

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2º Núcleo de Justiça 4.0 - Cível Privada

**COMARCA:** Belo Horizonte

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2026.00010120

**IDADE:** 26 anos

**Sexo:** Masculino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: K50.0

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicação Ustequinumabe (Nome comercial referência: Stelara)

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Doença de Crohn

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 63.562, 74.105, 78.640

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Emissão de nota técnica sobre o preenchimento dos requisitos da ADI 7.265/STF e da DUT 65.6 da ANS para o uso do Ustequinumabe no caso específico do agravado.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, datada de 16/10/2024, 24/02/2026, 11/03/2026, 12/03/2026, 14/03/2026, trata-se de paciente da Saúde Suplementar Hapvida, de **26 anos, com** diagnóstico desde 2022 de **Doença Crohn moderada a grave**. Apresenta **acometimento de ileocolônico, com descompensações frequentes. Internações em 2024 em CTI, por atividade grave da doença cursando com colite pseudomembranas, anemia e desnutrição e em 12/03/2026 devido atividade da doença, complicada com estenose do íleo terminal e suboclusão intestinal, estando em uso de prednisona em desmame e azatioprina. Durante internação necessitou de dieta parenteral para auxílio do trânsito intestinal. TC abdome 27.02.2026: achados compatíveis com processo inflamatório intestinal com componente obstrutivo. TC abdome e pelve 09/03/2026: Alterações em alças ileais fortemente sugestivas de doença**

**Crohn, com estenoses e fenótipo penetrante (coleção mesentérica). Moderada quantidade de líquido livre peritoneal, espessamento peritoneal de aspecto inflamatório/reacional. Pequeno derrame pleural bilateral com atelectasia pouco maior à esquerda. Linfonodomegalias mesentéricas reacionais. Esplenomegalia leve, inespecífica. Já fez uso de adalimumabe em 2023 e 2024 com falha terapêutica verdadeira ao anti-TNF (Realizado TDM para adalimumabe, demonstrando: níveis séricos adequados, ausência de anticorpos anti-adalimumabe); infliximabe de novembro 2024 a março de 2025, com reação adversa de dermatite bolhosa. Diante da quadro de doença de Crohn complicada refratária, corticodependente, com falha verdadeira ao anti-TNF (adalimumabe) e reação adversa ao infliximabe, necessita imunobiológico ustekinumabe venoso, dose de indução 3 frascos, de 130mg conforme peso corporal (60kg), e de remissão de 90mg a cada 8 semanas após a indução, subcutâneo para melhor controle da doença alcançar remissão clínica e evitar internações de repetição. Teve pedido indeferido pelo convenio em fevereiro e março/2026, sob alegação de divergência de posologia de bula e pelo município sob alegação que, apesar de incorporado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, até o momento, não está disponível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), para doença de Crohn somente para psoríase.**

**A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal imunomediada, incurável, caracterizada pelo acometimento segmentar, assimétrico, transmural ou granulomatose de qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao ânus. De etiologia ainda desconhecida, esta condição é caracterizada por uma complexa interação entre fatores do meio ambiente, susceptibilidade genética e flora intestinal que contribuem para determinar uma resposta imune anormal e comprometimento da função da barreira epitelial. Geralmente a doença tem início na 2 e 3ª décadas de vida, mas pode afetar indivíduos de qualquer idade. É responsável por morbidade e**

disabilidade significativas que aumentam com a progressão do do dano intestinal. Apresente sob **três formas: inflamatória, fistulosa e fibroestenossante, e é marcada por períodos de manifestações agudas e de remissões, tendo estágios descritos conforme o Índice de Harvey-Bradshaw (IHB).**

Variável	Descrição	Escore
A	Bem-estar geral	0 = muito bem 1 = levemente comprometido 2 = ruim 3 = muito ruim 4 = péssimo
B	Dor abdominal (dia anterior)	0 = nenhuma 1 = leve 2 = moderada 3 = intensa
C	Número de evacuações líquidas por dia (dia anterior)	1 por evacuação
D	Massa abdominal	0 = ausente 1 = duvidosa 2 = definida 3 =definida e dolorosa
E	Complicações	1 por item: Dor nas articulações Inflamação ocular (Uveíte) Eritema nodoso Úlceras aftosas Pioderma gangrenoso Fissura anal Nova fístula Abscesso
Total	Soma dos escores das variáveis A B	Interpretação: Remissão: <5 Doença Leve: 5 a 7 Doença Moderada: 8 a 16 Doença Grave: >16

Fonte: Adaptado de Harvey-Bradshaw (1980) (5).

