

Biológicos na doença inflamatória intestinal e na esofagite eosinofílica

Infliximabe, adalimumabe, golimumabe, vedolizumabe, ustequinumabe, risankizumabe, mirikizumabe, upadacitinibe e tofacitinibe na doença de Crohn e na retocolite, e dupilumabe na esofagite eosinofílica, com PCDT de Crohn 2026 e de RCU 2024, ECCO-ESPGHAN, idades da Anvisa, FDA e EMA, preparo, vacinas e eventos adversos

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. Em estudo (fase 3 e 4)
6. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
7. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
8. Comparação com as referências
9. Fontes

EM RESUMO

Na **doença de Crohn (DC)** e na **retocolite ulcerativa (RCU)** da criança, os biológicos são prescritos pelo **gastroenterologista pediátrico**, de preferência em centro de referência. No SUS, os **PCDT** oferecem **infiximabe IV a partir de 6 anos** (DC e RCU) e **adalimumabe a partir de 6 anos** (DC); **vedolizumabe**, **ustequinumabe** e **tofacitinibe** só a partir de 18 anos. Fora do SUS e fora da bula brasileira, a FDA aprovou o **ustequinumabe a partir de 2 anos** (DC e RCU, 2026) e a EMA, o **golimumabe** na RCU a partir de 2 anos e o **ustequinumabe** na DC a partir de 40 kg. Na **esofagite eosinofílica**, o **dupilumabe** está registrado a partir de **1 ano e 15 kg**, sem incorporação ao SUS, e entra após falha das três opções de primeira linha (SBP/ASBAI 2026). O pediatra **suspeita e encaminha com prioridade (🟡)**, faz a **triagem de tuberculose e hepatites**, completa as **vacinas vivas pelo menos 4 semanas antes** e acompanha crescimento, nutrição, saúde mental e infecções. **Crise grave de RCU (PUCAI $\geq$ 65), suspeita de megacólon tóxico, sangramento volumoso, obstrução ou abscesso, febre em uso de biológico imunossupressor ou inibidor de JAK (mesmo em bom estado) e reação infusional grave** são pronto-socorro (🔴).

1. O que é e como se apresenta

A doença inflamatória intestinal (DII) pediátrica é **mais extensa e mais agressiva** que a do adulto e compromete o crescimento (SBP, DC nº 183/2024). O biológico entra cedo: **anti-TNF de início** na DC de alto risco (doença perianal fistulizante, estenose, retardo grave de crescimento) e depois de falha da nutrição enteral exclusiva, do corticoide e do imunomodulador nas demais; na RCU, depois de mesalazina, corticoide e azatioprina (ECCO-ESPGHAN 2020; PCDT RCU 2024). Abaixo de 6 anos (**VEO-IBD**), excluir causa monogênica antes do biológico — **anti-TNF é contraindicado na doença granulomatosa crônica** (SBP, DC nº 67/2026).

Alvos:

- **TNF- α** : infliximabe (IV, quimérico), adalimumabe e golimumabe (SC, humanos).
- **Integrina $\alpha 4\beta 7$ (tráfego de linfócitos para o intestino)**: vedolizumabe — ação seletiva no intestino.
- **IL-12/IL-23 (p40)**: ustequinumabe. **IL-23 (p19)**: risankizumabe, mirikizumabe, guselcumabe.
- **JAK (orais)**: upadacitinibe (JAK1) e tofacitinibe (JAK1/3).
- **Esofagite eosinofílica (EoE)**: dupilumabe (IL-4R α , inflamação tipo 2).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	DII em remissão em uso de biológico, crescendo; reação no local da injeção; infecção leve sem febre alta; EoE estável em dupilumabe	Seguimento pelo pediatra com o gastroenterologista; vacinas não vivas, crescimento, nutrição, saúde mental; não suspender por conta própria
● Moderada	Suspeita de DII ou DII ativa apesar do tratamento (diarreia com sangue persistente, perda de peso, desaceleração do crescimento, doença perianal); perda de resposta ao biológico; febre em bom estado em uso só de azatioprina ou metotrexato (sem biológico nem JAK); disfagia ou impactação prévia na EoE	Encaminhar com prioridade ao gastroenterologista pediátrico, com hemograma, PCR, VHS, albumina, ferritina e calprotectina; febre: avaliação no mesmo dia e contato com o especialista
● Grave	RCU com PUCAI ≥ 65 ; suspeita de megacólon tóxico ; sangramento volumoso; obstrução, abdome agudo, abscesso perianal ou intra-abdominal; desidratação; febre (axilar ≥ 37,5 °C) em uso de anti-TNF, vedolizumabe, ustekinumabe, anti-IL-23 ou 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 azatioprina ou metotrexato; reação infusional grave ou anafilaxia ; sinais neurológicos novos; impactação alimentar na EoE	Pronto-socorro/hospital com gastroenterologista e cirurgião pediátricos; EoE: endoscopia de urgência

