

Biológicos na reumatologia pediátrica

Anti-TNF, tocilizumabe, abatacepte, canaquinumabe, anakinra e inibidores de JAK na AIJ e na uveíte; belimumabe e rituximabe no lúpus; bloqueio de IL-1 nas autoinflamatórias; infliximabe e anakinra no Kawasaki refratário, com o PCDT da AIJ 2026, 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 reumatologia pediátrica, os biológicos entram quando a doença não responde ao tratamento convencional ou ameaça órgão. Na **artrite idiopática juvenil (AIJ)**, o **PCDT de 2026** oferece no SUS **etanercepte, adalimumabe e tocilizumabe a partir de 2 anos e infliximabe e abatacepte a partir de 6 anos**, depois de metotrexato; na **uveíte**, adalimumabe ou infliximabe (**etanercepte não serve para o olho**). Fora do SUS estão o canaquinumabe e a anaquinra (AIJ sistêmica e febres hereditárias), golimumabe, tofacitinibe, baricitinibe e upadacitinibe; no **lúpus**, o belimumabe (a partir de 5 anos) e o rituximabe; no **Kawasaki refratário**, o infliximabe (SBP 2019). O pediatra **reconhece a indicação e encaminha com prioridade** (🟡), faz a **triagem de tuberculose e hepatites**, completa as **vacinas vivas pelo menos 4 semanas antes** e acompanha crescimento, osso e infecções. **Febre em quem usa biológico ou JAK (mesmo em bom estado), febre com toxemia em imunossuprimido, febre persistente com ferritina em alta e plaquetas em queda (SAM), reação infusional grave, varicela ou sarampo no imunossuprimido e olho vermelho doloroso com baixa visual** são pronto-socorro ou urgência (🔴). Com tocilizumabe ou bloqueio de IL-1, **febre e PCR podem faltar** mesmo em infecção grave.

1. O que é e como se apresenta

Doenças **autoimunes** (AIJ oligo e poliarticular, lúpus, uveíte) dependem de linfócitos T e B e de TNF- α ; as **autoinflamatórias** (AIJ sistêmica, criopirinopatias — CAPS, febre familiar do Mediterrâneo — FMF, TRAPS, deficiência de mevalonato quinase) dependem da IL-1 e da IL-6. Os alvos:

- **TNF- α :** etanercepte (receptor solúvel); adalimumabe, infliximabe e golimumabe (monoclonais — só estes tratam uveíte). **IL-6:** tocilizumabe. **IL-1:** anaquinra e canaquinumabe.
- **Linfócito T:** abatacepte (CTLA4-Ig). **Linfócito B:** rituximabe (anti-CD20) e belimumabe (anti-BLyS). **Interferon tipo I:** anifrolumabe (em estudo na criança). **JAK:** tofacitinibe, baricitinibe e upadacitinibe (orais).

Quem chega ao biológico: AIJ poliarticular sem resposta ao metotrexato em 3 meses; AIJ sistêmica com febre ou corticoide alto após 2 semanas; entesite refratária; uveíte sem controle com colírio e metotrexato (PCDT 2026); lúpus refratário ou com risco a órgão (SBP 2018); FMF resistente à colchicina e CAPS (EULAR/PReS 2024); Kawasaki com febre após a 2ª imunoglobulina e o pulso (SBP 2019).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Doença inativa ou de baixa atividade em uso de biológico; reação no local da injeção; infecção respiratória leve, afebril, em bom estado	Seguimento pelo pediatra com o reumatologista: vacinas, crescimento, exames de monitorização; não suspender o biológico por conta própria
● Moderada	Indicação de biológico (doença ativa apesar do tratamento convencional); nova articulação, perda de função; febre em bom estado em uso só de metotrexato (sem biológico nem JAK); neutrófilos 500–1.000/mm ³ , transaminases 1–3 vezes o normal, dislipidemia (tocilizumabe); contato com tuberculose; herpes-zóster localizado	Encaminhar com prioridade ao reumatologista pediátrico; febre: avaliação no mesmo dia, hemograma e PCR, contato com o especialista; zóster: aciclovir conforme o especialista
● Grave	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 , hipotensão ou desconforto respiratório; febre persistente com citopenia, ferritina em alta e VHS em queda (SAM); reação infusional grave ou anafilaxia (infliximabe, tocilizumabe, abatacepte, rituximabe); dor abdominal intensa em uso de tocilizumabe (perfuração); varicela, zóster disseminado ou sarampo no imunossuprimido; sinais neurológicos novos (desmielinização com anti-TNF; leucoencefalopatia com rituximabe); olho vermelho doloroso, fotofobia ou baixa visual ; dispneia, edema de membro ou dor torácica (trombose com JAK)	Pronto-socorro/hospital ; olho: oftalmologista com 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.

