

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2023
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí

Organização e Elaboração

Núcleo de Regulação da Saúde-
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Thaís Carvalho Coutinho -Reumatologista Pediátrica do Núcleo Integrado da Saúde.

Dra. Fabiana Petter Camillo- Pediatra –Assessoria Técnica da Saúde da Criança e Adolescência do Município de Jundiaí.

Diretoria: Fabiana Barrete de Alcântara.

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	3
APRESENTAÇÃO	4
FLUXO DE ATENDIMENTO.....	5
PRIORIZAÇÃO.....	6
INTRODUÇÃO	7
1. ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL	17
2. ESPONDILOARTROPATIAS.....	18
3. LÚPUS ERITEMATOSE SISTÊMICO.....	20
4. DERMATOMIOSITE JUVENIL	23
5. ESCLERODERMIA LOCALIZADA OU SISTÊMICA.....	25
6. FEBRE REUMÁTICA.....	27
7. HIPOVITAMINOSE D.	29
8. DOR RECORRENTE MEMBROS INFERIORES.....	34
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

APRESENTAÇÃO:

A **Atenção Primária à Saúde (APS)** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da APS.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A **Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de *protocolos* para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados, facilita a ação da regulação.

A oferta deste protocolo objetiva que, este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da APS. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de

impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela APS, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

FLUXO DE ATENDIMENTO:

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico que fará o encaminhamento desse paciente.
- O paciente deverá ser agendado de acordo com Classificação de Prioridade P1/ P2 / P3 via departamento de regulação (DRS). Casos classificados como P1 deverão ser encaminhados via e-mail e casos classificados como P2 e P3, deverão ser encaminhados via malote. Casos classificados como P0 deverão ser encaminhados ao serviço de Urgência/Emergência do Município.
- O paciente será acompanhado conjuntamente pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contrarreferencia para acompanhamento na própria APS.

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO:

- Idade para atendimento: até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Encaminhamento feito pelos profissionais médicos de Unidades Básicas de Saúde ou médicos dos ambulatórios do município.

É necessário ressaltar que quaisquer informações consideradas relevantes pelo profissional encaminhante, tais como: história, tempo de evolução, dados de exames físicos e outras situações clínicas, medicamentos em uso, exames e tratamento já realizados podem e devem fazer parte deste encaminhamento.

PRIORIZAÇÃO:

- **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao pronto socorro infantil de referência- HU
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 15 dias);
- **P2:** Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **P3:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

INTRODUÇÃO:

Este protocolo foi baseado em publicação do Ministério da Saúde e outras fontes referidas na Bibliografia:

1. **DOR:** por ser queixa preponderante na especialidade, todo referenciamento deverá ter a descrição detalhada deste sintoma com dados como:

- Tempo de evolução,
- Localização,
- Fatores de piora e melhora,
- Tipo de dor (neuropática, ritmo inflamatório ou mecânico),
- Sintomas associados.

2. **ARTRALGIA:** Considerando que a queixa na maioria das vezes não reflete uma doença inflamatória de fundo reumatológico inflamatório, é mandatório que já tenham sido investigadas situações como:

- Tireopatias,
- Diabetes mellitus,
- Doenças hematológicas como hemoglobinopatias,
- Infecções,
- Distúrbios psicoafetivos
- Mais frequentemente, aquelas queixas relacionadas a fatores mecânicos e em decorrência a vícios posturais.

3. **SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO:** serão sempre tratadas pela equipe médica do DRS, caso a caso, e para tanto é necessário que nesta situação o relato médico seja bastante detalhado e explicitando a razão que justifica o referenciamento.

4. **DORES DE ORIGEM FUNCIONAL:**

Características:

- Efêmeras
- Não bem localizadas
- Vespertina/Noturna
- Melhora com massagem/repouso

- Surgem/piora com atividade
- Sem alteração local
- Hipermobilidade
- Artralgia
- Marcha normal
- Musculatura normal
- Sem sinais sistêmicos
- Exames normais

5. DORES DE ORIGEM ORGÂNICAS/ SINAIS DE ALERTA:

Características:

- Persistente
- Localizada/Definida
- Contínua e a qualquer hora
- Não melhora massagem/repouso
- Presentes com repouso
- Alteração local
- Rigidez Matinal
- Artrite
- Claudicação
- Hipotrofia muscular
- Acometimento Sistêmico
- Exames alterados

6. AVALIAÇÃO CLÍNICA NA APS:

- **pGALS:** pediatric gait (marcha), Arms (braços), Legs (pernas), Spine (coluna vertebral)

Composto por 03 perguntas:

1- Seu filho apresenta alguma dor ou dificuldade de movimentar alguma articulação (junta), algum músculo, ou nas costas ou coluna?

2- Seu filho consegue se vestir sem ajuda? Tem alguma dificuldade para vestir alguma peça de roupa (camiseta pela cabeça, por exemplo)?

3- Seu filho tem alguma dificuldade para subir ou descer escadas?

e

17 manobras:

Figura	Manobras de <i>screening</i> (as marcadas em negrito são diferentes das do adulto)	O que está sendo avaliado
 <p>1</p>	<p>Observe a criança de pé (de frente, de costas e dos lados)</p>	<p>Postura; lesões de pele; diferença de comprimento de membros; desvios da coluna (escoliose, cifose, lordose), alinhamento das pernas (genu valgo e varo); edema de articulações, hipotrofia muscular, pés planos</p>
 <p>2</p>	<p>Observe a criança andando normalmente, sobre os calcanhares e nas pontas dos pés</p>	<p>Tornozelos, pés, pequenas articulações dos pés Posição do arco plantar (pés planos; modificação quando nas pontas dos pés)</p>
 <p>3</p>	<p>Coloque os braços e mãos estendidas à sua frente</p>	<p>Extensão dos cotovelos, punhos e das pequenas articulações dos dedos</p>







