

**ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

**Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 34 – 19/01/2026**

<b>CID 10</b>	<b>M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9</b>	
<b>Inclusão Critérios Gerais</b>	- Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.	
<b>Medicamento</b>	<b>NAPROXENO</b>	
<b>Apresentação</b>	500 mg (comprimido)	
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Idiopática Juvenil</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, HLA B27);</p> <p>- <b>Exames:</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p>	
<b>Administração</b>	10 a 20 mg/kg/dia divididos em 2 doses por dia.	
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	93 comprimidos	
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, creatinina, AST, ALT e exame de urina a cada 6 meses.	
<b>Exclusão</b>	Sangramento do trato gastrointestinal, doença hepática e renal aguda ou crônica, terceiro trimestre da gestação. Hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento.	
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	
<b>Medicamento</b>	<b>METOTREXATO</b>	<b>LEFLUNOMIDA</b>
<b>Apresentação</b>	2,5 mg (comprimido) e 25 mg/mL injetável (frasco-ampola de 2mL)	20 mg (comprimido) <b>USO APENAS PARA MAIORES DE 18 ANOS</b>
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Idiopática Juvenil</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, HLA B27);</p> <p>- <b>Exames:</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HbsAg, anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p> <p>- <b>Beta-HCG</b> para sexo feminino &lt; 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p>	

<b>Administração</b>	10 a 15 mg/m <sup>2</sup> por semana VO, IV, SC ou IM.  <b>Em casos graves de uveíte:</b> 20 mg/m <sup>2</sup> .	Para pacientes com <b>mais de 40 kg:</b> 20 mg  <b>OBS:</b> Uso apenas para pacientes <b>maiores de 18 anos</b> e com toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) do MTX
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	50 comprimidos 5 frascos-ampola	31 comprimidos
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 4 ou 12 semanas quando há aumento de dose e para pacientes em dose estável a cada 8 ou 12 semanas.	
<b>Exclusão</b>	HIV, hepatites B ou C agudas; gestação, amamentação e concepção; Aumentos de AST/TGO e ALT/TGP mantidos acima de 3 vezes do limite superior da normalidade, a despeito da diminuição da dose do medicamento. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). <b>Leflunomida:</b> idade inferior a 18 anos.	
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	
<b>Medicamento</b>	<b>CICLOSPORINA</b>	<b>SULFASSALAZINA</b>
<b>Apresentação</b>	25, 50, 100 mg (cápsula mole) 100 mg/mL solução oral (frasco de 50 mL)	500 mg (comprimido)
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Formulário Médico para Artrite Idiopática Juvenil</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</li> <li>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, HLA B27);</li> <li>- <b>Exames:</b> Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HbsAg, anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</li> </ul>	
<b>Administração</b>	Na AIJS com SAM: 2 a 5 mg/kg por dia	Artrite relacionada a entesite com comprometimento periférico, sem resposta a AINE: 40 a 50 mg/kg, com máximo de 2 a 3 g/dia.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	496 cáp (25mg), 744 cáp (50 mg), 372 cáp (100 mg) ou 8 frascos	186 comprimidos
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, creatinina, AST, ALT cada 4 a 12 semanas.	Hemograma, AST, ALT, creatinina a cada 1 a 2 semanas, durante incremento de dose e trimestral em manutenção. Imunoglobulinas a cada 6 meses.
<b>Exclusão</b>	HIV, hepatites B ou C agudas. Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s).	

	Se aumento de creatinina 50% considerar redução adicional da dose ou suspensão; - Hipertensão arterial.	-Reações de hipersensibilidade tais como exantema, úlceras orais e síndrome de Stevens-Johnson; - Aleitamento materno de recém-nascido; - Deve ser suspensa no último trimestre da gravidez.
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	
<b>Medicamento</b>	<b>INFLIXIMABE</b>	<b>ADALIMUMABE</b>
<b>Apresentação</b>	10 mg/mL (frasco-ampola com 10mL)	40 mg solução injetável (seringa preenchida)
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Idiopática Juvenil</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, HLA B27);</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada.</p>	
<b>Administração</b>	<p>Iniciar com 3 mg/kg/dose, nas semanas 0, 2, 6 e, após, manter a mesma dose a cada 2 meses, IV. Para pacientes com <b>uveíte</b>: 5 mg/kg, IV.</p> <p><b>OBS: Uso a partir dos 6 anos</b></p>	<p>- Para pacientes com <b>menos de 30 kg</b>: 20 mg a cada 14 dias, SC;</p> <p>- Para pacientes com <b>mais de 30 kg</b>: 40 mg ou 24 mg/m<sup>2</sup> a cada 14 dias, SC;</p> <p>- Para pacientes com <b>uveíte</b>: 24 mg/m<sup>2</sup>, com dose máxima de 40 mg a cada 14 dias, SC.</p> <p><b>OBS: Uso a partir dos 2 anos</b></p>
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	<p><b>Dose de manutenção:</b> de acordo com o peso do paciente.</p> <p><b>Máximo:</b> 10 frascos.</p>	3 seringas
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 a 6 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.	
<b>Exclusão</b>	Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas; insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante.	
	Idade inferior a 6 anos.	Idade inferior a 2 anos.
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	
<b>Medicamento</b>	<b>ETANERCEPTE</b>	<b>TOCILIZUMABE</b>
<b>Apresentação</b>	25 e 50 mg (frasco-ampola ou seringa preenchida)	20 mg/mL (frasco-ampola 4mL)