Febre em uso de biológico imunossupressor ou inibidor de JAK — padrão do site (decisão do Dr. Stefani, 03/10/2026): é ● (pronto-socorro) mesmo em bom estado, conforme **Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos** (Infectologia); só com imunossupressor convencional isolado (metotrexato, ciclosporina, azatioprina), sem biológico nem JAK, a febre em bom estado é ● (avaliação no mesmo dia e contato com o especialista). O documento **Artrite idiopática juvenil** (Reumatologia) segue o mesmo padrão. O dupilumabe da esofagite eosinofílica não é imunossupressor: febre segue a avaliação habitual.

Fatores que elevam o risco

- Associação de anti-TNF com tiopurina (infecções; **linfoma hepatoesplênico de células T** raro, sobretudo em meninos adolescentes) ou corticoide.
- Idade < 6 anos (depuração maior do anti-TNF, doença monogênica); desnutrição; *C. difficile* ou citomegalovírus sobrepostos.
- Tuberculose latente não tratada, hepatite B, suscetível à varicela.

3. Diagnóstico no consultório

A suspeita e o encaminhamento seguem **Doença inflamatória intestinal na criança e no adolescente** (Gastroenterologia). Antes do biológico, o pediatra ajuda na triagem (PCDT de Crohn 2026; PCDT AIJ 2026 para o rastreio de tuberculose):

- **Tuberculose:** radiografia de tórax e **PPD ou IGRA**; PPD ≥ 5 mm ou IGRA reagente, excluída doença ativa, trata a infecção latente antes do biológico. **Tuberculose intestinal** imita a DC: pensar nela no nosso meio.
- **Hepatites B e C, HIV, varicela, sarampo e hepatite A** (sorologias conforme a carteira).
- **Hemograma, transaminases, creatinina, albumina**; com JAK, também lipídios.
- **VEO-IBD:** avaliação imunológica com **DHR** antes de qualquer imunossupressor (SBP, DC nº 67/2026).

Durante o tratamento: perda de resposta (volta da diarreia, sangue, dor, queda da albumina ou subida da calprotectina) é avaliada pelo especialista com **dosagem do nível sérico e de anticorpos antifármaco**; não aumentar dose por conta própria.

4. Tratamento e seguimento

Tabela-resumo

MEDICAMENTO	ALVO	INDICAÇÃO PEDIÁTRICA	IDADE MÍNIMA (ANVISA / FDA / EMA)	SUS	VIA E INTERVALO	FONTE
Infliximabe	TNF- α	DC e RCU	6 anos / 6 anos / 6 anos	DC e RCU ≥ 6 anos	IV semanas 0, 2, 6 e depois a cada 8	PCDT DC 2026; PCDT RCU 2024
Adalimumabe	TNF- α	DC (RCU fora do SUS)	DC 6 anos / DC 6 anos, RCU 5 anos / 6 anos	DC ≥ 6 anos	SC a cada 2 semanas	PCDT DC 2026; SBP DC nº 67
Golimumabe	TNF- α	RCU	Adultos / adultos / 2 anos e ≥ 15 kg	Não na RCU	SC a cada 4 semanas	EMA
Vedolizumabe	Integrina $\alpha 4\beta 7$	DC e RCU	Adultos / adultos (pedido pediátrico em análise) / adultos (pedido em análise)	≥ 18 anos	IV semanas 0, 2, 6 e depois a cada 8	InfoSUS; PCDT; Takeda 2026
Ustekinumabe	p40 (IL-12/IL-23)	DC e RCU	Adultos / 2 anos (DC 04/2026; RCU 08/2026) / DC ≥ 40 kg (2025)	≥ 18 anos	IV na indução, depois SC a cada 8–12 semanas	InfoSUS; AGA 2026; EC 2025
Risanquizumabe	p19 (IL-23)	DC e RCU	Adultos / adultos / adultos	Não	IV na indução, depois SC	InfoSUS
Mirikizumabe	p19 (IL-23)	DC e RCU	Adultos (RCU, registro de 12/2024) / adultos / adultos	Não	IV na indução, depois SC	Anvisa (novo registro); ClinicalTrials.gov
Upadacitinibe	JAK1	DC e RCU	Adultos / adultos / adultos	Não	VO diário	InfoSUS