Fatores que elevam o risco

- Tocilizumabe, canakinumabe e anakinra **mascaram febre e PCR**: a infecção grave e a SAM podem vir com pouca febre e PCR quase normal.

- Associação com corticoide em dose alta ou ciclofosfamida; hipogamaglobulinemia após rituximabe; neutropenia.
- Tuberculose latente não tratada, hepatite B, suscetível à varicela; lactente ou criança pequena.

3. Diagnóstico no consultório

Antes do biológico (PCDT 2026): radiografia de tórax e PPD ou IGRA — PPD ≥ 5 mm ou IGRA reagente, ou radiografia com sequela não tratada, ou contato próximo nos últimos 2 anos, excluída a doença ativa, **trata a infecção latente** e o biológico começa após 4 semanas; sorologias de **hepatites B e C e HIV**; varicela (IgG); hemograma, transaminases, creatinina; com tocilizumabe e JAK, **lipídios**; antes do rituximabe, **hepatite B e imunoglobulinas**. PPD ou IGRA anual (PCDT 2026).

Monitorização (PCDT 2026): anti-TNF — hemograma, transaminases e creatinina no início e a cada 3–6 meses; tocilizumabe — hemograma a cada 4–8 semanas nos 6 primeiros meses e depois a cada 12, transaminases a cada 8 semanas e depois a cada 12, lipídios a cada 8 semanas e depois a cada 6 meses; **suspender o tocilizumabe** com neutrófilos $< 500/\text{mm}^3$, plaquetas $< 50.000/\text{mm}^3$ ou transaminases > 5 vezes o normal.

Febre em uso de biológico: hemograma, PCR, VHS, ferritina, transaminases e urina; **ferritina em alta com plaquetas, VHS e fibrinogênio em queda é SAM até prova em contrário.**

4. Tratamento e seguimento

Tabela-resumo

MEDICAMENTO	ALVO	INDICAÇÃO PEDIÁTRICA	IDADE MÍNIMA (ANVISA / FDA / EMA)	SUS	VIA E INTERVALO	FONTE
Etanercepte	TNF- α	AIJ poliarticular	2 anos / 2 anos / 2 anos	AIJ $\geq$ 2 anos	SC semanal	PCDT 2026
Adalimumabe	TNF- α	AIJ, uveíte	2 anos / 2 anos / 2 anos	AIJ e uveíte $\geq$ 2 anos	SC a cada 14 dias	PCDT 2026
Infliximabe	TNF- α	AIJ, uveíte (fora da bula); Kawasaki refratário	AIJ no PCDT $\geq$ 6 anos / sem indicação na AIJ / sem indicação na AIJ	AIJ e uveíte $\geq$ 6 anos	IV semanas 0, 2, 6 e depois a cada 2 meses	PCDT 2026; SBP 2019
Golimumabe	TNF- α	AIJ poliarticular	2 anos / 2 anos (IV) / 2 anos	Não para AIJ	SC mensal ou IV	InfoSUS; EMA
Tocilizumabe	Receptor da IL-6	AIJ sistêmica e poliarticular	2 anos / 2 anos / 2 anos	AIJ $\geq$ 2 anos	IV a cada 2 (sistêmica) ou 4 semanas	PCDT 2026; EMA
Abatacepte	CTLA4-Ig	AIJ poliarticular	IV 6 anos, SC $\geq$ 50 kg / 2 anos / 2 anos	AIJ $\geq$ 6 anos (restrito por desabastecimento)	IV dias 0, 15, 30 e depois mensal	PCDT 2026; InfoSUS
Canaquinumabe	IL-1 β	AIJ sistêmica, CAPS, TRAPS, MKD, FMF resistente	2 anos / 2 anos (CAPS 4) / 2 anos	Não (Conitec 2019)	SC a cada 4 semanas	InfoSUS; EMA
Anaquinra	Receptor da IL-1	Still/AIJ sistêmica, CAPS, FMF	8 meses e $\geq$ 10 kg (07/2026) / CAPS neonatal (NOMID) /	Não	SC diária	InfoSUS; Anvisa 2026

