

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS/MS
Nº 9, DE 02 DE JULHO DE 2025

INTRODUÇÃO

As **Miopatias Inflamatórias** (autoimunes) são um grupo heterogêneo de doenças raras caracterizadas por inflamação crônica dos músculos estriados esqueléticos e com diversas manifestações clínicas, evolutivas e prognósticas. A causa das miopatias inflamatórias é desconhecida, mas há relatos na literatura de processos exógenos, por exemplo, infecções e medicamentos, e susceptibilidade genética como fatores desencadeantes dessas enfermidades. As miopatias inflamatórias podem ser subdivididas em dermatomiosite, dermatomiosite amiopática (ou clinicamente amiopática), polimiosite, miopatia necrosante imunomediada, síndrome antissintetase e miosite por corpos de inclusão. A incidência estimada de miopatias inflamatórias em adultos é de 1 a 5 casos por 100.000 indivíduos ao redor do mundo.

Sintomas frequentes das miopatias inflamatórias: Fraqueza, baixa resistência muscular e mialgia são sintomas frequentes das miopatias inflamatórias. Manifestações extramusculares, como erupções cutâneas, disfagia de condução, artrite, doença pulmonar intersticial e acometimento cardíaco também podem ocorrer, enfatizando a natureza heterogênea sistêmica dessas enfermidades.

Dermatomiosite: Fraqueza muscular associada a manifestações cutâneas típicas, como sinal do heliótropo e pápulas de Gottron, podendo estar relacionada a neoplasias em adultos.

Dermatomiosite amiopática (ou clinicamente amiopática): Manifestações cutâneas características da dermatomiosite, sem evidência clínica ou laboratorial de comprometimento muscular por pelo menos seis meses.

Polimiosite: Fraqueza muscular proximal progressiva, com elevação de enzimas musculares e ausência de manifestações cutâneas, sendo rara na infância.

Miopatia necrosante imunomediada: Fraqueza muscular intensa, de início subagudo, com elevação importante de enzimas musculares e necrose de fibras à biópsia, sem inflamação significativa.

Síndrome antissintetase: Miosite associada à presença de autoanticorpos específicos e manifestações sistêmicas, como doença pulmonar intersticial, artrite, febre, fenômeno de Raynaud e “mãos de mecânico”.

Miosite por corpos de inclusão: Fraqueza muscular de evolução lenta, acometendo musculatura proximal e distal, mais comum em homens acima dos 50 anos e com baixa resposta ao tratamento.

Dermatomiosite juvenil: Forma mais comum na infância, predominante em meninas, com maior risco de calcinosis, menor envolvimento pulmonar, menor mortalidade e ausência de associação com neoplasias.

As miopatias inflamatórias englobam um conjunto diverso de doenças musculares autoimunes, cujas diferenças clínicas, epidemiológicas e prognósticas variam conforme o subtipo e a faixa etária. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, especialmente na Atenção Primária, aliado ao encaminhamento oportuno para avaliação especializada, é fundamental para melhorar o prognóstico, minimizar complicações e garantir melhores desfechos terapêuticos.

DIAGNÓSTICO

A definição do diagnóstico de miopatias inflamatórias é feita quando as manifestações clínicas e laboratoriais típicas estão presentes e outras possíveis causas são excluídas. No entanto, inexistem critérios de diagnóstico formais e os critérios de classificação são usados para orientação clínica.

CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS

Os **critérios de Bohan e Peter** (Quadro I) incluem manifestações musculares e cutâneas e a exclusão de outras condições que causam miopatias. São propostas definições de diagnóstico “definido”, “provável” ou “possível” para cada subconjunto de miopatias inflamatórias, as quais podem ser diferenciadas pela presença de erupções cutâneas clássicas da dermatomiosite, no entanto, esses critérios têm baixa especificidade, permitindo inclusão errônea de outros tipos de miopatias. Assim, também são preconizados os critérios classificatórios da **European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology (EULAR/ACR 2017)** que auxiliam não só na caracterização de uma miopatia inflamatória, mas também na identificação dos principais subgrupos.

