

Artrite idiopática juvenil (AIJ)

Classificação ILAR e proposta PRINTO 2019, AIJ sistêmica e SAM, uveíte silenciosa e rastreio oftalmológico, tratamento pelo PCDT do Ministério da Saúde 2026 com doses, vacinas sob imunossupressão, crescimento, saúde óssea e transição

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A **artrite idiopática juvenil (AIJ)** é a doença reumática crônica mais comum da infância: artrite de causa desconhecida, com início **antes dos 16 anos** e duração **maior que 6 semanas**, depois de excluídas infecção, neoplasia e outras doenças (ILAR, adotada pela SBP e pelo PCDT 2026). O diagnóstico é **clínico e de exclusão**: nenhum exame o confirma, e **FAN positivo não é diagnóstico**, mas marca o risco de **uveíte anterior crônica**, que não dá sintomas e pode cegar. Toda criança com suspeita vai ao **reumatologista pediátrico com prioridade (🟡)** e ao **oftalmologista já no diagnóstico**, para exame com lâmpada de fenda. O tratamento é do especialista e segue o PCDT: anti-inflamatório não esteroide (AINE) e **infiltração articular** na forma oligoarticular, **metotrexato** na poliarticular e **biológicos** se faltar resposta, com a meta de doença inativa. O pediatra mantém vacinas, crescimento, saúde óssea e vigilância de infecções. **Monoartrite com febre, febre alta diária com exantema e prostração, sinais de síndrome de ativação macrofágica (SAM), febre em quem usa biológico ou inibidor de JAK (mesmo em bom estado), febre com toxemia em quem usa imunossupressor convencional e olho vermelho doloroso com baixa visão** exigem pronto-socorro ou avaliação urgente (🔴).

1. O que é e como se apresenta

A AIJ é um grupo de doenças: as formas oligo e poliarticulares são **autoimunes** (FAN, fator reumatoide, HLA) e a sistêmica é **autoinflamatória** (IL-1, IL-6), por isso os tratamentos diferem.

Subtipos (ILAR, critérios e frequências do PCDT 2026):

SUBTIPO	DEFINIÇÃO E PERFIL	PONTO DE ATENÇÃO
Oligoarticular (50%)	1–4 articulações nos 6 primeiros meses; joelho, tornozelo; meninas de 1 a 3 anos (SBP 2022)	Uveíte silenciosa (FAN positivo, < 6 anos); estendida se ≥ 5 articulações após 6 meses
Poliarticular FR negativo (17%)	≥ 5 articulações nos 6 primeiros meses	Uveíte se FAN positivo; cervical e ATM
Poliarticular FR positivo (3%)	≥ 5 articulações; FR positivo 2 vezes com ≥ 3 meses; adolescentes	Como a artrite reumatoide do adulto; erosiva
Sistêmica (15%)	Artrite + febre > 15 dias (≥ 3 dias por semana) + exantema, serosite, hepato ou esplenomegalia ou linfonodomegalia	SAM em cerca de 10%; artrite pode vir depois
Relacionada à entesite (15%)	Artrite e entesite, ou uma delas + 2 de: HLA-B27, dor sacroilíaca, menino > 6 anos, uveíte aguda, parente de 1º grau	Uveíte aguda sintomática
Psoriásica (5%)	Artrite + psoríase, ou + 2 de: dactilite, alteração ungueal, parente com psoríase	Artrite pode preceder a pele
Indiferenciada (5%)	Nenhum critério ou mais de um	—

Proposta PRINTO 2019 (em validação): sistêmica (**febre típica obrigatória**, artrite não exigida), FR positiva, entesite/espondilite, **FAN positiva de início precoce** e outras, com início até 18 anos. **SBP (2022) e PCDT (2026) mantêm a ILAR**, adotada pelo site.