**O diagnóstico pode ser difícil devido à heterogeneidade das manifestações e à sua sobreposição com as da retocolite ulcerativa, bem como a ausência ocasional de sintomas gastrointestinais relevantes. O sintoma mais comum na ocasião do diagnóstico é diarreia crônica, seguida por sangramento (40% - 50%), perda de peso (60%) e dor abdominal (70%) com impacto na qualidade de vida. O achado de fadiga, febre, palidez, caquexia, fístulas e fissuras perianais, além de massas abdominais, são muito comuns. A colonoscopia com duas biópsias de cinco sítios distintos, incluindo o íleo, é o método preferencial para o diagnóstico. Tipicamente este exame revela lesões ulceradas, entremeadas de áreas com mucosa normal, acometimento focal,**

**assimétrico e descontínuo, que a biopsia podem mostrar alteração transmural, padrão segmentar e presença de granulomas não caseosos. Radiografia de trânsito de delgado, ou tomografia computadorizada enteral (TC enteral) ou ressonância magnética enteral (RNM enteral) podem ser indicadas, se disponíveis e geralmente revelam o acometimento do intestino delgado e presença de fístulas.** Em casos difíceis, a endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas pode ser útil para firmar o diagnóstico na presença de granulomas ou gastrite focal. **Exames laboratoriais como hemograma completo, proteína-c reativa (PCR), calprotectina fecal (CF), velocidade de hemossedimentação (VHS) e lactoferrina, podem auxiliar na investigação.**

O manejo e as características da doença descrevem o grau de gravidade.

IHB	Classificação	Manejo e características
5 a 7	Pacientes com doença leve	Costumam ser atendidos ambulatorialmente. Toleram bem a alimentação, apresentam-se bem hidratados e sem perda de peso superior a 10%. Podem apresentar sinais de toxicidade, massas dolorosas à palpação ou sinais de obstrução intestinal.
≥ 8	Pacientes com doença moderada a grave	Sujeitos a atendimento hospitalar. Usualmente em estado geral bastante comprometido, podendo apresentar um ou mais dos seguintes sintomas: febre, perda de peso, dor abdominal acentuada, anemia ou diarreia frequente (3 ou mais evacuações por dia).
> 8	Pacientes com manifestações graves/fulminantes	Necessitam atendimento hospitalar. São aqueles que não alcançaram sucesso com o tratamento ambulatorial e/ou apresentam febre alta, vômitos persistentes, sinais obstrutivos intestinais, de caquexia, de irritação peritoneal ou presença de abscessos intra-abdominais.

Fonte: Adaptado do PCDT-DC (6).

Nota: IHB: Índice de Harvey-Bradshaw

A avaliação da extensão da doença e comprometimento do intestino delgado proximal é importante, pois influenciará na conduta terapêutica e no seguimento do paciente. **O tratamento da DC é complexo e definido segundo a localização da doença, o grau de atividade e as complicações. As opções terapêuticas devem ser individualizadas considerando a relação risco benefício entre a eficácia e os potenciais efeitos adversos do medicamento; a resposta prévia ao tratamento; e a presença de manifestações ou complicações extra intestinais, o que exige habilidades clínicas e cirúrgicas em algumas situações. Deve**

objetivar a indução da remissão clínica por pelo menos 6 meses, melhoria da qualidade de vida e, após, manutenção da remissão com prevenção das recorrências. Como medida não farmacológica o abandono do tabaco deve ser incentivado. **O tratamento clínico clássico é baseado no uso de aminossalicilatos, corticosteroides, antibióticos e imunossupressores incluindo os biológicos.** Além de controlar a doença levando a sua remissão, o tratamento deve preocupar com a segurança e os custos da terapia a longo prazo capaz de prevenir as recaídas. **O tratamento cirúrgico é necessário para tratar** obstruções, **complicações supurativas** e doença refratária aos tratamentos medicamentosos. Em pacientes com fístulas, o objetivo primário é o fechamento delas sem drenagem, com compressão leve do trajeto fistuloso, durante 1 mês e a manutenção desse estado sem o novas fístulas por pelo menos 6 meses.

