

## Artigo Original

DOI: <https://dx.doi.org/10.12662/1809-5771RI.126.5559.p63-71.2024>

# DESVENDANDO A REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DA CES EM 2024

## RESUMO

Este estudo investiga o perfil epidemiológico e diagnóstico dos pacientes pediátricos atendidos no ambulatório de Reumatologia da Clínica Escola de Saúde (CES) da Unichristus, desde a sua implementação, em janeiro de 2024, até outubro do mesmo ano. Realizou-se uma análise descritiva e detalhada dos 125 atendimentos realizados, englobando 85 crianças e adolescentes com média de idade de 10,7 anos (variando de 1 a 21 anos), sendo 48,2% do sexo masculino. A média mensal de consultas foi de 12,5, com um número médio de 1,49 atendimento por paciente (variando de 1 a 4). Artrite juvenil, febre reumática e fibromialgia foram os diagnósticos mais prevalentes. Notavelmente, a fibromialgia apresentou uma frequência maior em adolescentes do sexo feminino, enquanto a síndrome de Kawasaki predominou em crianças de 1 a 6 anos. Além disso, observou-se que 45,9% dos pacientes permaneceram em investigação ou sem diagnóstico definitivo de doença reumatológica. Esses resultados sugerem a importância dos ambulatórios especializados para o diagnóstico e o tratamento de condições reumatológicas na infância e na adolescência.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas na infância constituem um campo em expansão dentro da medicina pediátrica. Condições como artrite idiopática juvenil, febre reumática e fibromialgia, entre outras, têm repercussões clínicas significativas, podendo afetar a qualidade de vida e o desenvolvimento físico e social de crianças e adolescentes. A reumatologia pediátrica, enquanto área de atuação clínica e de pesquisa, busca melhorar a identificação precoce e o manejo dessas condições, o que é fundamental para reduzir complicações e otimizar o prognóstico dos pacientes jovens.

O ambulatório de Reumatologia Pediátrica da Clínica Escola de Saúde (CES) da Unichristus foi inaugurado com o intuito de atender à crescente demanda de crianças e adolescentes com suspeitas ou diagnósticos estabelecidos de doenças reumatológicas. Este trabalho tem

Francisco Afranio Pereira Neto  
Médico, Mestrando do MESTED da Unichristus  
<https://orcid.org/0000-0001-9475-832X>  
afraniopereira92@gmail.com

Ádria Gadelha Ferreira dos Santos  
Discente de medicina  
<https://orcid.org/0009-0000-0602-0916>  
gadelhaadria@gmail.com

Guilherme Dourado Aragão Sá Araujo  
Discente de medicina  
<https://orcid.org/0009-0007-7640-3139>  
gdoset@gmail.com

Pedro Sales Pereira Gondim  
Discente de medicina  
<https://orcid.org/0000-0003-4243-9479>  
pedrosales3004@hotmail.com

Maria das Graças Rafaela Mesquita Teixeira  
Farmacêutica, Mestrando - MESTED  
<https://orcid.org/0009-0000-5655-7850>  
rafaelameixeira\_@outlook.com

Jefferson Renêe Barbosa Oliveira  
Farmacêutico  
<https://orcid.org/0009-0006-5486-2994>  
supald01@unichristus.edu.br

Matheus Rocha Diogenes Pessoa  
Discente de medicina  
<https://orcid.org/0009-0002-8023-2604>  
matheusrdp97@gmail.com

Amanda Pinheiro Ibiapina  
Discente de medicina  
<https://orcid.org/0000-0002-8656-4717>  
amandaibiapina99@gmail.com

Italo Barbosa Macedo  
Discente de medicina  
<https://orcid.org/0009-0000-6765-6803>  
italobarbos14@gmail.com

Melissa Soares Medeiros  
Médica, Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará  
<https://orcid.org/0000-0002-5881-1485>  
melissa.medeiros@unichristus.edu.br

Autor correspondente: Melissa Soares Medeiros  
E-mail: [melissa.medeiros@unichristus.edu.br](mailto:melissa.medeiros@unichristus.edu.br)

Data de envio: 28/10/2024  
Aprovado em: 26/11/2024

Como citar este artigo:  
PEREIRA NETO, F. A.; SANTOS, Á. G. F.;  
ARAÚJO, G. D. A. S.; GONDIM, P. S. P.;  
TEIXEIRA, M. G. R. M.; OLIVEIRA, J. R. B.;  
PESSOA, M. R. D.; IBIAPINA, A. P.; MACEDO, I.  
B.; MEDEIROS, M. S. Desvendando a  
Reumatologia Pediátrica: Perfil Epidemiológico e  
Diagnóstico de Pacientes Atendidos no  
Ambulatório da CES em 2024. *Revista Interagir*,  
v. 19, n. 126, edição suplementar, p. 63-71, abr./  
maio/jun. 2024. ISSN 1809-5771.

como objetivo caracterizar o perfil dos atendimentos realizados desde a inauguração do ambulatório, em janeiro de 2024, até outubro do mesmo ano, destacando diagnósticos, distribuição por faixa etária, sexo e perfil clínico dos pacientes, além de ressaltar a importância de um centro de atendimento especializado.