MEDICAMENTO	ALVO	INDICAÇÃO PEDIÁTRICA	IDADE MÍNIMA (ANVISA / FDA / EMA)	SUS	VIA E INTERVALO	FONTE
			8 meses e ≥ 10 kg			
Tofacitinibe	JAK1/3	AIJ poliarticular	Indicação pediátrica não localizada / 2 anos / 2 anos	Não para AIJ	VO 12/12 h	FDA 2020; RCM europeu
Baricitinibe	JAK1/2	AIJ	Sem indicação pediátrica / sem indicação / 2 anos	Não	VO diário	EMA
Upadacitinibe	JAK1	AIJ poliarticular após anti-TNF	Não localizado / 2 anos (2024) / não localizado	Não	VO diário	FDA 2024
Belimumabe	BLyS	Lúpus ativo e nefrite lúpica	5 anos / 5 anos / 5 anos	Não (Conitec 2018 e 2023)	IV mensal	InfoSUS; bula
Rituximabe	CD20	Lúpus refratário, vasculites ANCA, PTI, síndrome nefrótica	Lúpus fora da bula	PTI e síndrome nefrótica pediátricas incorporadas em 2025	IV em ciclos	InfoSUS; SBP 2018

Doses pediátricas (prescrição do especialista)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
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; uveíte 24 mg/m ² (máx. 40 mg)	A cada 14 dias	Contínuo	PCDT 2026; ≥ 2 anos
Infliximabe IV (AIJ)	3 mg/kg; uveíte 5 mg/kg	Semanas 0, 2, 6 e depois a cada 2 meses	Contínuo	PCDT 2026; ≥ 6 anos; pré-medicação e observação da infusão
Tocilizumabe IV	Sistêmica: < 30 kg 12 mg/kg; ≥ 30 kg 8 mg/kg. Poliarticular: < 30 kg 10 mg/kg; ≥ 30 kg 8 mg/kg	Sistêmica 2/2 semanas; poliarticular 4/4 semanas	Contínuo	PCDT 2026; ≥ 2 anos
Abatacepte IV	< 75 kg 10 mg/kg; 75–100 kg 750 mg; > 100 kg 1.000 mg	Dias 0, 15 e 30, depois a cada 30 dias	Contínuo	PCDT 2026 (faixa corrigida em 05/2026); ≥ 6 anos
Canaquinumabe SC (AIJ sistêmica)	4 mg/kg (máx. 300 mg)	A cada 4 semanas	Contínuo	Bula; AEP 2020; fora do SUS. TRAPS, MKD e FMF: ver Febres periódicas
Anaquinra SC (AIJ sistêmica)	2–4 mg/kg/dia (máx. 8 mg/kg/dia ou 300 mg/dia)	Diária	Conforme resposta	AEP 2020; SAM: 5–10 mg/kg/dia, de preferência IV (EULAR/ACR 2022, como em SAM)
Tofacitinibe VO	10 a < 20 kg 3,2 mg; 20 a < 40 kg 4 mg; ≥ 40 kg 5 mg	12/12 h	Contínuo	RCM europeu e bula FDA (≥ 2 anos); fora do SUS
Belimumabe IV	10 mg/kg	Dias 0, 14 e 28, depois a cada 4 semanas	Contínuo	Bula (≥ 5 anos); fora do SUS
Infliximabe IV (Kawasaki refratário)	5 mg/kg	Dose única	—	SBP 2019 (AEP 2020: 6 mg/kg); como em Doença de Kawasaki

Eventos adversos que o pediatra reconhece

- **Anti-TNF:** tuberculose (frequentemente extrapulmonar), infecções fúngicas e bacterianas, reativação de hepatite B, **doença desmielinizante** e insuficiência cardíaca (suspender — PCDT 2026), psoríase paradoxal, linfoma (raro).