MEDICAMENTO	ALVO	INDICAÇÃO PEDIÁTRICA	IDADE MÍNIMA (ANVISA / FDA / EMA)	SUS	VIA E INTERVALO	FONTE
Tofacitinibe	JAK1/3	RCU	Adultos / adultos / adultos	RCU ≥ 18 anos	VO 12/12 h	PCDT RCU 2024
Dupilumabe	IL-4Rα	EoE	1 ano e ≥ 15 kg / 1 ano e ≥ 15 kg / 1 ano e ≥ 15 kg	Não para EoE	SC por peso	SBP/ASBAI 2026; Anvisa 11/2024

Doses pediátricas (prescrição do especialista)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Infliximabe IV	5 mg/kg	Semanas 0, 2 e 6; depois a cada 8 semanas	Manutenção	PCDT DC 2026 e RCU 2024; ≥ 6 anos; com imunomodulador na criança ; sem resposta em 10 semanas da 1ª infusão, não manter (PCDT DC 2026)
Adalimumabe SC (DC)	≥ 40 kg: 160 mg, 80 mg na semana 2, depois 40 mg; < 40 kg: 80 mg, 40 mg na semana 2, depois 20 mg	Semanas 0 e 2; depois a cada 2 semanas	Manutenção	PCDT DC 2026; ≥ 6 anos; ≥ 40 kg pode encurtar para 40 mg semanal na perda de resposta. Abaixo de 40 kg: manutenção de 20 mg a cada 2 semanas (aumento para 20 mg semanal na perda de resposta), conforme a bula brasileira de adalimumabe e a EMA (Humira®) — padrão do site, como em Doença inflamatória intestinal (Gastroenterologia). Divergência: o PCDT DC 2026 traz 10–20 mg; o 10 mg corresponde à dose inferior do estudo pediátrico e à bula anterior do Humira® (doença moderada)
Ustequinumabe, golimumabe, vedolizumabe, risanquizumabe, JAK	Conforme bula do país que aprovou e protocolo do centro	—	—	Uso pediátrico fora da bula brasileira; decisão do gastroenterologista
Dupilumabe SC (EoE)	15 a < 30 kg 200 mg e 30 a < 40 kg 300 mg a cada 2 semanas; ≥ 40 kg 300 mg semanal	Conforme peso	Contínuo	SBP/ASBAI 2026; Anvisa ≥ 1 ano e ≥ 15 kg; como em Esofagite eosinofílica

Eventos adversos que o pediatra reconhece

- **Anti-TNF: reação infusional** ao infliximabe (febre, calafrios, urticária, broncoespasmo, hipotensão, até 2 h após) e reação tardia (artralgia, exantema, febre 3–12 dias depois); tuberculose, infecções oportunistas, reativação de hepatite B; **lesões psoriasiformes paradoxais**; doença desmielinizante; anticorpos antifármaco com perda de resposta.
- **Vedolizumabe:** infecções respiratórias leves, cefaleia, reação infusional.
- **Ustequinumabe e anti-IL-23:** bem tolerados; infecções leves; transaminases (risanquizumabe e mirikizumabe — bula).
- **JAK:** herpes-zóster, dislipidemia, acne, citopenias, **trombose** (alerta da FDA).

- **Dupilumabe:** conjuntivite, reação no local, eosinofilia transitória.

