

O que os médicos precisam saber sobre reumatologia?

Henrique Carriço da Silva¹

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

A reumatologia é a especialidade médica que surgiu inicialmente preocupada em atender pacientes que apresentam queixas basicamente de dor, inflamações, incapacidade e incômodos nas articulações, de forma principalmente crônica, procurando o alívio de forma conservadora. Na procura da origem desses sintomas e sinais, desenvolveu-se a investigação de causas sistêmicas ou locais não traumáticas para explicar cada caso e tratar mais adequadamente. Assim, o espectro da reumatologia estendeu-se além das articulações, incluindo queixas que afetam ossos, músculos e tecidos adjacentes a articulações.

Com o progresso médico científico, a reumatologia também passou a cuidar de doenças que envolvem alterações da imunidade (as doenças autoimunes) e, mais recentemente, distúrbios metabólicos, que podem ou não cursar com manifestações que afetam o sistema musculoesquelético. Muitas doenças reumatológicas exigem, para o tratamento adequado, uma abordagem mais holística dessas doenças, o que leva a cooperação com outros profissionais que atuam e estudam o sistema musculoesquelético, como o fisiatra, o fisioterapeuta, o educador físico e o ortopedista. No campo das doenças autoimunes sistêmicas, é recomendado o acompanhamento simultâneo do paciente com outros especialistas, como nefrologistas, endocrinologistas, neurologistas, dermatologistas gastroenterologistas etc. A ação correta do reumatologista é coordenar uma equipe multiprofissional para a otimização do cuidado do paciente reumático.

As doenças reumatológicas acometem todas as faixas etárias, da infância à velhice. Estudos independentes têm mostrado que 30%-40% da população, em algum momento da vida, apresentam sinais e sintomas musculoesqueléticos e

alterações que sugerem doenças autoimunes sistêmicas reumatológicas, o que resulta em 25% a 40% de todas as consultas aos médicos clínicos gerais, pediatras e médicos de família.¹

Mais de 150 condições são classificadas como doenças reumáticas, com suas próprias patogêneses, quadros clínicos, tratamentos e prognósticos, que podem ser agrupados em diversas categorias para facilitar o raciocínio e o diagnóstico diferencial (**Quadro 1**).^{1,2} Assim, deve ser abolido o termo “reumatismo” do vocabulário médico e do leigo, inclusive na interação com os pacientes e a sua família.¹ Todavia, deve ser lembrado que as doenças reumatológicas são doenças crônicas, de acompanhamento contínuo, mas deve ser enfatizado que há uma variedade de procedimentos e tratamentos que permitem alcançar resultados positivos para o alívio dos sintomas e do sofrimento do paciente reumatológico. Isso implica que todo médico — clínicos gerais, pediatras, e especialistas de todas as áreas da medicina — deve ter conhecimentos básicos sobre as doenças da reumatologia e sempre estar atualizado sobre doenças reumáticas, encaminhando para o reumatologista quando necessário.

A abordagem das doenças reumatológicas é essencialmente clínica, sendo que o diagnóstico primordialmente depende da interação direta entre o médico e o paciente, que se inicia com a observação insubstituível da presença do doente desde a entrada no consultório, passando por história clínica detalhada e exame físico completo. Assim, o médico deve ter habilidades em propedêutica geral e do sistema musculoesquelético, aliadas às noções de doença de todas as especialidades, para um diagnóstico preciso e apurado e também fazer o diagnóstico diferencial. Somente com essa abordagem clínica

¹ Reumatologista do Serviço de Reumatologia, Disciplina de Reumatologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Presidente do Departamento Científico de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina (APM).

Endereço para correspondência:
Rua Peixoto Gomide, 515 — conjunto 41 — São Paulo (SP) — CEP 01409-001
Cel. (11) 98188-6363 – e-mail: chssp@hotmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado
Data de entrada: 15 de agosto de 2019. Última modificação: 29 de agosto de 2019. Aceite: 9 de setembro de 2019.

completa, é que se pode pensar em doenças reumatológicas específicas e solicitar os exames mais adequados para o caso.