<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico para Artrite Idiopática Juvenil</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, HLA B27);</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p> <p>- <b>Tocilizumabe: Beta-HCG</b> para sexo feminino &lt; 55 anos (ou declaração médica de que a paciente está na menopausa ou foi submetida a histerectomia ou laqueadura).</p>	
<b>Administração</b>	<p>Dose semanal de 0,8 mg/kg de peso (máximo de 50 mg por dose).</p> <p><b>OBS: Uso a partir dos 2 anos</b></p>	<p>- Para pacientes com <b>menos de 30 kg:</b>  <b>AII poliarticular:</b> 10 mg/kg a cada 4 semanas, IV.  <b>AII sistêmica:</b> 12 mg/kg a cada 2 semanas, IV.  - Para pacientes com <b>mais de 30 kg:</b>  <b>AII poliarticular:</b> 8 mg/kg a cada 4 semanas, IV.  <b>AII sistêmica:</b> 8 mg/kg a cada 2 semanas, IV.  <b>OBS: Uso a partir dos 2 anos</b></p>
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	<p><b>Dose de manutenção:</b> de acordo com o peso do paciente.</p> <p><b>Máximo:</b> 10 frascos de 25 mg e 5 frascos de 50 mg</p>	10 FA
<b>Monitoramento</b>	<p>Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 a 6 meses.</p> <p>Sinais e sintomas de Tuberculose.</p>	<p>Hemograma (cada 4 a 8 semanas nos primeiros 6 meses e posteriormente a cada 12 semanas), AST e ALT (cada 8 semanas nos primeiros 6 meses e posteriormente a cada 12 semanas), colesterol total e frações e triglicerídeos (cada 8 semanas no início e posteriormente a cada 6 meses).</p> <p>Sinais e sintomas de Tuberculose.</p>
<b>Exclusão</b>	<p>Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas. insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante.</p> <p>Idade inferior a 2 anos.</p>	<p>Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Aumento de AST/TGO e ALT/TGP &gt; 5 vezes; Neutrófilo 500-1000/mm<sup>3</sup> e Plaquetas &lt; 50.000 mm<sup>3</sup></p> <p>Idade inferior a 2 anos.</p>
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	