Vacinas (Manual dos CRIE 2023, como em DII e Vacinação da criança

imunocomprometida): revisar a carteira **ao diagnóstico**, porque o biológico costuma vir logo; **não vivas ≥ 2 semanas e vivas ≥ 4 semanas antes; vivas contraindicadas com anti-TNF, vedolizumabe, anti-IL-12/23 e JAK em qualquer dose** (com dupilumabe na EoE, decidir com o especialista e o CRIE, como em O que são as imunoterapias); antes do anti-TNF: influenza, pneumocócica (VPC20 pelo CRIE), hepatite B, dT e HPV; vacinar os conviventes. **Recém-nascido de mãe em anti-TNF na gestação:** adiar a BCG pelo menos até 6 meses (SBP, Calendário 2026/2027, adotado; Manual dos CRIE 2023, 6 a 12 meses); o **rotavírus segue a SBP**, que só o contraindica quando a mãe usou rituximabe. **Divergência:** o PCDT de Crohn 2026 (item 6.6.1) recomenda que o filho de mãe em anti-TNF na gestação não receba vacinas vivas (BCG, rotavírus, pólio oral) nos 6 primeiros meses, o que inclui o rotavírus. Se o PCDT for seguido, o rotavírus pode ser feito depois dos 6 meses, dentro do limite de idade adotado pelo site (1ª dose até 11 meses e 29 dias — SBP; Vacinas — Atualizações 2026); o site segue a SBP (padrão do site, decisão do Dr. Stefani de 03/10/2026), e o PCDT fica como divergência.

Outros cuidados do pediatra: curva de crescimento e puberdade (o crescimento é desfecho do tratamento), nutrição e ferro, vitamina D (600 UI/dia de 1 a 18 anos — SBP 2024), saúde mental, escola, adesão e transição para o gastroenterologista de adultos.

Não usar: loperamida, opioides e anticolinérgicos na colite ativa; anti-inflamatórios não esteroides; corticoide prolongado como manutenção; ciprofloxacino de rotina na criança (PCDT DC 2026).

5. Em estudo (fase 3 e 4)

Registros abertos no ClinicalTrials.gov:

ESTUDO (REGISTRO)	FASE	POPULAÇÃO	DESFECHO PRINCIPAL	SITUAÇÃO
UNITI Jr (NCT04673357)	3	DC, 2 a 17 anos, uestequinumabe	Remissão clínica na semana 8 da indução	Concluído; base das aprovações FDA 2026 e EMA 2025
UNIFI Jr (NCT04630028)	3	RCU, 2 a 17 anos, uestequinumabe	Remissão clínica	Concluído; base da aprovação FDA 08/2026
KEPLER (NCT04779307) e WEBB (NCT04779320)	3	RCU e DC, 2 a 17 anos, vedolizumabe	Remissão na semana 54	Concluído e em andamento; pedidos à FDA e à EMA em 2026
RISE (NCT05995353) e MIGHTY (NCT07071519)	3	DC e RCU, 2 a 17 anos, risanquizumabe	Atividade e segurança	Recrutando
SHINE-ON (NCT04844606) e AMAY (NCT05509777)	3	RCU e DC pediátricas, mirikizumabe	Eficácia e segurança	Recrutando
U-ASTOUND (NCT05782907) e U-EMPOWER (NCT06332534)	3	RCU e DC, 2 a 17 anos, upadacitinibe	Eficácia, farmacocinética e segurança	Ativo e recrutando
Tofacitinibe na RCU pediátrica (NCT04624230)	3	2 a 17 anos	Eficácia e segurança	Ativo, sem recrutamento
MACARONI-23 (NCT05923073)	3	DC, 2 a 17 anos, guselcumabe	Eficácia e segurança	Recrutando
EoE KIDS (NCT04394351) e EoE-TOTs (NCT07112378)	3	EoE, 1 a 11 anos e 6 meses a 6 anos, dupilumabe	Remissão histológica	Concluído (base da aprovação ≥ 1 ano) e recrutando

6. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- RCU com **PUCAI ≥ 65**, distensão abdominal com dor e febre (megacólon tóxico), sangramento volumoso ou instabilidade.
- Obstrução, abdome agudo, abscesso perianal ou intra-abdominal; desidratação.
- **Febre ≥ 37,5 °C axilar em uso de anti-TNF, vedolizumabe, uestequinumabe, anti-IL-23 ou JAK, mesmo em bom estado** (Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos); com azatioprina ou metotrexato sem biológico, febre com toxemia, hipotensão ou desconforto respiratório.
- **Reação infusional grave ou anafilaxia**; varicela ou sarampo no imunossuprimido (exposição: contato urgente com o CRIE).

- **Alimento parado no esôfago (EoE):** pronto-socorro com endoscopia pediátrica, sem oferecer comida ou líquido se não engole a saliva.