Nenhum exame complementar, inclusive os imunológicos, substitui o médico ou leva a diagnóstico de doença reumatológica — erro grave e comum, principalmente nas doenças autoimunes, para as quais somente se aliando o quadro clínico aos exames auxiliares se chega ao diagnóstico. Esse cuidado deve ser redobrado, pois pode colocar o paciente em estresse desnecessário quanto ao diagnóstico equivocado e até submetê-lo a iatrogenia por meio de procedimentos diagnósticos e tratamentos com efeitos colaterais importantes. Por outro lado, o diagnóstico correto é de fundamental importância para a abordagem correta, o que pode ser essencial em casos graves de rápida evolução.

Nosso objetivo aqui não é “ensinar reumatologia ao não reumatologista”. Assim, orientamos procurar excelentes livros-textos,

tanto de medicina interna quanto específicos, inclusive para o não reumatologista, orientações de *sites* especializados, como o da Sociedade Brasileira de Reumatologia, participar dos fóruns sobre doenças reumáticas da Associação Paulista de Medicina (APM) e ler suas publicações que trazem artigos a respeito das doenças reumatológicas e sua abordagem.

Ao contrário do que muitos não reumatologistas pensam, as condições reumatológicas mais frequentes, e que são as mais vistas pelos clínicos gerais, médicos de família e de outras especialidades, são aquelas que atingem músculos, tendões e ligamentos de forma crônica, sem indicação cirúrgica e sem melhora apenas com analgésicos ou anti-inflamatórios por curto período. São chamadas, ainda que com um nome errôneo, “reumatismos de partes moles” (fibromialgias, tendinopatias, fasciites, síndromes miofasciais). Em sequência de atendimento,

Quadro 1. Classificação didática das doenças reumáticas

<p>1. Artropatias inflamatórias crônicas Artrite reumatoide Espondiloartropatias: espondilite anquilosante; artrite psoriásica, artrite reativa, enteroartrites (ligadas a doenças inflamatórias intestinais); espondiloartrites indiferenciadas</p>
<p>2. Doenças reumáticas autoimunes sistêmicas Lúpus eritematoso sistêmico Miopatias inflamatórias autoimunes (dermatomiosite, polimiosite, miopatias por estatinas) Esclerose sistêmica Doença mista do tecido conjuntivo Síndrome de Sjögren Síndrome antifosfolípide Vasculites Síndromes de superposição/conectivopatia indiferenciada</p>
<p>3. Doença articular degenerativa ou degradativa (osteoartrite)</p>
<p>4. Artropatias microcristalinas Gota Artropatias por pirofosfato dehidratado de cálcio, hidroxiapatita etc.</p>
<p>5. Doenças ósseas (osteoporose, doença de Paget, outras)</p>
<p>6. Artropatias infecciosas (vírais, bacterianas, fúngicas)</p>
<p>7. Artropatia relacionada a infecções específicas Febre reumática, Doença de Lyme/Baggio-Yoshinari</p>
<p>8. Condições reumáticas relacionadas a outras doenças não reumatológicas Hematológicas (anemia falciforme etc.) Endócrinas (distúrbios da tireoide, diabetes melito etc.) Paraneoplasias</p>
<p>9. Artropatias diversas não classificadas em outras categorias Sarcoidose Amiloidose</p>
<p>10. “Reumatismos de partes moles” Inflamatórios (tendinites, bursites, fasciites, entesites, cistos sinoviais) Regionais (síndrome miofascial) Generalizados (fibromialgia) Síndromes compressivas (síndrome do túnel do carpo)</p>
<p>11. Doenças da coluna vertebral</p>

vêm as “dores nas costas” (lombalgias, cervicalgias e dorsalgias).³ A doença articular mais comum da reumatologia é a osteoartrite. Relativamente comuns são artropatias microcristalinas, sendo a mais frequente a gota. A doença óssea mais comum acompanhada na reumatologia é a osteoporose. As artropatias inflamatórias mais frequentes são artrite reumatoide e as espondiloartropatias (espondilite anquilosante, artrite psoriásica etc.). As outras doenças reumatológicas autoimunes graves, como o lúpus eritematoso sistêmico etc., são relativamente raras. As patologias reumáticas mais frequentes podem ser inicialmente, de forma bem-sucedida, conduzidas por qualquer médico, mas em casos duvidosos, de dificuldades no diagnóstico e manejo, artropatias inflamatórias e doenças autoimunes, devem ser encaminhadas ou no mínimo acompanhadas em conjunto com o reumatologista. As metas que devem ser tentadas com empenho total no manejo do paciente reumático são:⁴

1. aliviar a dor e o sofrimento;
2. preservar a mobilidade;
3. promover melhor qualidade de vida.