**Os fármacos imunossupressores como 6-mercaptopurina (6-MP), azatioprina e metotrexato; e os fármacos biológicos como infliximabe, adalimumabe, certolizumabe vedolizumabe e ustekinumabe (UST) de forma isolada ou combinada, são usados para o tratamento da doença.** Os guias actuais de tratamento recomendam a intervenção precoce com tratamento imunossupressor biológico nos pacientes de alto risco que se apresentam com fenotipo de enfermidade grave.

No Sistema Único de Saúde (SUS) o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn (PDCT da DC) define a doença, seu diagnóstico e manejo. Este protocolo reconhece que o uso de sulfassalazina, mesalazina e antibióticos não têm ação uniforme ao longo do trato gastrointestinal, enquanto que os corticosteroides, imunossupressores e terapias anti-TNF parecem ter uma ação mais constante em todos os segmentos gastrointestinais. O uso isolado de antimicrobianos deve ser restrito as suspeita de complicação infecciosa, como abscesso, e para o tratamento de fístulas. As escassas pesquisas com terapia isolada com antibióticos para o controle da atividade inflamatória não têm mostrado resultados conclusivos, além determinar efeitos deletérios

como indução de resistência antimicrobiana e neuropatia periférica com metronidazol. **No tratamento de indução de remissão da DC na fase aguda leve a moderada pode ser usado sulfasalazina ou corticóides**, sendo a **sulfasalazina indicada na doença colônica** ou ileocolônica e o corticóide na ileal, já que a despeito da eficácia da sulfasalazina ser inferior aos corticóides, seu perfil de efeitos adversos melhor, porém apresenta efeito muito modesto quando comparado a placebo na forma ileal. **Pacientes que não obtiverem resposta** clínica significativa **após 6 semanas**, que se mostraram **intolerantes ou com contraindicação ao uso dos fármacos devem ser tratados como se tivessem doença moderada a grave**, de acordo com seu estado clínico. **Pacientes com doença colônica ou ileocolônica que se tornem intolerantes ao uso da sulfasalazina** pelo desenvolvimento de reações alérgicas, discrasia sanguínea, hepatite, pancreatite, dor abdominal de forte intensidade ou algum outro efeito adverso grave podem utilizar **mesalazina**, que tem na literatura **demonstrado efeito marginal**. Pacientes com **doença moderada a grave devem ser tratados com prednisona** ou mesmo metilprednisolona em altas doses com taxas de resposta de 80%-90%. Inexiste benefício em se associar aminossalicilato ao corticosteroide. **A azatioprina também é eficaz em induzir a remissão da DC**, principalmente após a décima sétima semana de uso. Também é útil para pacientes com recorrência dos sintomas, sendo eficaz tanto na indução como na manutenção da remissão. Falta de resposta clínica inicial à azatioprina pode se dever à variabilidade individual no metabolismo do fármaco por diferenças na atividade da enzima tiopurina-metiltransferase (TPMT). **Pacientes que não respondem a azatioprina após 10 semanas de uso em doses adequadas, deve-se considerar a associação de alopurinol** e com concomitante redução de 50% na dose de azatioprina, já que o alopurinol atua na via da TPM, com resultante diminuição da atividade da doença. Essa associação é contraindicada em indivíduos com leucopenia prévia; ou que apresente leucopenia no decorrer do uso do seu uso. Nos pacientes nos quais não é possível diminuir a dose de corticoesteroide sem que haja