A pediatria não se trata apenas de “miniaturas” de adultos, mas sim de um campo com características e necessidades específicas, como afirmado por Abraham Jacobi, fundador da pediatria nos EUA. Isso é especialmente aplicável à reumatologia pediátrica, em que doenças reumáticas pediátricas (DRPs) apresentam fenótipos distintos das doenças reumáticas adultas (ARDs). Estudos genômicos e proteômicos, como os relacionados à artrite idiopática juvenil (JIA), destacam essas diferenças, sugerindo que as DRPs têm características moleculares e genéticas únicas. Medidas específicas para DRPs, como os critérios de classificação para JIA e a escala de avaliação de miosite infantil, foram validadas, mas tornam a comparação com coortes adultas mais desafiadora. Além das medidas clínicas, alguns testes laboratoriais são específicos para DRPs. Por exemplo, anticorpos antinucleares ajudam a identificar pacientes em risco de uveíte associada à JIA, enquanto o teste de peptídeo citrulinado cíclico, comum em ARDs, não é relevante para JIA. A descoberta de biomarcadores

pediátricos está em andamento para doenças como nefrite lúpica e dermatomiosite. As terapias para DRPs também devem considerar o crescimento e o desenvolvimento do paciente, aspectos irrelevantes no tratamento de ARDs. Certos medicamentos, como a hidroxicloroquina, comum em ARDs, não são utilizados em DRPs devido à falta de eficácia comprovada. Além disso, algumas terapias biológicas exigem doses mais altas para DRPs do que para ARDs. Apesar dos avanços terapêuticos, DRPs continuam a representar um grande desafio para a saúde infantil (HINZE, 2008).

Cerca de 6 a 7 milhões de crianças em todo o mundo vivem com doenças DRPs, a maioria delas em países de baixa renda. A verdadeira prevalência dessas doenças é provavelmente subestimada, pois a escassez de dados epidemiológicos e a prioridade dada a condições como desnutrição e doenças infecciosas acabam por ofuscar os problemas musculoesqueléticos crônicos. Essas crianças, frequentemente, passam despercebidas devido ao foco em outras demandas de saúde, resultando em atrasos no atendimento adequado, o que leva a piores desfechos clínicos e socioeconômicos, danos irreversíveis nas articulações, incapacidades permanentes, menor qualidade de vida e aumento da mortalidade (FOSTER, 2010).

Crianças com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) em países de

menor Produto Interno Bruto apresentam maior atividade da doença e mais danos articulares do que aquelas em países mais ricos, devido ao atraso no encaminhamento para atendimento especializado. Este é um problema global silencioso. Portanto, reconhecer essas condições requer que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar sinais e encaminhar para especialistas (CONSOLARO, 2019).

Estudos epidemiológicos sobre artrite crônica na infância são importantes para o desenvolvimento de critérios de classificação da doença, descrição de sua história natural, identificação de fatores prognósticos iniciais e planejamento de cuidados de saúde. A epidemiologia, definida como o estudo da distribuição e dos determinantes de condições de saúde em populações específicas, distingue-se em epidemiologia descritiva e analítica. A epidemiologia descritiva analisa a relação entre a doença e as características como idade, sexo, raça e localização geográfica, enquanto a epidemiologia analítica examina os fatores de risco e as relações causais. A pesquisa epidemiológica sobre artrite crônica infantil tem sido majoritariamente descritiva. A interpretação dos dados publicados é desafiada pela heterogeneidade da doença, a ausência de critérios de classificação uniformes, a variação nas metodologias para identificação de casos e a definição inadequada das populações de estudo

(GARE, 1999).

A força de trabalho global de reumatologistas pediátricos é limitada, com a carga das doenças reumáticas superando amplamente a capacidade e os recursos de saúde, independentemente da localização ou da riqueza do país. Na Europa, há um reumatologista pediátrico para cada milhão de crianças, concentrando-se mais em países da Europa Ocidental do que na Oriental. Para uma cobertura adequada, estima-se que seja necessário um reumatologista pediátrico para cada 200.000 crianças, no mínimo, um para cada 400.000. Nos Estados Unidos, apenas 64% da demanda é atendida, com muitos estados sem nenhum reumatologista pediátrico (LEWANDOWSKI, 2020). A situação é mais crítica na África, com uma média de 2,7 médicos para cada 10.000 pessoas, enquanto, na Europa, são 32,1. Na África Subsaariana, estima-se que existam apenas 18 reumatologistas pediátricos para uma população infantil de 500 milhões, resultando em uma proporção alarmante de 41,6 milhões de crianças por especialista. Esse déficit força as famílias de áreas rurais a buscarem atendimento em centros urbanos, o que acarreta custos de tempo e transporte, criando barreiras ao acesso ao cuidado (SCOTT, 2014).