Um aspecto que não deve ser esquecido é que se deve minimizar ao máximo os aspectos negativos e os riscos do tratamento sem comprometimento da eficácia.

Na abordagem do paciente com queixas musculoesqueléticas, é muito importante se estabelecer se a queixa é limitada a um segmento esquelético (regional) ou se há queixa difusa por várias articulações, músculos e tendões, com ou sem limitações funcionais, e o tempo de evolução. Paralelamente deve-se inquirir se há alguma manifestação sistêmica inespecífica, como

febre, emagrecimento (ou até ganho de peso), cansaço ou mesmo fadiga até intensa. Jamais deve ser esquecido que, simultaneamente ao processo de investigação das queixas articulares, deve-se ficar atento aos sintomas e sinais de outros sistemas orgânicos. Além da história detalhada, incluindo perguntas sobre os diversos aparelhos, no exame clínico, deve-se incluir o exame físico geral antes da avaliação reumatológica específica.

No dia a dia, com vários pacientes para atender, se deve ter objetividade e, portanto, combinar economia de tempo e esforço para se alcançar a maior sensibilidade possível. Tudo isso deve ser sistematicamente aplicado a todos os pacientes independentemente da queixa principal que o levou a procurar o médico. Assim, metodicamente para a avaliação geral, Silva e Woolf sugerem uma sequência de avaliação:⁵

1. medir a pressão arterial, pulsos;
2. examinar pele;
3. mucosas;
4. gânglios linfáticos (procura de linfadenopatias, muito importante em crianças e adolescentes);
5. tireoide;
6. fazer ausculta torácica (coração e pulmão);
7. avaliação abdominal;
8. avaliar o sistema musculoesquelético.

Esta última avaliação pode ser rapidamente realizada com boa sensibilidade pelo não reumatologista por meio de um esquema proposto por Doherty e colaboradores em 1992 e validado por Beattie e colaboradores em 2008 para cuidados primários (**Quadro 2**).⁶⁻⁸

Quadro 2. GALS screening

<p>História:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - "Você tem dor nas juntas, músculos e nas costas?" 2 - "Você pode subir e descer escadas sem dificuldades?" 3 - "Você pode tirar a roupa ou se vestir sem dificuldades?"
<p>Marcha e postura:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Peça ao paciente andar, ir e voltar; observe a postura.
<p>Membros superiores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Observe as mãos; comprima em conjunto as metacarpianas e note se ocorre o surgimento de dor ("squeeze test"); procure inchaços. 2 - Peça para o paciente fletir os cotovelos e virar as mãos para cima (supinação) 3 - Peça ao paciente colocar as mãos atrás da cabeça (abdução e rotação externa do ombro e flexão do cotovelo).
<p>Membros inferiores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Peça para fletir o quadril anteriormente e fazer a rotação interna do membro inferior (rodar o joelho, tornozelo e pés medialmente, "para dentro"). Esses movimentos podem ser feitos passivamente pelo examinador. 2 - Flita os joelhos com a mão do examinador sobre eles e sentir crepitação e a presença de derrame articular. 3 - Peça ao paciente fletir, estender e rodar externa e internamente o tornozelo. 4 - Faça o "squeeze test" em metatarsianos dos pés.
<p>Coluna vertebral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Observe se há o "S" da coluna (escoliose). 2 - Peça ao paciente encostar cada orelha em cada ombro sem encolhê-los (flexão lateral da coluna cervical). 3 - Peça ao paciente para pender com os braços esticados para a frente o máximo que puder (veja se a coluna permanece sem fletir — teste de Schober modificado) e palpe os processos espinhosos, observando a presença de dor.