recidiva dos sintomas, **cortico-dependentes deve-se acrescentar a azatioprina ao tratamento**. Nos casos sem resposta inicial com o uso a azatioprina em doses adequadas, recomenda-se a associação de azatioprina mais allopurinol. Alternativamente, pode-se usar metotrexato por via intramuscular. **Para pacientes com IHB igual ou superior a 8, sem resposta clínica significativa aos corticosteroide após 6 semanas; à azatioprina mais alopurinol; ao metotrexato; com contraindicação ou intolerância a corticosteroide e imunossupressor, pode ser considerada a terapia de indução com anti-TNF: infliximabe, adalimumabe ou certolizumabe pegol**. Essa terapia, porém, deverá ser suspensa se não houver resposta após 2 doses, resposta esta definida por uma redução de pelo menos 3 pontos do IHB ou poderá ser continuada se houver clara evidência de doença ativa, determinada por sintomas clínicos ou por marcadores biológicos de inflamação, ou por achados endoscópicos, devendo a continuidade do tratamento ser reavaliada a cada 12 meses. Pacientes que obtiveram sucesso na indução da remissão, o tratamento de manutenção é recomendado. Se a **remissão foi alcançada com o uso de corticosteroides, o uso de azatioprina (2,0 - 2,5 mg/kg/dia) é recomendado na fase de manutenção**. Para aqueles em tratamento de manutenção que apresentaram progressão da doença, mesmo em uso de azatioprina e metotrexato, **o uso de infliximabe (5 mg/Kg/dia a cada 8 semanas) ou adalimumabe (40 mg a cada 2 semanas) ou certolizumabe pegol (400 mg a cada 4 semanas) é recomendado, com o uso desses anti-TNF até a falha do tratamento e a necessidade de reavaliação do tratamento a cada 12 meses**. Além da efetividade na manutenção da remissão clínica, a reavaliação da terapia anti-TNF deve considerar os riscos de efeitos adversos, relacionados à manutenção do tratamento e os riscos de recaídas, relacionados à interrupção do tratamento. Com base em comparações indiretas por meio de meta-análise em rede, o infliximabe parece ser o agente biológico mais eficaz para a indução de remissão em pacientes sem história de uso prévio, ou seja, virgens de

imunobiológicos.

**A DC com atividade inflamatória intestinal grave a fulminante deve ser tratada preferencialmente em hospitais terciários. Devem receber hidratação, transfusões e suporte nutricional, se clinicamente indicados. A avaliação cirúrgica será solicitada se houver suspeita de obstrução. Inicia-se o tratamento com hidrocortisona, que após a melhora clínica e a retomada da via oral, passando, então, os pacientes a serem tratados da mesma forma que os com doença moderada a grave. Deve ser considerada a associação de azatioprina; considerando adicionar alopurinol na ausência de resposta clínica após 10 semanas, ou metotrexato, especialmente para os com recaída precoce. Pacientes que não melhorarem devem ser avaliados por uma equipe cirúrgica. Inexistem estudos controlados sobre o uso de infliximabe, certolizumabe pegol ou adalimumabe nesta situação, não sendo, portanto, recomendado neste Protocolo. Em quadros clínicos sugestivos de sub-oclusão crônica associado à desnutrição significativa, deve-se solicitar avaliação cirúrgica.**

**Pacientes com infecções ou abscessos devem receber terapia com antibióticos apropriados e drenagem cirúrgica ou percutânea, conforme o mais adequado ao caso, considerando as condições assistenciais do local de atendimento. Entre 50% a 80% dos pacientes com DC necessitarão de cirurgia em algum momento da evolução da doença, sendo os principais motivos estenoses sintomáticas, refratariedade ao tratamento clínico ou complicações com fístulas e doenças perianais. O limiar para indicação cirúrgica é mais baixo em pacientes com doença ileocolônica localizada, sendo que alguns advogam cirurgia antes da terapia anti-TNF em tais casos.**