A prática clínica em reumatologia pediátrica tradicionalmente envolvia consultas presenciais. A demanda global

significativa e a falta de especialistas em regiões de baixa renda tornaram ainda mais difícil o acesso ao atendimento especializado. Embora a telemedicina tenha se desenvolvido em outras áreas, seu uso na reumatologia pediátrica sempre foi baixo devido às limitações no exame físico em plataformas virtuais. Durante a pandemia de COVID-19, o uso da telemedicina aumentou exponencialmente, com reumatologistas pediátricos, adotando consultas virtuais, ajudados pela adaptação do pGALS (pediatric Gait, Arms, Legs, Spine) para o formato remoto (v-pGALS), validado com sensibilidade de 93,7% e especificidade de 100% para detectar anormalidades musculoesqueléticas (BALIK, 2022). A Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) relatou que o exame musculoesquelético foi a parte mais confiável do exame por telemedicina, sugerindo que esta tem um papel importante nos cuidados clínicos. No entanto, licenças de prática em determinados locais podem ser um desafio, pois, em alguns países, os médicos não podem fornecer atendimento virtual sem uma licença médica válida onde o paciente reside. Sendo assim, com o impacto da COVID-19, muitos governos reduziram as restrições de licenciamento para o atendimento virtual, incluindo o Brasil (POONI, 2021).

O trabalho remoto popularizou o atendimento virtual

como nunca antes. Organizações como a Associação Canadense de Reumatologia estabeleceram diretrizes de boas práticas e desenvolveram módulos de educação para atendimento virtual. Embora esse atendimento apresente limitações, como habilidades tecnológicas dos profissionais, treinamento e custos com equipamentos, ele pode reduzir os custos de saúde ao diminuir a necessidade de deslocamento dos pacientes. Além de proporcionar consultas a distância, o atendimento virtual permite acesso em áreas remotas e subatendidas, facilitando a troca de informações entre profissionais por meio de e-consultas e contribuindo para a formação de novos profissionais (HYDER, 2020; BARBER, 2022). É fundamental garantir a confidencialidade dos pacientes em consultas virtuais, utilizando espaços apropriados, como salas de consultório fechadas, e protegendo as informações eletrônicas conforme as políticas organizacionais. Pacientes devem ser informados sobre as limitações de confidencialidade em plataformas virtuais. Os benefícios incluem a redução de viagens e seus custos, maior conveniência e a possibilidade de participação de mais membros da família nas consultas. O modelo de telemedicina no Chile demonstrou redução de absenteísmo escolar, menor dor e mobilidade limitada, causadas pelo deslocamento, e custos reduzidos com alimentação. A teleme-

dicina aumentou o conhecimento da doença, a adesão à medicação e o acesso mais precoce à terapia biológica (STRICKLER, 2018).

O Project Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) é um modelo educacional que busca aumentar o acesso a diretrizes baseadas em evidências e aprimorar o cuidado ao paciente em comunidades carentes. Ele permite que os participantes apresentem casos reais anonimizados para discussão com especialistas, promovendo aprendizado, tradução de conhecimento e suporte entre pares. Esse modelo, com programas dedicados à saúde óssea e reumatologia, tem mostrado impacto positivo na saúde comunitária, embora o custo de participação possa ser uma barreira (OSEI-TWUM, 2022). A telemedicina também amplia as oportunidades de treinamento em áreas subatendidas. Durante a pandemia de COVID-19, implementaram-se encontros científicos virtuais e híbridos, oferecendo flexibilidade e acesso a profissionais com limitações de tempo, financiamento e viagem. A educação online permite a atualização rápida de conteúdo baseado em evidências e é tão eficaz quanto os métodos convencionais, promovendo o aprendizado autônomo. Barreiras para a educação online incluem habilidades técnicas deficientes, falta de tempo e infraestrutura, superáveis com suporte institucional, incentivos e estratégias educacionais robustas.