 <p>4</p>	<p>Vire suas mãos e as feche com força</p>	<p>Supinação dos punhos e cotovelos</p> <p>Flexão das pequenas articulações das mãos</p>
 <p>5</p>	<p>Encoste os seus dedos indicadores nos polegares</p>	<p>Coordenação motora, concentração e movimentos das pequenas articulações do primeiro dedo (polegar) e segundo dedo (indicador)</p> <p>Capacidade de pinça</p>

Figura	Manobras de screening (as marcadas em negrito são diferentes das do adulto)	O que está sendo avaliado
 <p>6</p>	<p>Toque as pontas de cada um dos seus dedos com o polegar</p>	<p>Coordenação motora, concentração e movimentos das pequenas articulações do polegar e dos dedos</p>
 <p>7</p>	<p>Aperte as articulações metacarpofalangeanas para detectar dor ou desconforto</p>	<p>Articulações metacarpofalangeanas</p>
 <p>8</p>	<p>Junte as palmas de suas mãos</p>	<p>Flexão de cotovelos</p> <p>Flexão dorsal de punhos</p> <p>Extensão das pequenas articulações das mãos</p>

 <p>9</p>	<p>Junte as costas das suas mãos</p>	<p>Flexão de cotovelos</p> <p>Flexão ventral de punhos</p> <p>Extensão das pequenas articulações das mãos</p>
 <p>10</p>	<p>Levantes seus braços e olhe para o teto</p>	<p>Extensão dos cotovelos</p> <p>Extensão dos punhos</p> <p>Extensão da coluna cervical</p> <p>Abdução do ombro</p>

 <p>11</p>	<p>Coloque suas mãos atrás do pescoço</p>	<p>Abdução do ombro</p> <p>Rotação externa dos ombros</p> <p>Flexão dos cotovelos</p>
 <p>12</p>	<p>Tente encostar sua orelha no ombro</p>	<p>Rotação lateral da coluna cervical</p>
 <p>13</p>	<p>Abra bem a sua boca e coloque 3 dedos dentro dela</p>	<p>Articulação tempomandibular</p>
 <p>14</p>	<p>Palpe o joelho e pressione a patela (sinal da tecla)</p>	<p>Derrame na articulação do joelho</p>

 <p>16</p>	<p>Com o joelho a 90° rode a perna para fora (rotação interna do quadril) e para dentro (rotação externa do quadril)</p>	<p>Flexão do quadril e rotação interna e externa do quadril</p>
 <p>17</p>	<p>Dobre sua coluna sem dobrar os joelhos. Até onde consegue ir?</p>	<p>Flexão coluna toracolumbar. Pesquisa de escoliose</p>

7. EXAMES COMPLEMENTARES:

Considerações:

FAN:

- Presente em 20 a 25% da população normal (padrão pontilhado fino denso). Pode ser positivo em crianças com doenças neoplásicas e infecciosas. Pode estar presente em crianças saudáveis.
- Muito comum em: Lúpus, Artrite Idiopática Juvenil, Dermatomiosite Juvenil e Esclerose Sistêmica.
- Possível positividade em condições não reumatológicas como uso de certos medicamentos (hidralazina, carbamazepina, hidantoína, procainamida, isoniazida, metildopa, AAS)
- Não é diagnóstico de Lúpus Eritematoso
- Não guarda relação com a atividade da doença.
- Títulos até 1:80 são considerados negativos.
- O pedido deste exame só deve ser feito quando existirem dados na história clínica, exame físico e epidemiologia com forte suspeita de autoimunidade e/ ou artralgia inflamatória. Pois somente nesses casos o resultado positivo terá valor.
- Site pesquisa: <https://www.anapatterns.org>

FATOR REUMATÓIDE:

- Presente em 5% da população normal (sobretudo idosos)
- Positividade em situações não reumatológicas como endocardite, hepatite, hanseníase e neoplasias
- Pode estar positivo em condições reumatológicas diferentes da Artrite Reumatóide como LES, Síndrome de Sjögren, Esclerodermia, Polimiosite, entre outras.
- Os pacientes com Artrite Reumatoide, o FR em altos títulos significa pior prognóstico, portanto, justifica o referenciamento para a Reumatologia.

ASLO:

- Não é marcador de atividade inflamatória.
- A detecção dos anticorpos ASLO (Ascensão ou título elevado) é pré-requisito utilizado para o diagnóstico e tratamento de doenças como a febre reumática, glomerulonefrite aguda, e outras infecções estreptocócicas.
- O título de anticorpos ASLO iniciam sua elevação no soro em 2 semanas e atingem um pico máximo de ascensão em 4 a 6 semanas, retornando aos níveis basais (anteriores ao estímulo antigênico) em 3 a 6 meses, podendo durar até um ano após exposição inicial.

VHS E PCR:

- Na suspeita de doenças reumatológicas de cunho inflamatório e monitoramento de atividade, são exames úteis de fácil realização.

8. EXAMES DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE DOENÇA REUMATOLÓGICA NA APS:

- Hemograma
- VHS

- PCR
- ASLO
- FAN
- FR (poliartrite)
- Função hepática
- Função renal
- CK (dor muscular)
- Radiografia da articulação acometida.

9. MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA:

Suspeita diagnóstica de:

- Colagenoses como Lúpus Eritematoso Sistêmico, Dermatomiosite Juvenil, Dermatopolimiosite, Síndrome de Sjogren, Esclerose Sistêmica, Esclerodermia, Artrite Idiopática Juvenil
- Artrite (descartadas causas funcionais)
- Artralgia (descartadas causas funcionais)
- Dores nos membros com características inflamatórias
- Febre reumática diagnosticada e/ou suspeita.

10. EXAMES OBRIGATÓRIOS A SEREM SOLICITADOS ANTES DO ENCAMINHAMENTO A ESPECIALIDADE:

- Radiografia da articulação acometida
- VHS
- PCR

11. ENCAMINHAMENTO IMEDIATO A EMERGÊNCIA HOSPITALAR:

- Suspeita de artrite séptica
- Colagenoses em atividade: lúpus eritematosos sistêmicos em atividade (cutâneo, artrite, glomerulonefrite, vasculite cutânea, envolvimento sistema nervoso central, citopenia autoimune, insuficiência renal);
- Vasculites sistêmicas (envolvimento cutâneo, pulmonar e/ou renal).