Como encaminhar: anafilaxia — **adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente)**, repetir em 5–15 min se necessário (Protocolo de Anafilaxia do site); oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso e expansão na desidratação ou no choque; jejum se abdome agudo; analgesia com paracetamol 10–15 mg/kg/dose ou dipirona 15 mg/kg/dose (sem anti-inflamatório); SAMU (192) se instável; contato prévio com o serviço; **relatório com diagnóstico, PUCAI, medicamento, dose e data da última aplicação**, exames e vacinas.

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

- "A medicação controla a inflamação e ajuda a crescer; não pule doses e não pare sem falar com o médico."
- "Antes de qualquer vacina, conte que a criança usa remédio para a imunidade; vacinas vivas não podem ser aplicadas."
- "Volte a avisar o gastroenterologista se a diarreia, o sangue ou a dor voltarem."
- **Pronto-socorro se:** muitas evacuações com sangue, barriga inchada e dolorida, qualquer febre em quem usa o remédio injetável ou o comprimido para o intestino, febre com prostração, vômitos que não param, sinais de desidratação, falta de ar, inchaço de rosto ou chiado durante ou logo após a infusão, catapora ou contato com catapora ou sarampo, alimento entalado sem conseguir engolir a saliva.

8. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	DC nº 183/2024; MO nº 212/2025; DC nº 67/2026 (VEO-IBD); SBP/ASBAI 2026 (EoE)	PCDT DC, Portaria Conjunta nº 51, 18/05/2026; PCDT RCU, Portaria Conjunta nº 9, 12/09/2024	Sem diretriz própria; revisão em Pediatrías 2023 e NASPGHAN como apoio	TA187 (2010), TA329 (02/2015), NG129 e NG130 (2019)	SEGHNP/AEP (conforme DII do site)	Sem posição específica localizada	Programa de VEO-IBD do Boston Children's	Segue o NICE
Anti-TNF na criança	Especialista; anti-TNF de início no alto risco (ECCO-ESPGHAN)	Infliximabe ≥ 6 anos (DC, RCU); adalimumabe ≥ 6 (DC)	Anti-TNF precoce no alto risco	Infliximabe 6 a 17 anos na DC e na RCU graves	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Outros mecanismos	Sem posição	Vedolizumabe, uestequinumabe, tofacitinibe ≥ 18 anos	FDA: uestequinumabe ≥ 2 anos (2026)	Sem avaliação pediátrica localizada	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Menores de 6 anos	DHR e genética antes; individualizado	Biológico não preconizado < 6 anos	NASPGHAN: fora da bula com nível sérico	Fora da bula	—	Sem posição específica localizada	Exoma em trio como 1ª linha	Segue BSPGHAN/ESPGHAN
Dupilumabe na EoE	Após falha da 1ª linha; Anvisa ≥ 1 ano e 15 kg	Não incorporado	Biológicos em casos difíceis	TA938 encerrada sem recomendação	Anterior ao registro	Sem posição específica localizada	Não citado	Segue o NICE
Vacinas	Antes do imunossupressor	Calendário antes; sem vivas; BCG e rotavírus adiados no RN exposto	Sem vivas sob biológico	—	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que o biológico é do especialista, que o anti-TNF é a base na criança, que deve vir cedo na DC de alto risco, que a triagem de tuberculose e as vacinas vivas precedem o início e que a perda de resposta se investiga com nível sérico. **Divergências:** (1) **acesso** — FDA e EMA já aprovaram para crianças o uestequinumabe (FDA a partir de 2 anos na DC e na RCU; EMA na DC a partir de 40 kg) e o golimumabe na RCU (EMA, a partir de 2 anos), e há pedidos pediátricos do vedolizumabe, enquanto a bula brasileira e os PCDT restringem esses mecanismos a adultos; (2) **menores de 6 anos** — o PCDT não preconiza biológico e a NASPGHAN e a SBP (DC nº 67) admitem anti-TNF fora da bula, com nível sérico, após excluir causa monogênica; (3) **adalimumabe na RCU** — aprovado na FDA a partir de 5 anos, mas ausente do PCDT de RCU; (4) **recém-nascido exposto ao anti-TNF** — o PCDT adia BCG e rotavírus por 6 meses, e a SBP adia a BCG e só contraindica o rotavírus se a mãe usou rituximabe (o site segue a SBP; o PCDT fica como divergência); (5) **adalimumabe abaixo de 40 kg** — o PCDT traz 10–20 mg a cada 2 semanas na manutenção, e a bula e a EMA, 20 mg (o site segue a bula e a EMA; o PCDT fica como divergência). Johns Hopkins sem posição localizada; Harvard pelo programa de VEO-IBD; Oxford e Cambridge seguem o NICE. **O site**

adota a SBP (diagnóstico, papel do pediatra, VEO-IBD, EoE e vacinas do recém-nascido) e, nas doses, idades e acesso, **o Ministério da Saúde (PCDT de Crohn 2026 e de RCU 2024)**, exceto a manutenção do adalimumabe abaixo de 40 kg (bula e EMA), coerente com Doença inflamatória intestinal e Esofagite eosinofílica (Gastroenterologia).