Nos últimos 25 anos, a reumatologia pediátrica passou por grandes avanços. O conceito de autoinflamação, inicialmente estudado na febre familiar do Mediterrâneo, foi introduzido, ampliando a compreensão de doenças autoinflamatórias. Estudos genéticos e o uso de tecnologias “ômicas”, como transcriptômica, proteômica e metabolômica, têm revelado a complexidade da hereditariedade e a resposta inflamatória humana. Essas tecnologias contribuíram para o desenvolvimento de novos biomarcadores e terapias direcionadas, que melhoraram o prognóstico e levaram a remissões duradouras em muitas doenças antes difíceis de tratar. A pandemia de COVID-19 também influenciou a prática da reumatologia pediátrica, impulsionando pesquisas sobre a relação entre infecções virais e respostas inflamatórias desreguladas em crianças (OZEN, 2024).

## 2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo principal descrever o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de Reumatologia Pediátrica da CES, ao longo de 2024, identificando as condições reumatológicas mais frequentes, as características demográficas dos pacientes e o perfil de consultas realizadas.

## 3 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo retrospectivo utilizando dados dos atendimentos do am-

bulatório de Reumatologia Pediátrica da CES entre janeiro e outubro de 2024. A coleta de dados foi conduzida de acordo com os princípios éticos de pesquisa em saúde, e todos os pacientes foram atendidos em conformidade com as diretrizes clínicas para atendimento pediátrico em reumatologia.

*Critérios de Inclusão:* foram incluídos pacientes pediátricos, de ambos os sexos, com idades entre 1 e 21 anos, atendidos por suspeita de doença reumatológica ou para acompanhamento de condição reumática estabelecida.

*Coleta de Dados e Análise:* os dados foram extraídos dos registros clínicos do ambulatório e incluíram idade, sexo, número de consultas por paciente, diagnóstico reumatológico com base no CID-10 e presença de comorbidades. Os diagnósticos foram agrupados em categorias para facilitar a análise estatística. A média mensal de atendimentos e a distribuição de consultas por faixa etária foram representadas graficamente nas figuras 1 e 2. Além disso, realizou-se a análise de frequência dos principais diagnósticos e a avaliação do perfil de diagnósticos sem fechamento específico.

## 4 RESULTADOS

O Ambulatório de Reumatologia Pediátrica iniciou-se no dia 5 de janeiro de 2024, e os dados coletados foram de até 21 de outubro de 2024. O acompanhamento do número de atendimen-



tos pode ser visto na figura 1. A média de atendimentos mensal foi de 12,5 consultas.

O acompanhamento por faixa etária mostrou-se conforme exposto na figura 2, com uma concentração significativa de pacientes na faixa dos 10 aos 15 anos, etapa crítica de desenvolvimento para a manifestação de condições reumáticas e dolorosas crônicas. No total, foram realizados 125 atendimentos de 85 crianças e adolescentes, sendo 41 do sexo masculino (48,2%). A média de idade dos pacientes atendidos foi de 10,7 anos (variando de 1 a 21 anos). A estratificação por faixa etária de atendimento pode ser visualizada na figura 2.

O número médio de consultas realizadas por paciente foi de 1,49 (variando de 1 até 4 consultas/paciente). Os principais diagnósticos fechados podem ser vistos na tabela 1, e os diagnósticos mais frequentes foram artrite juvenil, febre reumática e fibromialgia. As características específicas dos principais diagnósticos foram:

- **Artrite Juvenil:** observada em 9 pacientes (10,6%), com média de idade de 9,1 anos, sendo 4 do sexo masculino. Esse diagnóstico, predominante em crianças e pré-adolescentes, reafirma a importância de monitoramento contínuo, uma vez que a artrite juvenil é conhecida por suas manifestações persistentes e potenciais complicações articulares.
- **Febre Reumática:** com 11 casos (12,9%), sendo 7 do sexo masculino e uma média de idade de 14,4 anos, a febre reumática per-

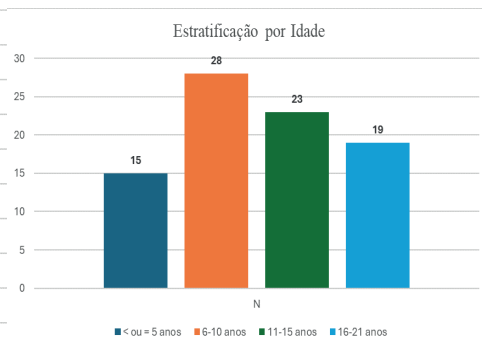
► **Figura 1.** Atendimentos mês de crianças e adolescentes no Ambulatório de Reumatologia Pediátrica da CES, durante o ano de 2024.



manece uma condição relevante, associada a complicações cardíacas em alguns pacientes, como observado em 1 caso de comprometimento cardíaco.