**A terapia na fase de manutenção para prevenção de recorrência envolve os fármacos utilizados na fase de atividade. Pode-se iniciar com azatioprina. Inexiste benefício do uso de sulfassalazina ou mesalazina como profilaxia de recorrência após remissão clínica. Corticosteroides não devem ser usados como terapia de manutenção. Para os pacientes que**

entraram em remissão com o uso de metotrexato, pode-se manter este fármaco. **A azatioprina ou o metotrexato IM em monoterapia podem ser considerados para a manutenção de pacientes com remissão induzida por terapia anti-TNF. Em caso de falha, caracterizada por progressão de sintomas e recorrências** apesar do uso de azatioprina ou metotrexato, **recomenda-se utilizar drogas imunobiológicas infliximabe, adalimumabe, certolizumabe pegol. Essas devem ser usadas até sua falha** (incluindo necessidade de cirurgia), **com reavaliação de sua manutenção a cada 12 meses, considerando a remissão, riscos de efeitos adversos associados à manutenção do tratamento e riscos de recaídas com a interrupção do tratamento.** Apesar de não haver na literatura comparações diretas entre os agentes, **não parece haver superioridade de um anti-TNF sobre outro.** Entretanto, simulação de Monte Carlo por Cadeia de Markov **identificou o adalimumabe como o agente provavelmente mais eficaz das três opções.** Na presença de **fístulas perianais simples assintomáticas não está indicado tratamento específico, porém as complicações perianais não supurativas usualmente respondem a metronidazol, com ou sem ciprofloxacino.** A azatioprina, sem indicação formalizada pode ser usada. Não há indicação para o uso de terapia anti-TNF no tratamento de fístulas perianais simples, que usualmente respondem ao tratamento cirúrgico local quando a doença inflamatória intraluminal estiver controlada. Já **nas fístulas perianais complexas (trans, supra ou extraesfincteriana), a terapia anti-TNF está indicada após a adequada exclusão de sepse concomitante. Infliximabe ou adalimumabe são a primeira linha de tratamento, mas há preferência para o infliximabe por ter evidências mais robustas de eficácia.** O adalimumabe combinado a ciprofloxacino é superior à monoterapia com adalimumabe segundo um ECR. Casos refratários devem ser tratados cirurgicamente. Inexiste ECR que tenha avaliado a eficácia de anti-TNF para o tratamento de fístulas enterocutâneas, enteroentéricas, enterovesicais, ou enteroginecológicas.

O UST é um inibidor seletivo de IL-12 e 23, aprovado pela ANVISA para diversas indicações: psoríase, artrite psoriásica, para o qual está incorporado ao SUS na DC e retocolite ulcerativa ativa de moderada a grave, que tiveram uma resposta inadequada, perda de resposta ou que foram intolerantes à terapia convencional ou ao anti-TNF-alfa ou que tem contraindicações para tais terapias, indicação estas avaliadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) com parecer final favorável a incorporação ao SUS. Recomendado na indução terapia venosa em dose que varia com o peso sendo peso  $\leq 55$  kg: 260 mg,  $> 55$  kg a  $\leq 85$  kg: 390 mg, e  $> 85$  kg: 520 mg. Na semana 8 administrar 90 mg, SC, e depois a cada 8 semanas. Conforme revisões da Cochrane existem evidências de moderada/alta qualidade sugerem sua eficácia na indução da remissão clínica e melhora clínica em pacientes com DC moderada a grave, sem um risco aumentado de eventos adversos (evidência de alta certeza) ou eventos adversos graves (evidência de certeza moderada) em relação ao placebo. A Conitec avaliou entre os efeitos desejáveis, o UST demonstrou superar o placebo para obtenção de resposta clínica e remissão clínica em pacientes com DC ativa moderada a grave com indicação de terapia biológica e com falha ou intolerância aos anti-TNF. Contudo, UST não apresentou benefícios adicionais ao ser comparado com o adalimumabe, infliximabe e certolizumabe. Com relação ao perfil de segurança, o UST se assemelhou a todos os comparadores. É importante destacar que não foram encontrados estudos que abordassem o uso de UST para pacientes com DC ativa moderada a grave, com indicação de terapia biológica e com contraindicação aos anti-TNF. Em geral, para todos os desfechos, a certeza da evidência foi considerada alta ao comparar UST com placebo. Já para os anti-TNFs, a avaliação da certeza geral da evidência, a partir das meta-análises em rede incluídas, revela que os resultados obtidos para desfechos de eficácia e segurança foram considerados com nível de confiança moderado. Na análise do