Apresentação: a criança raramente diz que dói. A família nota **claudicação ao acordar, rigidez matinal ou após repouso**, edema e calor articular, pedido de colo, mudança no brincar (SBP 2022). Na sistêmica: febre alta em 1–2 picos diários com melhora entre eles, **exantema róseo-salmão evanescente** com a febre, linfonodos, fígado e baço aumentados, pericardite ou pleurite (SBP 2022).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	AIJ diagnosticada, controlada ou em baixa atividade , em seguimento com reumatologista e oftalmologista; intercorrência leve sem imunossupressor	Seguimento pelo pediatra com o especialista: vacinas, crescimento, osso, adesão, exames de monitorização
● Moderada	Suspeita de AIJ (artrite persistente, rigidez matinal, claudicação sem trauma) em bom estado; nova articulação ou perda de função; alteração laboratorial do metotrexato; febre em bom estado em uso só de imunossupressor convencional (metotrexato, ciclosporina, azatioprina), sem biológico nem JAK	Encaminhar ao reumatologista pediátrico com prioridade e ao oftalmologista, com exames iniciais; sem corticoide antes do diagnóstico; febre com imunossupressor convencional isolado: avaliação no mesmo dia e contato com o especialista
● Grave	Monoartrite febril ; febre alta diária com exantema e prostração; sinais de SAM ; dor torácica, dispneia, abafamento de bulhas; febre (axilar $\geq 37,5$ °C) em uso de biológico ou inibidor de JAK, mesmo em bom estado (imunossupressão de alto grau, conforme Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos); febre com toxemia em uso de metotrexato, outro imunossupressor convencional ou corticoide; varicela ou sarampo no imunossuprimido; olho vermelho doloroso, fotofobia ou baixa visão ; dor noturna, palidez, petéquias, hepatoesplenomegalia	Pronto-socorro/hospital (olho: oftalmologista com urgência)

Fatores que elevam a gravidade ou o risco de sequela

- AIJ sistêmica com febre persistente, ferritina em alta e queda de plaquetas ou de VHS (SAM).
- Quadril, cervical, punho, tornozelo ou ATM; FR ou anti-CCP positivos; erosões; provas inflamatórias altas ou corticoide sistêmico após 6 meses (PCDT 2026).
- FAN positivo, início antes de 7 anos e doença recente (uveíte); uso de imunossupressor ou biológico.

3. Diagnóstico no consultório

É clínico: artrite é edema articular, ou dois sinais entre dor à palpação, dor à mobilização e limitação (PCDT 2026). Examine **todas** as articulações, inclusive ATM (abertura da boca, micrognatia), cervical e quadris, as ênteses, pele e unhas, a marcha, **estatura e comprimento dos membros**.

Exames ao encaminhar: hemograma com esfregaço, VHS, PCR, transaminases, creatinina, urina tipo 1. Com o especialista: **FAN** (risco de uveíte), fator reumatoide e anti-CCP (prognóstico), HLA-B27 (entesite); na suspeita de sistêmica, ferritina, triglicérides, fibrinogênio e DHL. Imagem só se necessária: ultrassonografia (sinovite), ressonância (ATM, sacroilíacas) (PCDT 2026).

Diferencial que não pode passar: artrite séptica e osteomielite (monoartrite febril — punção urgente); **leucemia e neuroblastoma** (dor noturna, palidez, petéquias, citopenias, DHL alta — **não dar corticoide antes de excluir**); artrite reativa e pós-viral (menos de 6 semanas), febre reumática, Lyme, tuberculose; lúpus, vasculite por IgA, doença inflamatória intestinal, Kawasaki; Perthes, epifisiólise; dor de crescimento (exclusão; dor que acorda a criança é alerta).

4. Tratamento e seguimento

Meta: doença inativa (critérios de Wallace: sem artrite, sem manifestação sistêmica, sem uveíte ativa, VHS e PCR normais, rigidez < 15 min) medida pelo **cJADAS** e, na sistêmica, sem corticoide (PCDT 2026), com fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e odontologia.

Escalonamento (PCDT 2026, conduta do site; a SBP 2022 descreve a mesma sequência sem doses):