- **Fibromialgia:** frequentemente diagnosticada em adolescentes do sexo feminino, a fibromialgia foi detectada em 8 pacientes (9,4%), com média de idade de 13,5 anos. Os dados sugerem uma predisposição entre adolescentes, possivelmente associada a fatores hormonais, sociais e de vulnerabilidade emocional.
- **Síndrome de Kawasaki:** com 4 casos, a síndrome de Kawasaki demonstrou uma alta prevalência em crianças de 1 a 6 anos, com média de idade de 3,5 anos, confirmando a relevância dessa condição em idades mais jovens e a necessidade de intervenções precoces para minimizar o risco de complicações vasculares.
- **Casos em Investigação e Sem Diagnóstico Definitivo:** aproximadamente 45,9% dos pacientes atendidos estavam em investigação clínica sem diagnóstico reumatológico fechado, uma situação que é comum em ambulatórios pediátricos de especialidade e que reforça a complexidade

► **Figura 2.** Estratificação por Faixa Etária de Crianças e Adolescentes acompanhados na Clínica Escola de Saúde da Unichristus, durante o ano de 2024.



diagnóstica em reumatologia pediátrica.

## 5 DISCUSSÃO

Os dados demonstram uma prevalência significativa de artrite juvenil e fibromialgia entre os adolescentes, ressaltando a importância do reconhecimento precoce e do manejo integrado. A predominância de febre reumática e síndrome de Kawasaki em idades mais jovens também é indicativa das características epidemiológicas da população estudada, bem como das demandas específicas de acompanhamento. A elevada porcentagem de casos em investigação clínica destaca o desafio diagnóstico em pediatria e a necessidade de protocolos diagnósticos que auxiliem na identificação de doenças reumatológicas em estágios iniciais (SILVA, 2022).

A fibromialgia, frequentemente associada ao sexo feminino e à adolescência, sugere que intervenções psicossociais devem ser parte do plano terapêutico, dado o impacto dessa condição na qualidade de vida e o vínculo com

**Tabela 1.** Diagnóstico das crianças e adolescentes atendidas na Clínica Escola de Saúde Unichristus, durante o ano de 2024.

Diagnóstico por CID	Número de Crianças e Adolescentes (N)	Sexo Masculino (N)	Idade Média (anos)
Artrite juvenil	9	4	9,1
Condromalacia	1	0	17
Doença de Behçet	1	1	12
Doença de Still do adulto	1	1	14
Dor lombar	2	1	12
Escarlatina	1	1	7
Avaliação de rotina	39	21	10
Febre de origem indeterminada	1	0	5
Febre Reumática*	11	7	14,4
Fibromialgia	8	1	13,5
Outras artrites	1	0	16
Purpura não trombocitopênica	1	0	17
Síndrome de hipermobilidade	2	1	11
Síndrome de linfonodos mucocutâneos [Kawasaki]	4	2	3,5
Sd de Marfan	1	0	10
Síndrome de Raynaud	1	0	11
Sinovite transitória	1	1	1

\* 1 caso de febre reumática com comprometimento cardíaco.

fatores emocionais e hormonais durante o crescimento. A artrite juvenil, por sua vez, é uma condição que exige um tratamento multifatorial e monitoramento em longo prazo para prevenir deformidades articulares e otimizar a função física do paciente (SILVA, 2022).

As miopatias inflamatórias idiopáticas (IIM) são um grupo heterogêneo de miopatias tratáveis, com pacientes geralmente buscando ajuda de reumatologistas e neurologistas por fraqueza muscular proximal de início agudo ou subagudo. Além dos músculos, outros órgãos, como pulmões, pele e articulações, podem ser afetados. O diagnóstico tradicionalmente se baseava em níveis elevados de creatina

quinase, anomalias na eletro-neuromiografia e infiltrados inflamatórios na biópsia muscular. Recentemente, a identificação de autoanticorpos tornou-se essencial, sendo detectáveis em mais da metade dos casos. O avanço no conhecimento clínico e soropatológico de IIM alterou a forma como os pacientes são vistos e classificados. No passado, as IIMs eram restritas à polimiosite, à dermatomiosite e à miopatia com corpúsculos de inclusão. Atualmente, incluem, também, a miopatia necrotizante autoimune, miosite de sobreposição e síndrome dos antissintetases, expandindo o espectro de classificação. Muitos pacientes, antes diagnosticados com polimiosite, são, na verdade, portadores de

outras formas soropositivas de IIM (SILVA, 2022).

O diagnóstico e o tratamento precoces melhoram os resultados clínicos, especialmente na artrite crônica (CA) e nas doenças do tecido conjuntivo sistêmico (SCTD). Desde os anos 1990, avanços na pesquisa clínica e novos medicamentos salvaram 55 milhões de anos de vida. A pandemia de COVID-19 trouxe desafios médicos para a reumatologia. Em novembro de 2022, foi realizado um estudo transversal com questionário online com 176 participantes, incluindo dados sociodemográficos e de doenças reumáticas como artrite reumatoide (AR). Assim, 60,8% dos participantes tinham AR, e o tempo médio para o diagnóstico

foi superior a dois anos. Homens com AR foram diagnosticados mais rapidamente. Aproximadamente, 23,3% dos participantes participaram de pesquisas clínicas, principalmente mulheres com AR (PUŠICA, 2024).