CID 10

M33.0 Dermatomiosite juvenil

M33.1 Outras dermatomiosites

M33.2 Polimiosite

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com diagnóstico provável ou definitivo de miopatias inflamatórias, considerando os critérios de Bohan-Peter ou do EULAR/ACR 2017.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento neste Protocolo deverão ser excluídos ao uso do respectivo medicamento preconizado.

REGULAÇÃO E CONTROLE

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes deste Protocolo, a duração e o monitoramento do tratamento, bem como a verificação periódica das doses de medicamentos prescritas e dispensadas e da adequação das condutas indicadas e do acompanhamento pós-tratamento. Sempre que disponível, a confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com miopatias inflamatórias devem ser realizados em serviços especializados com clínica médica e reumatologia.

Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo. Ressalta-se a importância do acompanhamento dos usuários em relação ao uso dos medicamentos preconizados neste PCDT para que alcancem os resultados positivos em relação à efetividade do tratamento e para monitorar o surgimento de problemas relacionados à segurança.

DIAGNÓSTICO (continuação)

Quadro I - Critérios classificatórios de Bohan e Peter para miopatias inflamatórias.

Critérios	Definição	
1. Fraqueza muscular proximal simétrica	Progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática	
2. Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas	Enzimas elevadas incluem creatinofosfoquinase (CPK), aspartato transaminase (AST/TGO), alanina transaminase (ALT/TGP), aldolase e/ou desidrogenase láctica (DHL)	
3. Eletromiografia anormal	Potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência	
4. Biópsia muscular anormal	Presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares	
5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite	Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron	
Parâmetro diagnóstico		
Diagnóstico	Dermatomiosite	Polimiosite
Definido	Presença de três critérios entre 1 e 4 mais o critério “5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite”	Presença de todos os critérios entre 1 e 4
Provável	Presença de dois critérios entre 1 e 4 mais o critério “5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite”	Presença de três critérios entre 1 e 4
Possível	Presença de um critério entre 1 e 4 mais o critério “5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite”	Presença de dois critérios entre 1 e 4

Biópsia muscular demonstra as alterações histológicas características de uma miopatia inflamatória. Em muitos casos mostrará alterações adicionais e mais específicas, permitindo corroborar na caracterização de miopatias inflamatórias. **Enzimas musculares** são elevadas na maioria dos pacientes com doença muscular ativa. Outras enzimas séricas, incluindo CPK, aldolase, DHL, AST/TGO e ALT/TGP, desempenham papéis importantes na caracterização e no acompanhamento da atividade das doenças. No entanto, não são específicas. Qualquer uma dessas enzimas pode ser elevada independentemente das outras; portanto, recomenda-se que todas as enzimas sejam preferencialmente testadas durante a avaliação da suspeita de uma miopatia inflamatória.

Quadro II - Critérios de diagnóstico de EULAR/ACR 2017 para miopatias inflamatórias idiopáticas adultas e juvenis.

