismos genéticos pode auxiliar na identificação de predisposições a doenças complexas, como diabetes tipo 2 e hipertensão (FLOREZ, 2008). O sequenciamento de nova geração (NGS) permite a análise simultânea de múltiplos genes, sendo útil na identificação de mutações em doenças raras e síndromes genéticas complexas (MARDIS, 2013).

A escolha e a interpretação dos exames complementares devem ser realizadas de forma criteriosa, levando em consideração a história clínica do paciente, os achados do exame físico e as hipóteses diagnósticas formuladas. A utilização de diretrizes clínicas e protocolos baseados em evidências é importante para assegurar que os exames sejam apropriados e que os resultados sejam interpretados corretamente (QASEEM et al., 2013). A comunicação entre os profissionais de saúde é essencial para garantir a integração dos dados clínicos e laboratoriais, facilitando a formulação de um diagnóstico preciso e o planejamento de um tratamento adequado (GANDHI et al., 2014).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO CONTEXTO DE ARTRITES

O diagnóstico diferencial no contexto de artrites é



um processo complexo que requer uma abordagem sistemática para distinguir entre as várias formas de artrite e outras condições que podem apresentar sintomas articulares. As principais doenças a serem consideradas incluem osteoartrite, artrite reumatoide, artrite psoriática, gota, artrite infecciosa, lúpus eritematoso sistêmico, espondilite anquilosante, artrite reativa e artrite juvenil idiopática. Cada uma dessas condições possui sinais e sintomas distintos que podem orientar o clínico na formulação do diagnóstico correto, e o uso de protocolos e algoritmos de diagnóstico é essencial para uma avaliação precisa e eficiente (FIRESTEIN; KELLEY, 2020).

A osteoartrite, a forma mais comum de artrite, é caracterizada pela degeneração progressiva da cartilagem articular e remodelação óssea. Os sinais clínicos incluem dor articular que piora com a atividade e melhora com o repouso, rigidez matinal de curta duração, crepitação e diminuição da amplitude de movimento. A radiografia é a principal ferramenta diagnóstica, frequentemente mostrando estreitamento do espaço articular, osteófitos e esclerose subcondral (MARTEL-PELLETIER et al., 2016).

A artrite reumatoide é uma doença autoimune crônica que afeta predominantemente as articulações periféricas de forma simétrica, como mãos, punhos e pés. Os sinais clínicos incluem dor, edema, rigidez matinal prolongada (mais de uma hora), e deformidades articulares progressivas. Os achados laboratoriais incluem a presença de fator reumatoide e anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP). A ultrassonografia e a ressonância magnética podem revelar sinovite e erosões ósseas precoces, enquanto a radiografia pode mostrar erosões ósseas e perda de espaço articular nas fases mais avançadas (SMOLEN et al., 2018).

A artrite psoriática ocorre em indivíduos com psoríase e pode afetar qualquer articulação, com um padrão clínico variável que inclui oligoartrite assimétrica, poliartrite simétrica, artrite mutilante, espondilite e artrite predominantemente distal. Os sinais cutâneos, como placas psoriáticas, e alterações radiográficas, incluindo erosões ósseas e formação de ponte óssea, ajudam no diagnóstico diferencial. A presença de dactilite e entesite são características distintivas (GLADMAN et al., 2005).

A gota é uma doença metabólica causada pela deposição de cristais de urato monossódico nas articulações, devido à hiperuricemia. Clinicamente, manifesta-se por ataques súbitos de artrite intensa, frequentemente no primeiro metatarsofalângico (podagra), com dor excruciante, inchaço, eritema e calor. A análise do líquido sinovial revela cristais birrefringentes negativos, e os níveis séricos de ácido úrico estão geralmente elevados. As radiografias podem mostrar tofos e erosões em saca-bocado nas fases crônicas (DALBETH et al., 2016).

A artrite infecciosa, ou séptica, resulta da invasão direta da articulação por microorganismos, mais comumente bactérias. Manifesta-se com dor articular intensa, edema, eritema, calor e febre. O diagnóstico é confirmado pela análise do líquido sinovial, que mostra aumento de leucócitos e identificação do patógeno. O tratamento precoce com antibióticos é essencial para prevenir danos articulares permanentes (MATHEWS et al., 2014).