- **Dor** - A grande maioria dos pacientes procura o médico por dor, sintoma dominante nas doenças reumáticas; quando adequadamente valorizada e avaliada, pode ser extremamente útil, colaborando no diagnóstico. A dor reumática pode ser aguda (< 1 mês de duração), subaguda (de 1-3 meses de duração) e, principalmente, crônica (persistente por mais de 3 meses), seja localizada ou difusa, variando ou não de intensidade no dia a dia. Há quadros de dores intermitentes evoluindo com crises (agudização). Ela pode ser localizada numa articulação ou em músculos ou em um segmento corporal ou difusa, sem localização específica, intermitente ou contínua e migratória, como na fibromialgia. Pode ser sentida somente ou principalmente aos movimentos ou, ao contrário, ser pior ao repouso (dor “mecânica” ou dor “inflamatória”) (**Tabela 1**).⁹ A dor crônica, mesmo localizada, por ativação contínua de vias nociceptivas, pode se generalizar, tornando-se difusa, até incapacitante.¹ Muitas patologias reumáticas generalizadas e sistêmicas podem cursar com dores crônicas difusas, podendo ser o sintoma mais importante para o paciente e que merece tratamento específico. Deve ser lembrado que a vivência da dor possui aspectos biopsicossociais que devem ser levados em conta na escolha do tratamento da dor.^{4,5}
- **Postura e marcha** - devem ser anotadas a simetria do andar e a velocidade da marcha. Devem ser anotadas limitações da deambulação e alterações da postura por dor, assimetria do comprimento dos membros inferiores e deformidades dos membros inferiores.⁶⁻⁸
- **Membros superiores** - as limitações da flexão/extensão dos cotovelos, supinação, abdução, rotações dos ombros e cotovelos podem sugerir patologias de partes moles, com a síndrome do manguito rotador, peritendinites de cotovelos. A presença de inchaços nas articulações, “squeeze test”, desvios dos dedos e deformidades simétricas sugerem artropatia inflamatória, como a artrite reumatoide. Inchaços “duros” em dedos, principalmente se assimétricos, podem sugerir osteoartrite. Podem-se refinar os exames, pedindo ao paciente “fazer pinça” com o polegar e cada dedo; dificuldades para o movimento e dor em bases de polegares sugerem “rizartrose” e redução da função da mão.⁶⁻⁸
- **Membros inferiores** - devem ser observadas limitações da flexão/extensão dos quadris, joelhos e tornozelos, bem como as limitações às rotações do quadril e tornozelos que podem estar relacionadas com artropatias inflamatórias e degenerativas. A sensação de crepitação grosseira sentida durante a flexão dos joelhos pode estar relacionada a osteoartrite. Inchaços com calor, dor e rubor dos joelhos, tornozelos e “squeeze test” positivo em metatarsianos sugerem artrite. Assim como na mão, se simétricos, podem-se relacionar com a artropatias inflamatórias.⁶⁻⁸
- **Coluna vertebral** - deve ser notado se há alteração dos eixos da coluna (cifoses, escolioses, hiperlordoses), movimentos em bloco, protusão anterior da cabeça, estas duas últimas alterações importantes em pacientes com espondiloartropatias. Limitações dos movimentos, como a flexão lateral da coluna cervical, podem ser importantes nas condições degenerativas e inflamatórias. Flexão anterior limitada da coluna vertebral (“Schober Test” modificado) pode evidenciar rigidez da coluna, o que é visto na espondiloartropatia. Desalinhamento entre os ombros pode caracterizar a “giba”, denotando escoliose, principalmente torácica. Observar sensibilidade na palpação e percussão dos processos espinhosos, que podem sugerir patologias próprias da coluna.⁶⁻⁸

As doenças reumatológicas autoimunes sistêmicas, as DRAIs (deve ser abolido o termo “colagenose”), não são prevalentes na população. As manifestações iniciais dessas patologias podem ser inespecíficas (emagrecimento, febre, fadiga intensa etc.). O médico, ao conduzir um paciente com uma DRAI, deve aliar duas ações simultâneas:

1. Ao se pensar em doença reumatológica autoimune, fazer o diagnóstico clínico sem depender exclusivamente de resultados de exames imunológicos, que auxiliam muito, mas não fazem o diagnóstico da patologia isoladamente. Ter conduta proativa para não retardar o início da terapia adequada, inclusive já iniciando investigação direcionada e a introdução de tratamento eficaz para salvar a vida, evitar o dano de órgãos nobres e sequelas irreversíveis;
2. Sempre ter em mente diagnósticos alternativos e diferenciais, principalmente para infecções, muitas simulando doenças reumáticas autoimunes ou como fator de descompensação da doença reumatológica autoimune de base. Nessa situação, não deve ser retardado o tratamento da infecção porventura diagnosticada concomitantemente com o tratamento da doença reumática autoimune se descompensada. Por outro lado, se houver a infecção simuladora de doença reumática ou se esta não estiver descompensada, tomar o cuidado para não se introduzir tratamentos reumatológicos nesse momento, como

Tabela 1. Características da dor em reumatologia⁹

Ritmo inflamatório	Ritmo mecânico
A dor é mais intensa pela manhã, diminuindo ao longo do dia, mas agravando-se ao meio da tarde. Durante a noite, a dor exacerba-se, acordando o doente.	A dor intensifica-se durante o dia e com a realização de atividades de sobrecarga articular. Melhora com o repouso.

corticoides, imunossupressores e imunobiológicos, que podem trazer sérias consequências ao paciente, até fatais.