Domínio	Variável	Pontos sem biópsia	Pontos com biópsia	Definição
Idade de início	Idade de início do primeiro sintoma relacionado à doença entre 18 e < 40 anos*.	1,3	1,5	
	Idade de início do primeiro sintoma que se supõe estar relacionado à doença (vide nota 1) ≥ 40 anos*.	2,1	2,2	
Fraqueza muscular	Fraqueza simétrica objetiva, geralmente progressiva, predominantemente proximal nas extremidades superiores.	0,7	0,7	Fraqueza predominantemente proximal das extremidades superiores, conforme definido por testes musculares manuais ou outros testes objetivos de força, que estão presentes em ambos os lados e geralmente são progressivos ao longo do tempo.
	Fraqueza simétrica objetiva, geralmente progressiva, predominantemente proximal nas extremidades inferiores.	0,8	0,5	Fraqueza predominantemente proximal das extremidades inferiores, conforme definido por testes musculares manuais ou outro teste de força objetivo, que está presente em ambos os lados e geralmente é progressivo ao longo do tempo.
	Os flexores cervicais são relativamente mais fracos que os extensores do pescoço	1,9	1,6	Os graus musculares para flexores cervicais são relativamente mais baixos do que os extensores do pescoço, conforme definido por testes musculares manuais ou outros testes objetivos de força.
	Nas pernas, os músculos proximais são relativamente mais fracos do que os músculos distais.	0,9	1,2	Os graus musculares para os músculos proximais nas pernas são relativamente mais baixos do que os músculos distais nas pernas, conforme definido por testes musculares manuais ou outros testes objetivos de força.
Manifestações cutâneas	Erupção cutânea (heliotropo)	3,1	3,2	Manchas roxas, lilás ou eritematosas sobre as pálpebras ou em distribuição periorbitária, frequentemente com edema periorbitário.
	Pápulas de Gottron	2,1	2,7	Pápulas eritematosas a violáceas sobre as superfícies extensoras das articulações, que às vezes são escamosas. Pode ocorrer nas articulações dos dedos, cotovelos, joelhos, maléolos e dedos dos pés.
	Sinal de Gottron	3,3	3,7	Máculas eritematosas a violáceas sobre superfícies extensoras das articulações.
Outras manifestações	Disfagia ou dismotilidade esofágica	0,7	0,6	Dificuldade em engolir ou evidência objetiva de dismotilidade do esôfago.
Medições laboratoriais clínicas	Autoanticorpo anti-Jo-1 (anti-histidil RNA transportadora sintetase) presente	3,9	3,8	Teste de autoanticorpos no soro realizado com teste padronizado e validado, mostrando resultado positivo.
	Concentrações séricas elevadas de CPK ou DHL ou AST/TGO ou ALT/TGP**	1,3	1,4	Os valores de teste mais anormais durante o curso da doença (nível absoluto mais alto da enzima) acima do limite superior relevante da normalidade.
Características da biópsia muscular	Infiltrado de células mononucleares ao redor, mas não invadindo as miofibras, na região endomisial.	—	1,7	A biópsia muscular revela células mononucleares endomisiais adjacentes ao sarcolema de fibras musculares não necróticas, de outra forma saudáveis, mas não há invasão clara das fibras musculares
	Infiltrado de células mononucleares na região perimísio e/ou perivascular	—	1,2	As células mononucleares estão localizadas no perimísio e/ou localizadas ao redor dos vasos sanguíneos (em vasos perimisiais ou endomisiais).
	Atrofia perifascicular	—	1,9	A biópsia muscular revela várias fileiras de fibras musculares que são menores na região perifascicular do que fibras mais localizadas centralmente
	Vacúolos com bordas marginadas	—	3,1	Os vacúolos com aro são azulados por coloração de hematoxilina e eosina e avermelhados por colorações modificadas de tricrômico de Gomori

* Considerar 0 (zero) caso não se aplique ao paciente em avaliação; ** Níveis séricos acima do limite superior da normalidade para estes exames.

DIAGNÓSTICO (continuação)

O desempenho muscular é geralmente avaliado por meio de fraqueza muscular, utilizando testes musculares manuais ou por meio de resistência muscular pelo índice funcional. A pontuação total obtida no EULAR/ACR 2017 é convertida em uma probabilidade de ter miopatias inflamatórias idiopáticas visualmente ou utilizando fórmulas matemáticas. Sugere-se à utilização da calculadora web, disponível apenas em língua inglesa www.imm.ki.se/biostatistics/calculators/iim

Figura I - Classificação dos casos conforme pontuação total no EULAR/ACR 2017.

Definitivo	Provável	Possível	Sem miopatia inflamatória idiopática
Probabilidade maior ou igual a 90%	Probabilidade entre 55% e 89%	Probabilidade entre 50% e 55%	Probabilidade menor que 50%

- Para mais aspectos do Diagnóstico, consulte o item **3.3 Outros Aspectos do Diagnóstico** do PCDT Miopatias Inflamatórias pt nº 9, de 02 de julho de 2025 (PCDT Miopatia Inflamatórias).