<b>Medicamento</b>	<b>ABATACEPTE</b>
<b>Apresentação</b>	250 mg (frasco-ampola)
<b>Critério de Inclusão</b>	<p>- Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de qualquer idade, de ambos os sexos, seja em forma de início recente ou estabelecida, independentemente da atividade da doença.</p> <p>- Adicionalmente, para o <b>início de tratamento</b> com <b>abatacepte</b>, é necessário que o paciente tenha <b>idade entre 6 anos e menor de 18 anos</b> e apresente <b>ao menos um</b> dos critérios a seguir:</p> <p>a) Artrite Idiopática Juvenil oligoarticular estendida ou poliarticular ou sistêmica e que apresentaram toxicidade ou falha terapêutica ao uso de dois MMCDb;</p> <p>b) Artrite Idiopática Juvenil sistêmica</p> <p>c) Qualquer subtipo de AIJ com uveíte ativa refratária ou intolerante a três imunobiológicos (2 MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe);</p> <p>d) Ter apresentado evento adverso grave a algum MMCDb anti-TNF-alfa e ao tocilizumabe;</p> <p>e) Apresentar contraindicação ou hipersensibilidade ao uso de MMCDb anti-TNF-alfa e tocilizumabe.</p>
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<p>- <b>Formulário Médico Artrite Idiopática Juvenil</b> completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico;</p> <p>- Exames comprobatórios de acordo com os critérios de inclusão assinalados no <b>Formulário Médico</b> (Fator reumatoide, HLA B27);</p> <p>- <b>Exames:</b> Radiografia de tórax, PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA, Hemograma, plaquetas, AST, ALT, creatinina, PCR, VHS, HIV, HBsAg e anti-HCV. Laudo do exame de imagem das áreas afetadas pela doença (radiografia, ressonância magnética, ultrassonografia com doppler ou tomografia computadorizada).</p>
<b>Administração</b>	<p>- Para pacientes com <b>menos de 75 kg</b>: 10 mg/kg de peso: administrado IV inicialmente nos dias 0, 15, 30 e, a seguir, a cada 30 dias.</p> <p>- Para pacientes com <b>60-100 kg</b>: 750 mg administrada IV inicialmente nos dias 0, 15, 30 e, a seguir, a cada 30 dias.</p> <p>- Para pacientes com <b>mais de 100 kg</b>: A dose máxima de 1.000 mg, administrada IV inicialmente nos dias 0, 15, 30 e, a seguir, a cada 30 dias.</p> <p><b>OBS: Uso a partir dos 6 anos</b></p>
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	<p><b>Dose de ataque e manutenção:</b> de acordo com o peso do paciente.</p> <p><b>Máximo: 12 frascos</b></p>
<b>Monitoramento</b>	Hemograma, plaquetas, creatinina, AST e ALT a cada 3 a 6 meses. Sinais e sintomas de Tuberculose.
<b>Exclusão</b>	Hipersensibilidade ou intolerância ao(s) medicamento(s). Tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zoster ativa; hepatites B ou C agudas. insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV; doença neurológica desmielinizante. Idade inferior a 6 anos.

	Idade superior a 18 anos para início de tratamento	
<b>Tempo de Tratamento</b>	A critério médico.	
<b>Associações Não Permitidas</b>	Azatioprina + Metotrexato; Ciclosporina + Metotrexato; Ciclosporina + Leflunomida; MMCDBio + MMCDBio.	
<b>Validade dos Exames</b>	<p>- Beta-HCG: <b>30 dias</b>;</p> <p>- Hemograma, plaquetas, AST, ALT, PCR, VHS, creatinina: <b>6 meses</b>;</p> <p>- HIV, HBsAg, anti-HCV: <b>12 meses</b>. Quando positivo, esses exames têm validade indeterminada.</p> <p>- PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA: <b>12 meses</b>. Caso o paciente tenha exame positivo no passado, a validade é indeterminada. Neste caso, anexar junto ao exame declaração médica de que o paciente já fez quimioprofilaxia para TB.</p> <p>- HLA B27 e Fator Reumatoide: <b>validade indeterminada</b>;</p> <p>- Radiografia de tórax (anexar somente o laudo): <b>12 meses</b>.</p> <p>- Exames de Imagem das áreas afetadas pela doença (anexar somente o laudo): <b>12 meses</b>. Se houver alterações típicas e irreversíveis, têm validade indeterminada.</p> <p><b>-TROCAS entre MMCDBios (anexar):</b> LME, Receita Médica, Formulário Médico com justificativa de troca e Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> <p><b>ATENÇÃO:</b> Nos casos de interrupção de tratamento no período de 6 meses ou mais, para retorno do tratamento, paciente deverá apresentar exame de PPD (Prova Tuberculínica ou Mantoux) ou IGRA atualizado (independente do medicamento biológico em uso).</p>	
<b>Especialidade Médica</b>	<b>Novas Solicitações</b>	Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.
	<b>Adequações</b>	Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.
	<b>Renovações</b>	Preferencialmente reumatologista ou pediatra com experiência em reumatologia.
<p><b>Estratégias de Tratamento:</b> Para cada subtipo de AIJ, os tratamentos preconizados devem seguir fluxogramas específicos.</p> <p><b>AIJ oligoarticular:</b> Iniciar o tratamento com AINE ou glicocorticoide intra-articular. O uso de MMCDs é indicado em casos de duração do efeito do glicocorticoide intra-articular inferior a 6 meses, presença de doença grave e erosiva, acometimento de novas articulações ou de articulações de mau prognóstico (coluna cervical, punhos e tornozelos). Os casos que evoluem como AIJ oligoarticular estendida devem receber tratamento semelhante ao da AIJ poliarticular.</p> <p><b>AIJ poliarticular:</b> Iniciar o tratamento com MTX associado ao ácido fólico (ou folínico). Em caso de toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou ausência de resposta ao MTX, considerar o uso de leflunomida. Se a resposta terapêutica a MMCDs for insuficiente após 3 meses de tratamento, preconiza-se associar um MMCDBio, preferencialmente inibidor de anti TNF-alfa (adalimumabe, etanercepte, infliximabe). Em caso de falha com o primeiro anti TNF-alfa, um segundo anti-TNF alfa poderá ser introduzido ou anti-IL6 (tocilizumabe). Em casos de falha com o segundo MMCDB anti-TNF-alfa ou tocilizumabe, a alternativa disponível é o abatacepte, uma vez que seu uso foi restringido em razão da descontinuação temporária de fabricação do medicamento, conforme petição</p>		