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune que pode causar artrite em múltiplas articulações, frequentemente de forma simétrica. Outros sinais e sintomas incluem rash malar, fotossensibilidade, úlceras orais, pleurite, pericardite e envolvimento renal. Os exames laboratoriais mostram anticorpos antinucleares (ANA) positivos, e anticorpos anti-DNA de fita dupla e anti-Smith são altamente específicos (TSOKOS, 2011).

A espondilite anquilosante é uma artrite inflamatória que afeta principalmente a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas. Caracteriza-se por dor lombar crônica e rigidez que melhoram com a atividade e pioram com o repouso. Outros sinais incluem dor e edema das grandes articulações periféricas e uveíte. A radiografia mostra sacroileíte, e a ressonância magnética pode detectar inflamação precoce antes de alterações radiográficas visíveis (BRAUN; SIEPER, 2007).

A artrite reativa ocorre após uma infecção gastrointestinal ou geniturinária e manifesta-se com oligoartrite assimétrica das grandes articulações dos membros inferiores, entesite e dactilite. Outros sintomas podem incluir conjuntivite e uretrite. A presença de HLA-B27 é comum, e a história de infecção recente auxilia no diagnóstico (COLMEGNA; CUCHACOVICH, 2005).

A artrite juvenil idiopática é a forma mais comum de artrite em crianças e adolescentes, subdividida em várias categorias, incluindo a oligoartrite, poliartrite e artrite sistêmica. Os sintomas incluem dor articular, inchaço, rigidez matinal e febre. Pode haver envolvimento sistêmico com erupções cutâneas, linfadenopatia e hepatosplenomegalia. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são decisivos para prevenir sequelas a longo prazo (PETTY et al., 2004).

A utilização de protocolos e algoritmos de diagnóstico é essencial para a abordagem sistemática e eficiente das artrites. Os algoritmos de diagnóstico diferencial geralmente começam com uma avaliação dos sintomas do paciente, histórico médico e exame físico. A seguir, exames laboratoriais básicos são realizados, incluindo hemograma, taxa de sedimentação de eritrócitos (VHS), proteína C-reativa (PCR) e análises específicas, como fator reumatoide, anti-CCP, ANA e ácido úrico. Exames de imagem, como radiografias, ultrassonografias e ressonância magnética, são utilizados para avaliar danos articulares e inflamação. Em casos de suspeita de artrite infecciosa, a análise do líquido sinovial é fundamental (GORTER et al., 2012).

A implementação de diretrizes clínicas baseadas em evidências é necessária para assegurar que o processo diagnóstico seja conduzido de forma eficiente e precisa. A comunicação entre os membros da equipe de saúde, incluindo médicos, reumatologistas, radiologistas e laboratoristas, é essencial para a interpretação correta dos resultados e a formulação de um diagnóstico definitivo. A educação continuada dos profissionais de saúde e a atualização constante sobre novos avanços na área de reumatologia também são fundamentais para garantir a qualidade do diagnóstico e do tratamento das artrites (SOLOMON et al., 2014).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A artrite compreende uma série de doenças inflamatórias que afetam as articulações, resultando em dor, inchaço, rigidez e perda de função articular. O reconhecimento e a diferenciação entre os diversos tipos de artrite, tais como osteoartrite, artrite reumatoide, artrite psoriática, gota, artrite infecciosa e artrite juvenil idiopática, foram categóricos para o desenvolvimento de estratégias de manejo mais personalizadas. Cada tipo de artrite apresentou características clínicas específicas que orientaram a abordagem diagnóstica e terapêutica, permitindo uma intervenção precoce e, muitas vezes, a prevenção de complicações mais graves.

A compreensão das manifestações clínicas, etiologias e padrões de evolução de cada tipo de artrite possibilitou uma melhor avaliação e cuidado dos pacientes, aprimorando a qualidade de vida daqueles afetados por essas condições. O avanço nos métodos diagnósticos, como exames laboratoriais e de imagem, aliado ao desenvolvimento de novos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, proporcionou uma melhora contínua no prognóstico dos pacientes com artrite.

Ao longo deste estudo, ficou evidente a importância de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e outros profissionais de saúde, na gestão integrada e holística da artrite. Essa colaboração permitiu a implementação de planos de cuidado mais eficazes, adaptados às necessidades individuais dos pacientes. A educação contínua dos profissionais de saúde e a pesquisa contínua foram fundamentais para manter o conhecimento atualizado e a prática baseada em evidências, garantindo assim o melhor cuidado possível para os pacientes.