12. ENCAMINHAMENTO A ORTOPEDIA:

- Deformidades joelhos, ombros e membros / Osteocondrose;
- Fraturas, lesões traumáticas, tendinosas não agudas;
- Patologias da coluna (cifose acentuada, escoliose, espondilolistese, fraturas, infecções: discite, osteomielite);
- Pé torto congênito;
- Luxação congênita do quadril.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

P0

Doença sistêmica/ grave com necessidade de internação.

Presença de Critérios Diagnósticos e fraqueza muscular grave ou acometimento sistêmico grave, incluindo envolvimento esofágico, com disfagia intensa e risco de aspiração, doença pulmonar intersticial e miocardite

P1

Suspeita clínica de doenças reumatológicas (clínica e exames) sem critérios de internação.

Presença de critérios diagnósticos de doença reumatológica em iminência de comprometimento sistêmico grave

P2

Pacientes com diagnóstico prévio e perderam acompanhamento/ sem medicação.

Presença de critérios diagnósticos sem iminência de comprometimento sistêmico grave

P3

Poliartralgia sem suspeição de doença reumatológica, porém com dor osteomuscular a/e.

Presença de artralgia descartadas causas ortopédicas, vícios posturais.

Presença de fraqueza muscular de sendo excluídos causas infecciosas e neurológicas/ FAN + e fraqueza muscular proximal; Lesões na pele típicas de dermatomiosite.

PRINCIPAIS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

1. ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ):

Definição:

Artrite idiopática juvenil (AIJ) é um grupo de doenças autoimunes caracterizadas pela presença de artrite crônica (com duração maior do que seis semanas), de origem desconhecida e que se inicia antes dos 16 anos de idade.

A etiologia da AIJ não é conhecida, mas provavelmente é multifatorial. A AIJ é a doença reumática crônica mais comum em crianças.

Critérios de Inclusão da doença:

Subtipo de AIJ	Critérios de inclusão
Sistêmico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artrite. 2. Febre (> 15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana). 3. Mais outra manifestação extra-articular: <i>rash</i>, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonomegalia generalizada.
AIJ oligoarticular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença.
AIJ poliarticular FR positivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença. 2. Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses.
AIJ poliarticular FR negativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mais de 4 articulações nos primeiros 6 meses (grandes e pequenas articulações). 2. Fator reumatoide negativo.
Artrite psoriásica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artrite e Psoríase. OU 2. Artrite e 2 dos seguintes: dactilite, alteração ungueal (pequenas depressões puntiformes nas unhas ou onicólise), parente do primeiro grau com psoríase.
Artrite relacionada a entesite	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artrite e entesite. OU 2. Artrite ou entesite + 2 dos seguintes: HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a digito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no gênero masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de 1^o. grau com doença ligada ao HLAB27: espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, doença intestinal inflamatória com sacroiliite, artrite reativa, uveíte anterior aguda.
Artrite indiferenciada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes que não preenchem critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos. OU 2. Pacientes que preenchem critérios para mais de um dos 6 subtipos.

Diagnóstico:

Presença de artrite, duração superior a seis semanas e exames laboratoriais como hemograma e alterações nos testes que avaliam a presença de inflamação, como a determinação da velocidade de hemossedimentação (VHS) e a dosagem de proteína C reativa (PCR).

Tratamento:

A meta final será a remissão completa e sustentada da doença, prevenindo sequelas e melhorando a qualidade de vida. Na AIJ sistêmica espera-se que além da remissão clínica e laboratorial, o paciente não esteja mais usando glicocorticóides.

Os medicamentos incluem antiinflamatórios não esteroidais (AINE), glicocorticoides sistêmicos e de uso tópico ocular ou intra-articular, Medicamentos Modificadores do Curso de Doença (MMCD) sintéticos (metotrexato, sulfassalazina, leflunomida e ciclosporina) e MMCD biológicos (anti-TNF alfa: etanercepte, adalimumabe e infliximabe; anti-IL6: tocilizumabe e CTLA4-Ig: abatacepte).

Prognóstico:

É uma doença crônica e incurável até o momento.

2. ESPONDILITE ANQUILOSANTE:

Definição:

A espondilite ancilosante ou anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crônica classificada no grupo das espondiloartrites que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial.

É tipicamente uma doença de adulto jovem, raramente acomete crianças.

As manifestações clínicas da EA incluem sintomas axiais, como dor lombar inflamatória, e sintomas periféricos, como artrite, entesite e dactilite.

O sintoma inicial costuma ser lombalgia, caracterizada por dor noturna, de início insidioso, que não melhora com repouso (mas melhora com exercícios).

Além disso, podem ocorrer manifestações extra articulares, tais como uveíte anterior aguda (UAA), insuficiência aórtica, distúrbios de condução cardíacos, fibrose de lobos pulmonares superiores, compressão nervosa ou neurite, nefropatia ou amiloidose renal secundária.

Diagnóstico:

Quadro 1- Critérios de Classificação ASAS para Espondiloartrites Axiais

Critério obrigatório	a) Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45 anos.
Critérios possíveis (b ou c)	b) Sacroiliíte em exames de imagem ^a e, pelo menos 1 característica de Espondiloartrite ^b . c) HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite ^b .

^aRadiografia simples (com sacroiliíte bilateral graus 2-4 ou unilateral graus 3 ou 4) ou ressonância magnética de articulações sacroilíacas (com edema de medula óssea). Graus de sacroiliíte à radiografia simples de articulações sacroilíacas: 0, normal; 1, alterações suspeitas; 2, alterações mínimas (áreas localizadas e pequenas com erosão ou esclerose, sem alterações na largura da linha articular); 3, alterações inequívocas (sacroiliíte moderada ou avançada, com erosões, esclerose, alargamento, estreitamento ou anquilose parcial); 4, ancilose total.