- **Tocilizumabe:** neutropenia, transaminases e lipídios elevados, **perfuração intestinal** (rara), **febre e PCR suprimidas**. **Anti-IL-1:** infecções respiratórias, neutropenia.
- **Abatacepte, infliximabe, rituximabe:** **reação infusional** (febre, calafrios, urticária, broncoespasmo, hipotensão) durante ou nas horas seguintes; rituximabe: **hipogamaglobulinemia**, infecções, reativação de hepatite B, leucoencefalopatia multifocal progressiva (rara).
- **Inibidores de JAK:** herpes-zóster, infecções, dislipidemia, citopenias e **trombose** (alerta da FDA).
- **Belimumabe:** infecções, reações infusionais, depressão e ideação suicida (alerta de bula).

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

imunocomprometida): calendário completo e **influenza anual**; **não vivas em qualquer grau de imunossupressão**; **vivas contraindicadas com biológicos e JAK** e com corticoide ≥ 2 mg/kg/dia (até 10 kg) ou ≥ 20 mg/dia por ≥ 14 dias; antes de iniciar, **não vivas ≥ 2 semanas e vivas ≥ 4 semanas antes**; após rituximabe, **vivas ≥ 6 meses** depois da última dose; após imunoglobulina 2 g/kg (Kawasaki), vivas injetáveis **11 meses** depois; vacinar os conviventes. Hidroxicloroquina, sulfassalazina e corticoide intra-articular não são imunossupressores. **No lúpus, o site segue o CRIE** (exceção formal à SBP 2018, que contraindica vivas sem graduar).

Outros cuidados do pediatra: crescimento, cálcio e vitamina D (600 UI/dia de 1 a 18 anos — SBP 2024), contracepção na adolescente (**metotrexato, leflunomida e tocilizumabe contraindicados na gestação** — PCDT 2026) e transição.

Quando suspender: decisão do reumatologista, em geral após **12 meses de doença inativa**; de imediato em infecção grave, desmielinização ou insuficiência cardíaca classe III–IV (PCDT 2026).

Não fazer: corticoide "de teste" antes do diagnóstico; vacina viva sem saber dose e data do último biológico; tratar febre em quem usa tocilizumabe ou anti-IL-1 como "virose" sem examinar e colher exames; **etanercepte na uveíte**.

5. Em estudo (fase 3 e 4)

Registros abertos no ClinicalTrials.gov:

ESTUDO (REGISTRO)	FASE	POPULAÇÃO	DESFECHO PRINCIPAL	SITUAÇÃO
JUVE-BASIS (NCT03773978)	3	AIJ, 2 a 17 anos, baricitinibe	Tempo até a reativação	Concluído; resultados publicados (Ramanan, 2023), base da aprovação europeia
JUVE-X (NCT03773965)	3	AIJ, 1 a 18 anos, baricitinibe (extensão)	Segurança em longo prazo	Recrutando
SELECT-sJIA (NCT05609630)	3	AIJ sistêmica, 1 a 17 anos, upadacitinibe e tocilizumabe	Resposta ACR 30 adaptada	Recrutando
BLOSSOM (NCT05835310)	3	Lúpus, 5 a 17 anos, anifrolumabe IV	Farmacocinética, eficácia e segurança	Recrutando
EMERALD (NCT05001737)	3	SAM na doença de Still, a partir de 6 meses, emapalumabe	Eficácia e segurança	Concluído
ANACOMP (NCT04656184)	3	Kawasaki resistente à imunoglobulina, 3 meses a 17 anos	Anaquinra × 2 ^a imunoglobulina (febre)	Recrutando

6. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Febre $\geq 37,5$ °C axilar em uso de biológico ou JAK, mesmo em bom estado** (Infectologia do site) — **mesmo com PCR baixa** se usa tocilizumabe ou anti-IL-1; com metotrexato isolado, febre com toxemia, hipotensão, desconforto respiratório ou dor localizada intensa.
- **SAM:** febre persistente, citopenias, hepatoesplenomegalia, sangramento, sonolência, ferritina em alta.
- **Reação infusional grave ou anafilaxia; dor abdominal intensa** em uso de tocilizumabe.
- Varicela, zóster disseminado ou sarampo; **exposição** do suscetível à varicela ou ao sarampo: contato urgente com o CRIE.
- Sinais neurológicos novos; dispneia, dor torácica ou edema de membro em uso de JAK.
- **Olho vermelho doloroso, fotofobia ou queda da visão:** oftalmologista com urgência.