PONTOS PRÁTICOS

1. Ao diagnóstico de DII, revise vacinas e sorologias: o biológico costuma vir logo, e as vivas precisam de 4 semanas antes.
2. Triagem de tuberculose (radiografia e PPD ou IGRA) e hepatite B antes de qualquer biológico; lembre que a tuberculose intestinal imita a doença de Crohn.
3. Abaixo de 6 anos, avaliação imunológica e genética antes do anti-TNF.
4. Crescimento é desfecho do tratamento: a curva vai em toda consulta.
5. PUCAI ≥ 65 , megacólon, febre em uso de biológico ou JAK (mesmo em bom estado) e reação infusional grave são pronto-socorro.

Veja também, nesta Biblioteca: **Doença inflamatória intestinal na criança e no adolescente e Esofagite eosinofílica e disfagia na criança** (Gastroenterologia); **Doença inflamatória intestinal de início muito precoce (VEO-IBD) e Esofagite eosinofílica — Consenso Brasileiro SBP/ASBAI** (Temas SBP); **O que são as imunoterapias e como preparar a criança**, **Biológicos e inibidores de JAK na dermatite atópica e na psoríase** e **Biológicos na reumatologia pediátrica** (nesta área); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** (Imunizações); **Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos** (Infectologia); **Protocolo de Anafilaxia** (Urgências).

9. Fontes

- Ministério da Saúde. PCDT da Doença de Crohn, Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 51, 18/05/2026. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT da Retocolite Ulcerativa, Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 9, 12/09/2024. [PDF](#)
- EMA. Humira (adalimumabe), resumo das características do produto — doença de Crohn pediátrica (Tabela 4). [PDF](#); bula brasileira de adalimumabe (posologia pediátrica na doença de Crohn). consultaremedios.com.br
- Anvisa. Omvoh (miriquizumabe) — novo registro (retocolite ulcerativa em adultos, DOU de 02/12/2024). gov.br/anvisa
- InfoSUS (SES-SC). Fichas de registro na Anvisa (infliximabe, vedolizumabe, ustekinumabe, risankizumabe, upadacitinibe, dupilumabe), consultadas em 10/2026.

- EMA. Simponi (golimumabe), EPAR — RCU pediátrica a partir de 2 anos e 15 kg. ema.europa.eu
- AGA, GI and Hepatology News. FDA amplia o ustekinumabe para a RCU pediátrica a partir de 2 anos, 08/2026. news.gastro.org
- Johnson & Johnson. Comissão Europeia aprova o ustekinumabe na doença de Crohn pediátrica (≥ 40 kg), 04/2025. jnj.com
- Takeda. FDA aceita o pedido do vedolizumabe IV na RCU e na DC pediátricas (estudos KEPLER e WEBB) e pedido enviado à EMA, 09/06/2026. takeda.com
- NICE. TA187 — Infliximab and adalimumab for Crohn's disease, 2010. nice.org.uk; TA329 — Infliximab, adalimumab and golimumab for ulcerative colitis, 25/02/2015. nice.org.uk; NG129 e NG130, 2019. nice.org.uk
- ClinicalTrials.gov. Registros NCT04673357, NCT04630028, NCT04779307, NCT04779320, NCT05995353, NCT07071519, NCT04844606, NCT05509777, NCT05782907, NCT06332534, NCT04624230, NCT05923073, NCT04394351, NCT07112378. clinicaltrials.gov
- Documentos do site usados como base (posições da SBP, ECCO-ESPGHAN, NASPGHAN, AEP e Boston Children's): Doença inflamatória intestinal e Esofagite eosinofílica (Gastroenterologia, 10/2026); VEO-IBD e Esofagite eosinofílica — consenso 2026 (Temas SBP); Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (Manual dos CRIE 2023).

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.