protocolada em 15 de março de 2022. Assim, enquanto o seu desabastecimento persistir, essa apresentação será priorizada para pacientes pediátricos que atendam aos critérios de inclusão específicos.

**Artrite relacionada a Entesite:**

Recomenda-se inicialmente uso de AINE e glicocorticoide intra-articular. Na falha terapêutica em que haja artrite periférica, a sulfassalazina e o MTX podem ser indicados. A presença de entesite não responsiva, mesmo na ausência de artrite, pode ser indicativa da necessidade de inibidor de anti TNF-alfa. Se o paciente apresentar também sacroiliíte deverá ser tratado com anti TNF-alfa e, se o primeiro falhar, um outro anti TNF-alfa deverá ser prescrito.

**Artrite psoriaca:**

Dependendo da apresentação clínica da artrite e da gravidade da psoríase, seguir as normas de tratamento preconizadas anteriormente. Os MMCDbio mais recentes e dirigidos para o tratamento em adultos ainda não foram estudados em crianças e, portanto, ainda não são indicados.

**Artrite sistêmica:**

Iniciar o tratamento com pulsos IV de metilprednisolona seguido de prednisolona por via oral. Se após duas semanas a febre persistir e ainda necessitar altas doses de glicocorticoide, iniciar com MMCDbio, preferencialmente o tocilizumabe.

O uso de corticoide intra-articular e o AINE também podem ser considerados como terapia adjuvante.

Na AIJ sistêmica com predomínio de poliartrite e sem manifestações sistêmicas ativas, o tratamento poderá continuar com a retirada do glicocorticoide e iniciar ou manter o tocilizumabe que oferece boa resposta para a artrite. Se já estava sendo tratado com tocilizumabe sem resposta satisfatória, o tratamento poderá ser conduzido como na AIJ poliarticular, com MTX e anti-TNF-alfa ou abatacepte.

**Síndrome de ativação macrofágica (SAM):**

Iniciar o tratamento com pulsos endovenosos de metilprednisolona. Se falha, acrescentar ciclosporina por via oral ou intravenosa.

**Uveíte associada a AIJ:**

O tratamento de primeira linha é o corticoide tópico. Se a doença não for controlada em 3 meses de tratamento está indicado o tratamento sistêmico com MMCDs. O MTX é a primeira escolha.

Para pacientes que não responderam adequadamente ao MTX, preconiza-se o uso do adalimumabe ou infliximabe, se não for observada resposta ou em caso de recidiva com o primeiro anti-TNF-alfa em dose

padrão, deve-se ajustar dose e intervalo antes de tentar o segundo anti-TNF-alfa. Se não for observada resposta ou em caso de recidiva ao segundo anti-TNF-alfa, preconiza-se tocilizumabe como MMCDb ou ciclosporina como alternativa de MMCDs. Se não for observada resposta ou em caso de recidiva ao uso de tocilizumabe, preconiza-se o uso de abatacepte (em razão da descontinuação temporária de fabricação e enquanto o seu desabastecimento persistir, essa apresentação será priorizada para pacientes pediátricos que atendam a critérios de inclusão). A leflunomida e o etanercepte não estão recomendados.

**MMCDbio:**

Anti TNF alfa: adalimumabe, etanercepte, infliximabe.

Não Anti TNF alfa: tocilizumabe (anti-IL6).

**CID-10:**

**M08.0** Artrite reumatoide juvenil

**M08.1** Espondilite ancilosante juvenil

**M08.2** Artrite juvenil com início sistêmico

**M08.3** Artrite idiopática juvenil poliarticular

**M08.4** Artrite juvenil pauciarticular ou oligoarticular

**M08.8** Outras artrites juvenis

**M08.9** Artrite juvenil não especificada