A Polimialgia Reumática (PMR) frequentemente se combina com vasculite, sendo, por vezes, interpretada como uma manifestação da arterite de células gigantes (GCA). O diagnóstico de GCA se beneficia da avaliação clínica e do uso de métodos de imagem, como ultrassonografia das artérias espinhais e carótidas, ressonância magnética (RM), tomografia por emissão de pósitrons (PET) e tomografia computadorizada (TC), que ampliaram a compreensão sobre a vasculite de grandes vasos (LVV). Estudos na Ucrânia e Belarus demonstraram a utilidade do PET/CT com FDG na detecção de LVV, em que uma em cada três PMRs isoladas revelou sinais de LVV. A presença de aortite na PMR pode indicar vasculite associada à PMR, GCA, arterite de Takayasu (TA) ou aortite isolada, com implicações em doenças como artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico. A GCA está associada a um risco aumentado de aneurismas e síndrome aórtica aguda, complicações possivelmente ligadas à inflamação e à aterosclerose acelerada. Embora a diabetes mellitus tenha efeito protetor contra aneurismas aórticos, o uso de metformina pode explicar essa relação. Atualmente, as opções diagnósticas incluem RM e an-

giografia por ressonância magnética (MRA), com o ultrassom colorido Doppler, todos mostrando utilidade na identificação da LVV. No entanto, a PET e MRA têm limitações, e a decisão clínica permanece fundamental no diagnóstico. No caso da GCA, a combinação de métodos como Doppler colorido e PET/CT aumenta a sensibilidade diagnóstica em até 20%. Ainda que esses métodos sejam específicos para LVV, nenhum deles é validado para o monitoramento da doença (PUZANOVA, 2021).

Medidas específicas para doenças reumáticas pediátricas são essenciais, e algumas já foram validadas, como os Critérios de Classificação para Artrite Idiopática Juvenil (JIA), os Critérios Pediátricos 30 do Colégio Americano de Reumatologia, o Índice de Danos de JIA e a Escala de Avaliação de Miosite Infantil. Essas medidas levam em consideração questões de desenvolvimento e crescimento ao avaliar a progressão da doença em crianças, mas seu uso em estudos clínicos dificulta a comparação com coortes adultas. Além das medidas específicas, são necessários testes laboratoriais diferenciados para o diagnóstico de muitas DRPs. O único teste laboratorial que distingue a artrite em adultos da JIA é o de anticorpos antinucleares. Embora esses anticorpos não sejam nem sensíveis nem específicos para o diagnóstico de JIA, eles ajudam a identificar um subconjunto de pacientes em risco. Os anticorpos antinucleares

ajudam a identificar pacientes com risco de uveíte associada à JIA, mas, em contraste, o teste de peptídeo citrulinado cíclico, padrão na artrite reumatoide em adultos, não é relevante para o diagnóstico ou prognóstico de JIA. A pesquisa de biomarcadores específicos para a infância continua para várias doenças reumáticas, incluindo nefrite lúpica, JIA sistêmica, síndrome de ativação de macrófagos, doença de Kawasaki, dermatomiosite e esclerodermia localizada. O tratamento das DRPs exige considerações sobre o crescimento e o desenvolvimento biológico e psicossocial do paciente, questões irrelevantes no manejo das ARDs (HINZE, 2008).

Estudos iniciais sobre padrões hereditários na Artrite Juvenil (JA) mostraram certa agregação familiar e alguns casos de gêmeos monozigóticos com concordância para Artrite Crônica Juvenil (JCA). Entretanto, o risco de um irmão de um paciente com Artrite Reumatoide Juvenil (JRA) também desenvolver JRA não é muito alto. Em 1994, um registro norte-americano para pares de irmãos afetados (ASPs) com JRA foi criado, e os dados de 71 pares mostraram que apenas cerca de 0,8% dos casos de JRA aparece em ASPs. Dos irmãos registrados, 63% eram do mesmo sexo, 76% compartilhavam o tipo de início da JRA e 79% o tipo de evolução da doença, com uma alta frequência de pares com início pauciarticular. Sete pares de gêmeos, todos concordantes

quanto ao tipo de início e evolução, apresentaram intervalo de apenas 3,3 meses para o início da doença (ANDERSON, 1992). Além disso, observou-se uma sub-representação de indivíduos não brancos, possivelmente devido à menor frequência de alelos de suscetibilidade em populações não brancas, embora não se pudesse descartar viés de detecção. Esses achados reforçam a hipótese de que influências genéticas desempenham um papel importante no tipo de início da JRA, especialmente na forma pauciarticular (ANDERSSON, 1998).