demandante externo, os 6 estudos de fase 3 incluídos sugerem que o UST atende a uma necessidade médica atual não atendida, fornecendo uma opção de tratamento adicional para pacientes com DC ativa moderada a grave com um novo mecanismo de ação que pode induzir e manter a resposta e remissão clínica e, como consequência, melhorar a QVRS do paciente, ao mesmo tempo em que fornece um esquema de dosagem minimamente invasivo. As agências Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (**CADTH**), do Canadá; National Institute for Health and Care Excellence (**NICE**), do Reino Unido; Scottish Health Technologies Group (**SMC**), da Escócia; Haute Autorité de Santé (**HAS**), da França; Pharmaceutical Benefits Advisor Committee (**PBAC**), da Austrália, **apresentam recomendações favoráveis para o uso de UST em pacientes com DC**. Cabe destacar que a **CADTH recomenda o uso deste tratamento para pacientes adultos com DC ativa moderada a grave que tiveram uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância a imunomoduladores ou a um ou mais antagonistas do TNF-alfa ou que tiveram uma resposta inadequada, intolerância ou dependência demonstrada a corticosteroides**. Enquanto o **NICE e a SMC incluem também pacientes que apresentam contraindicações médicas para estas terapias**. Foram detectadas sete tecnologias potenciais para o tratamento de pacientes diagnosticados com DC ativa moderada a grave, com indicação de terapia biológica e contraindicação, falha ou intolerância a tratamentos prévios. Upadacitinibe inibidor de JAK1, brazicumabe, guselcumabe, miriquizumabe e risanquizumabe são antagonistas da IL-23 e etrasimode e ozanimode, agonistas do receptor S1P1. Apenas upadacitinibe e risanquizumabe possuem registro para a indicação na FDA e EMA.

**Conclusão:** No caso em tela, trata-se de paciente Conforme documentação médica, datada de 16/10/2024, 24/02/2026, 11/03/2026, 12/03/2026, 14/03/2026, trata-se de paciente da **Saúde Suplementar Hapvida, de 26 anos, com diagnóstico desde 2022 de DC moderada a grave**. Apresenta **acometimento de ileocolônico, com descompensações frequentes**.

**Internações em 2024 em CTI, por atividade grave da doença cursando com colite pseudomembranas, anemia e desnutrição e em 12/03/2026 devido atividade da doença, complicada com estenose do íleo terminal e suboclusão intestinal, estando em uso de prednisona em desmame e azatioprina. Durante internação necessitou de dieta parenteral para auxílio do trânsito intestinal. TC abdome 27.02.2026: achados compatíveis com processo inflamatório intestinal com componente obstrutivo. TC abdome e pelve 09/03/2026: Alterações em alças ileais fortemente sugestivas de DC, com estenoses e fenótipo penetrante (coleção mesentérica). Moderada quantidade de líquido livre peritoneal, espessamento peritoneal de aspecto inflamatório/reacional. Pequeno derrame pleural bilateral com atelectasia. Linfonomegalias reacionais. Esplenomegalia leve, inespecífica. Já fez uso de adalimumabe em 2023 e 2024 com falha terapêutica verdadeira ao anti-TNF (Realizado TDM para adalimumabe, com: níveis séricos adequados, ausência de anticorpos anti-adalimumabe); infliximabe de 11/2024 a 03/2025, com reação adversa de dermatite bolhosa. Diante da quadro de doença de Crohn complicada refratária, corticodependente, com falha verdadeira ao anti-TNF (adalimumabe) e reação adversa ao infliximabe, necessita UST venoso, dose de indução 3 frascos, de 130mg conforme peso corporal (60kg), e de remissão de 90mg a cada 8 semanas após a indução, subcutâneo para melhor controle da doença alcançar remissão clínica e evitar internações de repetição. Teve pedido indeferido pelo convenio em fevereiro e março/2026, sob alegação de divergência de posologia de bula e pelo município sob alegação que, apesar de incorporado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, até o momento, não está disponível no SIGTAP, para DC somente para psoríase.**