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 no choque (ver **Sepse e choque séptico na criança**); antitérmico se desconforto (dipirona 15 mg/kg/dose ou paracetamol 10–15 mg/kg/dose); **não iniciar corticoide** antes do contato com o reumatologista, salvo anafilaxia; SAMU (192) se instável; contato prévio; **relatório com**

diagnóstico, medicamento, dose e data da última aplicação, PPD ou IGRA, sorologias e vacinas.

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

- "A injeção controla a doença; não pare nem atrase por conta própria. Febre em quem usa a injeção ou o comprimido para a imunidade: leve ao pronto-socorro e avise o reumatologista."
- "Com alguns remédios a febre pode ser baixa mesmo em infecção forte: criança abatida, com falta de ar ou muito sonolenta vai ao pronto-socorro."
- "Antes de qualquer vacina, avise que a criança usa remédio para a imunidade; vacinas de vírus vivo não podem ser aplicadas."
- **Pronto-socorro se:** febre em quem usa injeção ou comprimido para a imunidade, febre com prostração, manchas roxas ou sangramento, falta de ar, dor de barriga forte, inchaço do rosto ou chiado logo após a infusão, catapora ou contato com catapora ou sarampo, fraqueza ou alteração da visão ou da fala, olho vermelho com dor.

8. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Dep. de Reumatologia: AIJ, 10/2022; LES, DC nº 2/2018; Kawasaki, 2019; PFAPA, 2017; SAM, DC nº 38/2023	PCDT AIJ, Portaria Conjunta nº 34, 19/01/2026 (ajuste 05/2026); PCDT LES 2022	Sem diretriz própria; ACR 2019/2021 como apoio	TA373 (12/2015), TA238 (12/2011), TA685 (03/2021), TA752 (2021)	Protocolos SERPE/AEP, 2020	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
AIJ poliarticular	Metotrexato; biológico se persistir	Anti-TNF após 3 meses de MTX; 2º anti-TNF ou tocilizumabe; abatacepte	ACR: escalonamento semelhante	Abatacepte, adalimumabe, etanercepte e tocilizumabe nas idades da bula	Anti-TNF, abatacepte, tocilizumabe	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
AIJ sistêmica	Corticoide; tocilizumabe	Pulso e prednisona; tocilizumabe se falha; sem canaquinumabe	ACR: anti-IL-1 ou anti-IL-6 em 1ª linha	Anaquinra após ≥ 1 MMCD (≥ 8 meses, ≥ 10 kg); tocilizumabe após MTX (≥ 2 anos)	Anaquinra, canaquinumabe ou tocilizumabe como opção inicial	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Uveíte	Rastreamento; especialista	Adalimumabe ou infliximabe; etanercepte não	ACR: anti-TNF monoclonal	Sem avaliação pediátrica localizada	Adalimumabe	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Lúpus	Belimumabe e rituximabe no refratário	Sem biológico no PCDT; belimumabe não incorporado	—	Belimumabe na alta atividade (TA752)	Belimumabe	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Kawasaki refratário	2ª IGIV, pulso, infliximabe 5 mg/kg	—	AHA: corticoide ou infliximabe	—	Infliximabe 6 mg/kg; anaquinra	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência no escalonamento (metotrexato antes do biológico na poliartrite), no anti-TNF monoclonal e não no etanercepte para a uveíte, na triagem de tuberculose antes de começar e na proibição de vacinas vivas sob biológico. **Divergências:** na **AIJ sistêmica**, a ACR 2021 e a AEP 2020 aceitam anti-IL-1 ou anti-IL-6 como primeira opção, enquanto o PCDT começa por corticoide e só oferece o tocilizumabe, sem canaquinumabe (Conitec 2019) nem anaquinra; nas **idades**, o PCDT usa infliximabe na AIJ a partir de 6 anos, indicação que FDA e EMA não aprovaram, e os inibidores de JAK pediátricos (aprovados na FDA e na EMA a partir de 2 anos) não têm indicação pediátrica localizada na Anvisa; no **lúpus**, NICE e AEP usam o belimumabe e o SUS não o incorporou; no **Kawasaki**, a SBP usa infliximabe 5 mg/kg e a AEP 6 mg/kg ou anaquinra. Johns Hopkins e Harvard sem posição localizada; Oxford e Cambridge seguem o NICE. **O site adota a SBP** (indicação e sequência; infliximabe 5 mg/kg no Kawasaki; belimumabe e rituximabe no lúpus refratário) e, nas doses, idades e acesso, **o Ministério da Saúde (PCDT da AIJ 2026)**; vacinas pelo **CRIE 2023**.