A incidência e a prevalência de artrite juvenil (JA), incluindo JCA, JRA e SPA, variam conforme a etnia. Em estudos populacionais predominantemente caucasianos na Europa e América do Norte, as taxas de incidência de JRA e JCA variam de 10 a 20 por 100.000 crianças. No Canadá, observou-se uma maior incidência de JRA entre indígenas canadenses em comparação com caucasianos. Entre os esquimós Inupiat e Yupik no Alasca, a incidência de SPA é elevada, possivelmente devido à alta frequência do HLA B27 nessas populações. Em afro-americanos, a taxa de incidência de JA é de 7 por 100.000, mas com poucos casos e intervalos de confiança amplos (ANSELL, 1969).

Na América Latina, a única pesquisa na Costa Rica aponta para uma incidência mais baixa em hispânicos (6,8 por 100.000). No Japão, a incidência foi muito baixa (0,83 por 100.000), o que

pode refletir um menor risco de artrite nessa população. Esse padrão sugere diferenças genéticas influenciando a ocorrência de JA entre etnias, embora fatores geográficos e ambientais também desempenhem um papel importante.

A descrição clínica geral da artrite juvenil (JA) baseou-se, inicialmente, em estudos de populações predominantemente caucasianas, mas novos dados de outras regiões do mundo estão mudando essa visão. Em populações caucasianas na Europa, EUA e Canadá, o início pauciarticular é mais comum, seguido pelo início poliarticular e, por último, pela forma sistêmica. Em contraste, há uma predominância do início poliarticular em populações da África do Sul, Índia, Tailândia, afro-americanos e indígenas canadenses (ANDERSSON, 1998).

A positividade para o fator reumatoide (RF) IgM é mais frequente em estudos da África do Sul, Índia e entre afro-americanos do que em países ocidentais, possivelmente influenciada por fatores genéticos e ambientais, como a ativação do sistema imune por infecções concomitantes. Em Costa Rica, Índia, África do Sul, Singapura e entre afro-americanos, observou-se um baixo número de meninas com artrite pauciarticular e uveíte positivas para ANA, sugerindo variações de manifestação da doença relacionadas a fatores imunogenéticos ou ambientais. Portanto, a crescente diversidade geográfica e étnica na apresentação da JA

reforça a necessidade de critérios de classificação unificados, sendo os critérios propostos pela ILAR um avanço nesse sentido. Estudos epidemiológicos bem definidos e pesquisas científicas básicas ajudarão a compreender não apenas quem pode desenvolver JA, mas também onde, quando e por quê, o que é essencial para a busca de uma cura (ANDERSSON, 1998).

Muitas crianças com doenças reumáticas e musculoesqueléticas não são diagnosticadas, e identificá-las exige que os profissionais de saúde tenham conhecimento e habilidades para reconhecer os sinais dessas doenças e saibam quando encaminhar para cuidados especializados. Este artigo destaca a necessidade de melhor acesso aos cuidados de saúde e o papel essencial da educação e do atendimento virtual para suprir a falta de recursos em áreas carentes, expandindo a capacidade da força de trabalho. Por meio de parcerias colaborativas, plataformas virtuais e métodos de avaliação inovadores, o atendimento e a educação em saúde musculoesquelética podem alcançar mais pessoas do que nunca. Aumentar a conscientização por meio de iniciativas e recursos acessíveis é essencial para melhorar o atendimento reumatológico global (McCOLL, 2024).

**Limitações do Estudo:** este estudo é limitado por sua amostragem restrita a um único centro e pelo curto período de análise, que cobre apenas dez meses de atividade do ambulatório.



Estudos longitudinais e multicêntricos seriam necessários para confirmar e expandir esses achados, explorando as variações geográficas e temporais dos diagnósticos pediátricos reumatológicos.

## 6 CONCLUSÃO

O ambulatório de Reumatologia Pediátrica da CES contribuiu, significativamente, para a caracterização do perfil reumatológico infantil na região estudada. A diversidade de diagnósticos e a alta proporção de casos sem fechamento diagnóstico reforçam a complexidade das condições reumatológicas em pediatria e a importância de serviços especializados para apoiar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. A análise dos dados sugere a necessidade de políticas de saúde que fortaleçam a capacitação de profissionais em reumatologia pediátrica e a integração com outras áreas médicas e psicossociais para o manejo ideal de condições reumatológicas na infância e na adolescência.