- **Oligoarticular:** AINE ou **infiltração intra-articular**, até 3 por ano com intervalo ≥ 4 meses; **metotrexato** se o efeito durar < 6 meses, houver erosão, novas articulações ou articulação de mau prognóstico (SBP: sem remissão em 2–3 meses).
- **Poliarticular:** **metotrexato 15 mg/m²/semana** com ácido fólico; AINE só sintomático, **nunca em monoterapia nem por mais de 2 meses**; sem resposta em 3 meses, **anti-TNF**, depois 2º anti-TNF ou tocilizumabe e, por último, abatacepte (restrito por desabastecimento).
- **Entesite:** AINE e infiltração; sulfassalazina ou metotrexato na artrite periférica; **anti-TNF** na entesite refratária e na sacroilíte.
- **Sistêmica:** pulso de metilprednisolona e prednisona; se em 2 semanas a febre persistir ou o corticoide seguir alto, **tocilizumabe**. SAM: ver **Síndrome de ativação macrofágica e linfocitose hemofagocítica (HLH)**.
- **Uveíte:** colírio de corticoide; sem controle em 3 meses, metotrexato; depois **adalimumabe** ou **infiximabe** — **etanercepte e AINE não servem para o olho** (PCDT 2026; ACR 2019).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Naproxeno	10–20 mg/kg/dia	12/12 h	Sintomático; ≤ 2 meses em monoterapia	PCDT 2026; teto conforme bula; evitar na suspeita de dengue
Ibuprofeno (anti-inflamatório)	10–30 mg/kg/dia em 3–4 doses	6/6 a 8/8 h	Idem	PCDT 2026; dose da AIJ ≠ antitérmica do site (5–10 mg/kg/dose); FR 30–40 (SBP 2024); teto conforme bula; evitar na dengue
Metilprednisolona intra-articular	0,5–1 mg/kg por articulação	≤ 3 vezes/ano, intervalo ≥ 4 meses	—	PCDT 2026; especialista
Metotrexato VO, SC ou IM	10–15 mg/m ² /semana (uveíte grave 20 mg/m ²)	Semanal	Até doença inativa sustentada	PCDT 2026; ácido fólico 1 mg/dia nos outros 6 dias; SC preferível na uveíte (ACR 2019)
Prednisolona (ponte)	0,2–0,5 mg/kg/dia	1 vez ao dia	< 3 meses	PCDT 2026; poliarticular grave
Metilprednisolona IV (pulso na AIJ sistêmica)	20–30 mg/kg/dia (máx. 1 g)	1 vez ao dia	1–3 dias; depois prednisona 1–2 mg/kg/dia (máx. 60 mg)	PCDT 2026 (sem teto; 1 g pela SBP 2023); SAM: 30 mg/kg/dia por 3 dias (SBP 2023); hospitalar
Etanercepte SC	0,8 mg/kg (máx. 50 mg)	Semanal	Contínuo	PCDT 2026; ≥ 2 anos
Adalimumabe SC	< 30 kg 20 mg; ≥ 30 kg 40 mg	14/14 dias	Contínuo	PCDT 2026; ≥ 2 anos; uveíte: mesma dose por peso, conforme a bula (com metotrexato), adotada no Relatório Conitec nº 1.113/2026; o PCDT traz 24 mg/m ² (máx. 40 mg), registrado como divergência
Tocilizumabe IV	Sistêmica 12 mg/kg (< 30 kg) ou 8 mg/kg; poliarticular 10 ou 8 mg/kg	2/2 sem (sistêmica); 4/4 sem	Contínuo	PCDT 2026; ≥ 2 anos

Sulfassalazina (40–50 mg/kg/dia, máx. 2–3 g), infliximabe (3 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6, depois a cada 8; uveíte 5 mg/kg; ≥ 6 anos) e abatacepte (10 mg/kg nos dias 0, 15 e 30, depois

mensal; ≥ 6 anos) também seguem o PCDT 2026.

Rastreio da uveíte (oftalmologista, lâmpada de fenda): primeira avaliação logo no diagnóstico ou na suspeita, e com urgência se houver sintoma ocular. **Calendário do site = PCDT 2026**, adaptado da diretriz BSPAR/RCOphth (2006): **a cada 2 meses** desde o início da artrite por 6 meses, depois **a cada 3–4 meses até 11 anos**; após suspender o metotrexato, a cada 2 meses por 6 meses; depois, controle anual e automonitorização semanal da visão de cada olho. (o PCDT escreve "a cada duas semanas", erro de transcrição da fonte, que diz *two monthly*). Para graduar o risco por subtipo, FAN, idade e duração, a **ACR 2019**: **a cada 3 meses** se oligo, poli FR negativo, psoriásica ou indiferenciada com **FAN positivo, início antes de 7 anos e até 4 anos de doença**; **a cada 6–12 meses** nos demais, inclusive sistêmica, FR positivo e entesite.