Doenças reumáticas autoimunes sistêmicas podem apresentar manifestações praticamente em qualquer órgão e aparelho orgânico. Muitas vezes, as artrites são a manifestação inicial e/ou predominante, trazendo o principal desconforto para o paciente e, em geral, simulam a artrite reumatoide. A pele é acometida em muitos pacientes, variando de lesões localizadas a difusas, fotossensíveis, fixas ou temporárias, profundas ou superficiais, pode haver variações de cor e espessamentos (endurecimentos) de pele. A boa observação das características do acometimento cutâneo permite, em alguns casos, o diagnóstico pelo menos sindrômico da condição reumatológica, orientando a conduta para o diagnóstico definitivo. Em relação aos órgãos internos, deve ser bem avaliada a presença de serosites, alterações respiratórias, sintomas e sinais de alterações renais, distúrbios do sistema nervoso, tanto central quanto periférico, e quadros clínicos que sugiram acometimento hematológico, inclusive distúrbios de coagulação. No trato digestivo, achados como boca seca, dificuldades a deglutição, disfagias alta e baixa sugerem doenças específicas. Em crianças, adolescentes, gestantes e idosos, pode haver variabilidades importantes das manifestações

das doenças reumáticas autoimunes sistêmicas, dificultando o diagnóstico.¹⁰ Nas faixas etárias muito jovens e mais velhas, tentar verificar a possibilidade de neoplasias malignas subjacentes, que podem simular doenças reumáticas e, assim, fazer o diagnóstico diferencial. O estabelecimento do diagnóstico clínico, sindrômico ou definitivo deve ser sempre orientado pela história e exame clínicos, que indicarão os exames mais adequados para cada caso (**Tabela 2**).¹¹

Os tratamentos reumatológicos são variados. Para patologias de partes moles e doenças degenerativas das articulações, como a osteoartrite, as melhores evidências são para a terapia física.¹²⁻¹⁴ Há pouca evidência e muita controvérsia para o tratamento medicamentoso, ao qual se deve recorrer apenas para analgesia e na dificuldade do controle dos sintomas, principalmente anti-inflamatórios. Nas artropatias inflamatórias e doenças reumáticas autoimunes sistêmicas, os tratamentos são mais estabelecidos, com as melhores evidências e em contínua evolução. Além do uso de anti-inflamatórios e corticoides, os imunossupressores, imunobiológicos e drogas sintéticas alvo-dirigidas mais recentes permitem o controle eficaz da doença, possibilitando mantê-la sem atividade ou com baixa atividade, e possibilitando evitar ou retardar a evolução da doença e o desenvolvimento de dano e sequelas indesejáveis (**Tabela 3**).¹⁴ Embora esses

Tabela 2. Características das doenças reumáticas mais frequentes

Doenças	Padrão de comprometimento articular e rigidez matinal	Simetria de comprometimento articular	Principais articulações acometidas	Número de articulações e outras estruturas acometidas	Achados sistêmicos mais comuns	Achados laboratoriais mais importantes
Artrite reumatoide	Aditivo com rigidez matinal > 30 minutos	Simétrico	MCFs, IFPs, MTFs, cotovelos, joelhos	Poliarticular	Fadiga, emagrecimento, febre	PAIs elevadas, anemia, FR+
Espondilite anquilosante	Axial (+) periférico rigidez matinal > 30'	Assimétrico	Sacroilíacas, coluna, quadris, joelhos, tornozelos, tarso, enteses (entesites)	Oligorticular	Fadiga, emagrecimento, olhos vermelhos (uveíte)	PAIs elevadas, anemia, FR-
Artrite psoriásica	Aditivo com rigidez matinal > 30 minutos	Assimétrico	IFDs, IFPs, punhos, joelhos; Enteses (entesites ou dedos em salsicha)	Variável	Fadiga, emagrecimento, psoríase mais importante, olhos vermelhos (uveíte)	PAIs elevadas, anemia, FR-
Gota	Em crises intermitentes	Assimétrico	1ª MTF, tornozelo, tarso, joelho	Monoarticular	Nefrolitíase (30%) Síndrome metabólica associada	Nas crises, PAIs elevadas; hiperuricemia intercrítica
Osteoartrite	Aditivo com rigidez matinal < 30 minutos	Assimétrico	IF distais, 1ª CMC, joelhos, quadris	Variável	Ausentes	PAIs pouco elevadas em casos com inflamação