## REFERÊNCIAS

ANSELL BM, BYWATERS EGL, LAWRENCE JS: Familial aggregation and twin studies in Still's disease (juvenile chronic polyarthritis). *Rheumatology* 1969; 2: 37-61.

ANDERSSON GÄRE B, FASTH A: Epidemiology of juvenile chronic arthritis in south-western Sweden: A 5-year prospective population study. *Pediatrics* 1992; 90: 950-8. Andersson Gäre B, MD, PhD, Head, Department of Pediatrics, Ryhov County Hospital, S-55185 Jönköping, Sweden. Received on March 23, 1999; accepted on March 26, 1999. *Clin Exp Rheumatol* 1999; 17: 367-374.

BALIK Z, BAYINDIR TY, KASAP

CUCEOGLU M et al. In. Acceptability, practicality, and accuracy of the Turkish translation of video pgals in Turkish children. 2022.

BARBER CEH, LEVY DM, AHLUWALIA V, MENDEL A, TAYLOR-GJEVRE R, GERSCHMAN T, et al. Best practices for virtual care: a Consensus Statement from the Canadian Rheumatology Association. *J Rheumatol.* 2022;49(4):408-18. doi: 10.3899/jrheum.211017.

CONSOLARO A, GIANCANE G, ALONGI A, VAN DIJKHUIZEN EHP, AGGARWAL A, AL-MAYOUF SM, et al. Phenotypic variability and disparities in treatment and outcomes of childhood arthritis throughout the world: an observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2019;3(4):255-63. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30027-6.

FOSTER H, RAPLEY T. Access to pediatric rheumatology care - a major challenge to improving outcome in juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol.* 2010;37(11):2199-202. doi: 10.3899/jrheum.100910.

HINZE, C., BRUNNER, H. Pediatric rheumatology—its own specialty. *Nat Rev Rheumatol* 4, 279 (2008). <https://doi.org/10.1038/ncprheum0828>

HYDER MA, RAZZAK J. Telemedicine in the United States: an introduction for students and residents. *J Med Internet Res.* 2020;22(11):e20839. doi: 10.2196/20839.

LEWANDOWSKI LB. Tackling global challenges in pediatric rheumatology. *Curr Opin Rheumatol.* 2020;32(5):414-20. doi: 10.1097/BOR.0000000000000726.

OSEI-TWUM JA, WILES B, KILLACKEY T, MAHOOD Q, LALLOO C, STINSON JN. Impact of Project ECHO on Patient and Community Health outcomes: a scoping review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2022;97(9):1393-402. doi:10.1097/ACM.0000000000004749.

MCCOLL J, MWIZERWA O, SCOTT C, TSE SM, FOSTER HE. Pediatric rheumatology education: the virtual frontier a review. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2024 Jun 5;22(1):60. doi:

10.1186/s12969-024-00978-0. PMID: 38840147; PMCID: PMC11155138.

Population. ages 0-14 total sub-saharan Africa staff estimates using the World Bank total population and ages/sex distributions of the United Nations population division's world population prospects [Internet]. 2022 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.0014.TO?locations=ZG>

POONI R, RONIS T, LEE T. Telemedicine use by pediatric rheumatologists during the COVID-19 pandemic. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2021;19(1):93. doi: 10.1186/s12969-021-00565-7.

PUZANOVA O., & LYZIKOV A. (2021). Polymyalgia rheumatica in the 2018-2020 guidelines. Part II: diagnosis of vasculitis. *PAIN, JOINTS, SPINE*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.22141/2224-1507.11.1.2021.226904>

PUŠICA, I. (2024). Determinators of clinical outcomes in patients with chronic arthritis and systemic connective tissue disorders: covid-19 pandemic focus. *Opsta Medicina*, 30(1-2), 29-40. <https://doi.org/10.5937/opmed0-45923>

SCOTT C, WEBB K. Paediatric rheumatology in sub-saharan Africa. *Rheumatol Oxf Engl.* 2014;53(8):1357-8. doi: 10.1093/rheumatology/ket430.

OZEN, S., AKSENTIJEVICH, I. The past 25 years in paediatric rheumatology: insights from monogenic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 20, 585-593 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41584-024-01145-1>

SILVA, A., CAMPOS, E., & ZANOTELLI, E. (2022). Inflammatory myopathies: an update for neurologists. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, 80(5 suppl 1), 238-248. <https://doi.org/10.1590/0004-282x-anp-2022-s131>

STRICKLER AS, PALMA J, CHARIS R, CANDIA T, GREZ M, GONZÁLEZ B, et al. Contribution of the use of basic telemedicine tools to the care of children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis at the Puerro Montt Hospital, Chile. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(1):59-66. doi: 10.4067/S0370-41062018000100059.