^bCaracterísticas de espondiloartrite: lombalgia inflamatória, artrite, entesite, uveíte, dactilite, psoríase, doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, boa resposta a anti-inflamatórios não esteroidais (em 24-48 horas de máxima dose tolerada), história familiar de espondiloartrite, HLA-B27, proteína C reativa elevada.

Tratamento:

Os objetivos do tratamento são reduzir os sintomas, manter a flexibilidade axial e a postura normal, reduzir as limitações funcionais, manter habilidade laboral e reduzir complicações associadas à doença.

Os medicamentos incluem anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), glicocorticoides sistêmicos e de uso tópico ocular ou intra-articular, Medicamentos Modificadores do Curso de Doença (MMCD) sintéticos (metotrexato, sulfassalazina, leflunomida e ciclosporina) e MMCD biológicos

(anti-TNF alfa: etanercepte, adalimumabe e infliximabe; anti-IL6: tocilizumabe e CTLA4-Ig: abatacepte).

Prognóstico:

É uma doença crônica e incurável até o momento.

3. LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL (LESj):

Definição:

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, com consequente inflamação em diversos órgãos, que pode resultar em dano tecidual e disfunção de órgãos.

Sua etiologia permanece pouco conhecida, porém sabe-se da importante participação de fatores genéticos, hormonais, ambientais e imunológicos para o surgimento da doença.

As manifestações clínicas são polimórficas e a evolução costuma ser crônica, com períodos de exacerbação e remissão.

A doença pode cursar com sintomas constitucionais, artrite, serosite, nefrite, vasculite, miosite, manifestações mucocutâneas, hemocitopenias imunológicas, diversos quadros neuropsiquiátricos, hiperatividade reticuloendotelial e pneumonite.

Diagnóstico:

O paciente pode ser classificado com LES a partir da presença de, pelo menos, 4 dos 11 critérios descritos no quadro abaixo, em qualquer momento da vida dos pacientes (propostos pelo American College of Rheumatology (ACR) em 1982 e revisados em 1997 e aceitos universalmente).

Critérios
Eritema malar: eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial
Lesão discoide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
Fotosensibilidade: eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história do paciente ou observação do médico.
Úlcera bucal: ulceração bucal ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.
Artrite: artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame.
Serosite: a) pleurite – história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural; ou b) pericardite – documentada por eletrocardiografia ou atrito ou evidência de derrame pericárdico.
Alteração renal: a) proteinúria persistente de mais de 0,5 g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou b) cilindros celulares – podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos.
Alteração neurológica: a) convulsão – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b) psicose – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos).
Alterações hematológicas: a) anemia hemolítica com reticulocitose; ou b) leucopenia de menos de 4.000/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou c) linfopenia de menos de 1.500/mm ³ em duas ou mais ocasiões; ou d) trombocitopenia de menos de 100.000/mm ³ na ausência de uso de fármacos causadores.
Alterações imunológicas: a) presença de anti-DNA nativo; ou b) presença de anti-Sm; ou c) achados positivos de anticorpos antifosfolípídeos baseados em concentração sérica anormal de anticardiolipina IgG ou IgM, em teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão ou em VDRL falso-positivo por, pelo menos, 6 meses e confirmado por FTA-Abs negativo.
Anticorpo antinuclear (FAN): título anormal de FAN por imunofluorescência ou método equivalente em qualquer momento, na ausência de medicamentos sabidamente associados ao lúpus induzido por fármacos.

Deve ser sempre excluídos quadros infecciosos (sorologia Hepatite B, Hepatite C, HIV, VDRL) e neoplásicos pertinentes antes do diagnóstico.

- Encaminhar pacientes com FAN positivo associado a MAIS DE UMA alteração clínica ou laboratorial objetiva sugestiva de lúpus (EX: FAN positivo + plaquetopenia + artralgia inflamatória).
- Encaminhar ao setor de emergência médica quando estiverem presentes manifestações clínicas que representem risco a vida para o paciente (ex.

insuficiência renal aguda, proteinúria franca, pericardite, derrame pleural volumoso, anemia hemolítica entre outros).

Tratamento:

O objetivo do tratamento do LES visa propiciar controle das manifestações clínicas e laboratoriais, reduzindo a atividade da doença. Deve-se prevenir as recidivas de atividade de doença e o dano ao longo da evolução da doença.

Sempre tentar diminuir a dose cumulativa de corticoide.

A busca geral da melhora da qualidade de vida dos pacientes.

O Reumatologista Infantil bem como o Pediatra Geral devem incentivar o exercício físico aeróbico, visando a redução da fadiga causada pela doença.

Também é dever do médico a orientação dietética para prevenção e controle de osteoporose, dislipidemia, obesidade e hipertensão arterial sistêmica (HAS), dar preferência para uma dieta balanceada, com baixo teor de sal, carboidratos e lipídios, especialmente nos usuários crônicos de glicocorticoide; considerar a dieta rica em cálcio ou suplementação quando necessário.

Nesses pacientes o alvo de Vitamina D, avaliado através do nível sérico de 25 OH Vitamina D, deverá ser de 30 ng/ml.

Uso de protetor solar em áreas fotoexpostas e aplicar regularmente, além de barreira física com roupas de mangas longas e chapéu.

Avaliação oftalmológica a cada 12 meses, especialmente para pacientes em uso de antimaláricos.

Consulta odontológica periódica para preservação da saúde bucal.

Atualização do calendário vacinal, incluindo vacinação anual contra o vírus da gripe, vacina para hepatite B e vacina pneumocócica. Em pacientes com LES e em uso de imunossupressores, deve-se evitar vacinas com vírus vivos atenuados, especialmente tríplice viral e contra febre amarela.