TRATAMENTO

- Precisa ser individualizado dependendo da gravidade da fraqueza, duração da doença, presença de manifestações extramusculares, malignidade, idade e comorbidades do paciente.
- Para um prognóstico favorável, o diagnóstico deve ser feito o mais breve possível.
- Os objetivos do tratamento são: melhora da capacidade de realizar atividades diárias, aumento e melhora da força muscular, prevenção do desenvolvimento de complicações extramusculares e controle das manifestações de pele (dermatomiosite).
- O tratamento de miopatias inflamatórias é multidisciplinar, baseado no uso de glicocorticoides, imunossuppressores ou imunomoduladores tradicionais, no monitoramento de eventos adversos dos medicamentos e prevenção de complicações, além de terapias adicionais que incluem: exercícios físicos, profilaxia da aspiração das vias aéreas; proteção solar e apoio psicológico.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

- Regimes de exercícios adaptados à gravidade da fraqueza
- Fisioterapia e reabilitação com progressão gradual
- Investigação e manejo da disfagia de transporte (Avaliação com fonoaudiólogo, elevação da cabeceira da cama, Avaliação com nutricionista)
- Fotoproteção
- Acompanhamento psicológico

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Depende em parte do subgrupo específico dessa condição. Os medicamentos incluem glicocorticoides, como prednisona e metilprednisolona, imunossuppressores ou imunomoduladores tradicionais, como metotrexato, azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamida e imunoglobulina humana.

Quadro III - Tratamento das Miopatias Inflamatórias: medicamentos, esquemas de administração e características principais.

Medicamento	Esquemas de administração	Características
Glicocorticóides		
Prednisona e metilprednisolona são a base do tratamento inicial para miopatias inflamatórias, apesar da ausência de diretrizes e ensaios clínicos que recomendem a sua utilização.		
Prednisona Comprimidos de 5 e 20 mg.	Adultos: VO, 1 mg/kg/dia (máx. 80 mg/dia) por 4–6 semanas; redução gradual até 10 mg/dia; manter por 9–12 meses ou mais. Crianças: VO, 1–2 mg/kg/dia (máx. 60 mg/dia) por 4 semanas, com redução gradual.	Normalizam as concentrações séricas das enzimas musculares e melhoram a força muscular. Em formas graves ou manifestações extramusculares é administrada pulsoterapia parenteral. A maioria dos pacientes respondem ao tratamento com medicamentos glicocorticóides, outros se tornam resistentes e a adição de imunossupressor pode ser necessária.
Metilprednisolona (pulsoterapia) Pó para solução injetável de 500 mg.	Adultos: IV, 1.000 mg/dia por 3–5 dias. Crianças: IM ou IV, até 30 mg/kg/dia (máx. 1.000 mg/dia).	
Imunossuppressores		
Metotrexato, azatioprina, ciclosporina e ciclofosfamida são comumente associados a glicocorticoides no tratamento das miopatias inflamatórias. A maioria dos clínicos inicia a terapia com metotrexato ou azatioprina em combinação com glicocorticoides para as miopatias inflamatórias, a menos que o paciente apresente contraindicações.		
Metotrexato Comprimidos de 2,5 mg ou solução injetável de 25 mg/mL.	Adultos: VO/SC/IM, 7,5–15 mg/semana, até 25 mg/semana. Crianças: 15–20 mg/m ² ou 1 mg/kg/semana (máx. 40 mg)	Antifolato; inibe proliferação de linfócitos; Sugerida eficácia mesmo após falha de monoterapia inicial com glicocorticoides. Deve ser usado com cautela em pacientes com doença pulmonar intersticial. Monitoramento da toxicidade.
Azatioprina Comprimidos de 50 mg.	Adultos: VO, iniciar 50 mg/dia; ajustar para 1,5–3 mg/kg/dia. Crianças: VO, 1–3 mg/kg/dia (máx. 150 mg/dia)	Derivado da mercaptopurina; inibe metabolismo da purina interferindo na replicação celular; resposta clínica em 4–8 meses
Ciclosporina Cápsulas de 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg e solução oral de 100 mg/mL.	Adultos: VO, 3–6 mg/kg/dia em 2 doses. Crianças: VO, 3–5 mg/kg/dia (máx. 6 mg/kg/dia)	Inibidor da calcineurina que inibe a produção e liberação das células T; segunda linha em miopatias refratárias e fraqueza muscular ou doença pulmonar intersticial associada. Monitoramento intenso de toxicidade.
Ciclofosfamida (pulsoterapia) Pó para solução injetável de 200 mg e 1.000 mg.	Adultos: IV, 500–750 mg/m ² a cada 4 semanas (máx. 1.200 mg/dose). Crianças: IV, 500–750 mg/m ² a cada 4 semanas	Agente alquilante; usada em casos refratários ou doença pulmonar intersticial (DPI) grave ou vasculite sistêmica associada a dermatomiosite ou polimiosite. Na ausência de DPI agressiva ou vasculite sistêmica, deve ser considerada apenas em pacientes que não respondem a outros agentes de segunda linha.
Imunoglobulinas		
A imunoglobulina humana é usada no tratamento de segunda ou terceira linha, em combinação ou após a falha de glicocorticoides ou outros medicamentos imunossuppressores.		
Imunoglobulina humana Pó para solução injetável ou solução injetável de 0,5 g, 1 g, 2,5 g e 5 g.	Adultos: IV, 1 g/kg/dia por 2 dias OU 2 g/kg por ciclo a cada 4 semanas. Crianças: IV, 1 g/kg/dia por 2 dias (máx. 2 g/kg/ciclo)	Segunda ou terceira linha; eficaz em dermatomiosite e polimiosite refratárias. Segurança no cenário de uma infecção ativa e seu uso concomitante com outros agentes imunossuppressores. Alto custo.
Antimaláricos		
Sulfato de hidroxicloroquina Comprimidos de 400 mg.	Adultos: VO, 400 mg/dia (≤5 mg/kg/dia). Crianças ≥6 anos: VO, 5 mg/kg/dia (máx. 400 mg/dia)	Considerada frequentemente primeira linha para manifestações cutâneas da dermatomiosite. Muitos pacientes necessitam de terapia sistêmica adicional, pois os antimaláricos não tratam outras manifestações da dermatomiosite.