**Na DC o tratamento é complexo e definido segundo a localização da doença, o grau de atividade e as complicações. As opções terapêuticas devem ser individualizadas de acordo com a resposta sintomática e a**

tolerância ao tratamento. **Corticóides como os glicocorticóides e a prednisona, fármacos imunossupressores como azatioprina, 6-mercaptopurina e metotrexato; e os fármacos biológicos como infliximabe, adalimumabe, vedolizumabe e UST, de forma isolada ou combinada, são usados para o tratamento da doença. No SUS o PDCT da DC reconhece que o uso de sulfasalazina, mesalazina e antibióticos não têm ação uniforme ao longo do trato gastrointestinal, já os imunossupressores, corticoides, e terapias anti-TNF parecem ter ação mais constante em qualquer parte do trato gastrointestinais. No tratamento de indução de remissão da DC na fase aguda leve a moderada pode ser usado sulfasalazina ou corticóides. A azatioprina também é eficaz em induzir a remissão da DC, sendo também indicado para pacientes com recorrência dos sintomas, sendo eficaz tanto na indução como na manutenção da remissão. Pacientes que não respondem a azatioprina após 10 semanas de uso em doses adequadas, deve-se considerar a associação de alopurinol. Para pacientes com IHB igual ou superior a 8, sem resposta clínica significativa aos corticosteroide após 6 semanas; à azatioprina mais alopurinol; ao metotrexato; com contraindicação ou intolerância a corticosteroide e imunossupressor, pode se considerar a terapia de indução com anti-TNF: infliximabe, adalimumabe ou certolizumabe pegol. Pacientes em tratamento de manutenção que tiverem perda de resposta podem mudar de agente anti-TNF. Os riscos devem ser ponderados em relação aos benefícios, sendo o tratamento indicado para pacientes com grande. Pacientes com DC com atividade inflamatória intestinal grave a fulminante serão tratados em hospitais terciários e a avaliação cirúrgica será solicitada se houver suspeita de obstrução. A terapia na fase de manutenção para prevenção de recorrência envolve os fármacos utilizados na fase de atividade, com azatioprina ou o metotrexato. Inexiste benefício do uso de mesalazina ou sulfasalazina como profilaxia de recorrência após remissão clínica. Corticosteroides não**

**devem ser usados como terapia de manutenção.** A azatioprina em monoterapia podem ser considerados para a manutenção de pacientes com remissão induzida por terapia anti-TNF. **Em caso de falha na manutenção da remissão, caracterizada por progressão de sintomas e recorrências apesar do uso de azatioprina ou metotrexato, recomenda-se utilizar drogas imunobiológicas infliximabe, adalimumabe, certolizumabe pegol.** Essas devem ser usadas até sua falha. **É possível diminuir o intervalo de administração do imunobiológico no caso de resposta parcial ou perda de resposta a este agente.** Apesar de não haver na literatura comparações diretas entre os agentes, **não parece haver superioridade de entre os anti-TNF.**

**O UST é um inibidor seletivo de IL-12 e 23, aprovado pela ANVISA para psoríase, artrite psoriásica, estando nesta indicação incorporado ao SUS e na DC ativa de moderada a grave, que tiveram uma resposta inadequada, perda de resposta ou que foram intolerantes à terapia convencional ou ao anti-TNF-alfa ou que tem contraindicações para tais terapias, indicação recomendada pela Conitec. Dose para tratamento de indução, deverá ser realizado EV e varia com o peso sendo peso  $\leq 55$  kg: 260 mg,  $> 55$  kg a  $\leq 85$  kg: 390 mg, e  $> 85$  kg: 520 mg. Na semana 8 administrar 90 mg, SC, e depois a cada 8 semanas.** Conforme revisões da Cochrane existem evidências de moderada/alta qualidade sugerem sua eficácia na indução da remissão clínica e melhora clínica em pacientes com DC moderada a grave. Entretanto as revisões salientam que futuros estudos são necessários para determinar a eficácia a longo prazo e a segurança do UST subcutâneo como existirem evidências na literatura de que a terapia com UST tenha benefícios a pacientes com doença de Crohn, seu uso é recomendado no casos que apresentaram evento adverso grave ou intolerância a agentes anti-TNF; falha com uso de pelo menos dois agentes anti-TNF, devidamente otimizados; falha a pelo menos um agente anti-TNF e que, na possibilidade da monitorização terapêutica dos níveis séricos e anticorpos, apresentam

altos níveis de auto-anticorpos e/ou níveis séricos terapêuticos ou supraterapêuticos da droga, para assim se configurar falência ao mecanismo de ação anti-TNF. Como, no caso existe evidência da falência do tratamento com anti-TNF no manejo da DC deste paciente, o uso do UST é indicado e não há divergência de posologia como referido pelo convenio.

#### IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Abbass M, Cepek J, Parker CE, Nguyen TM, MacDonald JK, Feagan BG, Khanna R, Jairath V. ORATORIO Clinical Investigators. Adalimumab for induction of remission in Crohn's disease. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa.1606468>.
- 2) Ministério da Saude. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 1 de 22 de janeiro de de 2024. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o ustequinumabe para o tratamento de pacientes com doença de Crohn ativa moderada a grave, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde. Brasília, janeiro de 2024. Disponível em: [https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2024/prt0001\\_23\\_01\\_2024.html](https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2024/prt0001_23_01_2024.html)
- 3) Boyapati RK, Torres J, Palmela C, Parker CE, Silverberg OM, Upadhyaya SD, Nguyen TM, Colombel JF. Withdrawal of immunosuppressant or biologic therapy for patients with quiescent Crohn's disease (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD.012540.pub2/epdf/full>.
- 4) Colombel JF, Sandborn WJ, Rutgeerts P, Enns R, Hanauer SB, Panaccione R, Schreiber S, Byczkowski D, Li J, Kent JD, Pollack PF. Adalimumab for Maintenance of Clinical Response and Remission in Patients With Crohn's Disease: The CHARM Trial. **Gastroenterology**. 2007;132:52–65. Disponível em: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)02522-4/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)02522-4/pdf).
- 5) Reinisch W, Sandborn WJ, Hommes DW, D'Haens G, Hanauer S,

- Schreiber S, Panaccione R, Fedorak RN, Tighe MB, Huang B, Kampman W, Lazar A, Thakkar R. Adalimumab for induction of clinical remission in moderately to severely active ulcerative colitis: Results of a randomised controlled trial. **Gut** 2011; 60:780e787. Disponível em: [doi:10.1136/gut.2010.221127](https://doi.org/10.1136/gut.2010.221127).
- 6) Cassinotti A, Ardizzone S, Porro GB. Adalimumab for the treatment of Crohn's disease. **Biologics: Targets & Therapy** 2008;2(4):763-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2727899/pdf/btt-2-763.pdf>.
- 7) MacDonald JK, Nguyen TM, Khanna R, Timmer A. Anti-IL-12/23p40 antibodies for induction of remission in Crohn's disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2016, Issue 11. Art. No.: CD007572. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007572.pub3/epd/full>
- 8) Davies SC, Nguyen TM, Parker CE, MacDonald JK, Jairath V, Khanna R. Anticorpos anti - IL - 12 / 23p40 para manutenção da remissão na doença de Crohn. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2019, Edição 12. Art. Nº: CD012804. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012804.pub2/full?highlightAbstract=withdrawn%7Custekinumab%7Cdisease%7Cdiseas%7Ccrohn>.
- 9) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde - SECTICS. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Coordenação-Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde - CGATS. Relatório de Recomendação nº 864 Ustekinumabe para o tratamento de pacientes com Doença de Crohn ativa moderada a grave. Brasília, dezembro/2023. 147p. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/20240123\\_relatorio\\_864\\_ustekinumabe.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/20240123_relatorio_864_ustekinumabe.pdf)
- 10) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde Coordenação de

Avaliação e Monitoramento de Tecnologias. CONITEC Relatório de recomendação Relatório nº 753 Julho/2022 Vedolizumabe no tratamento de pacientes com Doença de Crohn. Brasília, Julho de 2022. 85p. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1436448/20220912\\_relatorio\\_753\\_vedolizumabe.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1436448/20220912_relatorio_753_vedolizumabe.pdf).

**IV – DATA:**

08/06/2026 NATJUS - TJMG