O tratamento medicamentoso consiste em antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina), glicocorticóides (betametasona, dexametasona, metilprednisolona e prednisona) e diversos tipos de imunossupressores ou imunomoduladores, a depender do órgão ou sistema afetado pela doença

Lúpus Neonatal:

É uma condição clínica caracterizada por graus variados de bloqueio cardíaco fetal, trombocitopenia, alterações hepáticas e cutâneas relacionadas com a passagem transplacentária de anticorpos maternos, especialmente anti-Ro/SSA e antiLa/SSA.

O bloqueio cardíaco fetal é raro e pode ser grave, algumas vezes sendo ameaçador de vida.

As demais manifestações tendem a ser leves e geralmente serão resolvidas até o 6º mês de vida da criança.

O uso da hidroxicloroquina pela gestante com LES tem sido recomendado devido ao potencial benefício em diminuir o risco de bloqueio cardíaco fetal

4. DERMATOMIOSITE JUVENIL (DMJ):

Definição:

A DMJ é uma doença crônica, multissistêmica e autoimune, caracterizada por inflamação crônica da pele e dos músculos estriados. Quando há apenas comprometimento muscular denomina-se miosite juvenil.

É rara em crianças. 16-20 % dos casos de dermatomiosite se iniciam na infância.

Manifestações:

- Início insidioso, pode cursar com febre, indisposição, anorexia, perda de peso e fadiga.

- Alterações cutâneas: heliotropo (mancha eritematosa, arroxeadada em pálpebra), rash em face, pápulas de Gottron (lesões eritematosas, papulosas em superfícies extensoras dos dedos das mãos, cotovelos e joelhos).
- Fraqueza muscular simétrica, proximal, das cinturas pélvicas e escapular, a criança tem dificuldade em pentear cabelo, escovar o dente, sair da cama sozinha, sair do carro sozinha, subir e descer escada. Pode ocorrer disфонia, dificuldade de deglutição. Dor à palpação muscular vigorosa. Os músculos envolvidos podem parecer edemaciados ao exame físico, podendo ser confundido com anasarca.
- Também podem ocorrer artrite, artralgia, taquicardia, pericardite, lipodistrofia, fenômeno de Raynaud, doença pulmonar restritiva em casos graves da doença.

Diagnóstico:

Critérios de Gohan e Peter para diagnóstico de Dermatomiosite:

- I. Fraqueza muscular proximal discreta
- II. Alterações cutâneas: heliotropo (mancha eritematosa, arroxeadada em pálpebra), rash em face, pápulas de Gottron (lesões eritematosas papulosas em superfícies extensoras dos dedos das mãos, cotovelos e joelhos).
- III. Elevação dos níveis séricos de uma ou mais enzimas musculares CPK, TGO, DHL e aldolase
- IV. Alterações na eletromiografia
- V. Biópsia muscular mostrando evidência histológica de necrose e inflamação.

DMJ provável: rash + outros 2 critérios

DMJ definitivo: rash + outros 3 critérios

Tratamento:

Programas de reabilitação desde o início da doença, medidas para evitar aspiração em pacientes com disfunção esofágica, fotoproteção em pacientes com DM e profilaxia contra osteoporose e infecções oportunistas.

Medicamentoso: corticoterapia VO ou Endovenoso. Imunossupressão.

Prognóstico:

A doença não tem cura até o presente momento com necessidade de acompanhamento com especialista para melhora da força muscular, prevenção de desenvolvimento de complicações Extra musculares, controle das manifestações cutâneas na DMJ.

5. ESCLERODERMIA LOCALIZADA (EL) E SISTÊMICA (ES):

Definição:

A esclerodermia, ou síndrome da pele endurecida, caracteriza-se pela inflamação crônica da pele e do tecido subcutâneo, levando ao acúmulo de colágeno (fibrose), com espessamento progressivo e endurecimento da pele, muitas vezes com acometimento da microvasculatura e obliteração vascular, o que pode levar a manifestações em vários outros órgãos e sistemas. Pode estar associada a fatores ambientais, infecção, drogas (medicamentos, cocaína) e trauma.

A forma mais comum na faixa etária pediátrica é a esclerodermia localizada (EL), que afeta basicamente a pele e o tecido subcutâneo. Também conhecida como morfeia, a EL pode se apresentar de diferentes formas: morfeia circunscrita, morfeia generalizada, morfeia panesclerótica, morfeia mista, morfeia congênita, linear e em golpe de sabre/síndrome de Parry Romberg.

Na EL tem-se a presença de faixas lineares endurecidas acometendo geralmente um membro, com grande potencial de morbidade, pois

frequentemente leva à atrofia e ao não crescimento do membro, gerando uma discrepância entre os membros opostos, além da limitação de movimentos. O envolvimento visceral é pouco frequente e bem leve. Lesões lineares podem também estar presentes na cabeça, causando lesões em couro cabeludo e face (golpe de sabre/síndrome de Parry Romberg). Alterações oftalmológicas (uveíte, episclerite) e neurológicas (convulsão, calcificações intracranianas, cefaleia) podem estar presentes na forma “golpe de sabre/síndrome de Parry Romberg”. A morfeia circunscrita é a forma mais benigna e apresenta-se com lesões mais frequentemente localizadas em tronco e justa articulares, com início insidioso, coloração central clara (marfim), com halo eritematoso e aumento de temperatura na fase inicial.

A Esclerose Sistêmica (ES) é uma doença rara, sistêmica, imunomediada e crônica que compromete principalmente a pele, os vasos sanguíneos, o trato gastrointestinal, o sistema musculoesquelético, os pulmões, os rins e o coração. Apresenta -se com diferentes graus de gravidade e tem, portanto, pior prognóstico.

Na ES, a pele pode ser acometida por 3 fases: edematosa (puffy fingers), a fase indurativa e a atrófica, na qual a pele se torna seca, descamativa e aderida a planos profundos. Além disso também pode-se ter leucomelanodermia e calcinoses.