Nota: Os medicamentos ciclofosfamida e metilprednisolona estão contemplados em procedimentos de pulsoterapia, sendo seu fornecimento de responsabilidade do serviço, não sendo dispensados no âmbito da Assistência Farmacêutica.

TRATAMENTO (continuação)

TRATAMENTO EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Gestantes: tratamento de miopatias inflamatórias em mulheres grávidas consiste basicamente no uso de corticoides, em doses habituais ou preferencialmente reduzidas, pelo menor tempo possível, conforme avaliação clínica. As crianças expostas aos corticoides no útero devem ser acompanhadas para observação de sinais de insuficiência adrenal, embora seja rara a ocorrência de insuficiência adrenal neonatal. Ver informações específicas sobre o uso de outros fármacos no item gestação no PCDT completo.

Lactantes: revisar compatibilidade do uso dos medicamentos para o tratamento de miopatias inflamatórias durante a amamentação.

Crianças e adolescentes: O *British Society for Rheumatology*, recomenda o tratamento da miopatia inflamatória ativa na população pediátrica com glicocorticoide oral ou pulsos de metilprednisolona intravenosa, no momento de indução e manutenção da remissão, do tratamento da miosite. Na maioria dos casos, a combinação de altas doses de glicocorticoide e metotrexato é utilizada como primeira linha de tratamento ou, em alguns casos, glicocorticoide com azatioprina ou ciclosporina. Contudo, a associação com o metotrexato é favorecida devido ao perfil de segurança. Nos casos graves ou refratários, preconiza-se o uso de imunoglobulina e ciclofosfamida.

Para mais informações sobre **contraindicações e tratamento de populações específicas** consulte os **itens 6.2.3 e 6.2.4** do PCDT Miopatias Inflamatórias.

CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Existe um período estabelecido para a duração do tratamento. Após se controlar a doença de acordo com os objetivos pretendidos, as doses dos medicamentos podem ser reduzidas gradualmente, sob monitorização sistemática da atividade da doença.

MONITORAMENTO

Sugere-se o monitoramento periódico da força muscular nos quadríceps, deltoides e flexores do pescoço, bem como das enzimas musculares. As enzimas mais comumente avaliadas são as CPK, aldolase, DHL, AST/TGO e ALT/TGP. A melhora clínica tem maior valor na avaliação da resposta terapêutica do que as enzimas musculares séricas. Ajustes nas doses do glicocorticoide com o objetivo de normalizá-las podem determinar doses cumulativas desnecessariamente aumentadas. Além da triagem de doenças infecciosas antes do início do tratamento, a toxicidade dos imunossuppressores deve ser cuidadosamente monitorizada.

A seguir, são descritos os medicamentos empregados no tratamento das miopatias inflamatórias e o respectivo monitoramento clínico e laboratorial:

Glicocorticoides: Glicemia, potássio, perfil lipídico, pressão arterial; densitometria óssea inicial e a cada 1–2 anos; avaliação oftalmológica em uso prolongado

Azatioprina: Hemograma, plaquetas e função hepática quinzenal até 3 meses, depois mensal; suspender ou reduzir em leucopenia, trombocitopenia ou elevação de TGO, TGP ou fosfatase alcalina.

Metotrexato: Hemograma, plaquetas, TGO, TGP, ureia e creatinina; monitoramento mensal inicial até três meses, depois a cada 2–3 meses; Se elevação de TGO e TGP duas vezes o valor do limite, suspender por 2 semanas e avaliar retorno. Avaliar radiografia simples de tórax e testes de função pulmonar. Cautela em pneumopatas. Evitar álcool; Reduzir dose se diminuição de leucócitos, plaquetas ou se surgirem úlceras orais ou estomatite. Suspender se insuficiência renal aguda. Associar ácido fólico; monitorar gravidez (realizar teste Beta HCG) e contracepção.

Ciclofosfamida: Hemograma, plaquetas e EAS 10–14 dias após infusão; risco de infecções, neoplasias, infertilidade e cistite hemorrágica; hidratação vigorosa e mesna; monitorar gravidez e contracepção.

Ciclosporina: Pressão arterial e creatinina antes do início, quinzenal até 3 meses e depois mensal; monitorar perfil lipídico e eletrólitos (potássio); Reduzir ou suspender se hipertensão arterial ou disfunção renal. Na ocorrência de hipercalemia, deve-se considerar a interrupção do medicamento e uso de antihipertensivos para controle do perfil lipídico.

Imunoglobulina humana: Monitorar reações infusionais; risco de meningite asséptica, insuficiência renal, edema pulmonar e eventos trombóticos.

Sulfato de hidroxiquina: Exame oftalmológico inicial e anual; dosagem de CPK e aldolase; suspender em maculopatia ou suspeita de miopatia.

Diversos instrumentos podem ser usados para avaliar a atividade da doença. As principais incluem: atividade global da doença avaliada pelo médico - escala visual analógica (EVA); atividade global da doença avaliada pelo paciente; *Manual Muscle Testing* (MMT), função física medida pelo *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e melhora cutânea medida pela escala *Cutaneous Dermatomyositis Disease Area and Severity Index* (CDASI)

Pacientes com miopatias inflamatórias apresentam risco elevado de neoplasia, sendo maior em pacientes com dermatomiosite. Em caso de suspeita, a investigação do câncer deve incluir exames físicos, avaliação da pele, tomografia do tórax, abdômen e pelve, ultrassonografia do abdômen, endoscopia digestiva alta e colonoscopia e, em mulheres, ultrassonografia ginecológica e mamografia.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS Nº 9, de 02 de julho de 2025 e pode ser acessada em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portaria-no-9-pcdt-miopatias-inflamatorias.pdf>