O que é do pediatra:

- **Antes do biológico:** radiografia de tórax e PPD ou IGRA (latente: tratar e iniciar o biológico após 4 semanas), sorologias de hepatites B e C e HIV; PPD ou IGRA anual (PCDT 2026).
- **Monitorização (PCDT 2026):** metotrexato — hemograma, transaminases e creatinina a cada 4–12 semanas no ajuste e 8–12 na dose estável (> 2 vezes o normal: reduzir; > 3 vezes persistente: suspender); AINE — a cada 6 meses; anti-TNF — a cada 3–6 meses.
- **Vacinas (Manual dos CRIE 2023, como em Imunizações):** calendário completo, **influenza anual; não vivas em qualquer grau de imunossupressão**. Vivas **contraindicadas com biológicos** e com corticoide ≥ 2 mg/kg/dia (até 10 kg) ou ≥ 20 mg/dia por ≥ 14 dias; metotrexato $\leq 0,4$ mg/kg/semana: caso a caso com o CRIE. Corticoide intra-articular, sulfassalazina e hidroxicloroquina não são imunossupressores. Antes de iniciar: não vivas ≥ 2 semanas e vivas ≥ 4 semanas antes (completar a varicela); vivas 1 mês após suspender o corticoide imunossupressor; vacinar os conviventes.
- **Crescimento:** peso, estatura e puberdade em toda consulta; inflamação e corticoide reduzem a estatura; artrite do joelho alonga o membro; ATM causa micrognatia.
- **Osso:** atividade física e escola sem restrição desnecessária, **cálcio e vitamina D** (PCDT 2026; 600 UI/dia de 1 a 18 anos — SBP 2024), menor dose e tempo de corticoide; densitometria a critério do especialista.
- **Transição:** a doença pode persistir na vida adulta (SBP 2022); preparar a autonomia do adolescente (remédios, contracepção — **metotrexato, leflunomida e tocilizumabe são contraindicados na gestação**, PCDT 2026) e a passagem ao reumatologista de adultos.

Não fazer: corticoide "de teste" antes do diagnóstico; AINE isolado por meses; vacina viva sem saber dose e data do último imunossupressor; **metotrexato diário** (é semanal).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Monoartrite com febre ($\geq 37,5$ °C axilar), recusa de apoio ou toxemia.

- Febre alta diária com exantema, prostração, serosite ou hepatoesplenomegalia.
- AIJ sistêmica com febre contínua, sangramento, icterícia, sonolência, plaquetas e VHS em queda e ferritina em alta (**SAM**).
- Dor torácica, dispneia, taquicardia desproporcional, abafamento de bulhas.
- Febre ($\geq 37,5$ °C axilar) em uso de biológico ou inibidor de JAK, mesmo em bom estado; com imunossupressor convencional isolado, febre com toxemia, hipotensão ou desconforto respiratório; varicela, zóster ou sarampo no imunossuprimido (exposição do suscetível: contato urgente com o CRIE).
- Olho vermelho doloroso, fotofobia ou queda da visão: **oftalmologista com urgência**.

Como encaminhar: sem corticoide antes de excluir leucemia e infecção; antitérmico se desconforto (dipirona 15 mg/kg/dose ou paracetamol 10–15 mg/kg/dose); oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso se instável (ver **Sepse e choque séptico na criança**); SAMU (192) se instável; contato prévio com o serviço; relatório com subtipo, medicamentos e data da última dose do biológico, exames e vacinas.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Artrite na criança quase não dói: observe se manca ao acordar, se o joelho incha ou se deixou de brincar como antes."
- "O exame de olhos é obrigatório, mesmo com o olho branco e sem queixa."
- "O metotrexato é **uma vez por semana**, sempre no mesmo dia; o ácido fólico, nos outros dias."
- "Avise antes de vacinas que ele usa remédio para a imunidade."
- **Pronto-socorro se:** febre com prostração, manchas roxas, sangramento, falta de ar, dor no peito, sonolência, pele amarelada; febre em quem usa remédio biológico (injeção ou infusão) ou inibidor de JAK, mesmo com a criança bem; febre com prostração em quem usa só metotrexato (sem prostração, falar com o médico no mesmo dia); olho vermelho com dor ou visão embaçada; contato com catapora ou sarampo.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Dep. de Reumatologia, textos de 10/2022	PCDT da AIJ, Portaria Conjunta nº 34, 19/01/2026	Sem diretriz própria localizada; ACR 2019/2021 como apoio	TA373 (12/2015, revista 2018); TA685 (03/2021)	AEPap, 2017 (protocolos AEP 2020 não abertos)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Classificação	ILAR	ILAR; PRINTO em validação	—	—	ILAR	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Rastreamento da uveíte	Periódico; risco com FAN, < 6 anos	No diagnóstico; 2/2 meses por 6 meses (texto: "duas semanas", erro); 3–4 até 11 anos	ACR: alto risco 3/3 meses; demais 6–12	—	Periódico, sobretudo FAN positivo	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	BSPAR/RCOp hth: 2/2 meses por 6 meses, depois 3–4
AINE e infiltração	AINE 1ª linha; infiltração	Ibuprofeno 10–30, naproxeno 10–20 mg/kg/dia	ACR: AINE; triancinolona hexacetona	—	Ibuprofeno 30–40, naproxeno 15–20 mg/kg/dia	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
MMCD e biológicos	Metotrexato; biológico se persistir	MTX 15 mg/m ² ; anti-TNF após 3 meses	ACR: escalonamento semelhante	Biológicos após falha de MMCD	MTX; biológico se refratário	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
AIJ sistêmica	Corticoide, tocilizumabe	Pulso e prednisona; tocilizumabe se falha	ACR: anti-IL-1/IL-6 em 1ª linha	Tocilizumabe; anakinra após MMCD	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Vacinas	Remete ao CRIE	Atualizar antes do tratamento	ACR: sem vacinas; influenza anual	—	Varicela antes; sem vacinas	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência na definição ILAR, no diagnóstico de exclusão, no FAN como marcador de risco de uveíte, no **rastreamento oftalmológico obrigatório sem sintomas**, na infiltração na oligoartrite, no metotrexato como base da poliartrite, no anti-TNF monoclonal (e não etanercepte) na uveíte e na proibição de vacinas vivas sob imunossupressão.