Nas alterações vasculares da ES o fenômeno de Raynaud geralmente é a primeira manifestação da doença, presente em 70-90% dos pacientes. Pode preceder em anos o restante do quadro clínico. Também pode haver úlceras isquêmicas digitais e telangiectasias. Como alterações musculoesqueléticas na ES inclui-se: artrite, tendinite, atrito de tendão e contraturas articulares. Estão presentes na ES manifestações gastrointestinais como dismotilidade esofágica e intestinal, refluxo gastroesofágico, síndrome disabsortiva, supercrescimento bacteriano. Grande parte da morbidade associada a ES é por conta das alterações neuromusculares: atrofia muscular (sarcopenia), fraqueza muscular e miopatia. Podem ocorrer também alterações pulmonares, cardíacas e renais.

Tratamento:

Agentes Imunossupressores como Ciclofosfamida, Metotrexato, Azatioprina . Além de medicamentos para os ataques isquêmicos (como o fenômeno de Raynaud): Sildenafil, Nifedipina, Anlodipina. E para as alterações esofágicas e gástricas: Metoclopramida e Omeprazol.

6. FEBRE REUMÁTICA:

Complicação tardia da infecção por EBGA (estreptococo Beta Hemolítico Grupo A) em indivíduos predispostos.

Patologia mais frequente nos ambulatórios de Reumatologia Infantil

Mais frequente entre 5-15 anos

Maior risco: menor condição socioeconômica

Complicação: Cardite

Critérios diagnósticos:

CRITÉRIOS DE JONES MODIFICADOS	CRITÉRIOS DE JONES REVISADOS	
	Populações de Baixo Risco	Populações de Risco Moderado a Alto
CRITÉRIOS MAIORES		
Cardite	Cardite	Cardite
Poliartrite	Poliartrite (somente)	Mono ou Poliartrite ou Poliartralgia
Coréia	Coréia	Coréia
Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos
Eritema marginado	Eritema marginado	Eritema marginado
CRITÉRIOS MENORES		
Febre	Febre	Febre
Artralgia	Poliartralgia	Monoartralgia
Provas de atividade	VHS ≥ 60 mm e/ou PCR ≥ 3.0	VHS ≥ 30 mm e/ou PCR ≥ 3.0

Primeiro Surto:

2 maiores ou 1 maior e 2 menores + evidência de EBGA

Características:

Artrite:

60-80% casos

Relação inversa à cardite

Muito dolorosa e pouco sinais flogísticos

Assimétrica e migratória

Responde bem a AINE

Menor 30 dias.

Cardite:

Presente em metade dos casos

Pancardite (valvulite é clássico da doença)

Insuficiência Mitral e Ao

Se cardite -> Cardiologista

Coréia:

5-36% casos

Maior em meninas

Latência 1-6 meses e duração até 3 meses

Pode recorrer mesmo com tratamento efetivo

Movimentos rápidos involuntários e incoordenados, que desaparecem durante o sono e aumentam com estresse e esforço.

Pode caracterizar FR, mesmo sem outro critério e mesmo sem evidência de infecção por Strepto.

Nódulos Subcutâneos:

Raro, tardio

Associação com cardite grave

Eritema marginado:

Raro, aparecimento precoce

Relação com Cardite

ASLO:

Indica presença de infecção por EBGA

Repetir ASLO em 15 dias para documentar elevação de título.

Tratamento:

Artrite: AINE AAS/Naproxeno

Corticóide não é recomendado

Coréia: Haloperidol

Cardite moderada: Prednisona 1-2mg/kg VO

grave: Pulsoterapia com Metilprednisolona 30 mg/kg

Profilaxia:

Tabela 6. Recomendações para a profilaxia secundária.

Medicamento/Opção	Dose / Via de administração		Intervalo
Penicilina G Benzatina	Peso < 20 kg 600.000 UI IM	Peso ≥ 20 kg 1.200.000 UI IM	21/21 dias
Penicilina V	250 mg VO		12/12h
Em caso de alergia à penicilina			
Sulfadiazina	Peso < 30Kg – 500 mg VO	Peso ≥ 30Kg – 1g VO	1x ao dia
Em caso de alergia à penicilina e à sulfa			
Eritromicina	250 mg VO		12/12h

7. HIPOVITAMINOSE D:

Definição:

A deficiência de vitamina D é um dos distúrbios nutricionais mais frequentes em todo o mundo, estimando-se que 1 bilhão de pessoas sofram de insuficiência ou deficiência dessa vitamina. No Brasil, embora a maioria da população resida em regiões de adequada exposição solar, a hipovitaminose D é um problema comum crianças e adolescentes.

Embora definida como vitamina, essa substância é conceitualmente um pró-hormônio (secosteroide) que desempenha papel fundamental na homeostasia do cálcio e metabolismo ósseo.

Além disso, a vitamina D está envolvida na regulação de mais de 1.000 genes, o que sugere que possa ter um papel em muitos outros processos fisiológicos, sugerindo que sua deficiência possa se associar a diabetes melito tipo 1, asma, dermatite atópica, alergia alimentar, doença inflamatória intestinal, artrite reumatoide, doença cardiovascular, esquizofrenia, depressão e variadas neoplasias (ex: mama, próstata, pâncreas, cólon)

Aproximadamente 90% da produção de Vitamina D são provenientes da síntese cutânea após exposição solar e menos de 10% são obtidos de fontes alimentares.

Prevenção:

O DC de Nutrologia da SBP recomenda suplementação profilática de vitamina D e exposição solar, como se segue:

A. Medicamentosa:

- A partir da primeira semana de vida até 12 meses: 400UI/dia.
- Dos 12-24 meses: 600UI/dia
- Em RNPT iniciar suplementação de 400UI/dia, após 1.500g de peso e tolerância a nutrição enteral.
- Grupos de risco: dose mínima diária 600UI/dia, com monitoramento laboratorial e se necessário, reajustar dose.

B. Exposição solar:

- 30 min de exposição semanal ou 6-8 minutos /dia, três vezes por semana para lactentes apenas com fraldas no primeiro ano de vida ou 02 horas semanais ou 17 minutos/dia em latentes com vestimentas, ou seja, somente expondo face, mãos e sem chapéu.