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Doenças	Padrão de comprometimento articular e rigidez matinal	Simetria de comprometimento articular	Principais articulações acometidas	Número de articulações e outras estruturas acometidas	Achados sistêmicos mais comuns	Achados laboratoriais mais importantes
Reumatismos de partes moles	Estruturas periarticulares, com rigidez matinal < 30 minutos	Ausente	Bursites, tendinites, ombros, quadris, cotovelos, punhos, mãos, joelhos, tornozelos	Nenhuma	Ausentes	Ausentes
Fibromialgia	Dor por todo o corpo, com ou sem rigidez matinal	Ausente	Dor acima e abaixo da cintura, anterior e posterior, nos 4 membros	Nenhuma	Fadiga	Ausentes
Artrites infecciosas	Artrite aguda em geral, rigidez contínua	Assimétrico	Joelhos	Monoarticular, oligoarticular	Febre, calafrios, exantemas, vesículas, uretrites	PAIs elevadas; leucocitose, aumento de leucócitos no líquido sinovial, culturas alteradas
Lúpus eritematoso sistêmico (LES)	Aditivo com rigidez matinal > 30 minutos	Simétrico em geral	MCFs, IFPs, MTFs, cotovelos, joelhos	Poliarticular	Fadiga, emagrecimento, febre, lesões de pele, serosites, edemas, cefaleias, linfadenomegalias, alterações do comportamento, hipertensão arterial	PAIs elevadas, leucopenia, linfopenia, alterações da urina, FAN positivo com títulos elevados, padrões específicos, presença de autoanticorpos

MCF = metacarpofalagiana; IF = interfalangiana; IFP = interfalangiana proximal; MTF = metatarso falagiana; CMC = carpometacarpiana; PAIs = provas de atividade inflamatória; VHS = velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa; FR = fator reumatoide; FAN = fator antinuclear.

Tabela 3. Principais medicamentos aplicados nas principais doenças reumáticas inflamatórias e autoimunes sistêmicas

Medicação	Indicações	Efeitos colaterais
<i>Não imunossupressoras</i> Antimaláricos (cloroquinas) Sufassalazina	DRAIs (LES+), AR AR, artrite periférica nas EAs	Retinopatia, rash, aumento de enzimas musculares, síndrome do QT longo. Náuseas, intolerância TGI, cefaleias, rash, leucopenia, anemia.
<i>Imunossupressoras</i> Metotrexato Leflunomida Azatioprina Micofenolato (sódico, de mofetila)	AR, EAs, DRAIs AR DRAIs DRAIs	Náuseas, intolerância do TGI, hepatotoxicidade, pancitopenia, pneumonite aguda. Náuseas, intolerância TGI (diarreia +), hepatotoxicidade, pancitopenia, neuropatia periférica. Náuseas, intolerância do TGI, hepatotoxicidade, pancitopenia Náuseas, intolerância do TGI (diarreia +), hepatotoxicidade, pancitopenia.
<i>Imunobiológicos</i> Anti-TNFs (infliximabe, adalimumabe etc.) Não anti-TNFs (abatacept, tocilizumabe, rituximabe)	AR, EAs, AR, DRAIs (<i>off-label</i>)	Reações nas aplicações (infusionais, locais), infecções graves (risco de reativação de TBC), doenças autoimunes (LES etc.). Reações na aplicação (infusionais, locais), infecções graves, dislipidemias, imunossupressão profunda.
<i>Agentes sintéticos dirigidos para alvos celulares de ativação</i> (tofacitinibe, baracitinibe)	AR	Infecções (herpes zoster +, reativação de TBC), dislipidemia (LDL), aumento de enzimas hepáticas, anemia.