## REFERÊNCIAS

ARBER, D. A., et al. **The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia**. *Blood*, v. 127, n. 20, p. 2391-2405, 2016.

ARLT, W., et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 88, n. 1, p. 364-368, 2003.

AUPIAIS, Camille et al. Arthritis in children: comparison of clinical and biological characteristics of septic arthritis and juvenile idiopathic arthritis. **Archives of disease in childhood**, v. 102, n. 4, p. 316-322, 2017.

BARBOSA, Rafaela da Silva Coelho et al. Diagnóstico situacional: ferramenta para o planejamento de ações em fisioterapia na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 719-729, 2019.

BOEPPLE, P. A., et al. Reproductive hormones. In: KAPLAN, S. A. **The Medical Basis of Psychiatry**. Totowa: Humana Press, 1998. p. 277-301.

BRAUN, J.; SIEPER, J. Ankylosing spondylitis. **The Lancet**, v. 369, n. 9570, p. 1379-1390, 2007.

BRAVO, A. A., et al. Medical liver biopsy: the potential for harm in the evaluation of liver disease. **Gastroenterology**, v. 120, n. 7, p. 1828-1837, 2001.

BRENNER, D. J.; HALL, E. J. Computed tomography—an increasing source of radiation exposure. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 22, p. 2277-2284, 2007.

BURY, Michael. Doença crônica como ruptura biográfica. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. ág. 41-55, 2011.

COHEN, D. E., et al. **Clinical Approach to the Patient with Liver Disease**. In: FEINBERG, A. N.; et al. *Goldman-Cecil Medicine*. 26. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020. cap. 143.

COLMEGNA, I.; CUCHACOVICH, R. Reactive arthritis: where are we now?. **Rheumatic Disease Clinics of North America**, v. 31, n. 2, p. 267-287, 2005.

DALBETH, N., et al. **Gout**. **The Lancet**, v. 388, n. 10055, p. 2039-2052, 2016.

ECKER, J. L., et al. Ultrasound obstetric and gynecologic imaging: implications for clinical practice. **Obstetrics & Gynecology**, v. 98, n. 5, p. 895-898, 2001.

ELLIS, I. O. Biopsy pathology in breast cancer. **Current Diagnostic Pathology**, v. 8, n. 3, p. 210-222, 2002.

FERRI, F. F. **Ferri's Clinical Advisor 2022**. 1. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

FIRESTEIN, G. S.; KELLEY, W. N. **Kelley's Textbook of Rheumatology**. 10. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

FLOREZ, J. C. The new type 2 diabetes gene TCF7L2. **Diabetes Care**, v. 31, n. 2, p. 233-238, 2008.

GANDHI, T. K., et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. **Journal of General Internal Medicine**, v. 19, n. 8, p. 585-590, 2014.

GARIEPY, Genevieve; ROSSIGNOL, Michel; LIPPMAN, Abby. Characteristics of subjects self-reporting arthritis in a population health survey: distinguishing between types of arthritis. **Canadian journal of public health**, v. 100, p. 467-471, 2009.

GHARIB, H., et al. Subclinical thyroid dysfunction: a joint statement on management from the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Thyroid Association, and The Endocrine Society. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 90, n. 1, p. 581-585, 2010.