PONTOS PRÁTICOS

1. Doença ativa apesar de metotrexato ou corticoide: reumatologista pediátrico com prioridade, já com PPD ou IGRA, radiografia de tórax e sorologias.
2. Vacinas vivas pelo menos 4 semanas antes do biológico; durante, só não vivas; influenza anual; vacinar os conviventes.
3. Febre em uso de biológico ou JAK vai ao pronto-socorro, mesmo em bom estado; com tocilizumabe ou anti-IL-1, febre baixa e PCR normal não excluem infecção grave.
4. Ferritina subindo com plaquetas e VHS em queda é SAM: hospital.
5. Etanercepte não trata uveíte; o exame oftalmológico periódico continua obrigatório.

Veja também, nesta Biblioteca: **Artrite idiopática juvenil (AIJ)**, **Lúpus eritematoso sistêmico juvenil**, **Doença de Kawasaki**, **Febres periódicas e síndromes autoinflamatórias**, **Síndrome de ativação macrofágica e linfo-histiocitose hemofagocítica (HLH)** e **Dermatomiosite juvenil** (Reumatologia); **O que são as imunoterapias e como preparar a criança**, **Biológicos e inibidores de JAK na dermatite atópica e na psoríase** e **Biológicos na doença inflamatória intestinal e na esofagite eosinofílica** (nesta área); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** (Imunizações); **Protocolo de Anafilaxia** (Urgências); **Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos** (Infectologia).

9. Fontes

- Ministério da Saúde. PCDT da Artrite Idiopática Juvenil, Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 34, 19/01/2026 (com a correção do abatacepte, 05/2026). gov.br/conitec
- InfoSUS (SES-SC). Fichas de registro na Anvisa e decisões da Conitec (golimumabe, tocilizumabe, abatacepte, canaquinumabe, anakinra, belimumabe, rituximabe, infliximabe), consultadas em 10/2026. infosus.saude.sc.gov.br
- AEP/SERPE. Artritis idiopática juvenil sistêmica. Protocolos de Reumatología, 2020. [PDF](#)
- EMA. EPAR de Simponi (golimumabe), RoActemra (tocilizumabe) e Ilaris (canaquinumabe). [Simponi](#); [RoActemra](#); [Ilaris](#)
- Healio. FDA aprova upadacitinibe na AIJ poliarticular e na artrite psoriásica a partir de 2 anos, 06/2024. healio.com
- NICE. TA373 — Abatacept, adalimumab, etanercept and tocilizumab for JIA, 16/12/2015. nice.org.uk; TA238 — Tocilizumab for systemic JIA, 14/12/2011. nice.org.uk; TA685 —

Anakinra for Still's disease, 31/03/2021. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

- ClinicalTrials.gov. Registros NCT03773978, NCT03773965, NCT05609630, NCT05835310, NCT05001737, NCT04656184. clinicaltrials.gov
- Documentos do site usados como base (doses, critérios e posições da SBP, ACR, AHA, EULAR e AEP): Artrite idiopática juvenil, Lúpus eritematoso sistêmico juvenil, Doença de Kawasaki, Febres periódicas e síndromes autoinflamatórias e Síndrome de ativação macrofágica (Reumatologia, 10/2026); 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.