- Estimular crianças e adolescentes a prática de atividade física ao ar livre e ao consumo regular de alimentos fonte de vitamina D.
- Das 10-15horas, devido ao ângulo de incidência dos raios solares, pouca vitamina D3 é sintetizada pela pele e por outro lado a exposição solar neste horário pode ser associado ao aumento no risco de câncer de pele

Avaliação:

Não devendo ser incluído nos exames de rotina de atenção à criança.

Para pacientes do grupo de risco e casos suspeitos de deficiência.

Diagnóstico clínico de Raquitismo.

- Grupos de risco: baixa exposição solar, pele escura, crianças alimentadas ao seio sem suplementação ou exposição solar adequada, necessidade de rigorosa fotoproteção, dieta pobre em vitamina D, má absorção de gorduras, insuficiência renal e síndrome nefrótica, uso de rifampicina, isoniazida e anticonvulsivantes (fenitoina e fenobarbital).

Tratamento:

São consideradas deficiência de vitamina D as dosagens séricas de 25(OH) D abaixo de 20 ng/ml (50 nmol/litro) para pacientes que não estão no grupo de risco.

- Tratar todos os pacientes com dosagem sérica baixa, independente do quadro clínico.
- Suplementar vitamina D em doses diárias ou semanais combinada com a suplementação de cálcio quando este não for suprido pela dieta.

a. Dose diária:

Menores de 1 mês:

- Tratamento 1.000UI/dia por 2-3 meses;
- Manutenção: 400-1.000 UI/dia

Entre 1-12 meses:

- Tratamento 1.000-5.000UI/dia por 2-3 meses.
- Manutenção: 400-1.000 UI/dia

Maiores de 12 meses:

- Tratamento 5.000UI/dia por 2-3 meses.
- Manutenção: 400-1.000 UI/dia

b. Dose semanal:

0-1 ano:

- Tratamento: 50.000UI, uma vez por semana por 6 semanas, até atingir concentração sérica superior a 30 ng/ml;
- Manutenção: 400-1000UI/dia

01-18 anos:

- Tratamento: 50.000UI, uma vez por semana por 6 semanas, até atingir concentração sérica superior a 30 ng/ml;
- Manutenção: 600-1000UI/dia.

Monitoramento:

- Após início do tratamento dosar a cada 3 meses até valores serem atingidos.
- Exames complementares: cálcio, fosforo, fosfatase alcalina e magnésio.
- No caso de raquitismo dosar PTH e solicitar Rx de crânio e ossos longos.

OBS: pacientes com baixa ingestão de cálcio deverão ser suplementados com citrato (ingerir sem alimento) ou carbonato de cálcio (ingerir com a refeição).

Faixa etária	Recomendação
0-6 meses	200 mg/dia
6-12 meses	260 mg/dia
1-3 anos	700 mg/dia
4-8 anos	1000 mg/dia
9-13 anos	1300 mg/dia
14-18 anos	1300 mg/dia

Toxicidade:

Quando dosagem sérica de 25-OH-D \geq 100 ng/ml

Dose máxima diária de ingestão que possivelmente não ocasiona risco é de:

0-6 meses	1.000 UI/dia
6-12 meses	1.500 UI/dia
1-3 anos	2.500 UI/dia
4-8 anos	3.000 UI/dia
>9 anos	4.000 UI/dia

Fonte: documento científico SBP

8. **DOR RECORRENTE BENIGNA EM MEMBROS**

Definição:

Dor musculoesquelética sem causa orgânica identificável, com sintomatologia desproporcional aos achados do exame físico.

Frequência de 6-32% na infância.

Causas possíveis: Dor do crescimento, Síndrome da Hiper mobilidade articular benigna, Síndrome dolorosa regional complexa, Síndrome da Fibromialgia Juvenil, Síndrome dolorosas associado ao uso de mídias sociais.

8.1 DOR CRESCIMENTO:

Definição:

Também chamada de dor benigna em membros, é a principal causa de dor musculoesquelética recorrente de origem não orgânica. Ocorre mais em meninas entre 4-12 anos. História familiar positiva em até 50% das crianças. Causa desconhecida.

Clínica:

Episódios agudos e recorrentes de dor musculoesqueléticas, com curso de meses a anos, que duram de minutos a horas, de intensidade leve a grave e incapacitante, diária ou com longos intervalos entre crises.

Acomete normalmente membros inferiores, do tipo muscular, localização vaga e difusa. Na maioria das vezes a dor é bilateral com crises vespertinas ou noturnas.

Não costuma apresentar rigidez matinal, claudicação, despertar noturno, edema ou fraqueza.

Piora com o frio, atividade física, distúrbios emocionais.

Exame físico sem alterações.

Diagnóstico:

O diagnóstico é de exclusão.

Tratamento:

Melhora com massagem, calor local, alongamento e repouso;

Medicamento analgésico, se necessário;

Atividade física regular, de preferência sem impacto, como a natação são recomendados.

8.2 HIPERMOBILIDADE ARTICULAR BENIGNA

Definição:

É uma condição benigna, na maioria das vezes, caracterizada pela maior frouxidão dos ligamentos e de outras estruturas periarticulares, ocasionando amplitude do movimento excessiva das articulações.

Clínica:

Na maioria das vezes não há queixa de dor e aparece como um achado no exame físico.

Dor musculoesquelética, articular, periarticular (bursa, ligamento) que pode ser de leve a intensa, de pouca até longa duração, sem rigidez matinal, sem despertar noturno.

Tipicamente se inicia após atividade física, principalmente nos membros inferiores. Quando há história recorrente de dor em fossa poplíteia deve -se ficar atento ao possível diagnóstico de Hiper mobilidade articular benigna.