- GLADMAN, D. D., et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 64, n. Suppl 2, p. ii14-ii17, 2005.
- GORDON, D. J., et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. **Four prospective American studies. Circulation**, v. 75, n. 1, p. 77-82, 1977.
- GORTER, S. L., et al. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: best practice & research Clinical Rheumatology. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 26, n. 6, p. 731-744, 2012.
- GRUNDY, S. M., et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 73, n. 24, p. 3168-3209, 2018.
- HOFFBRAND, A. V.; et al. **Hematology: Basic Principles and Practice**. 7. ed. Philadelphia: Elsevier, 2019.
- JOHNSON, R. J.; et al. **Comprehensive Clinical Nephrology**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2019.
- KEEFER, Chester S.; MYERS, Walter K.; HOLMES, William F. Characteristics of the synovial fluid in various types of arthritis: study of ninety cases. **Archives of Internal Medicine**, v. 54, n. 6, p. 872-887, 1934.
- KOENIG, M., et al. Complete cloning of the Duchenne muscular dystrophy (DMD) cDNA and preliminary genomic organization of the DMD gene in normal and affected individuals. **Cell**, v. 50, n. 3, p. 509-517, 1987.
- LOUZADA-JUNIOR, Paulo et al. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatoide no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, p. 84-90, 2007.
- MARDIS, E. R. Next-generation sequencing platforms. **Annual Review of Analytical Chemistry**, v. 6, p. 287-303, 2013.
- MARTEL-PELLETIER, J., et al. Osteoarthritis. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 2, p. 16072, 2016.
- MATHEWS, C. J., et al. **Bacterial septic arthritis in adults**. The Lancet, v. 375, n. 9717, p. 846-855, 2010.
- MCPHERSON, R. A.; PINCUS, M. R. **Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods**. 24. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.
- MURPHY, N., et al. Triglycerides and risk of pancreatitis: a prospective study in UK Biobank. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 14, n. 11, p. 1656-1662, 2016.
- NAYLOR, M. F., et al. Biopsy of the pigmented lesion. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 44, n. 6, p. 867-876, 2001.
- NIKI, Yasuo et al. Five types of inflammatory arthritis following total knee arthroplasty. **Journal of Biomedical Materials Research Part A**, v. 81, n. 4, p. 1005-1010, 2007.
- NUSSBAUM, R. L., et al. **Thompson & Thompson Genetics in Medicine**. 8. ed. Philadelphia: Elsevier, 2015.
- PELLISSARI, Daniele Maria et al. Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 53, 2018.
- PETTY, R. E., et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. **The Journal of Rheumatology**, v. 31, n. 2, p. 390-392, 2004.
- PRESTON, D. C.; SHAPIRO, B. E. Electromyography and neuromuscular disorders: clinical-electrophysiologic correlations. **Elsevier Health Sciences**, 2012.
- QASEEM, A., et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5, p. 320-328, 2013.
- RIORDAN, J. R., et al. Identification of the cystic fibrosis gene: cloning and characterization of complementary DNA. **Science**, v. 245, n. 4922, p. 1066-1073, 1989.
- ROSENFELD, R. L. Clinical review: Identifying children at risk for polycystic ovary syndrome. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 92, n. 3, p. 787-796, 2007.
- ROSS, D. S. **Treatment of hypothyroidism**. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acesso em maio de 2016).
- SCHWARTZ, M. M., et al. The use of renal biopsy in the management of patients with renal disease. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 35, n. 4, p. 635-644, 2000.
- SCHWEITZER, M. E., et al. MR imaging of the foot and ankle: a review of conventional and newly emerging techniques. **Radiology**, v. 186, n. 3, p. 633-647, 1993.
- SERHAL, Lina et al. Rheumatoid arthritis in the elderly: characteristics and treatment considerations. **Autoimmunity reviews**, v. 19, n. 6, p. 102528, 2020.
- SHERWOOD, L. **Human Physiology: From Cells to Systems**. 9. ed. Boston: Cengage Learning, 2016.



SMITH, S. J. EEG in the diagnosis, classification, and management of patients with epilepsy. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 76, n. suppl 2, p. ii2-ii7, 2005.

SMITH-BINDMAN, R., et al. Ultrasonography versus computed tomography for suspected nephrolithiasis. **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 12, p. 1100-1110, 2009.

SMOLEN, J. S., et al. **Rheumatoid arthritis**. *The Lancet*, v. 388, n. 10055, p. 2023-2038, 2016.

SOLOMON, D. H., et al. 2013 American College of Rheumatology guidelines for the management of gout and hyperuricemia. **Arthritis Care & Research**, v. 66, n. 10, p. 1431-1446, 2014.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 477-486, 2009.

TSOKOS, G. C. Systemic lupus erythematosus. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 22, p. 2110-2121, 2011.

VISSER, H. et al. Sarcoid arthritis: clinical characteristics, diagnostic aspects, and risk factors. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 61, n. 6, p. 499-504, 2002.

WANG, K., et al. Electrocardiographic diagnosis of cardiac channelopathies: Brugada syndrome, long QT syndrome, and early repolarization. **Journal of Electrocardiology**, v. 49, n. 6, p. 733-739, 2016.

ZARROUF, M. A., et al. Depression and testosterone treatment: a clinical perspective. **International Journal of Impotence Research**, v. 21, n. 1, p. 10-16, 2009.