DRAIs = doenças reumáticas autoimunes sistêmicas; LES = lúpus eritematoso sistêmico; EAs = espondiloartropatias AR = artrite reumatoide; TGI = trato gastrointestinal; TNF = fator de necrose tumoral; TBC = tuberculose; LDL = lipoproteína de baixa densidade.

tratamentos preferencialmente devam ser aplicados e supervisionados pelo reumatologista, em algumas situações podem ser acompanhados por médicos de outras especialidades. Recomendamos as diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia e as revisões da colaboração Cochrane, muitas comentadas na revista Diagnóstico e Tratamento da APM, para conhecimento, indicações e manejo dessas terapias.

A reumatologia é um campo da medicina que nos últimos anos tem ganhado muito no conhecimento sobre a

fisiopatologia e clínica das doenças reumatológicas, no forte desenvolvimento tecnológico nos exames complementares e, principalmente, no avanço e estabelecimentos de novos tratamentos e abordagens. No Brasil, há poucos reumatologistas e, portanto, os médicos não reumatologistas devem estar a par desses desenvolvimentos para trabalhar em conjunto com o reumatologista e/ou mesmo acompanhar o paciente reumatológico em locais de difícil acesso ao especialista em doenças reumáticas.

REFERÊNCIAS

1. Silva JAP, Woolf AD. The Importance of Rheumatic Diseases. In: Silva JAP, Woolf AD, editors. *Rheumatology in Practice*. London: Springer-Verlag; 2010. p. 1.1-1.3.
2. Fuller R. A Classificação das Doenças Reumatológicas. In: Fuller R, Pereira RMR, editores. *Manual de Reumatologia Para Graduação em Medicina* Campinas: Pontos Editores; 2016. p.7-12.
3. Rocha FAC, Landim JIVD, Rocha LN. Advances in rheumatology practice in Brazil. *Rheumatol Int*. 2019;39(7):1125-34. PMID: 30506466; doi: 10.1007/s00296-018-4211-1.
4. Silva JAP, Woolf AD. Pain, Disease and Suffering: an Integrated Perspective. In: Silva JAP, Woolf AD, editors. *Rheumatology in Practice*. London: Springer-Verlag; 2010. p. 2.1-2.5.
5. Silva JAP, Woolf AD. The General Clinical Examination. In: Silva JAP, Woolf AD, editors. *Rheumatology in Practice*. London: Springer-Verlag; 2010. p. 6.1-6.12.
6. Dacre J. The GALS screen: the rapid rheumatological exam. *Med J Aust*. 2019;210(9):396-7. PMID: 31104340; doi: 10.5694/mja2.50169.
7. Doherty M, Dacre J, Dieppe P, Snaith M. The, "GALS" locomotor screen. *Ann Rheum Dis*. 1992;51(10):1165-9. PMID: 1444632; doi: 10.1136/ard.51.10.1165.
8. Beattie KA, Bobba R, Bayoumi I, et al. Validation of the GALS musculoskeletal screening exam for use in primary care: a pilot study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:115. PMID: 18752678; doi: 10.1186/1471-2474-9-115.
9. Costa MM, Branco JC. História clínica em reumatologia. In: Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM, editores. *Regras de ouro em reumatologia*. Lisboa: DGS; 2005. p.13-24.
10. Silva JAP, Woolf AD. Diagnostic Strategy The Main Syndromes in Rheumatology. In: Silva JAP, Woolf AD, editors. *Rheumatology in Practice*. London: Springer-Verlag; 2010. p. 41-46.
11. Neubarth F, Vasconcelos JTS. Padrões Clínicos de Reconhecimento em Reumatologia. In: Vasconcelos JTS, Marques Neto JF, Shinjo SK, Radomiski SC, editores. *Sociedade Brasileira de Reumatologia*. Barueri: Manole; 2019. p. 25-30.
12. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318-28. PMID: 27377815; doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209724.
13. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;pii: S1063-4584(19)31116-1. PMID: 31278997; doi: 10.1016/j.joca.2019.06.011.
14. Medeiros MMC, Kowalski SC. Medidas de atividade de doença e danos em reumatologia. In: Vasconcelos JTS, Marques Neto JF, Shinjo SK, Radomiski SC, editores. *Sociedade Brasileira de Reumatologia*. Barueri: Manole; 2019. p. 696-780.