Diagnóstico:

Através da pontuação 4 ou mais dos critérios de Beighton:

- Dorsiflexão passiva da quinta metacarpofalangeana > 90 graus (1 ponto lado Direito, 1 ponto lado Esquerdo)
- Oposição do polegar à face flexora do antebraço ipsilateral. (1 ponto lado Direito, 1 ponto lado Esquerdo)
- Hiperextensão do cotovelo > 10 graus
- Flexão da coluna lombar, colocando as mãos espalmadas no chão sem dobrar os joelhos (1 ponto)

8.3 SÍNDROME DA FIBROMIALGIA JUVENIL(SFJ):

A SFJ manifesta-se por dor crônica e difusa com a presença de pontos dolorosos, associados a outros sintomas como fadiga, sono não reparador, cefaleia, humor depressivo e/ou ansiedade.

A dor, presente entre 90% e 97% dos pacientes, é caracterizada como sendo constante e difusa, de intensidade variável, por todo o corpo, acima e abaixo da cintura pélvica e em ambos dimídios (braços, pernas, costas, pescoço, abdome), definida diferentemente como “em queimação”, “penetrante”, “afiada”, “angustiante”, “pesada”, “que dói tudo”, “que não melhora com nada”, que pode acordar o paciente, não responsiva aos analgésicos e anti-inflamatórios comuns.

Os pacientes podem referir sensação de edema local, rigidez e dor articulares que acompanham as queixas musculares, mas que não encontram correspondência ao exame físico das articulações, onde não se evidenciam sinais de inflamação, edema ou sinovite crônica.

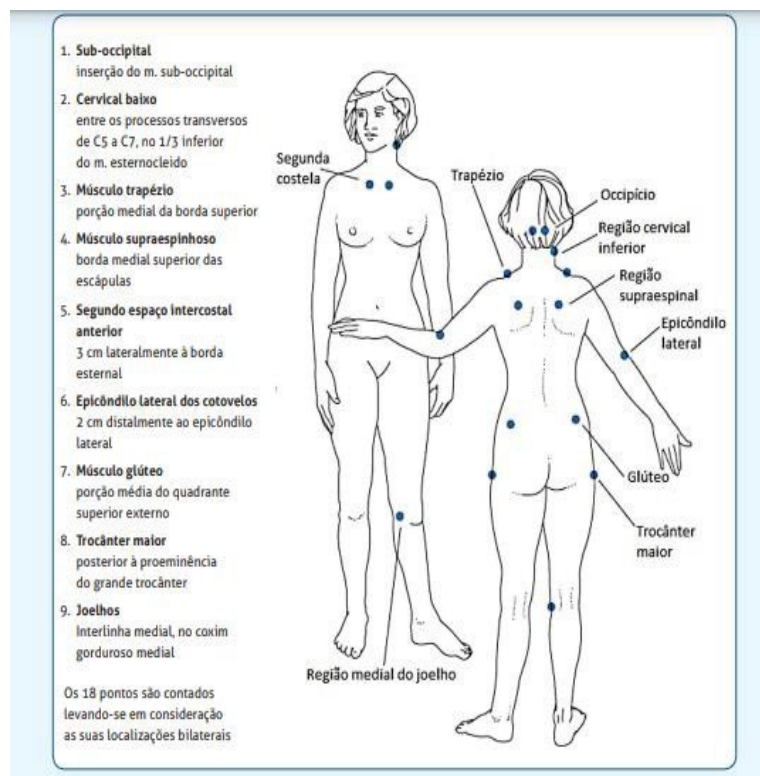
Alguns pacientes referem que o estresse, a atividade física e a temperatura fria podem exacerbar as dores.

Frequentemente estas dores não são valorizadas pelos médicos, por não possuírem correspondência orgânica compreensível sendo, por vezes, subestimadas.

Quanto aos pontos dolorosos ou “tender points”, costumam ser múltiplos e sensíveis à pressão local que, quando estimulados, causam uma resposta do paciente de retirada ou afastamento do local palpado pelo médico.

Originalmente considerados como 18 pontos a serem pesquisados (nove em cada dimídio direito e esquerdo), atualmente não possuem a relevância clínica-diagnóstica que no passado possuíam.

Crianças com SFJ tendem a apresentar um menor número de pontos dolorosos em relação aos adultos, não sendo a quantificação destes um fator de importância para o diagnóstico da SFJ.



O distúrbio do sono, condição presente entre 70% e 90% destes pacientes,

As cefaleias frequentes, concomitante ou não ao quadro doloroso, podem estar presentes em até 70% dos casos.

A fadiga, quando associada ao sono não reparador e às dores crônicas, muitas vezes faz com que o adolescente permaneça sonolento no período escolar ou nas atividades diárias, causando impacto psicossocial importante em sua vida que, aliadas às situações de deterioração dos hábitos alimentares e falta de prática de exercícios físicos, contribuem, muitas vezes, para o aparecimento da obesidade e formação de um círculo vicioso em torno do problema.

Condições psiquiátricas como comorbidades à SFJ são muito frequentes, como depressão, transtornos de ansiedade, alterações do comportamento. Muitas vezes os transtornos do humor (transtornos depressivos maiores e transtornos bipolares) são condições primárias as quais se confundem com a SFJ, algumas vezes mimetizando-a e, para que isto não aconteça, o médico deve estar atento e conhecer os sinais clínicos destas outras patologias, encaminhando estes pacientes para um profissional da área específica.

Diagnóstico:

É essencialmente clínico.

Tratamento:

Diminuir a ansiedade gerada por esta doença, explicando aos doentes e aos seus familiares que embora a dor seja grave e real, não existem nem danos nas articulações, nem nenhuma doença física grave.

Atividade física: natação, pilates

Terapia cognitiva comportamental, individual ou em grupo.

Medicamentos podem ser iniciados para sono, ansiedade, depressão.

Entretanto, é importante salientar que boa parte destes medicamentos psicoativos prescritos para uso crônico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Sociedade Brasileira de Pediatria
- 2) Ministério da Saúde
- 3) CONITEC Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico julho de 2022
- 4) CONITEC Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) fevereiro 2020
- 5) CONITEC Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Esclerose Sistêmica setembro 2019
- 6) Sociedade Brasileira de Reumatologia
- 7) Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada reumatologia pediátrica. SES-SC.