Divergências: na **AIJ sistêmica**, a ACR 2021 começa por anti-IL-1 ou anti-IL-6 e evita corticoide oral, enquanto o PCDT começa por pulso e prednisona e não incorporou o canakinumabe; no **AINE**, o PCDT usa ibuprofeno 10–30 mg/kg/dia e a AEPap e a SBP 2024 (febre reumática), 30–40; no **rastreamento**, a ACR estratifica por subtipo, FAN, idade e duração, e o PCDT e a diretriz britânica usam calendário fixo; na **infiltração**, o SUS fornece metilprednisolona e a ACR prefere triancinolona hexacetona. Como os textos da SBP não trazem doses nem calendário de rastreamento, **o site adota a SBP na classificação e na sequência do tratamento e o Ministério da Saúde (PCDT 2026) nas doses, no escalonamento e no rastreamento.**

PONTOS PRÁTICOS

1. Artrite por mais de 6 semanas antes dos 16 anos: reumatologista pediátrico com prioridade e oftalmologista já no diagnóstico.
2. FAN não diagnostica AIJ; estima o risco de uveíte, que é silenciosa e exige lâmpada de fenda periódica.
3. Antes de corticoide, excluir leucemia e artrite séptica; monoartrite com febre é pronto-socorro.
4. Sem vacinas vivas com biológico ou corticoide imunossupressor; influenza anual; vacinar antes de iniciar.
5. Febre na AIJ sistêmica com plaquetas e VHS em queda e ferritina em alta é SAM: hospital.

Veja também, nesta Biblioteca: **Abordagem da criança com artrite (mono, oligo e poliartrite)**, **Síndrome de ativação macrofágica e linfo-histiocitose hemofagocítica (HLH)** e **Febre reumática** (nesta área); **Osteomielite e artrite séptica na criança** e **Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança** (Infectologia); **Dor em membros (dor de crescimento e sinais de alerta)**, **A criança que manca (claudicação aguda)** e **Baixa estatura** (Patologias do consultório); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** (Imunizações); **Psoríase na infância e na adolescência** (Dermatologia); **Miocardite, pericardite e síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C)** (Cardiologia).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. PCDT da Artrite Idiopática Juvenil, Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 34, 19/01/2026. gov.br/conitec
- SBP, Departamento Científico de Reumatologia. AIJ oligoarticular, poliarticular e sistêmica, 10/2022: [oligo](#); [poli](#); [sistêmica](#)
- ACR/Arthritis Foundation. Angeles-Han ST et al. JIA-associated uveitis, 2019. [PMC](#)
- ACR. Onel KB et al. 2021 JIA guideline: oligoarthritis, TMJ and systemic JIA. [PMC](#); monitoring, immunizations and imaging. [PMC](#)
- NICE. TA373, 2015. nice.org.uk; TA685, 2021. nice.org.uk
- AEPap. Pavo García MR, de Inocencio Arocena J. El pediatra de Atención Primaria y la AIJ, 2017. [PDF](#)

- BSPAR e Royal College of Ophthalmologists. Guidelines for screening for uveitis in JIA, 2006 (cópia arquivada). [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.